



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TITULO:

**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE
LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO, AÑO 2018.**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

VILCA NOVOA, THALIA IVONNE

ASESOR:

DR. JAUREGUI FRANCIA FILOMENO TEODORO

LIMA - PERÚ

2019

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características epidemiológicas y clínicas de las gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018.

Metodología: Estudio tipo básico observacional con un diseño no experimental, transversal, descriptivo y retrospectivo. La muestra fue de 90 gestantes para el análisis estadístico. Se empleó la revisión de historias clínicas en archivos, luego fueron ingresados a las fichas de recolección y luego procesados en una base de datos en el programa de Microsoft Excel 2016 y analizado en el paquete estadístico SPSS v.23.

Resultado: El grupo etario más frecuente fue entre 21 a 34 años (57,78%), el estado civil conviviente (68,9%), el nivel de instrucción secundaria (66,7%), la obesidad (40%), controles prenatales inadecuados (60%), antecedente familiar de HTA (53,33%).

Conclusiones y Recomendaciones: Se concluye que las características epidemiológicas más frecuente fueron gestantes con edad materna de 21 a 34 años, estado civil conviviente, ocupación ama de casa, la obesidad pre gestacional, la multigestación y el inadecuado número de controles prenatales y el antecedente de trastorno hipertensivo familiar. Se recomienda brindar talleres de sensibilización y atención especializada sobre la importancia de número adecuado de controles prenatales.

Palabras Claves: Características epidemiológicas y clínicas, Preeclampsia.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to identify the epidemiological and clinical characteristics of pregnant women with preeclampsia in the Hospital Dos de Mayo, 2018.

Methodology: An observational study of basic type not experimental, transversal, descriptive and retrospective design. This research was composed by 90 pregnant women for statistical analysis. The review of medical records was used in files, then entered into the collection forms and then processed in a database in the Microsoft Excel 2016 program and analyzed in the statistical package SPSS v.23.**Result:** The most frequent age group was between 21 to 34 years old (57.78%), the cohabiting civil status (68.9%), the level of secondary education (66.7%), obesity (40%), inadequate prenatal controls (60%), family history of hypertension (53.33%).

Conclusions: This study concludes that the most frequent risk factors were pregnant women with a maternal age of 21 to 34 years, cohabiting civil status, housewife occupation, pre gestational obesity, multigestation and inadequate number of prenatal controls and a history of disorder hypertensive family. It's recommended to give support classes about sensibilitation and specialized attention over the importancy of the right amount of times of pregnancy controls.

Key words: Epidemiological and clinical characteristics, Preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una patología que inicia a partir de las veinte semanas de gestación, caracterizada por hipertensión en una gestante previamente normotensa; sin embargo, la etiología se desconoce y es causante de alto índice de morbi-mortalidad materno perinatal a nivel mundial. Además, gestantes con antecedentes de preeclampsia tienen alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, renales en el futuro.

La preeclampsia constituye la segunda causa de muerte materna de causa directa a nivel nacional y la primera causa de mortalidad materna en el departamento de Lima, por lo cual representa un problema de salud pública a nivel nacional (1).

Sin embargo, la repercusión de las complicaciones a corto y largo plazo de la enfermedad es mayor en países en vías de desarrollo debido a que se desconoce la etiología. Por consiguiente, es de importancia conocer las principales características epidemiológicas y clínicas de esta enfermedad para realizar medidas que ayuden con la identificación de gestantes con alta probabilidad de padecer esta patología durante su gestación, a su vez prevenir y manejar de forma adecuada cualquier complicación que se presente.

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vii
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.-Descripción de la realidad problemática	1
1.2.-Formulación del problema.....	2
1.2.1.-Problema general.....	2
1.2.2. -Problemas específicos.....	3
1.3.-Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1.-Objetivo general:	3
1.3.2.-Objetivos específicos:.....	3
1.4.-Justificación de la Investigación.....	3
1.4.1.- Importancia de la investigación.....	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedente de la investigación	6
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1 Preeclampsia	8
2.2.1.1 Epidemiología	8
2.2.1.2 Clasificación.....	9

2.2.1.3 Etiología	10
2.2.1.4 Fisiopatología	11
2.2.1.5 Diagnóstico	12
2.2.1.6 Complicaciones	12
2.2.1.7 Pronóstico	13
2.2.2 Factores de riesgo.....	14
2.3. Definición de términos básicos	20
CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	23
2.1 Hipótesis.....	23
2.2 Variables: definición conceptual, operacional, dimensiones e indicadores.	23
CAPITULO IV: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
4.1. Diseño metodológico.....	26
4.2. Diseño muestral.....	26
4.3. Técnica de recolección de datos.....	27
4.4. Técnica estadística para el procesamiento de la información.....	28
4.5. Aspectos Éticos	28
CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	29
5.1. Análisis Descriptivo	29
5.2 Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas.	45
5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.	45
5.4 Discusión.....	45
5.5. Conclusiones	50

5.4. Recomendaciones.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	52
ANEXOS	59

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1:.....	30
DIMENSIONES E INDICADORES DE LA VARIABLE PRE ECLAMPSIA.	
TABLA N°2:.....	31
DIMENSIONES E INDICADORES DE LA VARIABLE CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLÍNICAS.	
TABLA N°3:.....	35
DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACION DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES.	
TABLA N°4:.....	36
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA.	
TABLA N°5:.....	37
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA.	
TABLA N°6:.....	38
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA.	
TABLA N°7:.....	39
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL DISTRITO DE PROCEDENCIA NIVEL DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA.	
TABLA N°8:.....	40
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACION DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA.	
TABLA N°9:.....	41

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO
EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

TABLA N°10:.....42

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL INDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL
EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

TABLA N°11.....43

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NUMERO DE GESTACIONES EN GESTANTES CON
PREECLAMPSIA.

TABLA N°12:.....44

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES CON
PREECLAMPSIA.

TABLA N°13:45

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL INTERVALO INTERGENESICO EN GESTANTES CON
PREECLAMPSIA.

TABLA N° 14:46

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES CON
PREECLAMPSIA.

TABLA N° 15:47

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE PREECLAMPSIA EN
GESTACIONES PREVIAS,

TABLA N°16:48

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL
FAMILIAR EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

TABLA N°17:49

DISTRIBUCIÓN SEGÚN HIPERTENSIÓN CRÓNICA PERSONAL EN GESTANTES
CON PREECLAMPSIA.

TABLA N°18:50

DISTRIBUCION SEGÚN DIABETES MELLITUS EN GESTANTES CON
PREECLAMPSIA.

ANEXOS

ANEXO N° 1: Matriz de consistencia.....65

ANEXO N° 2: Operacionalización de variables.66

ANEXO N° 3: Ficha de recolección de datos.....69

ANEXO N° 4: Ficha: Ficha de validación de instrumento de recolección de datos.....71

ANEXO N° 5: Autorización y Aprobación de Estudio.....74

ANEXO N° 6: Base de Datos.....75

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.-Descripción de la realidad problemática

La preeclampsia es una afección progresiva que se presenta durante el embarazo, afecta tanto a la madre como al feto, siendo responsable de un alto índice de morbilidad y mortalidad materna, riesgo de muerte perinatal, retraso del crecimiento intrauterino y parto prematuro. Además, las gestantes con preeclampsia tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, renales y de presentar hipertensión crónica en el futuro.

Representa de 3% a 22% de complicaciones en las gestaciones y es la segunda causa de mortalidad materna en el Perú, con 21.9%. En la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Lima y en el Instituto Nacional Materno Perinatal representa la primera causa de mortalidad, con 33% y 43%, respectivamente (1). Es evidente que, para hacer frente a la preeclampsia de manera efectiva en cualquier población, es necesario que los sistemas de salud sean imperativos, al igual que el acceso a la atención médica; Sin embargo, en países en vías de desarrollo, este escenario se encuentra obstaculizado por la pobreza, los altos costos en atención de la salud y la atención de mala o mediana calidad. Asimismo, se agrava con las respuestas tardías en el hogar a las emergencias obstétricas, que surgen como producto de información inadecuada sobre cuándo buscar ayuda y, a veces, dónde buscar ayuda. (2).

El problema se confunde con el misterio continuo de la etiología y la naturaleza impredecible de la enfermedad; sin embargo, estudios recientes han propuesto algunos factores etiológicos, tales como anomalías en el desarrollo de la

vascularización placentaria en el embarazo, que pueden resultar en relación a hipo perfusión, hipoxia e isquemia placentaria, que conduce a la dispersión de factores antiangiogénicos en la circulación materna, por lo que altera la función endotelial en todo el organismo. Además de causar hipertensión y otras manifestaciones sistémicas clínicas en la gestante (2).

Las diversas características epidemiológicas y clínicas que incrementan la probabilidad de desarrollar esta afección, se caracterizan por presentar historia previa de preeclampsia, nuliparidad, edad avanzada, hipertensión crónica, obesidad, embarazo gemelar, niveles socio- económicos y de educación bajos, estado civil de la madre, y sin disposición a una atención médica adecuada y de calidad, debido a la localización, distancia y falta de transporte a los hospitales de especialidad (3).

Por la información obtenida, es de interés abarcar la investigación en este tema que, en la actualidad, tiene mucha relevancia por las complicaciones de su diagnóstico tardío y manejo. Con este fin, se realizó el presente estudio en el campo obstétrico del Hospital Nacional Dos de Mayo, ya que es el principal centro de referencia nacional, y tiene como finalidad describir las principales características epidemiológicas presentes de dicha patología, de esta manera, se podrá contribuir con la identificación de gestantes de alto riesgo y realizar una atención oportuna, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad maternal y perinatal en dicho centro.

1.2.-Formulación del problema.

1.2.1.-Problema general

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de las gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018?

1.2.2. -Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018?
2. ¿Cuáles son las características clínicas en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018?

1.3.-Objetivos de la investigación

1.3.1.-Objetivo general:

- Identificar las características epidemiológicas y clínicas en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018.

1.3.2.-Objetivos específicos:

1. Determinar las características epidemiológicas más frecuentes en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018.
2. Determinar las características clínicas más frecuentes en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018.

1.4.-Justificación de la Investigación

La preeclampsia es un trastorno idiopático de curso progresivo multi-sistémico que inicia a partir de la semana 20 de gestación, caracterizado por presión arterial elevada, con o sin proteinuria, hipertensión o disfunción orgánica. Constituye una causa significativa de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. En países en vías de desarrollo, como Perú, representa el 25% aproximadamente de las muertes maternas. Además, es la principal etiología de nacimiento pre término por indicación médica. (4)

Es un síndrome con manifestaciones clínicas y laboratorio cuyos hallazgos clínicos se pueden manifestar con hipertensión, proteinuria, con o sin manifestaciones sistémicas, y/o manifestaciones fetales con oligo-hidramnios, restricción en el crecimiento intrauterino (5). En consecuencia, es esencial el conocimiento de las características epidemiológicas y clínicas para mejorar las estrategias preventivas y el manejo oportuno de la madre y el feto, puesto que la atención y el manejo estandarizado contra la preeclampsia reducen los índices de morbi-mortalidad materna y perinatal (6).

1.4.1.- Importancia de la investigación

La preeclampsia continúa siendo una significativa causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, por los efectos y consecuencias que ocasiona a nivel sistémico. Es un problema de salud pública debido a su frecuencia y afectación a mujeres en edad reproductiva, tiene una gran vulnerabilidad con el manejo oportuno, y no es previsible ya que el defecto se halla a nivel placentario. (7)

El conocer las principales características epidemiológicas y clínicas, permitirá implementar estrategias para desarrollar campañas de prevención primaria, tamizaje; con el propósito de elaborar un diagnóstico oportuno que permita recolectar información que contribuya en la comprensión de esta patología y aplicar medidas preventivas pertinentes que ayuden a disminuir la morbi-mortalidad materno fetal asociado a preeclampsia (8).

El presente estudio se justifica con los siguientes puntos a remarcar:

Evaluar la magnitud de la preeclampsia, que es una de las principales causas de morbi- mortalidad materna y perinatal (9). Además de establecer y adquirir conocimientos que sean trascendentes y permitan identificar las principales

características epidemiológicas y clínicas en gestantes con preeclampsia con el fin de disminuir sus complicaciones; en consecuencia, el hospital logrará obtener mejores resultados en el tratamiento de esta patología.

CAPITULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedente de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

- Manrique, en el año 2018 desarrolló una tesis titulada: *Factores predictores y complicaciones de la Preeclampsia en la Universidad de Guayaquil ubicada en Guayaquil– Ecuador*. Este presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores predisponentes y complicaciones para el desarrollo de preeclampsia. Fue un estudio descriptivo y retrospectivo. Constituido por 143 casos de gestantes entre 15 a 25 años hospitalizadas en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel entre los años 2013 a 2016. Los resultados de este trabajo de investigación demostraron altas cifras de gestantes con preeclampsia que cursaron entre edades de 15 a 19 años y que la complicación de mal pronóstico corresponde a la eclampsia con un 50%. (12).
- Cerda, en el año 2016 realizó una tesis titulada *Factores De Riesgo Para La Preeclampsia En Pacientes Adolescentes Atendidas En El Hospital Provincial General De Latacunga* en la universidad regional Autónoma de los Andes Uniandes ubicada en Ambato- Ecuador. El objetivo principal del estudio fue identificar los principales factores de riesgo asociados a esta patología. Este estudio fue observacional, retrospectivo, descriptivo. Los datos se obtuvieron a través de encuestas, entrevistas. La muestra fue de 423 pacientes adolescentes con diagnóstico de preeclampsia. Concluyendo, que la preeclampsia tiene mayor incidencia en embarazadas de 14 a 18 años, y que

se encuentra íntimamente relacionado a factores de riesgo como la primiparidad, la carencia de controles prenatales y los antecedentes patológicos familiares (13).

2.1.2. Antecedentes Nacionales:

- Heredia, en el año 2015 realizó una tesis titulada *Factores De Riesgo Asociados A Preeclampsia En El Hospital Regional De Loreto* en la universidad Privada Antenor Orrego ubicada en Trujillo- Perú. El estudio tuvo como principal objetivo determinar factores de riesgo asociados a preeclampsia; la investigación fue observacional y caso - control; de tipo transversal y retrospectivo. Los resultados obtenidos fueron, pacientes con preeclampsia (58,2%), tenían entre 20 y 34 años. El 62,7% presento IMC normal, el 24,5% sobrepeso. Se obtuvo relación de preeclampsia a la edad gestacional menor de 37 semanas, la nuliparidad. Entre los resultados finales se destacan: que los factores de riesgo asociados a preeclampsia fueron las edades extremas (≤ 20 años y ≥ 34 años), la obesidad, la edad gestacional \leq a 37 semanas al momento del diagnóstico, la nuliparidad (10).
- Escobedo, en el año 2016 realizó una tesis titulada: *Sobrepeso Y Obesidad Como Factores De Riesgo De Preeclampsia En El Hospital De Apoyo De Chulucanas*, en la universidad Privada Antenor Orrego ubicada en Trujillo-Perú. El principal objetivo del estudio fue determinar si el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para presentar preeclampsia, en una población de 204 gestantes a término. Fue un estudio de tipo descriptivo, observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. Se encontró un representativo aumento en la edad materna mayor en relación al control. El sobrepeso fue un factor de riesgo para preeclampsia con un odds radio (OR)

de 2.2 el cual es relevante. El sobrepeso y obesidad fue un factor de riesgo, con un OR de 3.17. En conclusión, la obesidad y el sobrepeso son factores asociados significativos para el desarrollo de preeclampsia. (11)

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno multisistémico que se define como una presión arterial de 140/90 mmHg o mayor en dos ocasiones con un intervalo mayor a 6 horas; proteinuria de 24 horas o hipertensión y disfunción significativa del órgano terminal con o sin proteinuria después de veinteava semana de gestación en una mujer previamente normotensa y que remite por completo en la sexta semana después del parto (14).

2.2.1.1 Epidemiología

La preeclampsia complica el 4 a 7% de las gestantes en todo el mundo y aumenta en presencia de factores de riesgo. No solo afecta a los países en vías de desarrollo, sino a los más desarrollados como EE.UU. a pesar de la disponibilidad de medicamentos antihipertensivos y anticonvulsivantes. (15). Cuando la mortalidad materna es alta, la mayoría de las muertes son atribuibles a la eclampsia, en lugar de la preeclampsia.

En el Perú, el grupo de trastornos hipertensivos es la causa de mortalidad materna más frecuente, representando el 52,8% de muertes de causa directa; en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad, es la primera causa de mortalidad materna, con 33 a 43% de las muertes perinatales y es causa principal de RCIU (restricción del crecimiento fetal intrauterino) (2) (16).

2.2.1.2 Clasificación

En diferentes guías profesionales generalmente aceptan en clasifican a la preeclampsia en leve y severa. Por motivos del presente estudio, se explica la preeclampsia leve. Se tiene en cuenta que no se postula un concepto de preeclampsia "moderada".

La preeclampsia leve pertenece al grupo de hipertensión que se desarrolla a partir de la semana veinte de la gestación y es definido como un desorden hipertensivo del embarazo asociado a proteinuria y sin signos de disfunción de órgano terminal (15,17). Se caracteriza por presión sanguínea elevada (presión sistólica mayor igual 140 mmHg y presión diastólica mayor igual a 90 mmHg en al menos dos ocasiones y con un intervalo de cuatro horas) y proteinuria en 24 horas (17). En ausencia de proteinuria, aun se puede hacer el diagnostico de hipertensión gestacional en ausencia de signos y síntomas de lesión de órgano terminal.

La preeclampsia se considera grave cuando se presenta cualquiera de los siguientes factores, además de los criterios definitorios de presión sanguínea y proteinuria (18).

- Presión arterial ≥ 160 mmHg sistólica o ≥ 110 mmHg diastólica y proteinuria (con signos y síntomas de disfunción significativa de órgano diana).
- Presión arterial ≥ 140 mmHg sistólica o ≥ 90 mmHg diastólica (con o sin proteinuria) y uno o más de los siguientes signos y síntomas de disfunción de órgano diana:
- Trastornos cerebrales o visuales de nueva aparición, como:
 - Cefalea severa o persistente y progresa a pesar de la terapia con analgésicos.

- Escotomas (áreas negras en el campo visual) y/o fotopsia (destellos de luz en el campo visual).
- Edema pulmonar.
- Disfunción hepática (elevación de las transaminasas hepáticas, dolor epigastrio severo o dolor en hipocondrio derecho persistente que no responde a la medicación).
- Compromiso renal (oliguria o concentración sérica de creatinina elevada; creatinina $\geq 1,2$ se considera anormal en mujeres sin antecedentes de enfermedad renal).
- Trombocitopenia (menor a 100,00 plaquetas/ microL).
- Desprendimiento placentario, restricción del crecimiento fetal u oligohidramnios.

La eclampsia se refiere a gestantes con preeclampsia que desarrollan convulsiones tónico-clónicas, focales o multifocales de nueva aparición en ausencia de otras afecciones neurológicas que podrían explicar la convulsión. Ocurre un ataque de eclampsia en dos a tres por ciento de gestantes con características graves de preeclampsia que no reciben profilaxis anticonvulsiva (18) (22).

El síndrome HELLP es caracteriza por la presencia de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia. Esto puede ocurrir o no en presencia de hipertensión o proteinuria, pero se considera que está a lo largo del espectro de la preeclampsia (18).

2.2.1.3 Etiología

Aunque se desconoce la causa exacta, los procesos fisiopatológicos que subyacen a este trastorno se describen en dos etapas.

La primera etapa se caracteriza por una perfusión placentaria reducida posiblemente relacionada con la placentación anormal con invasión trofoblástica alterada y una remodelación inadecuada de las arterias espirales uterinas. La segunda etapa se refiere a las manifestaciones sistémicas maternas con respuestas inflamatorias, metabólicas y trombóticas que convergen para alterar la función vascular, lo que puede ocasionar daños multiorgánicos. (19). Además, la relación entre la enfermedad cardiovascular preexistente y la susceptibilidad a desarrollar preeclampsia puede deberse al daño de células endoteliales preexistentes. Este daño endotelial preexistente puede explicar por qué las gestantes que desarrollan preeclampsia tienen mayor riesgo de desarrollar hipertensión crónica, enfermedades cardiovasculares y renales en el futuro (20)

2.2.1.4 Fisiopatología

La fisiopatología de la hipertensión en el embarazo no se entiende completamente. La investigación actual demuestra que la diferenciación del trofoblasto inadecuada durante la invasión endotelial debido a la regulación anormal y / o producción de citoquinas, moléculas de adhesión, moléculas del complejo principal de histocompatibilidad, y metaloproteinasas juega un papel clave en el desarrollo de una enfermedad hipertensiva gestacional (20).

La regulación anormal y / o producción de estas moléculas conducen a un desarrollo anormal y la remodelación de las arterias espirales en los tejidos profundos del miometrio. Esto conlleva a hipo perfusión placentaria y la isquemia. Factores antiangiogénicos son liberados por el tejido de la placenta causando disfunción endotelial sistémica materna y causan hipertensión y otras manifestaciones sistémicas de la enfermedad como, disfunción neurológica, cardíaca, pulmonar, renal y hepática

y hematológica. Sin embargo, el desencadenante del desarrollo placentario anormal y la posterior cascada de eventos sigue siendo desconocida (21).

2.2.1.5 Diagnóstico

Para diagnosticar y determinar la severidad de la preeclampsia es necesario realizar pruebas clínicas y de laboratorio. La preeclampsia es considerada leve, si la presión arterial sistólica es mayor o igual que 140 mmHg y la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, las cuales deben ser medidas en dos ocasiones, en un intervalo de 6 horas de diferencia, además de presentar proteína en orina $>0,3$ g/día.

La definición de preeclampsia severa, es por presentar presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg o diastólica mayor o igual a 110 mmHg; asociado a trastornos neurológicos, edema agudo de pulmón, eclampsia, insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática, síndrome de HELLP, trombocitopenia menor a $100.000/mm^3$ y criterios de retraso de crecimiento intrauterino o muerte fetal (22).

2.2.1.6 Complicaciones

En las formas graves de preeclampsia pueden presentarse diversas complicaciones, de las cuales las más importantes son el llamado síndrome de Hellp y la eclampsia, pero pueden darse otras, que se mencionan a continuación (23).

- Edemas pulmón. Es una complicación importante que puede ocurrir, incluso son antecedentes previos de cardiopatías. (24)
- Fracaso renal. Es raro que la oliguria ya descrita evolucione a anuria, pero alguna vez puede producir fracaso renal agudo (25).
- Shock circulatorio. La hemoconcentración habitual de la preeclampsia condicionada que, tras el alumbramiento condicione al organismo a

hemodilución por cese de la vasoconstricción generalizada, lo que puede conducir a un shock hipovolémico (25).

- Ruptura hepática. En casos muy graves pueden producir hemorragias interparenquimatosas e incluso ruptura de hígado.
- Desprendimiento prematuro de placenta. El 7% aproximadamente de gestantes con preeclampsia grave presenta esta complicación (25).
- Hemorragia Intracraneal. Es responsable de la tercera parte de las muertes que se producen por preeclampsia grave o eclampsia (26).
- Trastornos Visuales. Los trastornos graves de la preeclampsia pueden producir ceguera transitoria; no obstante, en estos casos investigar la posible existencia de una lesión orgánica coexistente (26).

2.2.1.7 Pronóstico

La preeclampsia es una enfermedad auto limitante del embarazo que generalmente se resuelve una vez que la placenta ha sido entregada, aunque puede persistir durante un parto después de unos días. Hay pocas secuelas a largo plazo; Sin embargo, hay algunas asociaciones de enfermedad a largo plazo (27).

El curso de la preeclampsia se ve alterada por el tratamiento, y la condición puede ser controlada en la mayoría de los casos, generalmente dentro de unas pocas horas de iniciar el tratamiento. Una vez controlada la longitud de la enfermedad depende de la respuesta adaptativa por parte del organismo de la gestante. Después del parto, la condición se asienta normalmente en el plazo de 2 a 4 días; sin embargo, algunas mujeres tienen problemas de hipertensión y proteinuria durante algunas semanas después (28).

2.2.2 Factores de riesgo

La identificación temprana de la preeclampsia es un principio básico del tratamiento adecuado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las mujeres con alto riesgo de preeclampsia sean identificadas antes de la semana 13 de gestación y que la aspirina en dosis bajas comience hasta las 36 semanas de gestación. Existen muchas condiciones y comportamientos de riesgo para la salud que se cree que predisponen a la preeclampsia; entre las mujeres de alto riesgo se incluyen aquellas con hipertensión preexistente, enfermedad renal crónica, diabéticos insulino dependientes y mujeres con preeclampsia de inicio precoz (29).

La preeclampsia es más común en mujeres primigestas y su riesgo aumenta cuanto mayor es el intervalo entre embarazos. La edad mayor a 40 años aumenta el riesgo, al igual que antecedentes previos de preeclampsia, obesidad previa al embarazo y mujeres que quedan embarazadas con óvulos de donantes, donación de embriones o inseminación con donantes (30). Otros factores de riesgo incluyen diabetes, hipertensión preexistente, aquellos con antecedentes familiares de preeclampsia, y mujeres que padecen condiciones médicas como el síndrome antifosfolípido. Además, parece que diversos factores paternos pueden aumentar el riesgo de un embarazo complicado por la preeclampsia (29,30).

- **Edad materna:**

Diversos estudios epidemiológicos han encontrado que las edades extremas materna se han asociado con preeclampsia; sin embargo, las mujeres mayores de 35 de edad, y desde luego aquellas mayores a los 40 años, tienen mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, con un riesgo de por lo menos 4 veces mayor que la de las mujeres menores de 25 años. Esto probablemente se deba a que el proceso de

envejecimiento hace más difícil la adaptación de la enfermedad en gestantes añosas, y la presencia de comorbilidades (43) (45).

- **Estado civil:**

Diversos estudios concluyen que las gestantes con estado civil soltera tienen mayor riesgo de padecer preeclampsia y eclampsia durante el curso de su gestación, a diferencia de las gestantes casadas y/o convivientes, lo que pone en manifiesto la divergencia familiar y social en dichas gestantes, con afinidad a la violencia y estrés que se viene desarrollando en nuestro país (7).

- **Nivel de estudios:**

Varios estudios consideran que los niveles educativos secundaria y superior son factores protectores para no desarrollar preeclampsia y más aún para prevenir complicaciones como la eclampsia y otros; lo cual indica que la educación hace más accesible el conocimiento del proceso natural de la gestación y posibles complicaciones del embarazo en curso, así como saber sobre los síntomas premonitores de preeclampsia (45).

- **Lugar de procedencia:**

Diversos estudios indican que hay mayor riesgo presentar preeclampsia en gestantes que viven a mayor altitud (7). Esto se debe al aumento del flujo uterino y el peso al nacer disminuye, desarrollando mayor riesgo de presentar preeclampsia (21).

- **Ocupación:**

Se encontró que las mujeres con niveles más altos de actividad física (mayor de 8 horas por día) durante el embarazo tienen menor riesgo de preeclampsia, mientras

que las gestantes con niveles elevados de sedentarismo (menor a 4 horas por día) tienen un mayor riesgo (51).

- **Edad gestacional al momento del diagnóstico:**

Si una gestante desarrolla preeclampsia con signos y síntomas graves antes de la viabilidad fetal (menor a 34 semanas de gestación), se decide realizar la interrupción del embarazo para reducir el riesgo de desarrollar una morbilidad potencialmente mortal (hemorragia cerebrovascular) o la muerte, por lo tanto, un alto riesgo de muerte o discapacidad permanente grave. Los factores críticos para tomar una decisión son la restricción de crecimiento, el peso fetal estimado y criterios de neonatología sobre el pronóstico neonatal (14) (17).

Se recomienda el parto en gestantes con preeclampsia con criterios de severidad que hayan alcanzado una edad gestacional favorable (mayor igual a 34 semanas), ya que el embarazo prolongado en esta edad gestacional somete a la gestante y al feto a riesgos significativos (17).

- **Índice de Masa Corporal Pre gestacional:**

La obesidad ha sido designada como una de las amenazas mundiales más importantes para la salud en todo el mundo, y su prevalencia ha aumentado entre las mujeres en edad reproductiva. Las mujeres embarazadas constituyen una subpoblación importante con un riesgo elevado de obesidad debido al aumento excesivo de peso. Además, quedar embarazada mientras tiene sobrepeso u obesidad o aumentar demasiado de peso durante el embarazo se asocia con la carga adicional de enfermedad crónica, que merece una atención particular. Sin embargo; entender estas asociaciones es complejo porque tanto el índice de masa corporal (IMC) como

el aumento excesivo de peso gestacional están estrechamente relacionados con el estilo de vida, el ejercicio y los rasgos genéticos (31).

La adiposidad materna anterior al embarazo es el factor de riesgo modificable más fuerte para trastorno hipertensivo del embarazo y así proporciona un medio potencial de prevención; sin embargo, cada vez se reconoce más que la reducción del sobrepeso / obesidad en todas las mujeres en edad reproductiva es extremadamente difícil. Como resultado, ha aumentado el interés en la medida en que el aumento de peso gestacional puede influir en la preeclampsia y, por lo tanto, proporcionar un objetivo potencial para las intervenciones destinadas a reducir su riesgo (32). Varios estudios han demostrado que los trastornos hipertensivos del embarazo son más probables que se desarrolle en mujeres que tienen mayor aumento de peso gestacional; sin embargo, la mayoría de estos estudios tienen limitaciones metodológicas.

- **Número de gestaciones:**

La preeclampsia está fuertemente asociada con las primigestas (50). La incidencia es dos veces mayor en estas gestantes en comparación con multigestas. Se cree que esto se debe al desarrollo de tolerancia a factores inmunológicos específicos después del primer embarazo, lo que reduce el riesgo en embarazos posteriores. Es más probable que estos factores inmunológicos se asocien con adaptaciones placentarias, donde la interacción entre los factores inmunológicos maternos y paternos es más activa (44). Sin embargo, algunos expertos creen que la preeclampsia es impulsada por la circulación sistémica de desechos placentarios, lo que de nuevo permite que los factores paternos afecten la respuesta sistémica (42).

- **Antecedente de aborto:**

Estudios internacionales refieren que haber cursado con el antecedente de aborto, tiene un efecto protector para la gestante en su segunda gestación, a través de mecanismos inmunológicos, desarrollando en la gestante tolerancia inmunológica materno-fetal gracias a la exposición de antígenos fetal a través de la gestación previa no evolutiva (20).

- **Intervalo Intergenésico:**

Se ha reportado que el periodo Intergenésico largo representa mayor riesgo obstétrico, posiblemente debido a las modificaciones gestacionales fisiológicas, y tiene un efecto protector ante el antecedente de preeclampsia por un periodo de hasta dos años posterior al último evento obstétrico (46).

- **Controles Prenatales:**

Gestantes que presentes controles inadecuados tienen 2,6 veces mayor riesgo de desarrollar preeclampsia frente aquellas gestantes que tienen controles prenatales adecuados (13). Cabe resaltar que el adecuado control prenatal permite identificar factores de riesgos y la captación temprana de la enfermedad en gestantes.

- **Preeclampsia previa:**

El riesgo de recurrencia es de alrededor del 10% al 50%, aunque se cree que es más alto en aquellos con inicio temprano (es decir, <30 semanas) o enfermedad grave, y más bajo en aquellos con enfermedad leve a moderada o de inicio tardío. Debido a que el riesgo de recurrencia se reduce con un cambio de pareja, es probable que el mayor riesgo en estos pacientes se deba a una falla en la tolerancia al factor inmunológico específico (38) (20).

Las gestantes con antecedente de haber sufrido preeclampsia en su primera embarazo tienen 6 veces más riesgo de presentar preeclampsia en su actual embarazo (39).

- **Antecedente familiar de trastorno hipertensivo:**

Los antecedentes familiares de preeclampsia casi triplican el riesgo de preeclampsia. Si una madre tuvo preeclampsia, la hija tiene un 25% de posibilidades de desarrollar la enfermedad. De manera similar, si una hermana tuvo preeclampsia, hay una probabilidad de 1 en 3 de desarrollarla. Estos hallazgos sugieren un componente genético de la condición. Aunque pequeños estudios han sugerido asociaciones con varios marcadores genéticos, no se han encontrado resultados definitivos (47).

- **Hipertensión crónica personal:**

Se define como la elevación de la presión arterial que está presente y diagnosticada previo al embarazo.

La hipertensión crónica complica el 1-5% de los embarazos en los Estados Unidos y su prevalencia varía, según la edad, la raza y el índice de masa corporal de la mujer; se espera que este número aumente debido a la tendencia al aumento de la edad de maternidad y al aumento de la obesidad en mujeres en edad reproductiva (34).

Los embarazos complicados por hipertensión crónica duplican o triplican el riesgo de muerte fetal en comparación con los embarazos no complicados por hipertensión; a término, el riesgo de muerte fetal en embarazos complicados por hipertensión crónica es de 2-6 muertes fetales por cada 1,000 nacidos vivos (35)(36). Las preocupaciones sobre el riesgo de muerte fetal a término deben ser equilibradas

en cuanto al riesgo de muerte y morbilidad neonatal e infantil con entrega antes de las 39 semanas (37).

- **Diabetes Mellitus gestacional o preexistente:**

La diabetes en el embarazo se puede definir como diabetes pregestacional (preexistente) o diabetes gestacional. La mayoría de las mujeres con diabetes pregestacional tienen diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2. A su vez; se asocia con una placenta más grande que el promedio y un aumento de la enfermedad vascular inflamatoria, por lo que existe un riesgo potencial tanto del desencadenante placentario como del grado de respuesta materna (33).

Se estima que el 1,3% de los embarazos se complica con la diabetes mellitus pregestacional, y esta proporción aumenta con la prevalencia creciente de la obesidad y la diabetes tipo 2. Un estudio encontró entre 1999 y 2005 que la prevalencia de diabetes preexistente se duplicó para las mujeres hispanas y las mujeres blancas, y casi se triplicó para las mujeres afroamericanas (32) (47).

Más allá de la morbilidad materna, la diabetes pregestacional se asocia con muerte fetal y neonatal, malformaciones congénitas, macrosomía, parto prematuro, preeclampsia, parto quirúrgico y mortalidad materna (48).

2.3. Definición de términos básicos

Preeclampsia:

Se refiere a la nueva aparición de hipertensión y proteinuria o hipertensión y disfunción significativa del órgano terminal con o sin proteinuria después de las veinte semanas en una gestante previamente normotensa. El trastorno causa disfunción vascular placentaria y materna (12) (17).

Hipertensión arterial:

Se refiere a la presencia de la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, o presión diastólica mayor igual a 90 mmHg, medidos en dos ocasiones con un intervalo de tiempo de 4 horas (7).

Edad materna avanzada:

Se refiere a la cantidad de años cumplidos hasta el momento del estudio presentando una edad mayor o igual a 35 años (43).

Primiparidad: Estado en el que una mujer alumbró solo una vez a un producto de más de veinte semanas de gestación (42).

Control prenatal:

Se define como el número de entrevistas periódicas que realiza la gestante a un centro de salud, donde es evaluada por un profesional médico. La finalidad principal de este control es vigilar a la paciente durante el periodo de gestación y prepararla para el proceso de parto, se consideran suficientes 8 o más controles (11).

Índice de masa corporal elevado:

Se caracteriza por identificar la proporción relativa entre el peso y la altura de una persona; se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre la talla al cuadrado en metros, con resultado que supera los 25kg/m² (31).

Proteinuria:

Presencia de proteínas en orina mayor a 0.3gr en una muestra recolectada dentro de 24 horas, o proteínas mayor igual a 2+ (30mg/dl) en un tira reactiva de papel sumergida en una muestra de orina (9).

Hipertensión crónica:

Presencia de presión arterial elevada, antes de las veinte semanas, sin proteinuria en gestantes o con diagnóstico previo al embarazo (3).

Paridad:

Se refiere a la cantidad de alumbramientos o embarazos mayores a veinte semanas o con un producto con peso mayor a 0.5kg. Se considera nulípara aquellas mujeres que no han tenido ningún alumbramiento y multípara a las mujeres que han tenido uno o más alumbramientos (44).

Diabetes Mellitus:

Enfermedad crónica que aparece cuando hay una deficiencia parcial o absoluto de la función de la insulina. El efecto de la diabetes descompensada es causa de hipoglicemia o hiperglicemia que conlleva a lesiones irreversibles a largo plazo del organismo (47).

Edema de Pulmón:

Generalmente ocasionado por acumulación anormal de fluidos en los pulmones. Los síntomas principales se caracterizan por presentar disnea, dolor torácico, disminución de la saturación de oxígeno por pulsioximetría (2).

Hipertensión Gestacional:

Se refiere a la hipertensión sistólica mayor igual a 140 y menor a 160mmHg, y/o diastólica mayor igual a 90 y menos a 110mmHg, sin presencia de proteinuria u otros signos o síntomas de disfunción de órgano diana relacionada con la preeclampsia que se instaura después las veinte semanas de gestación (12).

CAPITULO III:

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Hipótesis

El presente estudio por enmarcar dentro de un estudio descriptivo no requiere hipótesis.

2.2 Variables: definición conceptual, operacional, dimensiones e indicadores.

A continuación, se presenta la definición conceptual y operacional de los variables preeclampsia y características epidemiológicas e clínicas.

Definición conceptual:

Preeclampsia:

Heredia, en el año 2015 lo define como una aparición nueva de la hipertensión y la proteinuria o hipertensión y disfunción significativa de órgano terminal con o sin proteinuria después de 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa (12).

Características epidemiológicas y clínicas:

Heredia, en el año 2015 lo define como cualquier rasgo de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre las características más importantes cabe citar las edades maternas extremas, la primigestación, diabetes mellitus preexistente, antecedente familiares de preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedades autoinmune, enfermedad renal, , obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino (12).

Definición operacional de las variables:

Para la definición operacional de Preeclampsia y características epidemiológicas - clínicas las variables e indicadores se muestran a continuación.

Tabla 1

Dimensiones e indicadores de la variable Pre eclampsia

Dimensiones	Indicadores
Conocimiento sobre Preeclampsia	Clasificación

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2

Dimensiones e indicadores de la variable características epidemiológicas y clínica.

Dimensiones	Indicadores
<p>Conocimiento sobre las características epidemiológicas</p>	Edad materna
	Estado civil
	Nivel de estudios
	Lugar de procedencia
	Ocupación
<p>Conocimiento sobre las características clínicas</p>	Edad gestacional al momento del diagnóstico
	Índice de masa corporal pre gestacional
	Numero de gestaciones
	Antecedentes de aborto
	Intervalo Intergenésico
	Número de controles prenatales
	Antecedente personal de trastorno hipertensivo en gestaciones previas
	Antecedentes familiares de trastorno hipertensivo
	Hipertensión arterial crónica personal
	Diabetes mellitus gestacional o preexistente

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO IV:

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Diseño metodológico

El presente estudio se enmarcó dentro de la investigación de tipo básico observacional con un diseño no experimental, ya que el investigador no manipula las variables intencionalmente, solo se limita a observar cómo sucedieron los hechos.

Es transversal porque los datos se obtuvieron en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo; descriptivo puesto que se identificaron las principales características epidemiológicas y clínicas presentes en gestantes con preeclampsia y retrospectivo porque la planificación del estudio es posterior a los hechos que se desean analizar, se recabó datos a partir del mes de enero a diciembre del 2018.

4.2. Diseño muestral

La población a estudiar se conformó por todas las gestantes hospitalizadas en el servicio de obstetricia "H2" del Hospital Nacional Dos de Mayo entre el 01 enero al 31 de diciembre del 2018, con diagnóstico de preeclampsia leve o severa.

La población, motivo de esta investigación, se constituye por el total de 95 gestantes hospitalizadas. Habiendo sido seleccionadas por la afección que estudia este proyecto y su interés propio.

La muestra fue de 90 casos de gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de preeclampsia registradas en el periodo de enero a diciembre del 2019 en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se consideraron los criterios de inclusión y exclusión.

- **Criterios de Inclusión**

Se incluyó a toda gestante hospitalizada en el servicio de Obstetricia H2 con diagnóstico de preeclampsia leve o severa.

Historia clínica disponible y completa.

- **Criterios de Exclusión**

Historia clínica ilegible o con información incompleta, de gestantes hospitalizadas en el servicio de Obstetricia H2 del Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018.

Historia clínica de paciente gestante a descartar preeclampsia o con diagnóstico de hipertensión transitoria de la gestación, o Hellp.

4.3. Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección se realizó empleando la base de datos Excel 2018 donde se registraron a las gestantes hospitalizadas en el servicio de obstetricia "H2" del Hospital Nacional Dos de Mayo. Luego de obtener la data se analizó la información de gestantes que no cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio.

Posteriormente, se procedió a solicitar y analizar las historias clínicas de la muestra con el objetivo de recabar información para la ficha de recolección de datos.

Los instrumentos se sometieron a juicio de expertos; para su validez se contó con la participación de médicos asistentes con la especialidad de Ginecología y Obstetricia que laboran en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, cuyas recomendaciones y sugerencias contribuyeron a mejorar el presente estudio.

4.4. Técnica estadística para el procesamiento de la información

El procesamiento de datos se realizó en un computador Core I5 con 5 GB de RAM. Las informaciones obtenidas fueron ingresadas a una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016, se tomaron en cuenta todas las variables e indicadores, para posteriormente proceder a exportar al programa SPSS- 23, donde se presentaron los resultados en tablas de frecuencia, gráficos de barras y/o sectores según corresponda.

4.5. Aspectos Éticos

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el servicio de Obstetricia “H2” del Hospital Nacional Dos de Mayo, donde se obtuvo información de las historias clínicas con previo permiso institucional respectivo, a través del departamento de docencia e investigación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Además, se contó con la autorización del Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Alas Peruanas.

Una vez finalizada la recolección de datos, se enviaron los resultados al departamento de investigación de gineco-obstetricia con la finalidad de que el presente estudio sirva para tomar medidas preventivas sobre la base de los resultados obtenidos.

Entre los principios éticos en los que se basa esta investigación se menciona la autonomía, beneficencia y justicia, establecidos por el código de ética médica.

CAPITULO V:

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis Descriptivo

TABLA N°3:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACION DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES.

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Leve	60	66,7%
Severa	30	33,3%
Total	90	100%

Fuente: Base estadística del servicio de Obstetricia "H2" del HNMD. Año 2018.

En la tabla N°3 y grafico N°1, se obtuvo que de las 90 gestantes con preeclampsia que se estudiaron en el HNMD en el año 2018, el 66,7% corresponde a mujeres con diagnóstico de preeclampsia leve y el 33,3% que corresponde a gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa. Observando así, que gestantes con diagnóstico de preeclampsia leve es más frecuentes en comparación con preeclampsia severa.

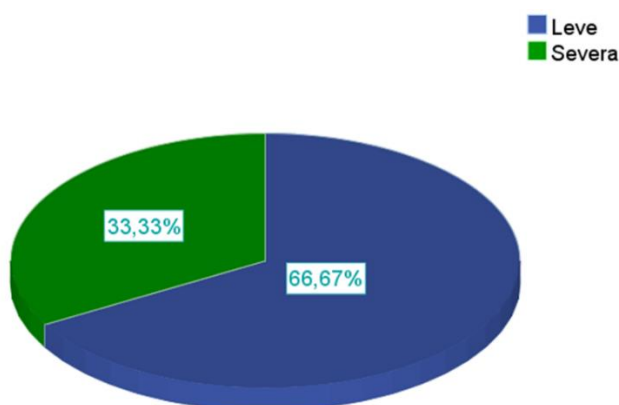


GRAFICO N°1

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclampticas del HNMD.

TABLA N°4:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 20 años	13	14,44%
21 a 34 años	52	57,78%
>= 35 años	25	27,78%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNDM, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N° 4 y gráfico N° 2, de las 90 gestantes con preeclampsia que se estudiaron en el HNDM en el año 2018, el 57,8% corresponde a mujeres entre 21 a 34 años, mientras que las pacientes mayores a 35 años representan el 27,8% y el 14,4% que corresponde a mujeres con edad menor a 20 años. Observando así, que las mujeres entre 21 a 34 años con preeclampsia fueron las edades más frecuentes en este estudio.

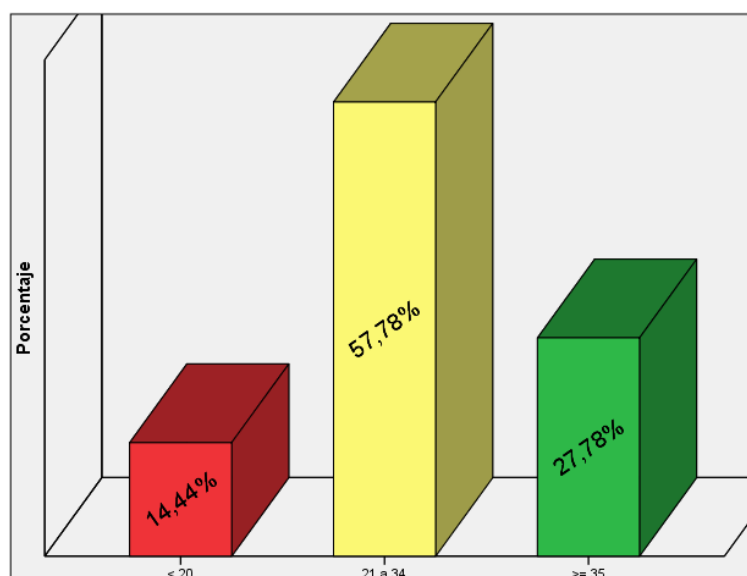


GRAFICO N°2

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNDM.

TABLA N°5:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	18	20,0%
Conviviente	62	68,9%
Casada	10	11,1%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpicas del HNDM, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°5 y gráfico N° 3, se presentó un 68,9% de gestantes con preeclampsia con estado civil conviviente, las gestantes con 20,0% fueron solteras, y el 11,1% fueron casadas. Observando así, que las gestantes con preeclampsia con más frecuencia son convivientes.

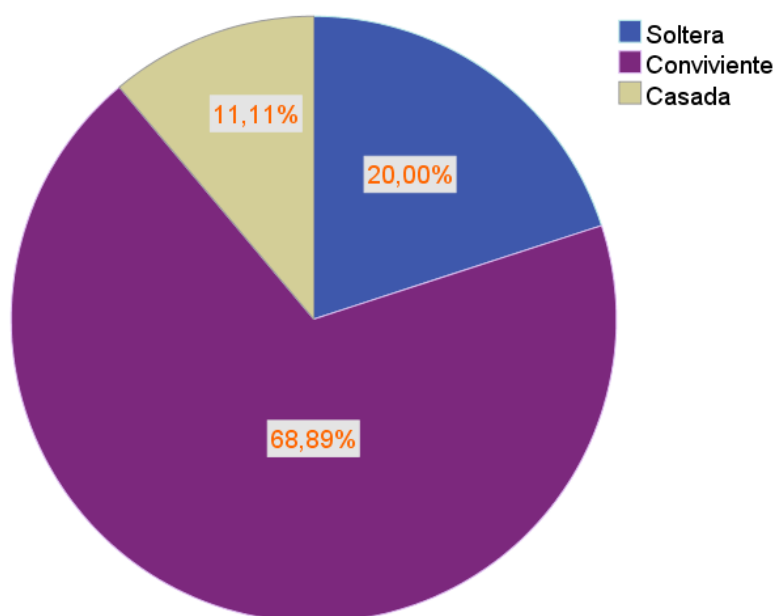


GRAFICO N°3

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpicas del HNDM.

TABLA N°6:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Nivel de Estudio	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	6	6,7%
Secundaria	60	66,7%
Superior	24	26,7%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNDM, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°6 y gráfico N° 4, de las 90 gestantes con preeclampsia, 60 gestantes (66,7%) correspondieron a nivel de estudio secundaria, 24 gestantes (26,7%) con estudio superior, 6 gestantes (6,7%) con primaria. El resultado de este estudio concuerda con la literatura de que la frecuencia es mayor en gestantes preeclámpticas con secundaria completa..

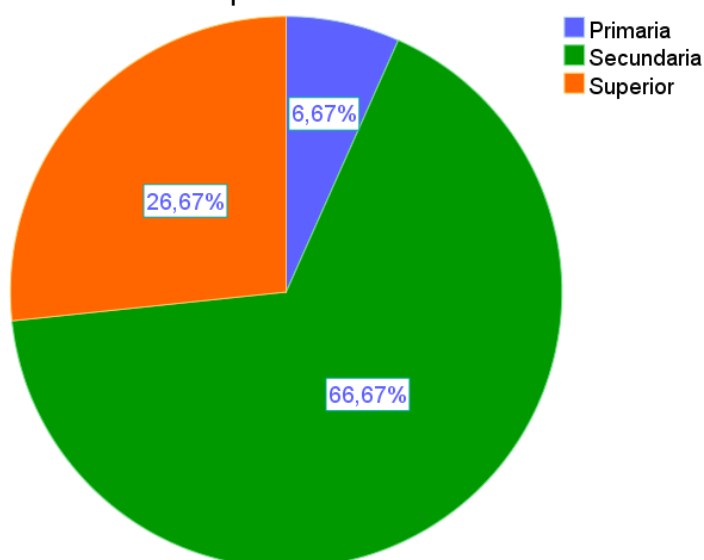


GRAFICO N°4

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNDM.

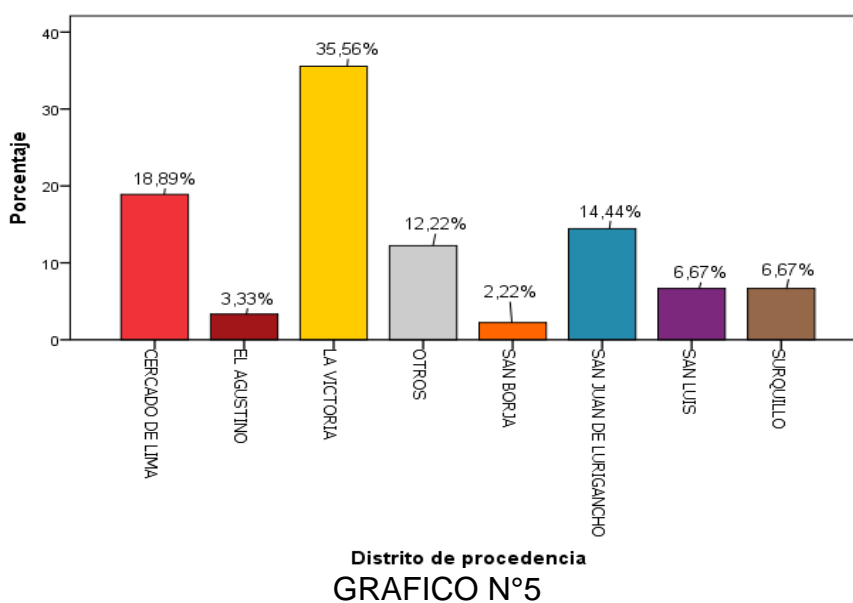
TABLA N°7:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL DISTRITO DE PROCEDENCIA NIVEL DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Distrito de Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Cercado De Lima	17	18,9%
El Agustino	3	3,3%
La Victoria	32	35,6%
Otros	11	12,2%
San Borja	2	2,2%
San Juan De Lurigancho	13	14,4%
San Luis	6	6,7%
Surquillo	6	6,7%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámplicas del HNMD, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°7 y grafico N°5, se observó que el 35,6% procede del distrito de La Victoria, el 18,9% del distrito del Cercado de Lima y aquellas que proceden del distrito de San Juan de Lurigancho 14,4% de casos. Es la mayor frecuencia de aquellas gestantes que proceden de La Victoria.



Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpicas del HNDM.

TABLA N°8:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACION DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

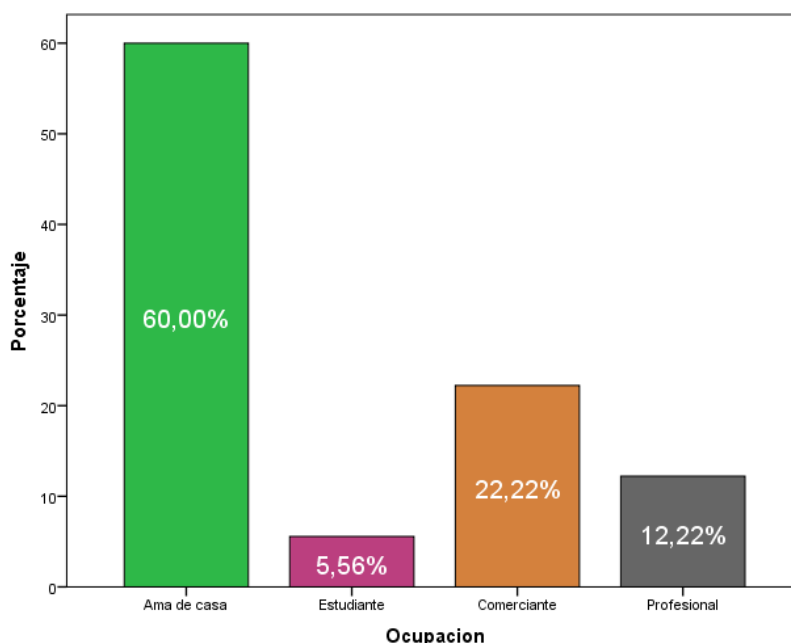
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	54	60,0%
Estudiante	5	5,6%
Comerciante	20	22,2%
Profesional	11	12,2%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpicas del HNDM, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°8 y gráfico N° 6, demuestra que el 60% de casos son Ama de casa, 22,2% son comerciantes, el 12,2% son profesional y el 5,6% son estudiantes. Observando así, que la mayor frecuencia son gestantes amas de casa.

GRAFICO N°6

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpicas del



HNDM.

TABLA N°9:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
<32sem	6	6,7%
32-34sem	9	10,0%
35-36sem	11	12,2%
37-41se	63	70,0%
>=42sem	1	1,1%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámplicas del HNMD, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°9 y gráfico N° 7, de las 90 gestantes con preeclampsia, el 70,0%(63) de las preeclámplicas tenían entre 37 – 41 semanas de gestación, el 12,2%(11) de 35-36 semanas de gestación, el 10,0%(9) de 32 – 34 semanas de gestación, el 6,7%(6) menor de 32 semanas de gestación y el 1,1% (1) fue mayor a 42 semanas de gestación. Observando así, que la mayor frecuencia son gestantes preeclámplicas diagnosticadas entre las semanas 37 a 41.

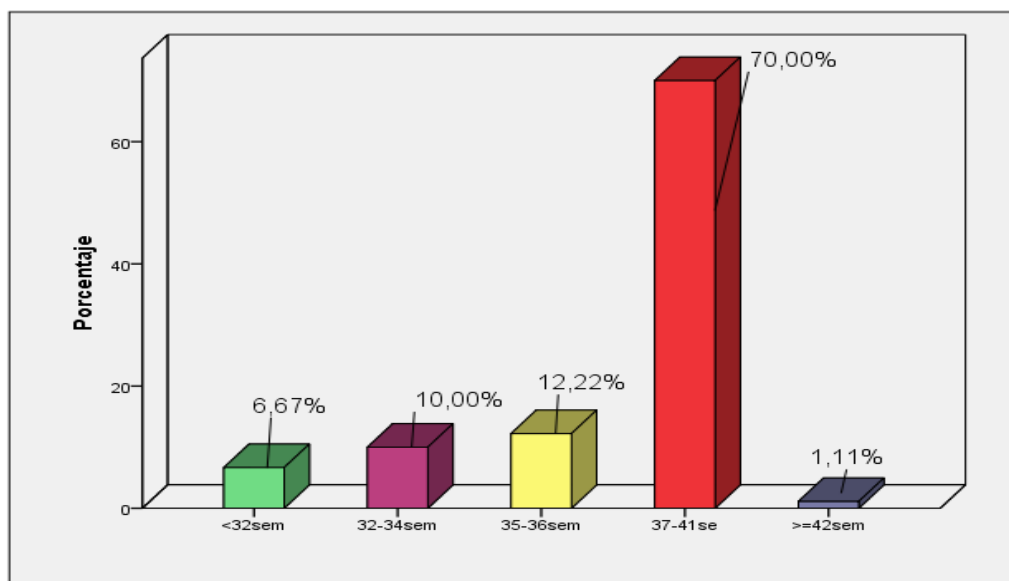


GRAFICO N°7

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámplicas del HNMD.

TABLA N°10:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL INDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

IMC Pre Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Peso Normal	21	23,33%
Sobrepeso	33	36,67%
Obesidad	36	40,00%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNMD, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°10 y gráfico N° 8, de las 90 gestantes con preeclampsia que se estudió, 36 gestantes (40,00%) presentan obesidad, 33 gestantes (36,67%) presenta sobrepeso y solo 21 gestantes (23,33%) si presentaron peso adecuado. Observando así, que las gestantes con preeclampsia con más frecuencia presentan obesidad.

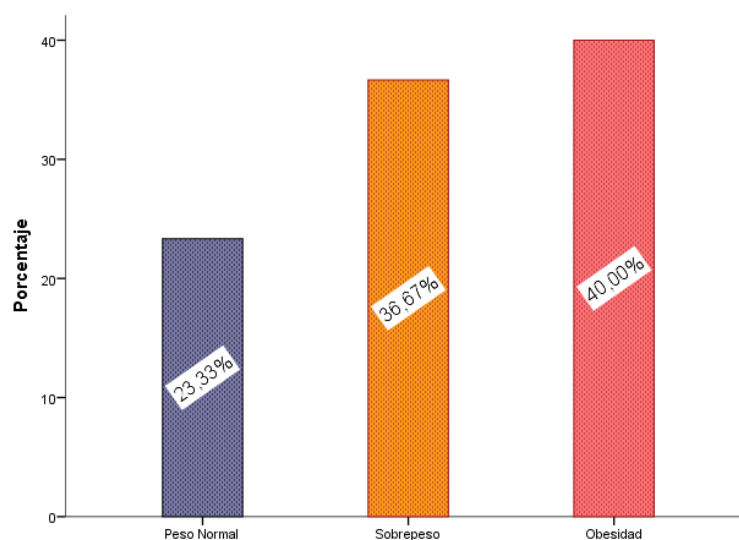


GRAFICO N°8

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNMD.

TABLA N°11:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NUMERO DE GESTACIONES EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

N° de Gestaciones	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	26	28,89%
Multigesta	64	71,11%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámplicas del HNMD, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°11 y gráfico N° 9, de las 90 gestantes con preeclampsia, el 71,11% (64) de gestantes son multigestas y el 28,89% (26) es primigestas. El resultado de este estudio no concuerda con la literatura de que la frecuencia es mayor en gestantes preeclámplicas primigestas que en multigestas.

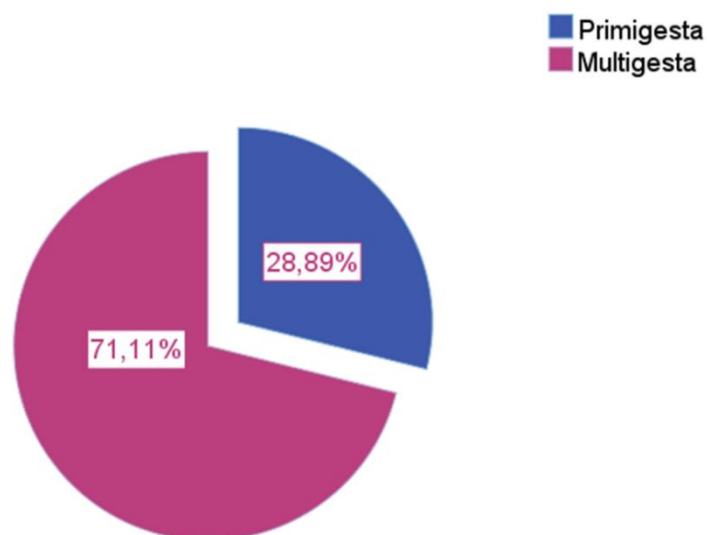


GRAFICO N°9

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámplicas del HNMD.

TABLA N°12:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE ABORTO EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Antecedentes de aborto	Frecuencia	Porcentaje
SI	38	42,22%
NO	52	57,78%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámplicas del HNMD, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°12 y gráfico N° 10, de las 90 gestantes con preeclampsia, el 57,78% (52) de gestantes preeclámplicas no tiene antecedente de aborto, solo el 42,22% (38) si presentaron antecedente de aborto. Como resultado en este estudio, el índice de mayor frecuencia se da en gestantes que no presentaron antecedente de aborto.

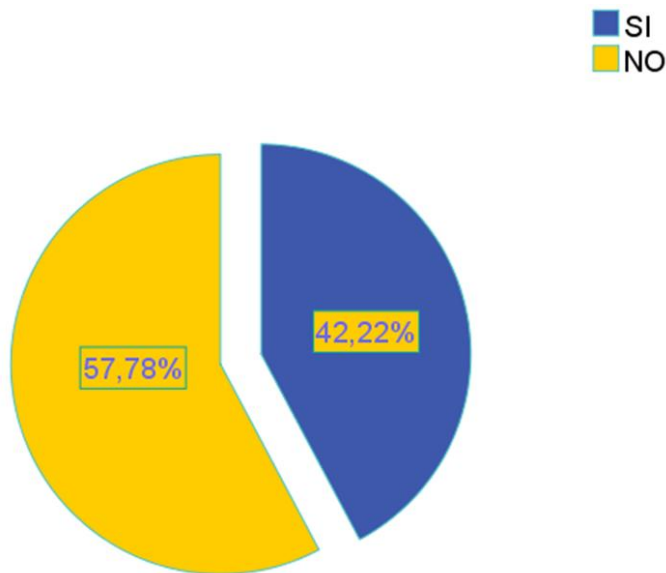


GRAFICO N°10

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámplicas del HNMD.

TABLA N°13:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL INTERVALO INTERGENESICO EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Intervalo Intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
Periodo Intergenésico Corto	13	14,44%
Periodo Intergenésico Adecuado	43	47,78%
Periodo Intergenésico Largo	34	37,78%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNMD, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°13y gráfico N° 11, de las 90 gestantes con preeclampsia, el 47,78% (43) de estas presentaron periodo intergenésico adecuado, el 37,78% (34) periodo intergenésico largo, mientras que el 14,44% (13) se caracterizó por un periodo intergenésico corto. Como resultado en este estudio, el índice de mayor frecuencia son las gestantes que presentaron un periodo intergenésico adecuado.

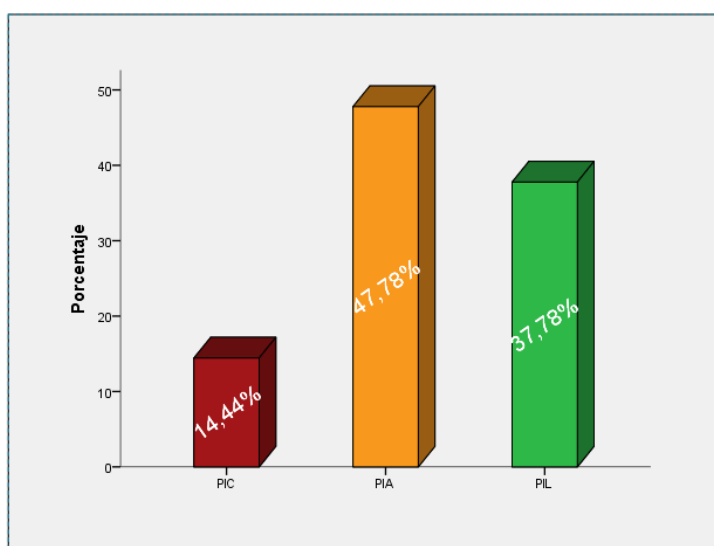


GRAFICO N°11

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNMD.

TABLA N° 14:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Controles Prenatales	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	54	60%
Adecuado	36	40%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNDM, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°14 y gráfico N° 12, de las 90 gestantes con preeclampsia, el 60,0% (54) de gestantes presentaron controles prenatales inadecuados, mientras que el 40,0% (36) presentaron controles prenatales adecuados. Lo cual indica en este estudio que los controles prenatales deficientes fueron mayor en gestantes con preeclampsia.

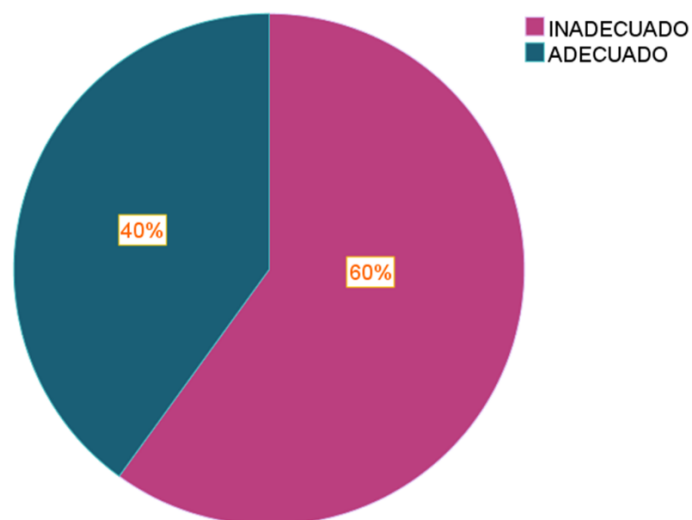


GRAFICO N°12

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpticas del HNDM.

TABLA N° 15:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE PREECLAMPSIA EN GESTACIONES PREVIAS,

Antecedente de Preeclampsia	Frecuencia	Porcentaje
SI	20	22,22%
NO	70	77,78%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclampticas del HNDM, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°15 y gráfico N° 13, de las 90 gestantes con preeclampsia, el 77,8%(70) no presentan antecedente de preeclampsia en comparación del 22,2%(20) el cual, difiere con la literatura. Observando así, que las gestantes con preeclampsia con más frecuencia no presentan antecedente de preeclampsia.

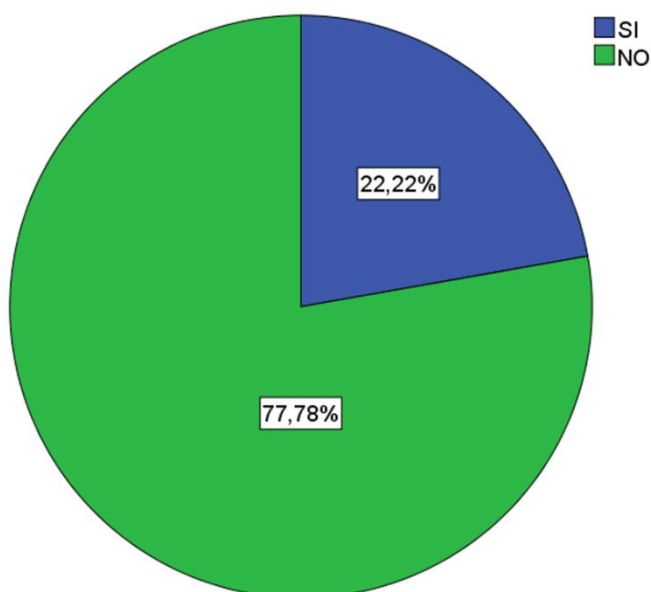


GRAFICO N°13

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclampticas del HNDM.

TABLA N°16:

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL FAMILIAR EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Antecedentes. HTA en Familiares	Frecuencia	Porcentaje
SI	48	53,33%
NO	42	46,67%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámplicas del HNDM, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°16 y gráfico N°14, de las 90 gestantes con preeclampsia, el 53,3% (48) de gestantes presente antecedente de hipertensión arterial familiar y el 46,7% (42) de gestantes no presenta antecedente familiar de hipertensión; lo que indica para este estudio que el antecedente de hipertensión arterial familiar es más frecuente, el cual concuerda con otros estudios.

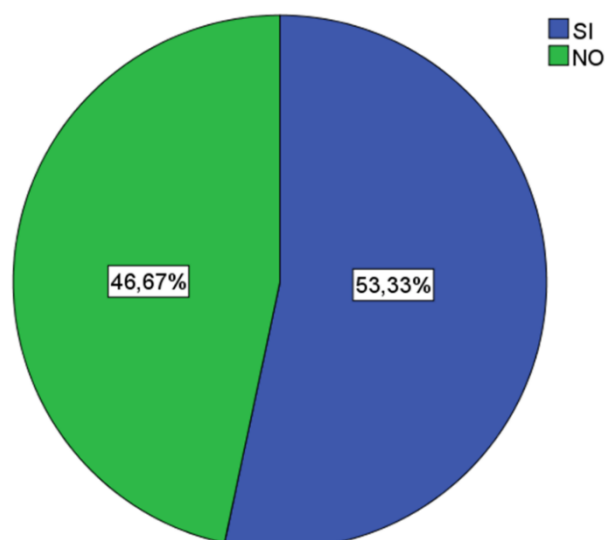


GRAFICO N°14

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámplicas del HNDM.

TABLA N°17

DISTRIBUCIÓN SEGÚN HIPERTENSIÓN CRÓNICA PERSONAL EN GESTANTES
CON PREECLAMPSIA.

HTA Crónica	Frecuencia	Porcentaje
SI	10	11,1
NO	80	88,9
Total	90	100,0

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpicas del HNDM, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°17 y gráfico N° 15, de las 90 gestantes con preeclampsia que se estudió, 20 gestantes (88,9%) no presentan hipertensión crónica, mientras que solo 10 gestantes (11,1%) si presentan hipertensión crónica. Estos resultados no guardan relación con la información recabada, observando mayor frecuencia en gestantes que no padecen de hipertensión crónica.

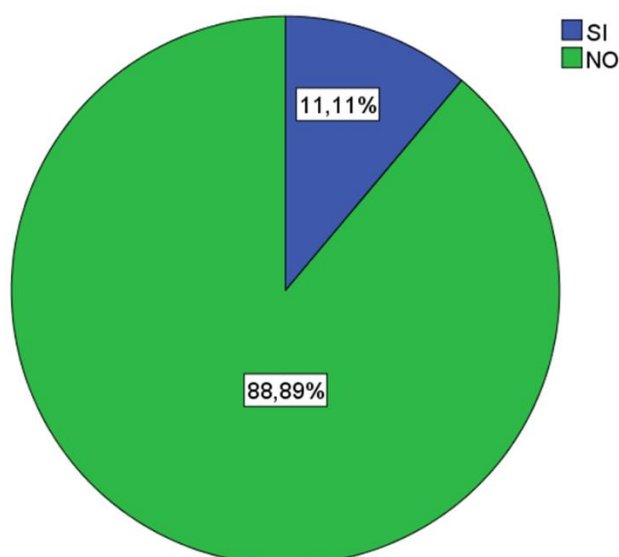


GRAFICO N°15

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclámpicas del HNDM.

TABLA N°18:

DISTRIBUCION SEGÚN DIABETES MELLITUS EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA.

Diabetes Mellitus	Frecuencia	Porcentaje
SI	11	12,22%
NO	79	87,78%
Total	90	100%

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclampticas del HNDM, Enero a Diciembre 2018.

En la tabla N°18 y gráfico N° 16, de las 90 gestantes con preeclampsia que se estudió, 79 gestantes (87,8%) no presentaron diabetes mellitus en la gestación y solo 11 gestantes (12,2%) presentaron diabetes mellitus en la gestación. Se demuestra en este estudio que la mayor frecuencia fueron gestantes con el diagnóstico de preeclampsia que no presentaron diabetes mellitus.

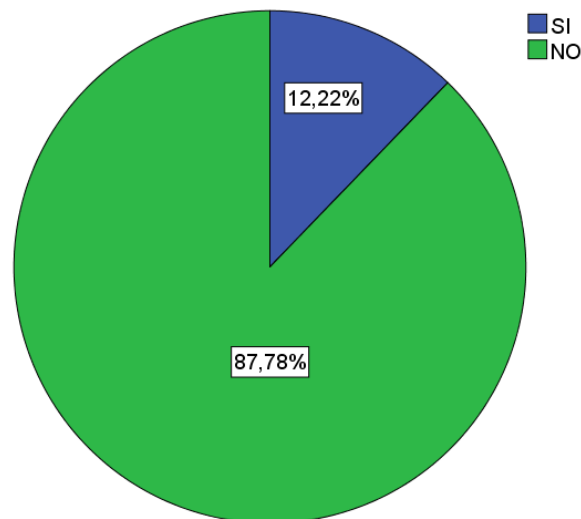


GRAFICO N°16

Fuente: Revisión de fichas de recolección de datos de pacientes Preeclampticas del HNDM.

5.2 Análisis inferencial, pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas.

Al ser un estudio descriptivo, el análisis inferencial, pruebas paramétricas y no paramétricas no son aplicables.

5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.

Al ser un estudio descriptivo, no se realizó la contrastación de las hipótesis durante la investigación.

5.4 Discusión.

El presente estudio evaluó descriptivamente las principales características epidemiológicas y clínicas en gestantes con preeclampsia, teniendo en cuenta indicadores que permitan evaluar las dimensiones correspondientes en el servicio de Obstetricia "H2" del Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2018, el cual constituye un centro de referencia a nivel nacional y probablemente sea por esto que se dispone de una buena casuística de preeclampsia (19) (42).

El presente estudio reveló que, dentro de las características epidemiológicas, las edades extremas maternas no presentar mayor frecuencia en relación a preeclampsia, como se muestra en la tabla N°4, el 57,78% de la muestra estudiada pertenece al grupo de gestantes que tienen entre 21 a 34 años, en comparación del 27,78% de gestantes que eran mayor de 35 años. En lo que respecta al estudio realizado por Heredia C, en Trujillo- Perú en el año 2015, indico que las gestantes con edad menor a 20 años (OR: 3,008; IC: 1,499-6,037) y las gestantes con edad mayor de 34 años (OR: 2,294; IC: 1,246-4,223) tienen mayor probabilidad de presentar preeclampsia (10). Huamán P, en su tesis de grado desarrollada, en Lima el año 2015 señalo que la edad comprendida entre los 20 a 35 representaba un factor de riesgo importante para el desarrollo de preeclampsia (45).

A partir de los hallazgos encontrados, en la tabla N° 5, el 68,89% de la muestra estudiada pertenecía a gestantes con estado civil convivientes, que a su vez guarda relación con el estudio de Castillo en su tesis de grado desarrollada en Perú, en el año 2017 donde identificó a las gestantes con estado civil convivientes, con mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia (Odd Ratio: 2.758; IC 95% 1.32-5.74). Se plantea que los cambios fisiológicos, psicológicos se encuentran alterados, lo cual general en la gestante incremento del estrés y ansiedad (7).

Human en su tesis de grado desarrollada en Lima, Perú en el año 2016 indicó que las gestantes con nivel de estudio secundaria y superior son factores protectora para no desarrollar preeclampsia (45), en relación a los hallazgos encontrados como se muestra en la tabla N°6, el 66,67% de la muestra estudiada pertenecían al grupo de gestantes con nivel de estudio secundaria, resultados que no coinciden con el presente.

En el presente estudio, se obtuvo como resultado que el 35,56% de gestantes con preeclampsia procedían del distrito de La Victoria. Sin embargo, no hay estudios similares que concuerden o discrepen con el resultado.

Spracklen y Ryckman et al señalan que las mujeres con niveles más altos de actividad física durante su gestación tienen menos riesgo de preeclampsia, mientras que gestantes con mayor sedentarismo tienen mayor riesgo de presentar preeclampsia (51). En relación a nuestro estudio como se muestra en la tabla N°8, el 60.00% de la muestra estudiada pertenecía a gestantes amas de casa, resultados que guardan relación con el estudio mencionada anteriormente.

Según las nuevas guías de la ACOG se recomienda la interrupción del embarazo en gestantes que presenten signos y síntomas que alteren la viabilidad del feto (menor

de 34 semanas) o de la madre con finalidad de reducir el riesgo de complicaciones. En el presente estudio, la tabla N° 9, muestra que el 70,00% fueron gestantes con edad gestacional de 37 a 41 semanas al momento del diagnóstico. Estos resultados no guardan relación con el estudio descrito anteriormente.

Con respecto al Índice de Masa Corporal pregestacional, el estudio encontró como se indica en la tabla N°10, 40,00% de las gestantes presentan obesidad (IMC: 26,00 - 30,99) y el 36,67% presente sobrepeso pregestacional. Se encontraron resultados similares reportados por Balestena J, et al. quienes realizaron un estudio en el 2015, concordando que los riesgos recurrentes de preeclampsia asociados con el IMC fueron más altos entre mujeres obesas (Riesgo Relativo: 1.60, IC 95%: 1.06-2.42) (46). Los hallazgos anteriores corroboran y refuerzan la investigación. Estos resultados no guardan relación en el estudio de Gutaj P, et al. en el año 2017, quienes no encontraron asociación entre el aumento del IMC en el primer trimestre, demostraron que el riesgo de preeclampsia era independiente del IMC, pero las probabilidades de preeclampsia aumentaban aún más con el sobrepeso y obesidad materna entre las mujeres con Diabetes Mellitus tipo 1. No obstante, el efecto del peso materno sobre el riesgo de preeclampsia fue bastante débil en mujeres con diabetes mellitus tipo 1. Según los autores, esto podría explicarse por el hecho de que la diabetes mellitus tipo 1 es un factor de riesgo mucho más fuerte para la preeclampsia que el IMC (47).

Cruz R, en el año 2013, señala en su estudio que la preeclampsia está fuertemente asociada con las primigestas (50). Ello no es acorde con el resultado de la tabla N°11, un 71,11% fueron gestantes multigestas, resultados que coinciden con el estudio propuesto por Barrero y Hernández, indicando que las gestantes

desarrollan tolerancia a factores inmunológicos específicos después del embarazo, lo cual resulta un factor protector para las siguientes gestaciones (44).

Sepidarkish, M. et al. en su estudio encontraron mayor número de abortos espontáneos previos en pacientes que habían cursado con preeclampsia (Odd Ratio: 1.28, IC: 95%; P=0.025) concluyendo que existe mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia durante un embarazo posterior. En referencia al presente estudio como se muestra en la tabla N°12, el 57,78% de las gestantes no presentaron antecedente de aborto. En contraste con los estudios presentados anteriormente Duckitt K. et al en su estudio refiere que haber cursado con antecedente de aborto, tiene un efecto protector para la gestantes en su segunda gestación (20).

Zavala y Ortiz et al. indican en su estudio que el periodo Inter-genésico largo representa mayor riesgo obstétrico y por el contrario tiene un efecto protector en gestantes con antecedente de preeclampsia dentro de los dos años posterior al último evento (46). En relación al presente estudio como se muestra en la tabla N°13, el 47,78% de la muestra presento un periodo Inter-genésico adecuado, el cual no guarda relación con lo descrito anteriormente.

En un país donde los controles prenatales son inadecuados, el presente estudio reafirma que en la tabla N°14, el 60% de gestantes no cuenta con un adecuado control prenatal, lo cual es confirmado por el estudio realizado por Cerda (13) donde describe que las gestantes que presenten controles inadecuados tienen 2,6 veces mayor riesgo de presentar preeclampsia frente aquellas gestantes que tienen adecuado control gestacional (13). Los mismos resultados obtuvo Castillo en un estudio similar, donde evidenció mayor riesgo en gestantes que contaban con menos de 5 controles prenatales, el cual tienen 11.8 veces mayor riesgo de presentar

preeclampsia; y esto se explica debido a que es insuficiente el seguimiento oportuno de un embarazo; ya que este procedimiento periódico permite prevenir, diagnosticar y dar manejo oportuno a gestantes con riesgo de presentar preeclampsia durante su gestación (7).

Duckitt K. et al en su estudio refiere que, gestantes con antecedente de preeclampsia tienen hasta la 50% de riesgo de recurrencia, el presente estudio como lo indica la tabla N° 15, EL 77,78% no presentó antecedente de preeclampsia, resultado que no coincide con Vikse et al. señalo que mujeres que presentan preeclampsia en su primera gestación tienen 6 veces más riesgo de preeclampsia en su segundo embarazo (39).

Por otro lado, el antecedente de hipertensión arterial familiar tuvo estrecha relación como factor de riesgo significativo, el 53,33% fueron gestantes con antecedente de hipertensión familiar. Asimismo, Stamilio et al. en su estudio refiere que, si una madre tuvo preeclampsia, la hija tiene un 25% de posibilidades de desarrollar preeclampsia. De manera similar, si una hermana tuvo preeclampsia, hay una probabilidad de 1 en 3 de desarrollarla. Estos hallazgos sugieren un componente genético de la condición. Aunque pequeños estudios han sugerido asociaciones con varios marcadores genéticos, no se han encontrado resultados definitivos (41).

Sibai B, realizó un estudio indicando que, la hipertensión crónica duplica o triplica el riesgo de muerte fetal. Además que complica del 1 al 5 % los embarazos en EE. UU. (34). Sin embargo, en el presente estudio, el 88,89% de las gestantes no presentaron hipertensión crónica personal.

Diversos estudios han encontrado que la diabetes pregestacional cuenta con mayor tasa de resultados adversos, que incluyen la incidencia de parto prematuro,

cesárea, mortalidad perinatal, macrostomia y preeclampsia; con referencia a la última premisa Yu Lei et al (32) estima que el 1.3% de las gestantes se complica con diabetes mellitus pre gestacional, y que publica su incidencia en gestantes diabéticas y obesas. De hecho, existe una relación directa entre el metabolismo anormal de la glucosa antes del embarazo y el desarrollo de preeclampsia. Sin embargo, en este presente estudio la diabetes mellitus como indicador no se encontró como factor de riesgo de preeclampsia, 79 gestantes (87,78%) no presentaron diabetes pre-gestacional o gestacional.

5.5. Conclusiones

- El presente estudio concluye que las características epidemiológicas y clínicas son frecuente en gestantes con preeclampsia en el servicio de Obstetricia "H2" del Hospital Nacional Dos de Mayo de enero a diciembre del 2018.
- Las características epidemiológicas más relevantes fueron la edad materna entre 21 a 34 años, el estado civil de conviviente, la ocupación de ama de casa y el nivel de educación secundaria.
- Las características clínicas más frecuentes en este estudio fueron la obesidad pregestacional, la multigestación, el inadecuado número de controles prenatales y el trastorno hipertensivo arterial familiar.

5.4. Recomendaciones

La preeclampsia sigue siendo un problema continuo en todo el mundo, debido a la falta de conocimiento adecuado de las mujeres embarazadas sobre el trastorno hipertensivo. Por ello, se proporcionan las siguientes recomendaciones:

- Priorizar la educación universal del paciente con respecto a la preeclampsia para prevenir este trastorno que continúa causando una alta tasa de muertes maternas a nivel mundial.
- Fortificar y capacitar al personal de salud que se encuentra en el primer nivel de atención para que la información dada a las mujeres embarazadas sea de acuerdo con su nivel de comprensión.
- Fomentar la participación de mujeres que hayan tenido experiencia directa con preeclampsia para que se movilicen y ayuden a educar a la población en general sobre este trastorno.
- Brindar talleres de sensibilización y atención especializada sobre la importancia de número adecuado de controles prenatales.
- Proporcionar información nutricional a pacientes que padezcan de sobrepeso u obesidad pregestacional y realizar seguimientos periódicos.
- Brindar charlas de planificación familiar en gestantes con antecedente de preeclampsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia / eclampsia en el Perú. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2014; 60(4): 385-394.
2. Cunningham Gary F; Leveno Kenneth J; Bloom Steven L; Spong Catherine Y; Dashe Jodi S; Hoffman Barbara L; Casey Brian M; Sheffield Jeanne S. Editors. *Williams Obstetrics.* 24nd Ed. New York: McGraw-Hill Education; 2013.
3. Barbieri Robert L; Repke John T; Kasper Dennis; Fauci Anthony; Hauser Stephen; Longo Dan; Jameson Larry J; Loscalzo Joseph. Editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 19nd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2015.
4. Valdés Yong M, Hernández Núñez J. Factores de riesgo para preeclampsia. *Rev Cub Med Mil.* 2014; 43(3): 307-316.
5. Sánchez Sixto E. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2014; 60(4):309-320.
6. Cruz Hernández J, Hernández García P, Yanes Quesada M, Isla Valdés A. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. *Rev Cub Med Gen Integr.* 2007; 23(4).
7. Castillo Apaza Y. Factores de riesgos asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butron en el periodo Enero-Diciembre 2017. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Puno, Universidad Nacional del Altiplano;2018
8. Pacheco J. Preeclampsia/eclampsia: reto para el gineco-obstetra. *Acta Méd Per.* 2006;23(2):100-11.
9. Valdés Y. Factores de riesgo para preeclampsia. *Rev Cub Med Mil (La Habana)* 2014; 43(3):307-316.

10. Heredia Capcha I. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2010 a diciembre 2014. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego; 2015.
11. Escobedo Calderon J. Sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de preeclampsia en el hospital de apoyo de Chulucanas en el año 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
12. Manrique Montalvan. Factores predisponentes y complicaciones de la preeclampsia en mujeres de 15 a 25 años en la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel entre los años 2013 a 2016. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Guayaquil, Universidad de Guayaquil; 2018.
13. Cerda Álvarez A. Factores de riesgo para la preeclampsia en pacientes adolescentes atendidas en el hospital Provincial General de Latacunga. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Ambato, Universidad regional autónoma de los andes uniandes; 2016.
14. Davey Dennis A, MacGillivray Ian. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1988; 158(4):892-8.
15. Ramos José G, Sass Nelson, Costa Hofmeister M. Preeclampsia. *Rev. Bras Ginecol Obstet.* 2017; 39(9):496-512.
16. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú; 2013.
17. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in pregnancy. Hypertension in pregnancy: report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5): 1122-1131.

18. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. 2011.
19. Moffett King Ashley. Natural Killer cells and pregnancy. *Nat Rev Immunol.* 2002; 2: 656-663.
20. Duckitt Kristen, Harrington Deborah. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *Br Med J.* 2005; 330(7491):565.
21. Walker James J. Pre- eclampsia. *Lancet.* 2000; 356(9237): 1260-5.
22. Lowe Sandra A, Bowyer Lucy, Lust Karin, McMahon Lawrence P, Morton Mark, North Robyn A. et al. SOMANZ guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015; 55(5):1479-828.
23. Muñoz Elvia E, Elizalde V, Téllez B. Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2017; 82(4): 438-446.
24. Blackwel Publishing Ltd. Saving Mothers` Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. *BJOG.* 2011;118(1):1-203.
25. The Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from the Collaborative Eclampsia Trial. *Lancet.* 1995;345(8963):1455-63.
26. Dodd Jodie M, McLeod Anne, Windrim Rory C, Kingdom John. Antithrombotic therapy for improving maternal or infant health outcomes in women considered at risk of placental dysfunction. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):1465-1858.

27. James Martin N, May Warren L, Magann Everett F, Terrone Dom A, Rinehart Brian K, Blake Pamela G. Early risk assessment of severe preeclampsia: admission battery of symptoms and laboratory tests to predict likelihood of subsequent significant maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(6):1407-14.
28. Zhou Aifen, Xiong Chao, Hu Ronghua, Zhang Yiming, Bassig Bryan A, Triche Elizabeth. et al. Pre-Pregnancy BMI, Gestational Weight Gain, and the Risk of Hypertensive Disorders of Pregnancy: A Cohort Study in Wuhan, China. *PLoS One.* 2015;10(8): e0136291.
29. Jeyabalan Arun. Epidemiology of preeclampsia: Impact of obesity. *Nutr Rev.* 2014, 71(01); 10.1111:12055.
30. Magdaleno R, Pereira B, Chaim E, Turato E. Pregnancy after bariatric surgery: a current view of maternal, obstetrical and perinatal challenges. *Obstet Gynecol.* 2012, 285(3); 559:566.
31. Li Chunming, Liu Yajun, Zhang Weiyuan. Joint and Independent Associations of Gestational Weight Gain and Pre-Pregnancy Body Mass Index with Outcomes of Pregnancy in Chinese Women: A Retrospective Cohort Study. *PLoS One.* 2015;10(8); e0136850.
32. Yu Lei, Zeng Xiao-Ling, Cheng Ming-Liang, Yang Guo-Zhen, Xiao Zin-Wen. et al. Quantitative assessment of the effect of pre-gestational diabetes and risk of adverse maternal, perinatal and neonatal outcomes. *Onco Targ.* 2017; 8(37):61048-61056.
33. Shand A, Bell J, McElduff A, Morris J. Outcomes of pregnancies in women with pre-gestational diabetes mellitus and gestational diabetes mellitus; a population-

- based study in New South Wales, Australia, 1999-2005. *Diabet Med.* 2008; 25(6):708-15.
34. Sibai B. Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002;100(2):369-77.
35. Ahmad AS, Samuelsen SO. Hypertensive disorders in pregnancy and fetal death at different gestational lengths: a population study of 2 121 371 pregnancies. *BJOG.* 2012;119(12):1521-8.
36. Reddy Uma M, Bettogowda Vani R, Dias Todd M, Yamada Kushnir T, Ko Chia-Wen, Willinger Marian. Term pregnancy: a period of heterogeneous risk for infant mortality. *Obstet Gynecol.* 2011;117(6):1279-1287.
37. Sosa Leonardo, Guirado Mariana. Estados hipertensivos del embarazo. *Rev Urug Cardiol.* 2013;28(2): 285-298.
38. Cantwell R, Clutton Bronck T, Cooper G, Dawson A, Drife J, Harper A. et al. *BJOG.* 2011;118(1):1-203.
39. Vikse Bjorn E, Irgens Lorentz M, Leivestad Torbjorn, Skjaerven Rolv. Preeclampsia and the risk of End-Stage Renal Disease. *N Engl J Med.* 2008; 359:800-809.
40. Pierre Yves Robillard, Gustaaf A, Dekker MD, Thomas C, Hulser M. Primipaternities in Families: Is the Incidence of Pregnancy-induced Hypertensive Disorders in Multigravidas an Anthropological Marker of Reproduction?. *Aust N Z J Obstet.* 1998;38(3):284-7.
41. Stamilio David M, Sehdev Harish M, Morgan Marck A, Propert Kathleen. Can antenatal clinical and biochemical markers predict the development of severe preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 182:589-24.

42. Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy Working Group. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy: executive summary. *J Obstet Gynecol Can.* 2014;36(5).
43. GOPEC Consortium. Disentangling Fetal and Maternal Susceptibility for Pre-Eclampsia: A British Multicenter Candidate-Gene Study. *Am J Hum Genet.* 2005;77(1):127-131.
44. Barrero A, Hernández L. Maternidad después de 35 años: cuidado orientado a proteger la mujer y su hijo. *Hacia promoc. salud.* 2017; 22(1): 13-26.
45. Huamán Puente C. Prevalencia de factores de riesgo para preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional dos de Mayo entre enero a junio de 2015. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Lima, Universidad Ricardo Palma; 2016.
46. Zavala A, Ortiz H. Periodo intergenesico: Revisión de la literature. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018; 83(1):52-61.
47. Gutaj P, Zawiejska A, Mantaj U, Wender E. Determinants of preeclampsia in woman with type 1 diabetes. *Acta Diabetol.* 2017; 54(12): 1115-1121.
48. Persson M, Cnattingius S, Wikström AK, Johansson S. Maternal overweight and obesity and risk of pre-eclampsia in women with type 1 diabetes or type 2 diabetes. *Rev Diab.* 2016t; 59 (10): 2099-105.
49. Balestena Sánchez J, Fernández Alech R, Hernández Sordo A. Comportamiento de la preeclampsia grave. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2001; 27(3): 226-232.
50. Cruz Roció P. Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el hospital gineco- obstétrico Enrique C. Soromayor desde

septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Ecuador, Universidad de Guayaquil; 2016.

51. Spracklen CN, Ryckman K, Triche E. Physical Activity During Pregnancy and Subsequent Risk of Preeclampsia and Gestational Hypertension: A Case Control Study. *Matern Child Health J.* 2016; 20(6):1193–1202.

ANEXOS

ANEXO N° 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA				
Problema	Objetivos	Variable	Dimensiones	Metodología
<p>Principal:</p> <p>¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de las gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018? Secundarios</p> <p>PS (1): ¿Cuáles son las características sociodemográficas en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018?</p> <p>PS (2): ¿Cuáles son las características clínicas en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018?</p>	<p>Principal:</p> <p>Identificar las características epidemiológicas y clínicas en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018.</p> <p>OE (1): Determinar las características epidemiológicas más frecuentes en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018.</p> <p>OE (2): Determinar las características epidemiológicas más frecuentes en gestantes con preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, año 2018.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE: PREECLAMPSIA</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS</p>	<p>Dimensión (1): Clasificación</p> <p>Indicadores (1): Preeclampsia Leve Preeclampsia Severa</p> <p>Dimensión (1): Características Epidemiológicas</p> <p>Indicadores (1): Edad materna, Estado civil, Nivel de estudios, lugar de procedencia, Ocupación.</p> <p>Dimensión (2): Características Clínicas</p> <p>Indicadores (2): Edad gestacional al momento del diagnóstico, número de gestaciones, antecedentes de aborto, Intervalo intergenésico, embarazo múltiple actual, número de controles prenatales, índice de masa corporal pre gestacional, Antecedente personal de trastorno hipertensivo en gestaciones previas, antecedentes familiares de trastorno hipertensivo gestacional, hipertensión arterial crónica, Diabetes mellitus.]</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Básico <p>NIVEL DE INVESTIGACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptivo <p>DISEÑO DE INVESTIGACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • No experimental, Descriptivo <p>POBLACION</p> <ul style="list-style-type: none"> • 95 pacientes gestantes <p>MUESTRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90 pacientes gestantes <p>TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica, Ficha de Recolección de Datos. <p>INSTRUMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de Recolección de Datos. <p>ESTADÍSTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Excel 2016 • SPSS- 23

ANEXO N°2: Operacionalización de variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Categorización	Medio de Verificación
VARIABLE DEPENDIENTE						
Preeclampsia	Es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico, el cual se asocia con el desarrollo anormal de la placenta. En el orden clínico se define que la presión arterial es el elemento diagnóstico y pronóstico más importante por su relación directa con la morbi-mortalidad tanto materna como perinatal.	Será definido como el Diagnosticado ubicado en la Historia Clínica de la gestante en investigación. Además, se encuentran descritos los parámetros patológicos o clínicos que confirman dicho diagnóstico.	Cualitativa / Dependiente	Nominal	a) Preeclampsia leve b) Preeclampsia severa	Base de Datos del Servicio de Obstetricia

VARIABLE INDEPENDIENTE							
CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	Edad Materna	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual expresado generalmente en años cumplidos.	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Cuantitativa Continua Independiente	Razón	a) <19años b) 20-34años c) >35 años	Historia Clínica
	Estado civil	Expresión jurídica política de la comunidad humana constituida para cumplir fines trascendentales dentro de la comunidad.	Condición de soltería, matrimonio o convivencia de la gestante.	Cualitativa	Nominal	a) Soltera b) Conviviente c) Casada	Historia Clínica
	Nivel de Estudios	Educación de una persona que recibió por parte de un colegio del estado o particular.	Nivel de estudios alcanzados en el sistema educativo formal	Cualitativa	Nominal	a) Primaria b) Secundaria c) Superior	Historia Clínica
	Distrito de Procedencia	Lugar de donde procede una persona	Distrito donde reside actualmente	Cualitativa	Nominal	-	Historia Clínica
	Ocupación	Empleo u oficio remunerado o no, al cual se dedica una persona.	Estado en que la persona ejerce o cumple un trabajo remunerado o no.	Cualitativa	Nominal	a) Ama de casa b) Estudiante c) Comerciante d) Profesional	Historia Clínica
	Antecedentes de aborto:	Interrupción de la gestación antes de las	Antecedente de aborto	Cualitativa	Nominal	a) Si b)No	Historia Clínica

		20 semanas en embarazo previo.	diagnosticada antes del embarazo actual.				
	Embarazo múltiple actual:	Aquella gestación en el que se desarrollan simultáneamente dos o más fetos.	Cantidad de Productos de la actual gestación.	Cualitativa	Nominal	a) Si b)No	Historia Clínica
	Intervalo Inter-genésico	Periodo Transcurrido entre parto y parto.	Periodo transcurrido entre parto y parto, que se puede dividir en periodo intergenésico corto o largo.	Cuantitativa	Nominal	a) PIC (<18meses) b)PIA c)PIL (>60meses)	Historia Clínica
	Número de controles prenatales:	Conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar.	Procedimientos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal.	Cuantitativa	Nominal	a) Inadecuado (<7CPN) b) Adecuado (>8CPN)	Historia Clínica

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Antecedente personal de trastorno hipertensivo en gestaciones previas	Haber presentado de pre eclampsia en gestaciones previas.	Haber presentado de pre eclampsia en gestaciones previas.	Cualitativa	Nominal	a) Si b)No	Historia Clínica
	Antecedentes familiares de enfermedad hipertensiva	Historia de pre eclampsia en alguna de sus familiares de primer grado de consanguinidad.	Historia de pre eclampsia de la madre o hermana de la gestante.	Cualitativa	Nominal	a) Si b)No	Historia Clínica
	Hipertensión arterial crónica personal	Afección crónica, controlable de etiología multifactorial, caracterizado por PAS >140mmHg o PAD >90mmHg.	Historia previa de diagnóstico de PAS >140mmHg o PAD >90mmHg.	Cualitativa	Nominal	a) Si b)No	Historia Clínica
	Diabetes mellitus preexistente o gestacional	Cualquier grado de intolerancia a la glucosa con inicio primer reconocimiento durante el embarazo	Nivel de Glucosa en plasma en ayunas >126mg/dl) o glucosa en plasma casual >200mg/dl o Diagnóstico previo al Embarazo	Cualitativa	Nominal	a) Si b)No	Historia Clínica

ANEXO N° 3: Ficha de recolección de datos



“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, AÑO -2018.”

Ficha N°:

Historia Clínica N°:

1. Clasificación de preeclampsia

a) Leve b) Severa

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS MATERNAS:

2. Edad Materna:

a) ≤ 20 años b) 21 a 34 años c) ≥ 35 años

3. Estado civil:

a) Soltera b) Conviviente c) Casada

4. Nivel de Estudios:

a) Primaria b) Secundaria c) Superior

5. Distrito de Procedencia:

6. Ocupación:

a) Ama de casa b) Estudiante c) Comerciante d) Profesional

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS Y ANTROPOMÉTRICAS

7. Edad gestacional:

a) < 32 sem b) 32-34sem c) 35-36sem d) 37-41sem e) > 42 sem

8. Talla Pre gestacional

9. Peso Pre gestacional

10. IMC

a) < 25 b) 25-29.9 c) ≥ 30

11. Número de gestaciones:

a) Primigesta b) Multigesta

12. Antecedentes de aborto:

a) Si b) No

13. Intervalo intergenésico:

a) PIC (<18meses) b) PIA c) PIL (>60meses)

14. Número de controles prenatales:

a) INADECUADO (<7CPN) b) ADECUADO (>8CPN)

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y PERSONALES

15. Antecedente personal de trastorno hipertensivo en gestaciones previas:

a) Si b) No

16. Antecedentes familiares de enfermedad hipertensiva:

a) Si b) No

17. Hipertensión arterial crónica personal:

a) Si b) No

18. Diabetes mellitus preexistente o gestacional:

a) Si b) No

ANEXO N° 4: Ficha: Ficha de validación de instrumento de recolección de datos.



ESCUELA DE PREGRADO
FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES : DR. RODRIGUEZ CARRANZA, FENNER
 1.2 GRADO ACADÉMICO : MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 1.3 INSTITUCIÓN QUE LABORA : HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
 1.4 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN : FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, AÑO 2018.
 1.5 AUTOR DEL INSTRUMENTO : VILCA NOVOA, THALIA IVONNE
 1.6 PREGRADO : Para Optar El Título De Médico Cirujano
 1.7 NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Recolección de Datos
 1.8 CRITERIOS DE APLICABILIDAD :
 a) De 01 a 09: (No valido, reformular) d) De 15 a 18: (Valido, precisar)
 b) De 10 a 12: (No valido, modificar) e) De 18 a 20: (Valido, aplicar)
 c) De 12 a 15: (Valido, mejorar)

II. ASPECTOS A EVALUAR

INDICADORES DE EVALUCION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUANLITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-12)	Bueno (12-15)	Muy Bueno (15-18)	Excelente (18-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					05
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					05
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la Ciencia y Tecnología					05
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los items.				04	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad				04	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.				04	
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio.					05
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis, dimensiones e indicadores.					05
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.					05
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia.					05
Sub total					12	35
Total						47

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.4) : $47 \times 0.4 = 18.8$

VALORACIÓN CUALITATIVA : Excelente

OPINIÓN APLICABILIDAD : Valido aplica

Es Salud H. N. M. N. S. S. (H. N. M. N. S. S.)

Dr. FENNER RODRIGUEZ CARRANZA
GINECO-OBSTETRICIA
C.M.P. 14477 / R.N. 871

Lugar y Fecha: Lima, 10/01/2019

Firma del experto

DNI: 06210444



UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA DE PREGRADO FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES


- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES : DR. Martínez Huamán Félix
 1.2 GRADO ACADÉMICO : M. en C. Especialista en Ginecología y Obstetricia
 1.3 INSTITUCIÓN QUE LABORA : Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Mortuus
 1.4 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN : FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, AÑO 2018.
 1.5 AUTOR DEL INSTRUMENTO : VILCA NOVOA, THALIA IVONNE
 1.6 PREGRADO : Para Optar El Título De Médico Cirujano
 1.7 NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Recolección de Datos
 1.8 CRITERIOS DE APLICABILIDAD :
 a) De 01 a 09: (No valido, reformular) d) De 15 a 18: (Valido, precisar)
 b) De 10 a 12: (No valido, modificar) e) De 18 a 20: (Valido, aplicar)
 c) De 12 a 15: (Valido, mejorar)

II. ASPECTOS A EVALUAR

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-12)	Bueno (12-15)	Muy Bueno (15-18)	Excelente (18-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					05
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					05
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la Ciencia y Tecnología					05
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.				04	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad				04	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.				04	
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio.					05
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis, dimensiones e indicadores.					05
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.					05
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia.					05
Sub total					12	35
Total						47

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.4) : $47 \times 0.4 = 18.8$
 VALORACIÓN CUALITATIVA : Excelente
 OPINIÓN APLICABILIDAD : Valioso Aplicar

Lugar y Fecha: Lima 19/01/19.


 Dr. Félix Martínez Huamán
 GINECÓLOGO
 1992 RNE 1038
 Oficina del experto
 DNI:



UAP UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

ESCUELA DE PREGRADO FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES : Chauca Berlanga Saul
 1.2 GRADO ACADÉMICO : medico especialista en ginecología y Obstetricia
 1.3 INSTITUCIÓN QUE LABORA : Hospital Nacional Eugenio Rebaza Martínez
 1.4 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN : FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, AÑO 2018.
 1.5 AUTOR DEL INSTRUMENTO : VILCA NOVOA, THALIA IVONNE
 1.6 PREGRADO : Para Opirar El Titulo De Médico Cirujano
 1.7 NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Recolección de Datos
 1.8 CRITERIOS DE APLICABILIDAD :
 a) De 01 a 09: (No valido, reformular) d) De 15 a 18: (Valido, precisar)
 b) De 10 a 12: (No valido, modificar) e) De 18 a 20: (Valido, aplicar)
 c) De 12 a 15: (Valido, mejorar)

II. ASPECTOS A EVALUAR

INDICADORES DE EVALUCION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUANLITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-12)	Bueno (12-15)	Muy Bueno (15-18)	Excelente (18-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					05
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					05
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la Ciencia y Tecnología					05
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.				04	
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad				04	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.				04	
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio.					05
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis, dimensiones e indicadores.					05
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.					05
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia.					05
Sub total					12	35
Total						47

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.4) : 47 x 0.4 = 18.8
 VALORACIÓN CUALITATIVA : Excelente
 OPINIÓN APLICABILIDAD : Valido, Aplicar

Lugar y Fecha: 20/01/19 Lima

ESSALUD - H.N.E.R.M.

Dr. SAUL CHAUCA BERLANGA

Firma del experto

DNI: 09371713

ANEXO N°5: Autorización y Aprobación de Estudio



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional
"Dos de Mayo"

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

CARTA N° 023 -2019-OACDI-HNDM

Lima, 14 de febrero 2019

Estudiante:

THALIA IVONNE VILCA NOVOA

Investigadora Principal

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN PARA REALIZAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

REF. : EXP. N°2479

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que con MEMORANDUM N°0230-2019-DGO-HNDM el Departamento de Gineco Obstetricia, informa que no existe ningún inconveniente en que se desarrolle el trabajo de investigación titulado:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, AÑO 2018.

En tal sentido esta oficina autoriza la realización del estudio de investigación. Consecuentemente el investigador deberá cumplir con el compromiso firmado, mantener comunicación continua sobre el desarrollo del trabajo y remitir una copia del proyecto al concluirse.

La presente aprobación tiene vigencia a partir de la fecha y **expira el 13 de febrero del 2020.**

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

Dr. JOHNNY RICARDO MORZAN DELGADO
C.M.P. 21974 / R.N.E. 19950
Jefe de la Oficina de Apoyo a la Capacitación,
Docencia e Investigación

CARTA N°025-EI

JRMD/LNBC/eva

www.minsa.gob.pe/h2demayo
hdosdemayo@minsa.gob.pe
hdosdemayo@hotmail.com

Parque Historia de la Medicina
Peruana s/n, Cercado de Lima
Tel. 328-00-28, 328-00-35
RUC: 20160388570

Anexo N°6: Base de Datos.

HCL	Orden	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	PREECLAMPIA LEVE O SEVERA	EDAD MATERNA	ESTADO CIVIL	NIVEL DE ESTUDIO	PROCEDENCIA	Ocupacion	EDAD GESTACIONAL	TALLA	PESO
1872200	0	71547723	SARAVIA REYES MARIA	1	28	2	2	LIMA	1	38	1.56	76
2520801	1	10093484	MURILLO VILCA JESSICA	2	42	2	2	SURQUILLO	1	36	1.95	61.6
2351602	2	42930899	MONTERO GUSMAN BRENDA GISELIA	1	34	2	2	LA VICTORIA	3	36	1.6	110
2459003	3	47011937	PERDOMO ALARCON INES ESTEFANIA	1	26	2	3	LA VICTORIA	2	41	1.52	78
2477403	3	75582213	HUERTA ANGELES MARIANI ESTEFANI	2	14	2	2	ANCASH	2	39	1.56	85
2207104	4	74415825	HUAMAN PERE< FRANCESCA DAYANA	1	24	2	2	LA VICTORIA	1	32	1.53	59
1263106	6	76240699	TORRES PACAYA VIRGINIA ELIZABETH	1	22	2	3	SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	34	1.52	48
2490707	7	40719202	MARTIN TINEO CARMEN ROSA	1	42	1	2	LA VICTORIA	3	38	1.53	80
1741907	7	43916180	OSIS YUPANQUI MARIA CRISTINA	1	32	2	2	EL AGUSTINO	1	38	1.59	76
2426007	7	47406839	QUISPE CUEVA NELFA	1	25	2	3	HUARAZ	4	34	1.47	54
2494208	8	72450823	CARRION HIDALGO MARILIA	1	22	2	2	LA VICTORIA	1	37	1.53	73
2352008	8	62774949	VILCA MARTEL JARAIRA SARITA	1	19	2	2	LA VICTORIA	3	41	1.57	52
2367009	9	76210462	SANDRA DEL CARMEN PASTOR VILCARROMER	1	21	2	2	LA VICTORIA	1	41		
1954410	10	40172654	RUMICHI COTRINA EVA JENIFER	2	38	2	2	SAN LUIS	1	39	1.63	73
2512811	11	73645518	HUANACO MENEJES GLORINDA	2	21	2	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	36	1.54	49
2490712	12	29066212	GUEDES SILVA ANNAIS MARIA	2	27	2	3	SAN LUIS	4	28	1.55	58
2495412	12	78335519	GUERRERO ROMERO GIANELLA SHARON	1	22	1	3	SAN JUAN DE LURIGANCHO	2	39	1.6	47
2470513	13	74655348	DAVILA DIAZ REYNA VALERIA	1	21	2	1	SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	39	1.55	53
1468315	15	75505701	PACHAS TASAYCO ALLISON ZUGEY	1	18	2	2	LA VICTORIA	1	41	1.62	74
2487130	30	61827198	PAREDES MAROCHO BERY ANALI	1	19	2	2	CERCADO	1	38	1.45	52
1730938	38	43544493	POMA ANTONIO LUDUVINA	1	28	2	2	OTROS	1	39	1.50	75
1956439	39	41943994	LOPEZ MAMANI LISETTE MELINA	2	35	2	2	CERCADO	1	33	1.61	113
2480639	39	45064883	JUSCAMAYTA CHOQUE KARINA JANETH	1	30	2	2	CERCADO	1	39	1.45	50
2489539	39	45521345	PEREZ MALPARTIDA ORKIDIA	1	30	3	2	SURQUILLO	1	39	1.49	61
2500541	41	NO SABE CE	JIMENEZ PANTOJA NURKIS	1	17	2	2	LA VICTORIA	2	36	1.58	74
2495943	43	R100680629	CARIAPAZA GARCIA VERONICA	1	24	2	3	SAN JUAN DE LURIGANCHO	3	37	1.51	76
2092844	44	47697893	VALDEZ GARRIAZO CONTHIA MERCEDES	1	30	1	2	LA VICTORIA	1	40	1.42	60
2500244	44	46769708	ARIAS PUMACAYO JESENIA	1	27	3	3	CERCADO	1	38	1.61	84
24845445	45	47300256	RAMIREZ GAMBOA ELENE	1	26	1	2	LA VICTORIA	1	37	1.55	75
1934246	46	40320932	CASTILLO CHUYES EUFEMA	2	38	3	3	SAN LUIS	4	34	1.55	74
2216246	46	46163698	LUCERO SLVA KAREN YOLANDA	1	28	2	3	SAN LUIS	4	37	1.47	67
2319646	46		FELIPA NOLES VALERIA	1	28	1	3	LA VICTORIA	3	40	1.71	70
2037847	47	44412204	MALLCO RODRIGUEZ ELIZABETH	1	31	3	3	SAN LUIS	1	37	1.55	69
1435147	47	45426661	ARAUJO MARTINEZ ANDREINA	1	29	2	2	CERCADO	1	29	1.63	84
2442850	50	40590040	CASTILLEJOS OBLITAS ANA	2	37	1	2	LA VICTORIA	1	38	1.55	66
1858851	51	45596259	RAVINES GARCIAARACELY	1	29	2	1	CERCADO	1	39	1.43	65
1969851	51		medina sanchez luzmila	1	19	1	2	CERCADO	1	31	1.49	57
2462851	51	76349036	LLAMOCA PAUJA MARICIELO GUADALUF	1	18	1	3	LA VICTORIA	1	36	1.54	64
1442953	53	7493289	SAN DOVAL TANGO A ROXANA	1	35	1	3	LA VICTORIA	1	38	1.55	58
2498753	53	77329081	MALLQUI FERNANDEZ LIZ	2	19	2	1	LA VICTORIA	1	39	1.54	74
2487954	54	134223317	B	2	36	2	2	LA VICTORIA	1	38	1.65	56
1355054	54	41330114	OCHOA CHAVEZ AMERICA	2	35	2	2	CERCADO	1	38	1.56	72
2515754	54	12490601	CHOQUE COSSIO MORELIA	1	22	2	2	CERCADO	3	39	1.55	84
2308955	55	72497726	RAMIREZ VASQUEZ KATHERINE	1	24	3	2	CERCADO	1	36	1.57	62
2498955	55	1603612	LEON OCHOA WENDY CAROLINA	1	25	2	3	OTROS	4	38	1.46	44
2497255	55	70993661	MALQUE ZAMORA CLAUDIA	1	22	2	3	SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	37	1.66	76
2484760	60	80108835	CURI CANDIOTTE ANA MELVA	1	39	3	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	39	1.52	56
2467663	63	71510763	GONZALES SILVA MARIBEL	1	25	1	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	39	1.52	56
2475963	63	62603818	QUISPE CHUQUIHUANGA YARSEL MARIA	1	18	2	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	41	1.60	82
1562164	64	24976831	HINOSTROZA CRISPIN GRISELL HORTE	1	23	2	1	OTROS	3	40	1.45	65
2484064	64		GONZALES LOZANO ELIZA	1	21	1	2	OTROS	1	39	1.54	58
1873865	65	47888129	REYES REYES ANNE KLEIN	2	26	1	1	LA VICTORIA	1	33	1.56	63
2184666	66	42252298	GALARZA RUIZ ANGE JANETH	2	33	3	2	LA VICTORIA	1	33	1.65	115
2508967	67	47837712	VARGAS GABRIEL YOSELYN YOHANE	2	25	3	2	SAN JUAN DE LURIGANCHO	3	40	1.51	60
2475867	67	77499498	PILCO CALLE MARIBEL	1	22	2	2	LA VICTORIA	3	39	1.47	68
2497567	67	80771 PASAP	RIERA RANGEL BELKIS ELINA									
1845668	68	41048207	TOLENTINO VALERA MARTHA	1	42	2	2	CERCADO	3	38	1.49	63
2484369	69	72639560	CARDENAS ESPINOZA ALESSANDRA ROSMAR	1	20	2	2	LA VICTORIA	3	38	1.63	69
2427170	70	41058839	ROCHA LERZUNDI SUSANE VALERIE									
2433271	71	46184392	CORDOVA MASHACURI, JANETH JESSE	1	28	2	2	EL AGUSTINO	1	38	1.51	59
1406072	72	41985835	CONDOR MALLCA MARIA									
2500779	79	41878770	SANCHEZ MORI MAURA ISABEL	2	35	2	2	CERCADO	1	36	1.56	70
2344879	79	45973559	SHUÑA TUANAMA YADIRA									
2496281	81	6806300	CCOPA CRUZ ERIKA GEORGINA	1	40	2	2	SURQUILLO	1	38	1.52	50
2480481	81	40718897	SANCHEZ MORALES KATERINE VANESSA	2	24	2	3	SURQUILLO	4	36	1.63	87