



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

**PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO JUNIO – DICIEMBRE  
2018.**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**LA BACHILLER KATHERIN LETICIA, RUIZ SILVA**

***ASESOR (a): MG. ANITA FLORIAN CACERES.***

**PARA OPTAR:**

**EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA.**

**PUCALLPA - PERÚ**

**AÑO 2019**

**INDICE**

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCION	VI
<b>I. PLANEAMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	1
1.2 Delimitación de la investigación	3
1.3 Formulación del Problema	3
1.3.1 Problema principal	3
1.3.2 Problemas secundarios	4
1.4 Objetivos de la investigación	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos específicos	5
1.5 Hipótesis de Investigación	6
1.5.1 Hipótesis	6
1.5.2 Variable	6
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	6
1.6 Diseño de la Investigación	7
1.6.1 Tipo de investigación	7
1.6.2 Nivel de la investigación	7
1.6.3 Método	7
1.7 Población y muestra	7
1.7.1 Población	7

1.7.2 Muestra	7
1.8 Técnicas e instrumentos	8
1.8.1 Técnicas	8
1.8.2 Instrumentos	8
1.9 Justificación e importancia de la investigación	9
<b>II. MARCO TEORICO</b>	<b>11</b>
2.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	11
2.1.1 Antecedentes	11
2.1.2 Bases teóricas	15
2.1.3 Definición de términos	23
<b>III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>26</b>
3.1 Presentación de resultados	27
3.2 Interpretación, análisis y discusión de resultados	27
<b>IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>43</b>
4.1 Conclusiones	43
4.2 Recomendaciones	45
<b>FUENTES DE INFORMACION</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>51</b>

**Dedico a:**

Dios por haberme concedido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, a mi hermano que se convirtió en mi ángel que desde el cielo guio mis pasos. A mis padres por ser el pilar primordial en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su absoluto apoyo, A mi hija por ser mi inspiración y por darme las fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

**Agradezco a:**

La Universidad Alas Peruanas por ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera. Así también a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar el punto en el que me encuentro. Y para finalizar también agradezco al personal del Hospital Regional de Pucallpa por facilitarme la realización de mi investigación.

## RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** determinar las características de la preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Junio – Diciembre 2018. **Material y métodos.** La investigación es de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal. Para encontrar la muestra del estudio se utilizó la fórmula para población finita, siendo la muestra del estudio 113 casos. Las **conclusiones** a las que se llegó son: El 56% tenían entre 20 y 34 años de edad. El 60% tenía instrucción secundaria. El 52% son convivientes. El 67% no tenía antecedente familiar de Preeclampsia, el 18% tenía antecedente personal de Preeclampsia, el 2% mantiene el hábito de fumar, el 29% y el 6%, ya tenían sobrepeso u Obesidad respectivamente antes del último embarazo. El 33% tuvo de 1-2 hijos. El 13% no tuvo control prenatal, el 44% tuvo 4-5 atenciones prenatales es decir la mayor parte no alcanzaron a ser controladas. El 64% tuvo entre 37 a 41 semanas de gestación al ingreso. El 84% terminó en parto abdominal. Al ingreso a la institución el 100% tuvo diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo entre ellas el 62% tuvo diagnóstico de Preeclampsia Severa, el 7% (8 casos) Eclampsia. Al egreso el 47% egresó con Diagnóstico de Post cesareada por Preeclampsia Severa, el 28% con post cesareada por Preeclampsia. El 26% su diagnóstico de egreso no fue preeclampsia.

Respecto a las complicaciones maternas perinatales el 23% tuvo una o más complicaciones como Sufrimiento Fetal Agudo, Eclampsia, Retardo del Crecimiento Intrauterino, Desprendimiento prematuro de placenta y un caso de Síndrome HELLP.

Se debe seguir investigando sobre qué otros factores o características son los que realmente están relacionados con Preeclampsia y Eclampsia, para establecer medidas preventivas más específicas.

**Palabras clave:** Preeclampsia, Eclampsia, Características.

## ABSTRACT

The present study was aimed at determining the characteristics of preeclampsia and eclampsia in pregnant women treated at the Regional Hospital of Pucallpa in the period June - December 2018. Material and methods. The research is of a retrospective descriptive type of cross section. To find the sample of the study, the formula for finite population was used, with the study sample being 113 cases. The conclusions reached are: 56% were between 20 and 34 years of age. 60% had secondary education. 52% live together 67% had no family history of pre-eclampsia, 18% had a personal history of pre-eclampsia, 2% had a habit of smoking, 29% and 6%, were already overweight or obese respectively before the last pregnancy. 33% had 1-2 children. 13% did not have prenatal control, 44% had 4-5 prenatal care, that is, most of them did not reach control. 64% had between 37 to 41 weeks of gestation on admission. 84% ended in abdominal delivery. Upon admission to the institution, 100% had a diagnosis of hypertensive disorder of pregnancy, among them 62% had a diagnosis of Severe Preeclampsia, 7% (8 cases) Eclampsia. At discharge, 47% graduated with Post Diagnosis Caesarean for Severe Preeclampsia, 28% with post-caesarean post-Preeclampsia. The 26% of his discharge diagnosis was not preeclampsia.

Regarding perinatal maternal complications, 23% had one or more complications such as acute fetal distress, eclampsia, intrauterine growth retardation, placental premature detachment and one case of HELLP syndrome.

Further research should be carried out on what other factors or characteristics are those that are really related to preeclampsia and eclampsia, to establish more specific preventive measures.

Key words: Preeclampsia, Eclampsia, Characteristics.

## INTRODUCCION.

La preeclampsia y eclampsia son complicaciones obstétricas que constituyen un problema de salud pública y se evidencian en las tasas de morbilidad materna perinatal a nivel mundial. Sin embargo, estas complicaciones se presentan con mayor frecuencia en países en desarrollo. El manejo médico hasta hoy ha sido insuficiente dado que no se conoce a ciencia cierta el origen de la enfermedad y más aún cuando se presenta puede tener una evolución rápida y llevar hasta la muerte, es por ello que es necesario describirla y estudiarla para conocer sus características y los factores con los cuales se asocia. Para prevenirlas o detectarlas de manera oportuna.

El colegio americano de ginecoobstetricia describe los trastornos hipertensivos del embarazo en la siguiente clasificación: Hipertensión Crónica, Preeclampsia – Eclampsia, Hipertensión gestacional, hipertensión crónica mas preeclampsia sobreagregada.

En el Perú la preeclampsia – eclampsia ocupan la segunda causa de muerte materna solo superada por la hemorragia obstétrica y en el Hospital Regional de Pucallpa la incidencia de preeclampsia y eclampsia oscila entre el 10 a 15% en los últimos 5 años dato recopilado de la fuente del sistema informativo perinatal (SIP2000) año 2017. La finalidad del presente estudio es contribuir a describir las características de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – diciembre 2018. Para implementar estrategias de prevención de la enfermedad y/o detección oportuna de las complicaciones en las gestantes de la región. Así en el presente estudio se describe las características sociodemográficas, características de los antecedentes familiares y personales, Características obstétricas y las complicaciones maternas perinatales.



## **CAPITULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La preeclampsia y eclampsia se constituyen como un problema de salud pública y son una de las principales causas de muerte materna. En el Hospital Regional de Pucallpa la incidencia de preeclampsia y eclampsia oscila entre el 15% dato recopilado de la fuente del sistema informativo perinatal (SIP2000) año 2018. El origen continúa desconocido y se relaciona a problemas de salud importantes, contando con muchos retos para la prevención y tratamiento. El control prenatal, diagnóstico oportuno y rápido, manejo adecuado y el parto son las medidas más eficaces para reducir la tasa de mortalidad. Los factores sociales y de atención médica oportuna deben prevalecer en la población, sin embargo, estos son restringidos en poblaciones marginadas sin acceso a servicios médicos. Podemos concluir que las unidades de salud de toda la población deben establecer y acudir

medicamento a las mujeres que están con mayor riesgo de desarrollar preeclampsia por la trascendente carga mundial que demanda esta enfermedad. La preeclampsia es un trastorno hipertensivo provocado por el embarazo que aparece clínicamente después de las 20 semanas de gestación. Fue determinada hace más de 2 mil años; un manejo inadecuado se vuelve a eclampsia, sin embargo, la causa permanece siendo desconocida y se relaciona a complicaciones de salud materna-perinatal importantes. La preeclampsia y eclampsia se manifiestan clínicamente con todo un conjunto de síntomas clínicos (1).

En la preeclampsia existe primordialmente la hipertensión y proteinuria, luego de edemas, cuando se manifiestan convulsiones, simultáneamente con estos síntomas logramos diagnosticar la eclampsia. La preeclampsia es una problemática de salud pública porque afecta en las tasas de morbilidad materna perinatal a nivel mundial. Sin embargo, esta enfermedad es más severo en los países en desarrollo, en el que otras causas frecuentes, producen mortalidad materna (por ejemplo, hemorragia y sepsis). El manejo médico es ineficaz debido a que la enfermedad se manifiesta de manera tardía; esto se complica por su etiología y naturaleza impredecible, por eso es obligatorio lograr con un control efectivo y eficaz de la preeclampsia y plantear las medidas para emplear en cualquier parte de la población (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la incidencia de preeclampsia es siete veces más alto en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente). La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos. Las tasas de

los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7% La preeclampsia y eclampsia deben ser reconocida como un problema grave y primordial para reducir la mortalidad materna en todos los países, primordialmente en los lugares alejados, mejorando los sistemas de salud pública y regenerando el acceso de la madre al personal de salud competente. Se requieren más investigaciones para comprender las causas y mejorar las estrategias preventivas. El mejor acceso a la atención obstétrica adecuada, en particular durante el parto, y mejor detección y tratamiento de los casos identificados, reducirá los índices de mor-bimortalidad materna y perinatal (2).

## **1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN**

En el presente estudio al contar con todos los componentes necesarios para que sea viable la investigación no se vislumbra limitaciones que puedan impedir lograr los objetivos del estudio por lo que se puede plantear el desarrollo plenamente de la investigación.

## **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **1.3.1 Problema Principal**

¿Cuáles son las características de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – Diciembre 2018?

### **1.3.2 Problemas Secundarios**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – Diciembre 2018?
- ¿Cuáles son las características familiares y personales de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – Diciembre 2018?
- ¿Cuáles son las características Obstétricas de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – Diciembre 2018?
- ¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – Diciembre 2018?

## **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1 Objetivo General**

Determinar las características de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – diciembre 2018

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – Diciembre 2018
- Determinar las características familiares y personales de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – Diciembre 2018
- Describir las características Obstétricas de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – Diciembre 2018
- Describir las complicaciones más frecuentes de las Gestantes con Preeclampsia - Eclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio – Diciembre 2018

## 1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

### 1.5.1 Hipótesis General

En este estudio no se plantearán Hipótesis de Investigación por tratarse de un estudio netamente descriptivo.

### 1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores.

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Variable del Estudio.  Características de la Preeclampsia – Eclampsia	Características Sociodemográficos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Edad</li> <li>✓ Grado de instrucción</li> <li>✓ Estado Civil</li> </ul>
	Características Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Antecedentes Familiares y personales de preeclampsia – eclampsia.</li> </ul>
	Características Obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Antecedentes de tabaquismo, IMC, APN, Paridad, Edad Gestacional.</li> <li>✓ Vía de terminación del parto.</li> <li>✓ Dx de ingreso y Dx de egreso.</li> </ul>
	Complicaciones más frecuentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Eclampsia</li> <li>✓ Síndrome de Hellp</li> <li>✓ DPP</li> <li>✓ Mortalidad Materna</li> <li>✓ RCIU - PEG</li> <li>✓ Sufrimiento Fetal Agudo – Asfixia Neonatal.</li> <li>✓ Otros</li> </ul>

## **1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.6.1 Tipo de Investigación**

La investigación es de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal debido a que se basan en hechos concretos con respecto a su aparición, frecuencia, desarrollo o los eventos que nos interesan, midiéndolos, y evidenciando sus características en un periodo específico.

### **1.6.2 Nivel de Investigación**

La investigación corresponde a un diseño no experimental de tipo descriptivo simple con el propósito de describir variables y analizar su incidencia sin intervenir en los mismos.

### **1.6.3 Método**

El método de investigación tiene el enfoque cuantitativo porque estudia los hechos en su contexto natural tal como sucedieron los mismos, procediendo luego a su interpretación y análisis respectivo.

## **1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1 Población.**

La población del estudio fue de 265 gestantes que presentaron preeclampsia- eclampsia en el periodo de estudio.

### **1.7.2 Muestra**

Se aplicó la formula muestral para población finita.

$$n = \frac{Z^2 N.P. q}{E^2 = (N-1) + Z^2 P q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (265) (0.15) \times (0.85)}{(0.05)^2 (265-1) + (1.96)^2 (0.5) \times (0.85)}$$

$$n = 112.89 = 113.$$

Donde la muestra será de 113 gestantes con preeclampsia- eclampsia atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa.

## **1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **1.8.1 Técnicas**

Se hará una revisión del sistema informativo perinatal (SIP2000) y libro de altas de ginecoobstetricia del Hospital Regional de Pucallpa con ayuda de esta base de datos se procederá a identificar las historias y la revisión de las mismas para obtener los datos que requiere el estudio.

### **1.8.2 Instrumentos**

El instrumento a utilizar será la ficha de recolección de datos el cual consta de cuatro componentes:

- Características Sociodemográficos
- Características Familiares
- Características Obstétricos
- Complicaciones Frecuentes



## 1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La preeclampsia y eclampsia ocupa la tercera causa de muerte materna en el Perú. Varios autores registran que las mujeres nulíparas sin importar de su edad poseen un mayor riesgo de preeclampsia. La relación que se realizó entre el riesgo de preeclampsia y mujeres muy jóvenes o añosas correspondía al factor de confusión que ejercía la paridad en mujeres jóvenes y el efecto de la Preeclampsia en mujeres añosas. La aparición de la preeclampsia en un embarazo es una causa de alto riesgo para volver a repetir el cuadro en la siguiente gestación. En nuestro país las complicaciones por la Preeclampsia mediante el embarazo es una de los principales problemas de Morbi-mortalidad materna y neonatal, asume una gran importancia de identificar las causas de riesgo que deben ser evitadas para que así se puedan mejorar el trabajo de los médicos previstas en beneficio materno y fetal. El cuadro de preeclampsia se muestra después de las 20 semanas de gestación. Cuando esta se presenta luego de las 37 semanas de gestación, el feto se encuentra maduro y la vivencia fetal y materna suelen ser muy altas (3).

El diagnóstico de preeclampsia antes de las 37 semanas de gestación, implica un grave riesgo para la salud de la madre y del feto debido al mayor tiempo de exposición a la hipertensión arterial, y al condicionar la necesidad de un parto prematuro para salvaguardar la salud materna. El porcentaje de prematuridad de 30% en el grupo de pacientes con preeclampsia en este estudio resulta mucho mayor que lo reportado para la población general. El riesgo de preeclampsia se incrementa de 3 a 5.8 veces cuando se comparan gestaciones únicas con embarazos múltiples. Una prevención de la gravedad de esta enfermedad, es que se conoce que la Preeclampsia afecta entre un 40 y un 50% del embarazo y que es la primera causa de muerte en países

subdesarrollados. Se justifica la realización de esta investigación por la importancia de la preeclampsia en términos de salud pública, aun cuando los mecanismos que la desencadenan no están totalmente determinados. (4)

El Hospital Regional de Pucallpa pretende aportar nuevos conocimientos y parámetros en los cuáles nos podamos apoyar para tener una mejor evaluación de las pacientes a futuro y será de gran beneficio, puesto que si identificamos los factores de riesgo más importantes que inciden en este problema de salud podremos actuar de forma inmediata y fomentar lo importante que son los controles prenatales, y otras medidas preventivas que serán de gran beneficio para las mujeres embarazadas.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION**

##### **2.1.1 ANTECEDENTES**

###### **Antecedentes Internacionales.**

**Ortiz R. (5).** su estudio fue planteado con el **Propósito:** De establecer recomendaciones en el tipo de antihipertensivo que se debe seleccionar según escenarios clínicos en la hipertensión/preeclampsia postparto, dosis y pautas de seguridad en lactancia. **Resultados:** Se identificaron 59 artículos que cumplieron con los requisitos preestablecidos, se encontró que el reconocimiento de la hipertensión posparto es de vital importancia por el riesgo de complicaciones maternas, existe un grupo de mayor riesgo: las que

presentaron trastorno hipertensivo ante parto sobre todo severo y con parto pretérmino, de ahí la importancia de vigilar la presión arterial en este periodo. La crisis hipertensiva requiere pronto reconocimiento, evaluación y tratamiento estandarizado para prevenir daño en órgano blanco. Los antihipertensivos de primera línea a utilizar durante la crisis son: labetalol, nifedipino, hidralazina, no existiendo diferencias estadísticas entre ellos con respecto al alcance de metas de control de presión arterial, ni en el tiempo de alcance de estas, tampoco diferencias en resultados adversos maternos perinatales, en la hipertensión no crisis el medicamento a elegir depende de la experticia sobre el fármaco que el clínico tenga, no hay un fármaco superior a otro, y finalmente se encontró que la mayoría de los antihipertensivos utilizados son de amplia seguridad en la lactancia materna, se consideran seguros de riesgo muy bajo (nivel 0) y riesgo bajo (nivel 1). **Conclusiones:** Los antihipertensivos de primera línea a utilizar durante la crisis son: labetalol, nifedipino, hidralazina, en la hipertensión no crisis el medicamento a elegir depende de la experticia sobre el fármaco que el clínico tenga, no hay un fármaco superior a otro, y en lactancia materna la mayoría de los antihipertensivos son considerados de amplio margen de seguridad.

**Buitrago. G (6).** Su estudio fue diseñado con el **Propósito:** De realizar recomendaciones para la atención de las complicaciones hipertensivas en el embarazo como parte integral de la “Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo en Colombia”. **Resultados:** Se muestran las recomendaciones hacia la atención de las complicaciones hipertensivas en el embarazo. Estas contienen cambios en la conducta del personal de salud y las instituciones para desarrollar la probabilidad de lograr un resultado materno-fetal exitoso en las gestaciones con estas condiciones. **Conclusiones:** Se muestra una interpretación breve de las recomendaciones y evidencia para el cuidado de las complicaciones hipertensivas en el embarazo, la cual sea adoptada por los

profesionales de salud encargados de la atención del embarazo en el país para disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a la gestación.

**Morgan. F. y col (7).** Su estudio fue proyectado con el **Propósito:** De valorar la entidad de factores sociodemográficos y ginecoobstétricos con preeclampsia. **Resultados:** Se localizó asociación entre tabaquismo con un 5%, inicio de vida sexual entre las edades 14 – 16 un 45%, Número de parejas sexuales 2-4 con un 30%. El alcoholismo con un 49%, el nivel socioeconómico bajo con un 60% y la preeclampsia en embarazo previo con un 55% se relacionaron significativamente con preeclampsia. Se hallaron diferencias estadísticamente propias en el tipo de método anticonceptivo utilizado entre los grupos ( $p < 0.005$ ). Las **conclusiones** a las que se llegó son: Los factores de riesgo experimentados y que se relacionaron significativamente con preeclampsia fueron: Tabaquismo, alcoholismo, inicio de relaciones sexuales, cambio de pareja sexuales, nivel socioeconómico bajo, tipo de método anticonceptivo y antecedente de preeclampsia en el embarazo previo.

#### **Antecedentes Nacionales.**

**Barreto. S (8).** El estudio se presenta con el **Propósito:** De reconocer sobre los factores de riesgo de la preeclampsia severa agrupados en el Instituto Materno Perinatal y evaluar su impacto en otros resultados peri-natales como cesáreas, recién nacidos pretermino, bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional, depresión al nacer y muerte neonatal. **Resultados:** De los factores calificados prevalecieron significativos a nivel 0,05 el control prenatal con un 33% y la primiparidad con valores de 42% correspondientemente. Asimismo, la preeclampsia severa fue agrupada con mayor riesgo de cesáreas con un 22%, recién nacidos pretermino, bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional, depresión

al nacer y muerte neonatal evidenciadas con las madres que no manifiestan ninguna de estas condiciones. **Conclusiones:** La preeclampsia severa permanece existiendo como una complicación muy importante de salud pública.

**De la Cruz. R (9)** el presente estudio se realizó con el **Propósito:** De Identificar aquellas complicaciones maternas fetales más habituales de la preeclampsia en pacientes que fueron atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú en el año 2013. **Resultados:** Con relación a las características sociodemográficas en los pacientes, obtenemos que una mayor frecuencia se encuentra entre los 19 a 34 años (60%); el estado civil de mayor frecuencia fue el conviviente con un (58%) y con grado de instrucción secundaria un (52%). Las características ginecoobstétricas con mayor frecuencia fueron las que mostraron gestación a término con un (80%); primigravidez con un 22%, múltiparas con un (66%); con adecuado control prenatal un (94%) y con término de la gestación mediante cesárea un (81%). En cuanto a las complicaciones maternas encontradas estuvo la eclampsia con un (3%) y abrupcio placentario con un (3%), no se encontró ninguna muerte materna, entre las complicaciones fetales halladas localizamos retardo de crecimiento intrauterino con un (13%), sufrimiento fetal agudo con un (5%) y muerte fetal con un (2%). **Conclusiones:** Encontramos diferentes complicaciones materno fetales de la preeclampsia que pueden ser cambiadas y mejoradas por lo que es obligatorio que los hospitales cuenten tecnología y recursos humanos eficaces para ejecutar actividades preventivas, de tratamiento e impedir sus posibles complicaciones de salud.

**Benites. Y (10)** realizo el estudio con el **Propósito:** De reconocer los factores asociados a preeclampsia en gestantes que estuvieron hospitalizadas en el Hospital de Apoyo II “Santa Rosa” de la ciudad de Piura durante el espacio de

junio 2013 - mayo 2014. **Resultados:** Existieron variables significativamente agrupadas con la preeclampsia: Edad <20 o >35 años ( $p=0,021$ ), y número de controles prenatales mayor o igual a siete ( $p= 0,049$ ). No reflejaron significativos la primiparidad ni el sobrepeso. **Conclusión:** Se debe comenzar y promover un control prenatal correcto y apropiado sea dicho entre 7 a más controles durante la gestación, primordialmente en aquellas mujeres que se encuentran entre los extremos de la vida fértil.

## 2.1.2 BASES TEÓRICAS

### PREECLAMPSIA

Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso (11).

### PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD

La preeclampsia sin criterios de severidad es aquella que solo presenta hipertensión mayor o igual a 140/90 mmHg pero menor de 160/110 mmHg, sin ninguna disfunción renal, hepática, pulmonar, hematológica o neurológica y sin signos de responsabilidad hacia el feto. No está indicado el uso de antihipertensivos. También se indica reposo relativo y dieta normoproteica, normosódica y normocalórica, El procedimiento concluyente de la preeclampsia es terminar el embarazo. Si la gestante tiene entre 37 semanas o más, se debe terminar el embarazo ya sea por vía vaginal o por cesárea. Si la gestante tiene menos de las 37 semanas y no hay ninguna complicación con el feto y la madre, se debe tener en cuenta una conducta expectante, permaneciendo con los cuidados habituales y una precisa vigilancia tanto para la madre como para el feto. Si luego que se realizó el manejo correcto este no se controla y progresa a

preeclampsia severa, o se visualiza pródromos de eclampsia o signos de sufrimiento fetal, disfunción renal, hepática, pulmonar, hematológica o neurológica, se tiene que finalizar de manera rápida e inmediatamente la gestación, independiente cual sea la edad gestacional, ya sea por cesárea o por parto vaginal (12).

### **PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD**

PA > 160/110 mmhg, proteinuria > 3g en la orina de 24 horas.

La preeclampsia con criterios de severidad evoluciona hacia múltiples complicaciones graves como falla renal, encefalopatía, edema agudo de pulmón, desprendimiento de la retina, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, DPP, síndrome de HELLP, esto puede ocasionar la morbimortalidad en la gestante y la muerte en el feto o recién nacido. Por lo general el manejo de esta enfermedad tiene que ser efectivo, adecuado. Siempre sospechar de un desprendimiento prematuro de placenta cuando una gestante presenta sangrado vaginal en un preeclampsia como cuadro de fondo (12).

Administrar por lo menos tres litros de cristaloides durante las primeras 24 horas. Se monitorea la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno cada 15 minutos. Se controlará la diuresis con sonda de Foley y bolsa colectora; Iniciar una infusión de sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones por vía intravenosa (12).

El medicamento se prepara combinando 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (ampollas de 10 mL) con cloruro de sodio 9 o/oo 50 mL. Esta solución aporta 1 g de sulfato de Mg por cada 10 mL, y debe administrarse 4 gramos (40 mL) en 15 a 20 minutos por volutrol, como



dosis inicial de ataque; se extenderá con un compuesto de 1g por hora (10 mL por hora) y conservar el medicamento por 24 horas posteriormente al parto. Durante la administración del sulfato de magnesio se examinará como están los reflejos rotulianos además de la frecuencia respiratoria que debe ser por lo menos entre 14 respiraciones por minuto y la diuresis que no tiene que ser menor de 25 a 30 mL/hora. Se verifica siempre el control de la saturación de O<sub>2</sub> mediante un pulsímetro. Se dejará de administrar el sulfato de magnesio si se detecta en la gestante la presencia de arreflexia tendinosa, si hay depresión del estado de conciencia o si la gestante muestra una tendencia a la ventilación superficial o lenta; en este cuadro clínico disponer de gluconato de calcio entre 1 a 2 gramos vía endovenosa. En casos que se presenta una insuficiencia renal aguda, el sulfato de magnesio debe ser dispuesto en forma prudente (12).

El tratamiento antihipertensivo solo debe ser administrado si la presión arterial sistólica es  $\geq 160$  mmHg o si la presión arterial diastólica es  $\geq 110$  mmHg, en cuyo proceso se recomienda usar los siguientes fármacos:

#### FARMACOS UTILIZADOS

**Labetalol:** 20 mg intravenoso lento, durante 1 a 2 minutos. Repetir a los 10 minutos si no se logra controlar la presión arterial, aumentando la dosis (20, 40, 80 mg). No sobrepasar los 220 mg. Se reanuda con una perfusión continua a 100 mg cada 6 horas. Si no se controla la presión arterial, se reemplazará por otro fármaco. Las contraindicaciones para el uso de labetalol son si hay una presencia de insuficiencia cardiaca congestiva, el asma y la frecuencia cardiaca materna menor de 60 latidos por minuto (12).

**Hidralacina:** 5 mg intravenoso en bolo, que puede repetirse a los 10 minutos si la presión arterial no se ha logrado controlar. Se sigue con perfusión continua a dosis entre 3 y 10 mg por hora.

**Metildopa** en dosis de 500 a 1 000 mg por vía oral cada 12 horas, para conservar la presión arterial sistólica entre 120 y 150 mmHg, vigilando de no producir hipotensión arterial.

**Nifedipino:** 10 mg por vía oral y repetir en 30 minutos si es necesario. Consecutivamente continuar con dosis de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas. Hay que tener precaución con la administración del sulfato de magnesio. El nifedipino no está recomendado su administración por vía sublingual. Si con las medidas anteriores no se mantiene la presión arterial sistólica entre 120 y 150 mmHg, entonces se puede administrar nifedipino 10 mg vía oral y repetir cada 30 minutos hasta conseguir el control de presión arterial pretendido, y como dosis de mantenimiento nifedipino 10 a 20 mg cada 4 a 6 horas, hasta un máximo de 120 mg por día (12).

Si se da el caso en gestaciones menores de 34 semanas sin disfunción orgánica materna y fetal, se procederá a la administración de corticoides para que así este puede ayudar en la maduración pulmonar fetal: betametasona 12 mg endovenoso cada 24 horas en 2 dosis o dexametasona 6 mg endovenoso cada 12 horas en 4 dosis. Se puede obtener una conducta expectante durante 48 horas para inducir la maduración pulmonar ya que esto podría mejorar el pronóstico fetal; sin embargo se tiene que realizar una evaluación muy estricta de los parámetros de la función hepática, hematológica y renal materna, así como evaluar el bienestar fetal. En el Instituto Nacional Materno Perinatal el manejo de la preeclampsia severa antes de las 34 es administrar corticoides para inducir la maduración pulmonar y terminar la gestación, principalmente media una cesárea. Este manejo ha concedido mejorar el pronóstico materno perinatal. En las gestaciones menores de 24 semanas, la supervivencia perinatal es de 6,7%; por lo tanto, se tiene que culminar la gestación lo más antes posible para así evitar mayor morbilidad materna. Se obtiene diferentes indicaciones

de finalización del embarazo, independientes de las semanas de gestación estas son:

**Indicaciones maternas:** plaquetopenia menor de 100 000 o plaquetopenia progresiva, permanencia de la hipertensión severa luego de recibir el tratamiento, signos prodrómicos de eclampsia, eclampsia, deterioro progresivo de la función renal u oligoanuria persistente, deterioro progresivo de la función hepática, hemorragia cerebral, edema pulmonar, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, desprendimiento prematuro de placenta, cefalea persistente o alteraciones visuales y dolor persistente en epigastrio o hipocondrio derecho.

**Indicaciones fetales:** Cuando preexistan signos de riesgo como la pérdida del bienestar fetal manifestado en un registro cardiotocográfico patológico o mediante un perfil biofísico menor de 4 o la restricción severa del crecimiento fetal, también mediante un Doppler de arteria umbilical que muestra diástole ausente o revertida, presencia de oligohidramnios o signos de restricción del crecimiento intrauterino (12).

## **TEORIAS DE LA PREECLAMPSIA**

### **Teoría Genética.**

Se ha sugerido la existencia de un gen en los cromosomas 1, 3, 9, ó 18 como implicado. Durante muchos años se encontraron un aumento en la frecuencia de la preeclampsia debido a los antecedentes familiares que indican que las hermanas e hijas de mujeres que han padecido la enfermedad son mujeres nacidas de madres con eclampsia durante su embarazo. Se ha propuesto también que esta susceptibilidad genética, tanto materna como fetal podría proporcionar la alteración de la respuesta inmune. Las reacciones inmunitarias están concluyentes genéticamente, por lo que, la predisposición

genética considera jugar un papel importante en esta respuesta inmune. El equilibrio entre las respuestas inmunitarias maternas y el genotipo fetal quizás regulen el proceso de invasión trofoblástica necesario para la placentación normal. Una alteración en este equilibrio se da por factores maternos o fetales que podría provocar la preeclampsia (13).

### **Teoría de la Placentación.**

La evidencia de preeclampsia en pacientes afectas de mola hidatiforme y embarazo extrauterino, excluye la posible implicación del útero y feto a favor de la placenta ya que la placentación es un prerequisite necesario en la patogénesis de la preeclampsia, y se cree que la severidad de la preeclampsia es proporcional a la masa placentaria (como ocurre en embarazos gemelares, mola hidatiforme, y enfermedad hemolítica del recién nacido) (13).

### **Teoría Inmunológica.**

Los factores inmunitarios tienen un papel importante en la aparición de preeclampsia ya que estos están provocados por la ausencia de anticuerpos bloqueadores también se encuentra una disminución de la reacción inmunitaria mediada por células y hay una activación de neutrófilos, y participación de citocinas. En el embarazo normal se aprecia un mecanismo de adaptación que actúa a tres niveles.

**a) Nivel fetal:** Se aprecia una disminución de la respuesta inmune establecida en un déficit relativo de sus componentes.

**b) Nivel materno:** Se da una deducción de la respuesta inmunológica, dado que esto se da por las hormonas propiamente gestacionales (gonadotrofina coriónica, lactógeno placentario, progesterona, y

prolactina), o bien por la intervención de otras sustancias que aparecen durante el embarazo, con propiedades inmunosupresoras.

**c) Nivel trofoblástico:** Encontramos que los antígenos linfocitarios humanos (HLA), antígenos ABO, y antígenos placentarios específicos del embarazo, tienen un bajo grado de antigenicidad (13).

## **ECLAMPSIA.**

Es la condición más grave en el embarazo por la hipertensión arterial se caracteriza por convulsiones de gran mal, coma, proteinuria y edema, en la eclampsia encontramos los síntomas de convulsiones inminentes que incluyen con frecuencia la fiebre de hasta 40°C, ansiedad, dolor epigástrico, cefalea intensa, y visión borrosa (14).

### **Manejo de la eclampsia**

El manejo de la eclampsia es similar al de la preeclampsia, con una gran diferencia que en la eclampsia se tiene que tratar las convulsiones, protegiendo a la mujer de lesiones con múltiples equipos como (baja lenguas acolchado, barandas, vigilancia permanente) se recomienda aspirar luego de las convulsiones, administrar oxígeno, intubar, luego de las convulsiones, posicionar a la mujer sobre su costado izquierdo, esto nos ayuda para reducir el riesgo de aspiración de secreciones, vómitos y por último se indica terminar el embarazo tan pronto como sea posible, sin pasar de 4 a 6 horas, de acuerdo al caso y a la evolución de la paciente se dará medicamentos antihipertensivos, se mantendrá vía IV, se cateterizará la vejiga para así poder medir la producción de orina, se conservará balance estricto de líquidos, vigilar siempre si hay presencia de edema pulmonar, evaluar el estado de la coagulación con prueba de tubo al lado de la cama y no dejar sola a la paciente vigilarla en todo momento (15).

## **SINDROME DE HELLP**

Es el aumento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia, también es una de las complicaciones maternas y fetales más graves durante el embarazo. El 10% de los embarazos complicados con preeclampsia severa o eclampsia son afectados por el SH. (28) en el síndrome de HELLP hay una presencia de anemia hemolítica microangiopática, asociada por la presencia de esquistocitos en el frotis de sangre periférico, incremento de bilirrubinas y deshidrogenasa láctica. Trombocitopenia (plaquetas < 100.000 por mm<sup>3</sup>). Daño hepático, con incremento de transaminasas glutámico oxalacética y deshidrogenasa láctica (16).

## **Manejo del síndrome Hellp**

El manejo del síndrome Hellp consiste en evaluar y estabilizar rápidamente a la madre, corregir la coagulación intravascular diseminada (CID), prevenir las convulsiones con SO<sub>4</sub>Mg, tratar la hipertensión aguda severa. Se hará la transferencia a una unidad de cuidados intensivos de un centro hospitalario de nivel 3 o 4, en donde se solicitará una tomografía axial computarizada o ultrasonido, ante la sospecha de un hematoma subcapsular del hígado. También se determinará el bienestar del feto, solicitando un perfil biofísico, biometría, monitorización, establecer la madurez. El perfil hepático, el perfil de coagulación, el hallazgo de hemólisis, el hematoma subcapsular determinado por la ecografía o TAC abdominal, guiarán el empleo de plasma fresco congelado (que es pasado en 30 minutos a 1 hora). El concentrado de plaquetas será para reponer si los valores son menores a 50 000. Se recuerda que 1 unidad de concentrado de plaquetas eleva los valores en 10 000 plaquetas. Se indica paquete

globular si la hemoglobina es menor de 8 gramos. Se iniciará hemodiálisis en los casos de insuficiencia renal aguda hipercatabólica y plasmaféresis en la sospecha de anticuerpos antiendoteliales (16).

### **2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

- **PREECLAMPSIA.**

Se muestra en las mujeres embarazadas mediante la hipertensión arterial y proteína en la orina después de la semana 20 de gestación. El origen exacto de la preeclampsia se desconoce (17).

- **ECLAMPSIA.**

Presencia de convulsiones en una paciente con síntomas y/o signos de preeclampsia durante el embarazo y puerperio inmediato (18).

- **NULIPARA**

Mujer que ninguna vez ha tenido un parto (19).

- **MULTIPARA**

Mujer que ha tenido más de un parto (20).

- **EDAD GESTACIONAL**

Edad del recién nacido o del feto que se expresa en semanas desde el primer día del último periodo menstrual (21).

- **ESCOTOMAS**

Un síntoma prodrómico frecuente en el campo visual, defecto visual en una región definida en uno o ambos ojos. (22).

- **ACÚFENOS**

Los tinnitus o acúfenos consiste en notar golpes o sonidos ruido producido en el oído que alcanza ser escuchado por otra persona, son un fenómeno perceptivo que no proceden de ninguna fuente externa (23).

- **EPIGASTRALGIA**

Aumento de transaminasas, provocando secreciones y hemorragias que pueden estirar la capsula de glisson, lo que se traduce clínicamente como dolor epigástrico y vómitos (24).

- **REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS**

Es la contracción muscular involuntaria inmediata y breve que se origina al percutir el tendón o hueso en un punto determinado son netamente espinales (25).

- **TABACO**

Reduce el riesgo de preeclampsia y restringe la tensión arterial durante el embarazo (26)



- **MICROALBUMINURIA.**

Secreción urinaria de pequeñas cantidades de albumina por debajo de la altura de localización en el análisis de rutina con tiras de inmersión (27).

- **CREATININA**

Es una sustancia creada a partir del metabolismo de la creatina presente normalmente en la orina, en el tejido muscular y en la sangre (28).

- **SINDROME DE HELLP**

Consiste en un trastorno relacionado con la preeclampsia y la eclampsia (29).

## **CAPITULO III**

### **PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS**

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

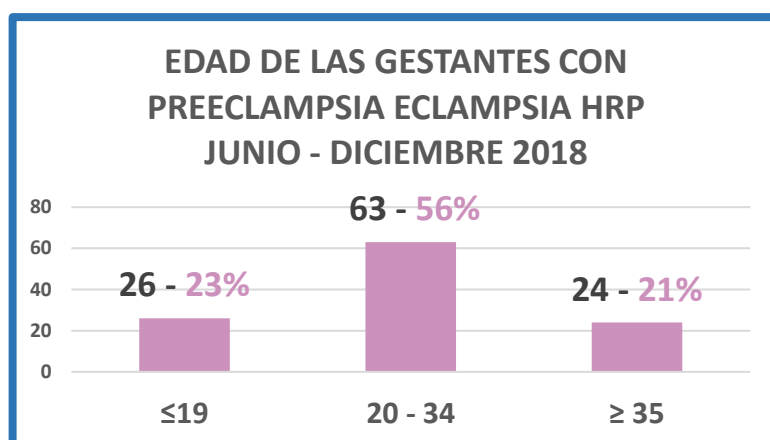
TABLA N° 01

### EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018

<i>Edad</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
≤19	26	23
20 - 34	63	56
≥ 35	24	21
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

GRÁFICO N° 01



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

#### Análisis e Interpretación:

En la tabla y gráfico N° 01, se observa que el 56% de las gestantes se encuentra en el grupo etario de 20 y 34 años, el 23% corresponde a población adolescente.

Contrastando con el estudio realizado en el Hospital Santa Maria de Socorro, Ica Perú 2013 por De la Cruz, nos muestra una mayor frecuencia de casos de Preeclampsia – Eclampsia en el grupo etario de 19 a 34 años con un 60% teniendo una similitud con este estudio.

**TABLA N° 02**

**GRADO DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA  
– ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018**

<i>GRADO DE INSTRUCCION</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<b>ANALFABETA</b>	0	0
<b>PRIMARIA</b>	15	13
<b>SECUNDARIA</b>	60	53
<b>SUPERIOR</b>	38	34
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**GRÁFICO N° 02**



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 02, se encontró que el 60% de los casos corresponden al grado de instrucción secundaria, el 19% a instrucción técnica superior.

Analizando el estudio realizado en el Hospital Santa Maria de Socorro, Ica Peru 2013 por De la Cruz, menciona que el grado de instrucción de mayor frecuencia en su estudio fue el de Secundaria Completa con un 52%.

**TABLA N° 03**

**ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA –  
ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018**

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<b>SOLTERA</b>	36	32
<b>CONVIVIENTE</b>	59	52
<b>CASADA</b>	18	16
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**GRÁFICO N° 03**



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 03, el 52% de los casos del estudio mantiene una relación de convivencia, el 32% son solteras y sólo el 16% refirió estar casadas.

En relación al estudio realizado por De la Cruz menciona que el estado civil de mayor frecuencia fue de Conviviente con un 58% teniendo una similitud con este estudio.

## CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y PERSONALES

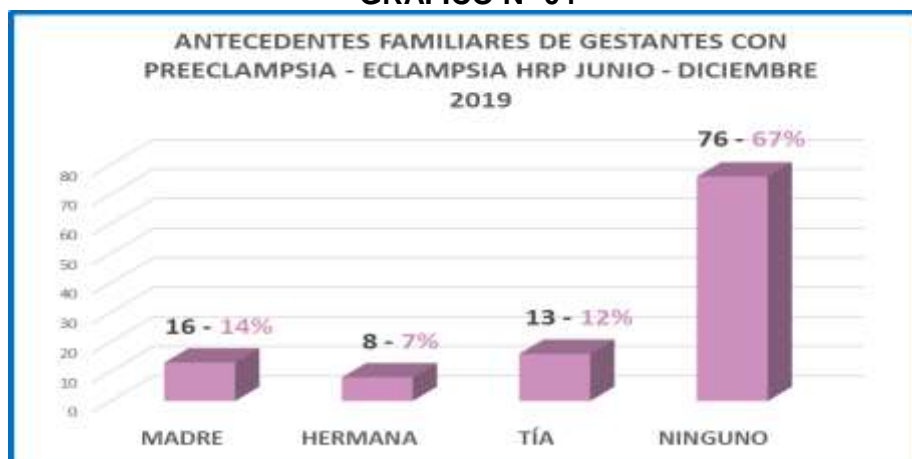
TABLA N° 04

### ANTECEDENTES FAMILIARES DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018

ANTECEDENTES FAMILIARES DE PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA	F	%
MADRE	16	12
HERMANA	8	7
TÍA	13	14
NINGUNO	76	67
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

GRÁFICO N° 04



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

#### Análisis e Interpretación:

En la tabla y gráfico N° 04, se observa que el 33% de los casos tuvieron antecedentes familiares de Preeclampsia – Eclampsia por parte de la madre un 14%, un 7% por parte de la hermana y siendo un 12% por parte de la tía.

No se encontró estudios similares con estas variables para poder contrastarla.

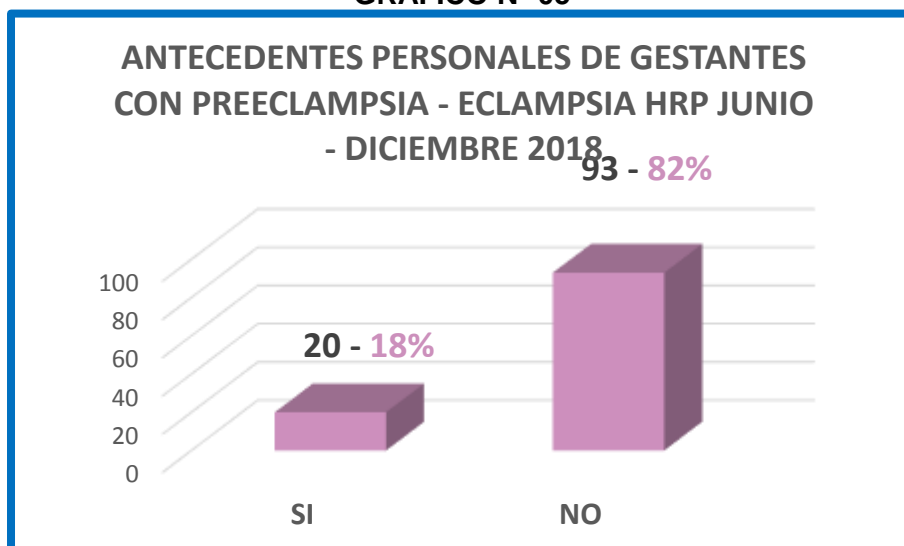
**TABLA N° 05**

**ANTECEDENTES PERSONALES DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018**

<b>ANTECEDENTES PERSONALES DE PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	20	18
<b>NO</b>	93	82
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**GRÁFICO N° 05**



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 05, se evidencia que un 18% de las gestantes tuvo antecedente de Preeclampsia – Eclampsia, mientras que un 82% no padeció en su embarazo anterior.

Relacionando con el estudio realizado en Mexico por Morgan. F de evaluar la asociación de factores sociodemográficos y ginecoobstétricos con preeclampsia, menciona que hubo un 55% de casos con antecedentes personales de preeclampsia, teniendo una similitud con nuestro estudio.

## CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

TABLA N° 06

ANTECEDENTE DE TABAQUISMO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018

TABAQUISMO	F	%
SI	2	2
NO	111	98
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

GRÁFICO N° 06



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

### Análisis e Interpretación:

En la tabla y gráfico N° 06, Sobre antecedente de tabaquismo, el 98% de la muestra de estudio no presentó antecedente de tabaquismo, pero un 2% sí mantenía el hábito de fumar.

Contrastando con el estudio realizado en Mexico por Morgan F. de evaluar la asociación de factores sociodemográficos y ginecoobstétricos con preeclampsia, menciona que el 5% son consumidores de tabaco teniendo una similitud con este estudio.



TABLA N° 07

INDICE DE MASA CORPORAL PREVIO AL ÚLTIMO EMBARAZO, EN LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018

<i>IMC</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
NORMAL	73	65
OBESIDAD	7	6
SOBREPESO	33	29
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

GRÁFICO N° 07



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 07, el 65% de la muestra de estudio tuvo un índice de masa corporal normal antes del embarazo. El 29% tuvo un índice de masa corporal con sobrepeso y el 6% tuvo un índice de masa corporal con obesidad.

No se encontró datos relacionados con las variables mencionadas.

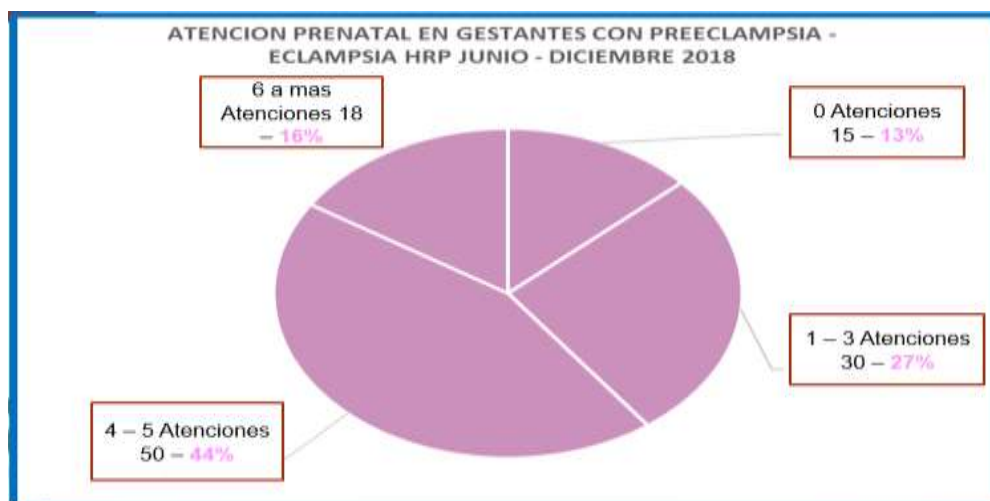
**TABLA N° 08**

**ATENCIÓN PRENATAL DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018**

<b>ATENCIÓN PRENATAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA HRP JUNIO - DICIEMBRE 2018</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>0 ATENCIONES</b>	15	13
<b>1 - 3 ATENCIONES</b>	30	27
<b>4 - 5 ATENCIONES</b>	50	44
<b>6 A MAS ATENCIONES</b>	18	16
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**GRÁFICO N° 08**



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 08, en cuanto a las atenciones prenatales un 13% no tuvo control prenatal, un 27% tuvo entre 1-3 atenciones, un 44% tuvo entre 4-5 atenciones y un 16% tuvo entre 6 a más atenciones. Contrastando el estudio realizado en Lima 2014 por Barreto. S. Identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia severa en el Instituto Materno Perinatal y cuantificar su impacto en diferentes resultados peri-natales nos muestra que el 33% tuvo un control prenatal inadecuado teniendo una similitud con este estudio.

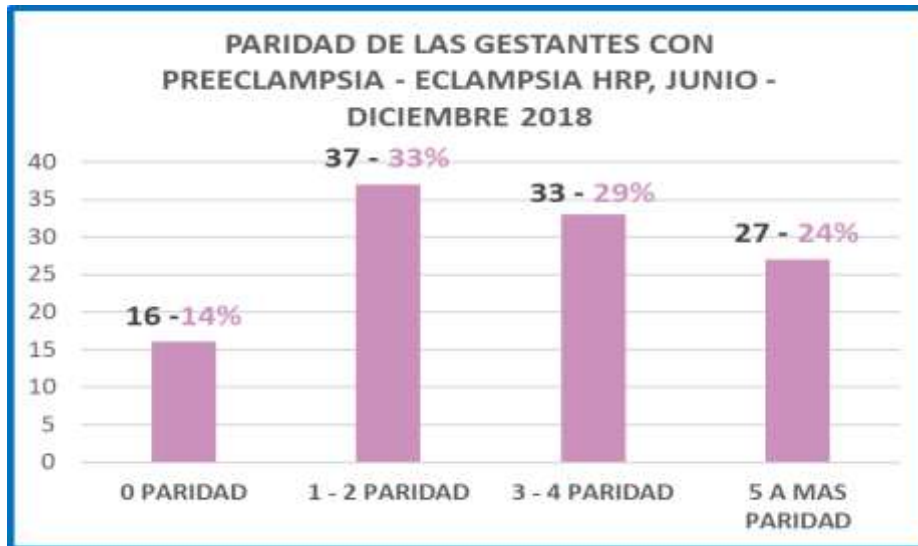
**TABLA N° 09**

**PARIDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018**

<b>PARIDAD</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>0 PARIDAD</b>	16	14
<b>1- 2 PARIDAD</b>	37	33
<b>3 - 4 PARIDAD</b>	33	29
<b>5 A MAS PARIDAD</b>	27	24
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**GRÁFICO N° 09**



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 09, en cuanto a la paridad se observa que un 14% nunca tuvo hijos, un 33% tuvo de 1-2 hijos, un 29% tuvo entre 3-4 hijos y un 24% tuvo entre 5 hijos a más.

Contrastando el estudio realizado por De la Cruz que tuvo como propósito Identificar las complicaciones maternas fetales más frecuentes de la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú en el año 2013. Nos muestra que el 42% fueron primíparas y un 66% fueron multíparas.

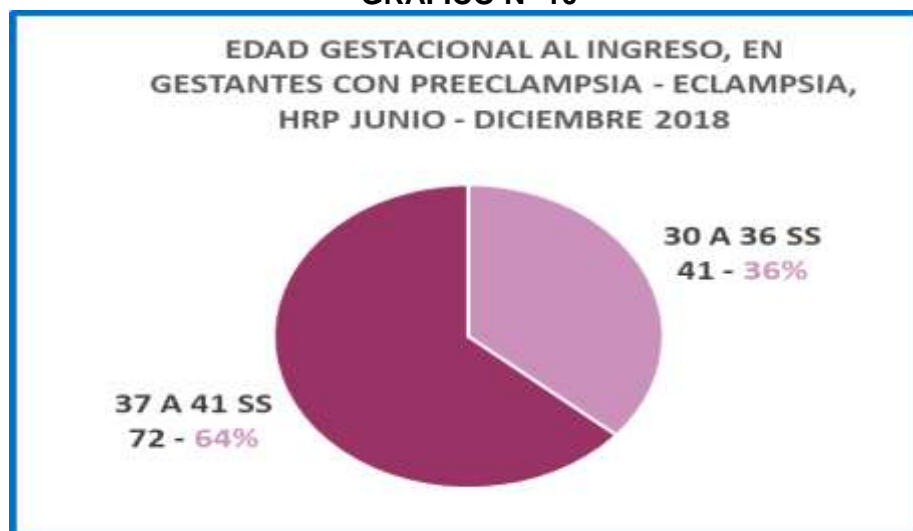
**TABLA N° 10**

**EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL INGRESO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018**

<i>EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL INGRESO</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<b>30 A 36 SEMANAS</b>	41	36
<b>37 A 41 SEMANAS</b>	72	64
<b>MAYOR A 41 SEMANAS</b>	0	0
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**GRÁFICO N° 10**



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 10, en cuanto a la edad gestacional al ingreso el 64% tuvo entre 37 a 41 semanas de gestación, el 36% tuvo entre 30 a 36 semanas y Ninguno de los casos tuvo más de 41 semanas.

No se encontró datos relacionados con las variables mencionadas.

**TABLA N° 11**

**VÍA DE TERMINACIÓN DEL PARTO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018**

<b>VIA DE TERMINACIÓN DEL PARTO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>VAGINAL</b>	18	16
<b>ABDOMINAL</b>	95	84
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**GRÁFICO N° 11**



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 11, según registro en historia clínica el 84% de las gestantes tuvo parto abdominal o cesárea, mientras que un 16% tuvo parto vaginal.

Contrastando con el estudio sobre Identificar las complicaciones maternas fetales más frecuentes de la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú en el año 2013 de la Cruz nos indica que el 81% con complicación de Preeclampsia severa terminaron en cesárea.

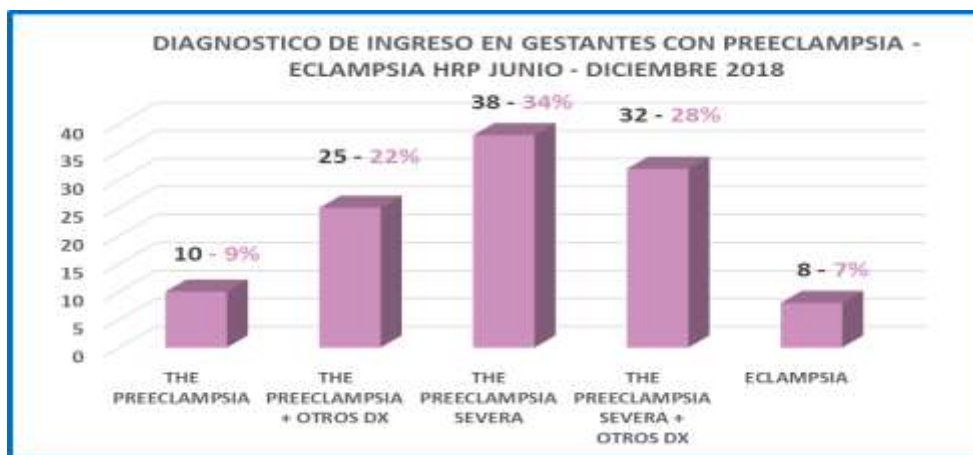
**TABLA N° 12**

**DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018**

<i>DIAGNOSTICOS DE INGRESO</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
THE PREECLAMPSIA	10	9
THE PREECLAMPSIA y OTROS DX	25	22
THE PREECLAMPSIA SEVERA	38	34
THE PREECLAMPSIA SEVERA y OTROS DX	32	28
ECLAMPSIA	8	7
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**GRÁFICO N° 12**



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 12, el 62% de la muestra presentó diagnóstico de Preeclampsia Severa, pero, más de la tercera parte de la muestra, con 34% presentó el diagnóstico de sólo Preeclampsia Severa, y un 28% de la muestra tuvo otro diagnóstico además de Preeclampsia Severa, el 31% presentó diagnóstico de Preeclampsia, dentro de ello un 22% con Preeclampsia sumado a otro diagnóstico adicional. 8 de los casos el 7% presentaron Eclampsia.

No se encontró datos relacionados con las variables mencionadas.

**TABLA N° 13**

**DIAGNÓSTICO DE EGRESO DE LAS GESTANTES ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018**

<b>DIAGNOSTICO DE EGRESO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
PARTO UNICO ESPONTANEO	8	7
PARTO UNICO ESPONTANEO Y OTRO DIAGNÓSTICO SIN PREECLAMPSIA	6	5
POST CESAREADA POR DIAGNÓSTICO SIN THE	16	14
POST CESAREADA POR PREECLAMPSIA, SIN OTRO DIAGNÓSTICO	18	16
POST CESAREADA POR PREECLAMPSIA, MAS OTRO DIAGNÓSTICO	7	6
POST CESAREADA POR PREECLAMPSIA SEVERA, SIN OTRO DIAGNÓSTICO	37	33
POST CESAREADA POR PREECLAMPSIA SEVERA, MAS OTRO DIAGNÓSTICO	15	13
POST CESAREA POR ECLAMPSIA	6	5
	<b>113</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**GRÁFICO N° 13**



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

**Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 13, en cuanto a la evaluación de los diagnósticos de egreso, el 33% de las pacientes de la muestra, tuvieron diagnóstico de Post cesareada por Preeclampsia Severa, coincidiendo con el 34% de los casos que ingresaron con diagnóstico de solo Preeclampsia Severa. El 13% tuvo diagnóstico de Post cesareada por Preeclampsia Severa sumado a otro diagnóstico. El 5% de los casos tuvo diagnóstico de post cesareada por eclampsia. El 22% de los casos fue post cesareada por Preeclampsia, entre ellas un 6% tuvo un diagnóstico adicional y un 16% no tuvo ningún diagnóstico adicional. Así también un 14% de los casos, egresaron con diagnóstico de Post cesareada, pero sin diagnóstico de Preeclampsia, y el 12% de los casos egresó luego de parto espontaneo sin Preeclampsia.

No se encontró datos relacionados con las variables mencionadas.



## COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES

TABLA N° 14

### COMPLICACIONES MATERNAS PERINATALES POR PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA, HRP PERIODO JUNIO – DICIEMBRE 2018

COMPLICACIONES	F	%
SOLO DPP	2	2
DPP y RCIU	1	1
ECLAMPSIA	1	1
ECLAMPSIA + RCIU + ASFIXIA NEONATAL	1	1
ECLAMPSIA y SFA	3	3
RCIU	6	5
SFA	12	11
SFA y DPP	1	1
SINDROME DE HELLP	1	1
NINGUNA	85	75
	113	100

Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

GRÁFICO N° 14



Fuente: Base de Datos Estudio Preeclampsia Eclampsia HRP 2018

### **Análisis e Interpretación:**

En la tabla y gráfico N° 14 se muestra que entre las complicaciones maternas perinatales un 2% de los casos presento desprendimiento prematuro de placenta, el 1% tuvo desprendimiento prematuro de placenta más retardo del Crecimiento Intrauterino, el 1% tuvo eclampsia, el 1% tuvo eclampsia más retardo del crecimiento intrauterino más asfixia neonatal, el 3% tuvo eclampsia más sufrimiento fetal agudo, el 5% presento retardo del crecimiento intrauterino, el 11% presento sufrimiento fetal agudo, el 1% presento sufrimiento fetal agudo más desprendimiento prematuro de placenta, y uno de los casos presento síndrome de HELLP, El 75% no presentó complicación alguna.

Contrastando con el estudio realizado en el Hospital Santa Maria de Socorro, Ica Perú 2013 por De la Cruz, En cuanto a las complicaciones maternas encontradas estuvo la eclampsia con un 3%, no se encontró ninguna muerte materna, entre las complicaciones fetales halladas localizamos retardo de crecimiento intrauterino con un 13%, sufrimiento fetal agudo con un 5% y muerte fetal con un 2%.

## CONCLUSIONES

Concluida la investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. Referente a las características de las gestantes encontramos que, el 56% tenían entre 20 y 34 años de edad, y el 23% tenía entre 19 a menos años de edad. El 60% tenía instrucción secundaria. El 52% vive en una relación de convivencia, 32% tenía estado civil soltera. El 18% tenía antecedentes personales de Preeclampsia. El 2% sí mantiene el hábito de fumar, el 29% y el 6%, ya tenían sobrepeso y obesidad, respectivamente antes del último embarazo. El 14% nunca tuvo hijos y el 24% tuvo 5 hijos a más. El 13% no tuvo control prenatal, el 44% tuvo 4-5 atenciones y el 16% tuvo 6 a más atenciones, el 64% tuvo entre 37 a 41 semanas de gestación al ingreso, el 36% tuvo entre 30 a 36 semanas y 5 días. El 84% terminó en parto abdominal, el 62% presentó diagnóstico de Preeclampsia Severa, el 7% (8 casos), presentaron Eclampsia. El 47% egreso con Diagnóstico de Post cesareada por Preeclampsia Severa, el 28% egreso con Diagnóstico de post cesareada por Preeclampsia. Entre las complicaciones materno perinatales, El 23% presentó una o más complicaciones como, Sufrimiento Fetal Agudo, Eclampsia, Retardo del Crecimiento Intrauterino, Desprendimiento prematuro de placenta y un caso de Síndrome de HELLP.
2. Referente a las características sociodemográficas, se observa que el 56% de los casos se encuentra en el grupo etario de 20 y 34 años, el 23% corresponde a población adolescente. El 60% tuvo grado de instrucción secundaria completa y el 19% grado de instrucción técnica superior. El 52% vive en una relación de convivencia, el 32% estado civil soltera y sólo el 16% refirió estado civil casada.

3. En cuanto a las características familiares y personales de los casos, un 33% tuvieron antecedentes de preeclampsia por parte de la madre y tía. Referente al antecedente personal de Preeclampsia, el 18% de las pacientes tuvieron preeclampsia en embarazos anteriores.
4. En cuanto a las características Obstétricas en lo referente a datos basales del embarazo actual encontramos el 2% de casos con tabaquismo. El 29% presento un índice de masa corporal (IMC) con sobrepeso y el 6% ya tenían obesidad, en cuanto a las atenciones prenatales un 13% no tuvo control prenatal, un 44% tuvo entre 4-5 atenciones y solo un 16% tuvo entre 6 a más atenciones, en cuanto a la paridad se observa que un 14% son nulíparas, un 33% tuvo de 1-2 hijos y un 24% tuvo entre 5 hijos a más; en cuanto a la edad gestacional al ingreso el 64% tuvo entre 37 a 41 semanas de gestación, el 36% tuvo entre 30 a 36 semanas y Ninguno de los casos tuvo más de 41 semanas. El 84% de las pacientes tuvo parto abdominal, mientras que un 16% tuvo parto vaginal. El 100% de gestantes que ingresaron con preeclampsia solo se confirmó el dx a un 77% de los casos y un 5% fueron dx de eclampsia.
5. En cuanto a las complicaciones maternas perinatales un 2% de los casos presento desprendimiento prematuro de placenta, el 1% tuvo desprendimiento prematuro de placenta más retardo del Crecimiento Intrauterino, el 1% tuvo eclampsia, el 1% tuvo eclampsia más retardo del crecimiento intrauterino más asfixia neonatal, el 3% tuvo eclampsia más sufrimiento fetal agudo, el 5% presento retardo del crecimiento intrauterino, el 11% presento sufrimiento fetal agudo, el 1% presento sufrimiento fetal agudo más desprendimiento prematuro de placenta, y uno de los casos presento síndrome de HELLP.

## RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados del estudio, se realizan las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda a los decisores del gobierno regional, local y a la DIRESA que tomen acciones preventivas para que contribuyan a disminuir el embarazo en adolescente, en el presente estudio se identificó un alto porcentaje de adolescentes con preeclampsia y es sabido que una gestación en esta edad extrema trae consigo múltiples complicaciones que ponen en riesgo la salud materna perinatal.
2. Se recomienda al personal de salud que realiza el control prenatal, poner especial énfasis en los antecedentes personales y familiares de preeclampsia debido al riesgo que significa ya que la ocurrencia de esta enfermedad tiene un trasfondo genético que tiende a repetirse en las generaciones siguientes.
3. Sobre las características obstétricas, diagnósticos de ingreso y egreso y finalmente complicaciones obstétricas, es muy importante analizar los antecedentes de la paridad, para lo cual también se sugiere realizar una anamnesis exhaustiva que garanticen registros completos, que nos permitan comparar la realidad local con la realidad de otras regiones de nuestro país y con la realidad de otros países de América Latina. Así también tener el cuidado de hacer la secuencia correcta de diagnósticos de acuerdo a la gravedad e importancia para el ingreso y la cesárea, que se deben reflejar en los diagnósticos de egreso.

Recomendar al personal de salud que atiende a la gestante en el primer nivel de atención realizar captación de gestante mediante las visitas domiciliarias y otras estrategias para que inicien las atenciones prenatales oportunamente ya

que un 13% de las pacientes de nuestro estudio no contaron con estos controles situación que pone en riesgo la salud de la madre y/o feto al no detectarse tempranamente patologías que posteriormente complican la gestación.

Se sugiere también incorporal dentro de la historia clínica aspectos referentes a la andria y cambio de pareja sexual en el último embarazo para hacer análisis comparativo con otros estudios.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Vargas. V y col La preeclampsia un problema de salud pública mundial/ México diciembre 2011. Accesado el [20 de noviembre 2018] disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/262749500\\_La\\_preeclampsia\\_un\\_problema\\_de\\_salud\\_publica\\_mundial](https://www.researchgate.net/publication/262749500_La_preeclampsia_un_problema_de_salud_publica_mundial)
2. Organización Mundial de la Salud (OMS) prevención y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia 2008-2011. Accesado el [20 de noviembre 2018] disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70751/WHO\\_RHR\\_11.30\\_spa.pdf;jsessionid=98918F38306A9E7663FF6FF6611294D8?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70751/WHO_RHR_11.30_spa.pdf;jsessionid=98918F38306A9E7663FF6FF6611294D8?sequence=1)
3. Sanchez. S. Actualizacion en la epidemiologia de la preeclampsia vol. 60 octubre - diciembre 2014. Accesado el [20 de noviembre 2018] disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000400007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007)
4. Williams. Obstetricia 24e trastornos hipertensivos pag. 40 disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=100461351&bookid=1525>
5. Ortiz. R y col Hipertensión/preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, Chile 2017 vol 82. Accesado el [12 de diciembre 2018] disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-75262017000200013&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262017000200013&lng=es&nrm=iso)
6. Buitrago. G. Guía de Práctica Clínica para el abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo. Colombia 2013 vol. 64. Accesado el [12 de diciembre 2018] disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474342013000300006&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474342013000300006&script=sci_abstract&tlng=es)

7. Morgan. F. y col Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles Revistas >Ginecología y Obstetricia de México año 2011-2014. Accesado el [ 12 de diciembre 2018] disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=27193>
8. Barreto. S. Factores de riesgo y resultados perinatales en la preeclampsia severa: un estudio caso control Instituto Materno Perinatal, Lima, Perú. 2014 vol. Accesado el [12 de diciembre 2018] disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/912/91222305.pdf>
9. De la cruz .R. y col Complicaciones maternas fetales de la preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú 2013/ Revista médica 2014 Accesado el [12 de diciembre 2018] disponible en: <file:///C:/Users/Leti/Downloads/130-1-263-1-10-20171230.pdf>
10. Benites. Y. Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un hospital de Piura, Perú Accesado el [27 de Diciembre 2018] disponible en: <file:///C:/Users/Leti/Downloads/203-Texto%20del%20art%C3%ADculo-465-1-10-20120924.pdf>
11. Schwarcz, Salas, Duverges. Preeclampsia. En: Ricardo Leopoldo schwarcz. Obstetricia. Buenos aires: argentina; 2009. 6ta edición. p: 302.
12. Guevara Ríos. E. Manejo de preeclampsia/Eclampsia en el Perú vol. 60 2014 Accesado el [ 27 de diciembre 2018] disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S230451322014000400015](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322014000400015)
13. Atacho. F. la preeclampsia su epidemiologia y teorias. 3 de diciembre de 2009. Accesado el [ 06 de enero 2019] disponible en: <https://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2009/12/03/lapreeclampsia-su-epidemiologia-y-teorias/>



14. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial 2008. Eclampsia; p. 463.
15. Pacheco José. Simposio de Hipertensión Arterial. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el Gineco-obstetra Acta Med Per. 23(2) 2006. Accesado el [ 06 de enero 2019] disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a10.pdf>
16. Parra. P. Diagnóstico y Manejo Oportuno del Síndrome de HELLP. Vol 47 San Jose 2005. Accesado el [ 20 de enero 2018 ] disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S000160022005000100002](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000160022005000100002)
17. Williams. Obstetricia 24ed México: McGrawHill; 2011. Trastornos Hipertensivos; p. 46.
18. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. 2008. Nulipara; p. 1000.
19. Orizondo. R. Eclampsia en Santa Clara vol. 35. La habana julio-septiembre 2009. Accesado el [06 de Enero 2019] disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2009000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2009000300005)
20. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. 2008. Multipara; p. 949.
21. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. 2008 Edad gestacional; p. 467.
22. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. 2008. Escotomas; p. 543
23. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. 2008. Acufenos; p. 30.

24. Alvarado. J. Apuntes de Obstetricia 3ra edición – actualizada 2014 pag. 238
25. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. 2008. Reflejos Osteotendinosos; p. 1226.
26. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. 2008. Tabaco; p. 1378.
27. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. 2008. Microalbuminuria; p. 919.
28. Diccionario mosby. pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 6ta ed. Barcelona: océano grupo editorial. 2008. Creatinina; p. 352.
29. Packard. L. Síndrome de Hellp. Hospital de Stanford. Accesado el [ 20 de enero 2019] Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=s-ndromehellp-90-P05564>

# **ANEXOS**



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

**PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO JUNIO - DICIEMBRE  
2018**

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS**

1.- EDAD

- a) < 19
- b) 20 - 34
- c) > 35

2.- GRADO DE INSTRUCCION.

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

3. ESTADO CIVIL.

- a) Conviviente
- b) Soltera
- c) Casada.

**II. CARCATERISTICAS FAMILIARES.**

4.- ANTECEDENTES FAMILIARES DE PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA.

- a) Mamá
- b) Hermana
- c) Tía
- d) Otros

5.- ANTECEDENTES PERSONALES DE PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA.

- a) Si
- b) No

**III. CARACTERISTICAS OBSTETRICAS.**

6.- ANTECEDENTES DE TABAQUISMO  
Consumidora Frecuente de tabaco.

- a) Si
- b) No

7.- IMC

- a) Menor de 18: peso por debajo de lo normal.
- b) Entre 18 y 24,9: valor normal.
- c) Entre 25 y 29,9: sobre peso.
- d) Entre 30 y 34,0: obesidad de 2.<sup>o</sup> grado.
- e) Entre 35 y 39,9: obesidad de 3.<sup>o</sup> grado (pre mórbida).
- f) Superior a 40: obesidad de 4. <sup>o</sup> grado (mórbida).

8.- ATENCION PRENATAL.

- a) 0
- b) 1 - 3
- c) 4 – 5
- d) ≥ 6

9.- PARIDAD

- a) 0
- b) 1 – 2
- c) 3 – 4
- d) ≥ 5

10.- EDAD GESTACIONAL.

- a) 30 a 36 ss
- b) 37 a 41 ss
- c) > 41 ss

11.- VIA DE TERMINACION DEL PARTO.

- a) Vaginal
- b) Abdominal

12. DIAGNOSTICO DE INGRESO.

- a) Preeclampsia Leve
- b) Preeclampsia Severa
- c) Preeclampsia sin signos de severidad.
- d) Preeclampsia con signos de severidad.
- e) Eclampsia

13. DIAGNOSTICO DE EGRESO.

- a) Preeclampsia Leve
- b) Preeclampsia Severa
- c) Preeclampsia sin signos de severidad.
- d) Preeclampsia con signos de severidad.
- e) Eclampsia

**III. COMPLICACIONES MAS FRECUENTES.**

14.- COMPLICACIONES MATERNAS FETALES

- a) Eclampsia
- b) Sindrome de Hellp
- c) DPP
- d) Mortalidad Materna
- e) RCIU - PEG
- f) Sufrimiento Fetal Agudo – Asfixia Neonatal.
- g) Otros.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO DEL PROYECTO: PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL PERIODO JUNIO - DICIEMBRE 2018

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b> ¿Cuáles son las características de la Preeclampsia - Eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio-diciembre 2018?</p> <p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b> ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la Preeclampsia - Eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Junio- Diciembre 2018?</p> <p>¿Cuáles son las características familiares de la Preeclampsia - Eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo de Junio-Diciembre 2018?</p> <p>¿Cuáles son las características Obstétricas de la Preeclampsia - Eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Junio – Diciembre 2018?</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes de la Preeclampsia - Eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Junio – Diciembre 2018?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL.</b> Determinar Las características de la preeclampsia - eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo junio - Diciembre 2018.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> Identificar las características sociodemográficas de la Preeclampsia - eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Junio – Diciembre 2018</p> <p>Determinar las características de los antecedentes familiares de la Preeclampsia - eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Junio – Diciembre 2018</p> <p>Conocer las características Obstétricas de la Preeclampsia - eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Junio – diciembre 2018</p> <p>Identificar las complicaciones más frecuentes de la Preeclampsia - Eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa en el periodo Junio – Diciembre 2018</p>	<p>En este estudio no se plantearán Hipótesis de Investigación por tratarse de un estudio netamente descriptivo.</p>	<p><b>Variable del estudio: Univariado</b></p> <p>Características de la Preeclampsia – Eclampsia.</p>	<p>Edad Nivel educativo Estado Civil</p> <p>Antecedentes Familiares de preeclampsia. Antecedentes Personales de Preeclampsia</p> <p>Tabaquismo, IMC APN: N°, Paridad, Edad gestacional, Vía de terminación del parto. Dx de ingreso y Dx de egreso.</p> <p>Eclampsia Síndrome de Hellp Mortalidad Materna DPP Mortalidad Materna RCIU - PEG Sufrimiento Fetal Agudo – Asfixia Neonatal. <b>Otros.</b></p>	<p>Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal</p>