



EN LA UAP
TÚ ERES PARTE
DEL CAMBIO

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

TESIS

**PREECLAMPSIA Y PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL SANTA
MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, AÑO 2020.**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

Bach. KIARA LUREN CALMETT CAÑEDO

ASESORA: Dra. MARIA EVELINA CALDAS HERRERA

LIMA, PERÚ

OCTUBRE 2021

ÍNDICE

CARATULA	i
PÁGINAS PRELIMINARES	ii
INDICE DE TABLAS	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	4
1.1 Fundamentos teóricos de la Investigación	4
1.1.1 Antecedentes	4
1.1.2 Bases teóricas	10
1.1.3 Definición de términos	17
CAPÍTULO II. HIPÓTESIS Y VARIABLES	19
2.1 Formulación de hipótesis principal y específica	19
2.2 Variables y definición operacional	19
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	21
3.1 Diseño metodológico	21
3.2 Diseño muestral	21
3.3 Técnicas de recolección de datos	22
3.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	23
3.5 Aspectos éticos	24
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	25

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
FUENTES DE INFORMACIÓN	42
ANEXOS	46
• Matriz de consistencia	
• Instrumento de recolección de datos	
• Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edades de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Tabla 3. Números de gestaciones de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Tabla 4. Número de atenciones prenatales de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Tabla 5. Antecedente de Recién Nacido de bajo peso de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Tabla 6. Antecedente de Preeclampsia de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Tabla 7. Tipos de preeclampsia de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Tabla 8. Peso del Recién Nacido de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Tabla 9. Relación entre preeclampsia y bajo peso del recién nacido de las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Tabla 10. Prueba de Chi Cuadrado

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado principalmente a mis queridos padres por su apoyo incondicional en estos años para poder lograr concluir mi carrera universitaria y por sus consejos para hacer de mí una mejor persona, a mis hermanos por siempre estar presentes para apoyarme moral y psicológicamente y acompañarme en este camino que aún me falta por recorrer.

Asimismo a mis docentes los cuales me brindaron los conocimientos necesarios y me guiaron en mi formación académica todo este tiempo.

A su vez a mis demás familiares, amigos y compañeros que me han apoyado de una u otra manera y han contribuido para el logro de mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios por permitir vivir y disfrutar el día a día con mi hermosa familia. Gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, no ha sido sencillo el camino hasta ahora pero les agradezco y hago presente mi afecto hacia ustedes. Gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa que es y lo justa que puede llegar a ser.

Agradecer a la Universidad Alas Peruanas por ser parte de mi formación académica y ayudarme a cumplir mi sueño de ser una profesional.

Agradecer al Hospital Santa María del Socorro de Ica por brindarme la información necesaria para poder llevar a cabo este trabajo.

Agradecer a mi asesora la Dra. María Evelina Caldas Herrera por todo el tiempo dedicado y por brindarme los conocimientos necesarios para el desarrollo del presente trabajo.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el objetivo de establecer la relación entre la Preeclampsia y el bajo peso del recién nacido en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020. **Material y métodos:** Es un estudio observacional, transversal, de recolección retrospectiva de una fuente de datos secundaria y correlacional en el cual se revisaron 85 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de preeclampsia que fueron atendidas en el hospital Santa María del Socorro de Ica por lo que se elaboró una lista de chequeo para la recolección de datos. Los **resultados** a las que se llegó son: la preeclampsia en las gestantes el 70,6% fue preeclampsia leve y el 29,4% severa, asimismo el peso del recién nacido que predominó fue de 2 500 - 3 999gr (peso adecuado) con un 76,5%, el de <2 500 gr y >1 500 gr (bajo peso) con un 12,9, el de 4 000 gr (macrosómico) con un 8,2% y por último el de <1 500 gr (muy bajo peso) con un 2,4 %. En relación a la preeclampsia y el bajo peso del recién nacido predominó el bajo peso de <2 500 gr y >1 500 gr en ambos tipos de preeclampsia, siendo la de mayor frecuencia la preeclampsia severa con un 53,8%. Concluyendo que no existe relación positiva y significativa entre la preeclampsia y el bajo peso del recién nacido en el Hospital Santa Maria del Socorro de Ica, 2020.

Palabras clave: preeclampsia, peso del recién nacido, proteinuria.

ABSTRACT

The aim of this study was to establish the relationship between preeclampsia and newborn weight at the Santa María del Socorro Hospital in Ica, year 2020. **Material and methods:** This is an observational, cross-sectional, retrospective study of a secondary and correlational data source in which 85 medical records of pregnant women with a diagnosis of preeclampsia who were treated at the Santa María del Socorro Hospital in Ica were reviewed and a checklist was prepared for data collection. The **results** were as follows: 70.6% of pregnant women had mild preeclampsia and 29.4% had severe pre-eclampsia; the predominant newborn weights were 2 500-3 999 g (adequate weight) with 76.5%, <2 500 g and >1 500 g (low weight) with 12.9%, 4 000 g (macrosomic) with 8.2% and finally <1 500 g (very low weight) with 2.4%. In relation to pre-eclampsia and low birth weight, low birth weight of <2 500 g and >1 500 g predominated in both types of pre-eclampsia, with severe pre-eclampsia being the most frequent with 53.8%. We conclude that there is no positive and significant relationship between pre-eclampsia and newborn birth weight at the Santa Maria del Socorro Hospital in Ica, 2020.

Key words: preeclampsia, newborn weight, proteinuria.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS la preeclampsia es el desorden hipertensivo más frecuente del embarazo, variando su incidencia entre 2% y 25% en diferentes partes del mundo e indica que es la tercera causa prevenible de muerte materna. En un estudio realizado por la Organización Mundial de Salud, los trastornos hipertensivos son responsables aproximadamente del 22% de la mortalidad materna en América Latina, 16% en África y 12% en Asia. En el Perú, es la segunda causa de muerte materna y representa hasta un 32% de la mortalidad materna, de esta forma se convierte en un grave problema de salud. Su efecto no solo altera la salud materna, pues la elevada tasa de prematuridad y el retardo de crecimiento intrauterino asociado, incrementa la mortalidad perinatal. ^{1,2}

Esta patología se relaciona con complicaciones fetales, siendo las más frecuentes: restricción de crecimiento intrauterino, pequeño para edad gestacional, bajo peso, prematuridad, trastornos metabólicos, trastornos de coagulación, hemorragia intraventricular, hiperbilirrubinemia, dificultad respiratoria, persistencia de conducto arterioso, enterocolitis necrosante, hipotensión, retinopatía, gastritis erosiva, predisposición a cuadros infecciosos, como sepsis debido a déficit en la actividad de granulocitos, quimiotaxis y citoquinas, etc.³

En el Perú, según el Boletín epidemiológico a la semana 36 del Ministerio de Salud, menciona que: la segunda causa de muertes maternas directas son debidas a trastornos hipertensivos del embarazo (28,7%) de la cual 13% son

debidas a preeclampsia y un 9,2% son debidas a eclampsia.⁴ La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra.⁵

Por ello en el presente estudio se planteó ¿cuál es la relación entre la Preeclampsia y el bajo peso del recién nacido en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020? como problema general, siendo su objetivo general: establecer la relación entre la Preeclampsia y el bajo peso del recién nacido en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020.

A nivel mundial la preeclampsia y eclampsia ocupa una de las tres principales causas de muerte en mujeres embarazadas, los estudios muestran que estas cifras varían entre el 2 y 10 % en todas las gestantes, cobrando la vida de 50.000 mujeres a causa de este trastorno hipertensivo, presentándose comúnmente en países de desarrollo y ocupando la primera causa de mortalidad materna en Latinoamérica.⁶

La preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo así como el bajo peso al nacer constituyen un grave problema de salud pública y pueden ser enfermedades devastadoras, las cuales empeoran cuando se retrasa el diagnóstico o tratamiento, lo que conduce a consecuencias muy graves.

Por eso es fundamental el conocimiento de los factores de riesgo, la vigilancia y el manejo de la preeclampsia para de esta manera disminuir el riesgo materno y tener recién nacidos sin ninguna complicación en especial su peso.

La importancia de este estudio está en el reconocimiento precoz de los casos la cual nos permitirá el manejo adecuado de esta complicación, con la finalidad de establecer un adecuado control prenatal así como también disminuir el bajo peso en el recién nacido. También se van a beneficiar los profesionales de la salud que tendrán conocimiento de esta patología.

El presente estudio está conformado por cinco capítulos; de tal modo, que en cada uno de ellos están incluidos diferentes subtítulos. En el **Capítulo I:** se puede observar los fundamentos teóricos de la investigación, tales como: Antecedentes, bases teóricas y definición de términos. En el **Capítulo II:** La formulación de la hipótesis principal y específica como también las variables y definición operacional. En el **Capítulo III:** Se evidencia el diseño metodológico, diseño muestral, las técnicas de recolección de datos, las técnicas estadísticas y aspectos éticos. En el **Capítulo IV:** Los resultados de la investigación. Finalmente en el **Capítulo V:** Encontraremos la Discusión, Conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES

Internacionales

Pontón, V. en el año 2017. En su investigación titulada: *Factores y complicaciones neonatales de madres preeclámplicas*. **Objetivo:** Determinar las complicaciones resultantes en neonatos de madres con preeclampsia en pacientes ingresadas y sus factores de riesgo en el Hospital Materno Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de enero a diciembre del 2017. **Material y métodos:** Realizó un estudio retrospectivo, observacional, comparativo donde se estudió un total de 268 pacientes con diagnóstico de preeclampsia materna que manifestaron complicaciones neonatales ingresadas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en la ciudad de Guayaquil, Periodo de Enero a Diciembre del 2017. **Resultados:** El 65% de las madres fueron diagnosticadas con preeclampsia leve y el porcentaje restante fueron diagnosticadas con preeclampsia grave. De las complicaciones neonatales obtenidas de madres con complicación de preeclampsia se obtuvo un 35% de nacimientos prematuros, 25% bajo peso al nacer, un 15% distrés respiratorio y en un menor porcentaje sepsis y asfixia. El mayor porcentaje de las edades de las madres preeclámplicas se encuentra en el grupo de madres con 17 a 21 años de edad con un 30%. El 65% de madres que acudieron a controles menos de 3 veces. El 85% de las pacientes

diagnosticadas de preeclampsia culminaron con parto por cesárea.

Conclusiones: Con esta investigación se reconoce el impacto de la preeclampsia materna y el aumento de las complicaciones neonatales.⁷

Varas, E. en el año 2017. En una investigación titulada: *Complicaciones materno-fetales en pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital Alfredo G. Paulson, Agosto 2016 a julio 2017.* **Objetivo:** Identificar las complicaciones materno – fetales en pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital Alfredo G. Paulson, periodo 2016-2017. **Material y métodos:** Realizó un estudio no experimental, de corte transversal y método analítico. La población fue 1452 pacientes que fueron diagnosticadas con preeclampsia, de las cuales 496 presentaron complicaciones materno-fetales durante su embarazo. **Resultados:** El 31,95% de las pacientes tuvieron preeclampsia, encontrando como complicación más frecuente el parto prematuro que correspondió al 51,21% de las complicaciones, adicionalmente se encontró que la tasa de mortalidad producida por la preeclampsia en el estudio realizado fue del 3.22% La principal vía de terminación del embarazo fue el parto vaginal por cesárea. **Conclusiones:** La importancia del estudio y conocimiento de las complicaciones, el manejo nos ayudará a disminuir aún más la tasa de mortalidad provocada por esta patología.⁸

Ureña, T. en el año 2018. En su investigación titulada: *“Complicaciones clínicas en neonatos de madres hipertensas del Hospital General Guasmo Sur de Enero del 2017 – a Febrero del 2018”*. **Objetivo:** Establecer la frecuencia de las complicaciones neonatales de los hijos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital General Guasmo Sur durante el periodo de enero del 2017 – a febrero 2018. **Material y métodos:** Realizó un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño observacional retrospectivo de corte transversal, con recolección de datos indirecta en el cual se utilizó datos estadísticos de todos los neonatos que ingresaron por complicaciones clínicas de madres hipertensas. Con una muestra conformada por todos los neonatos con complicaciones clínicas de madres hipertensas, que hayan pasado por consulta externa y emergencia. **Resultados:** Dentro del periodo de estudio establecido se recibieron 9.869 neonatos, de los cuales 55 pacientes tuvieron algún tipo de complicación además del antecedente de la madre con trastorno hipertensivo del embarazo. El 40 % de los neonatos fueron prematuros tardíos, el 21.8 % muy prematuros, el 18. 2 % prematuros extremos, el 14. 5 % prematuros moderados y el 1.8 % a término. El sexo femenino fue más frecuente con un 65.5 %. Las complicaciones clínicas fueron la enterocolitis necrotizante con 29,1%, el crecimiento intrauterino con 28,2%, distrés respiratorio con 20%, displasia broncopulmonar con un 7,3%, retinopatía del prematuro y encefalopatía neonatal con un 3,6% cada uno, por último las anomalías cardíacas con un 1,8%. **Conclusiones:** La mortalidad que se produjo en

neonatos a causa de estas complicaciones con antecedentes maternos de trastornos hipertensivos es relativamente baja, 0,30 por 1.000 pacientes. De todos los neonatos que incluyeron el estudio, se observó una tendencia para las 34 semanas de gestación, también predominó la semana 27, 28, 32, y 36; la mayoría de los neonatos fueron prematuros tardíos es decir que, encajaban entre la semana 37 y 34. El sexo más frecuente fue el femenino. Entre las complicaciones más frecuentes observadas en el análisis de datos tenemos a la enterocolitis necrotizante, el crecimiento intrauterino, distrés respiratoria, la displasia broncopulmonar, la retinopatía del prematuro, encefalopatía neonatal y las anormalidades cardiacas.⁹

Nacionales

Díaz, D. en el año 2017. En su investigación titulada: *Relación entre Preeclampsia y peso del recién nacido en la altura en el hospital Carlos Monge Medrano a 3825 m s.n.m. Entre julio a diciembre de 2017.* **Objetivo:** Determinar cuál es la relación existente entre la preeclampsia materna y el peso del recién nacido en la altura en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca a 3825 m.s.n.m. entre julio a diciembre de 2017. **Material y métodos:** Realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de tipo retrospectivo; evaluando historias clínicas de puérperas afectadas por preeclampsia en el Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca entre julio a diciembre de 2017. Se encuestó un total de 65 historias clínicas maternas según criterios de inclusión y exclusión establecidos, los datos

fueron exportados a una base de datos de Excel 2013 y analizados mediante el programa estadístico STATA en su versión 23. **Resultados:** Se obtuvo que el nivel promedio de hemoglobina fue de $11,89 \pm 1,55$ g/dL con la aplicación del factor de ajuste dado por el MINSA el 2017. El 30,7% de la muestra fue afectada por parto pretérmino. Con respecto al peso al nacer se obtuvo un valor promedio de 2739 ± 865 gramos, el 40% de los productos nacieron con bajo, muy bajo y extremadamente bajo peso. El coeficiente de correlación de Pearson bilateral para las variables edad gestacional y peso al nacer fue de $R = 0.828$ con un coeficiente de determinación $R^2 = 0,685$, indicando una correlación positiva alta. Las variables hemoglobina materna y peso al nacer dieron un coeficiente de correlación de Pearson bilateral igual a $R = -0.344$, con coeficiente de determinación $R^2 = 0,118$. **Conclusiones:** La preeclampsia afecta significativamente el peso al nacer y la edad gestacional. Existe una correlación negativa baja entre el peso al nacer y el nivel de hemoglobina de la madre, el 11,8 % de la variación del peso al nacer es explicado por los cambios en el nivel de hemoglobina.¹⁰

Rodríguez, R. en el año 2017. En su investigación titulada: *Preeclampsia y su relación con el peso del recién nacido a término. Hospital La Caleta, Chimbote, enero - agosto 2017.* **Objetivo:** determinar si la preeclampsia constituye factor de riesgo para peso del recién nacido a término, en el Hospital La Caleta en el periodo enero – agosto 2017. **Material y métodos:** Realizó una investigación cuantitativa, básica, descriptiva, retrospectiva, de

casos y controles. La población estuvo constituida por 68 gestantes correspondientes a dos grupos: mujeres que presentaron preeclampsia (23 Casos) y mujeres sin preeclampsia (45 Controles). **Resultados:** El 37.5% de las gestantes con preeclampsia sus recién nacidos fueron macrosómicos. No se ha encontrado recién nacidos de bajo peso en las mujeres que tuvieron preeclampsia con lo cual se rechaza la hipótesis planteada. En las gestantes sin preeclampsia el 70% tienen 36 y más años, mientras que en las que presentan preeclampsia el 34.5% tienen entre 15 a 35 años, siendo de estado civil solteras en mujeres sin preeclampsia y convivientes en mujeres con preeclampsia, de educación básica en las que no tienen preeclampsia y con educación media en las que tuvieron preeclampsia; el 67.7% de gestantes sin preeclampsia tuvieron de 6 a más controles y el 66.7% de gestantes con preeclampsia de 3 a 5 controles prenatales. Un 73.9% presentaron preeclampsia severa. **Conclusiones:** Se comprobó que no existe una relación significativa entre la preeclampsia y peso en el recién nacido a término.¹¹

Díaz, C. en el año 2017-2019. En su investigación titulada: *Factores predisponentes a la preeclampsia en gestantes y su relación con recién nacidos de bajo peso en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber durante el 2017-2019.* **Objetivo:** Determinar los factores predisponentes a la preeclampsia y su relación con recién nacidos de bajo peso en el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” durante el

2017-2019. **Material y métodos:** Realizó un estudio retrospectivo, transversal, y analítico-correlacional en el cual se revisaron 100 historias clínicas de gestantes atendidas en el Servicio de GinecoObstetricia. La información obtenida fue codificada y analizada con el programa SPSS v.24.

Resultados: El 52% de gestantes fueron diagnosticadas con preeclampsia destacando el tipo leve en el 88% del total. Asimismo, se obtuvo una edad materna de 25.33 años y una edad gestacional de 37.84 semanas en promedio, siendo nulíparas en un 82%. En el neonato, se halló una media de 1905 g y 49.9 cm en el peso y la talla al nacer, respectivamente. Además, se obtuvo un promedio de 8.9 puntos en la puntuación APGAR al 1' y a los 5'. Del mismo modo, se halló significancia estadística en la nuliparidad [OR = 6.98, valor p = 0.0197, IC 95% (1.36-2.63)] y en el control prenatal < 6 [OR = 8.79, valor p = 0.041, IC 95% (1.45-7.37)]. Además, se demostró que existió una relación positiva de 0.99 veces de afectar el peso neonatal ($p < 0.05$).

Conclusiones: Los factores predisponentes a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber durante el 2017-2019 fueron la nuliparidad y el control prenatal < 6, y sí existe relación con el bajo peso al nacer.¹²

1.2 BASES TEÓRICAS

1.2.1 PREECLAMPSIA

1.2.1.1 Definición.

La preeclampsia es un trastorno multisistémico de la gestación que se

presenta generalmente después de las 20 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial (cifras mayores de 140/90 mmHg) y proteinuria (>300 mg/dL de proteínas en orina en 24 h).

En ausencia de proteinuria puede ser diagnosticada como: trombocitopenia, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar, disturbios cerebrales o visuales. También tiene un efecto negativo en el feto, ya que puede condicionar trombocitopenia, alteración en el desarrollo del sistema nervioso central y circulatorio, y restricción del crecimiento intrauterino, lo cual se considera el factor de riesgo principal de muerte fetal en nacimientos producto de una preeclampsia severa.^{10,13}

1.2.1.2 Etiopatogenia.

La etiología aún se desconoce. El sustrato genético y las alteraciones inmunológicas participan en la formación de un síndrome inflamatorio y metabólico caracterizado por lesión endotelial como centro fisiopatológico que se evidencia clínicamente en la forma de hipertensión, proteinuria, alteraciones de la coagulación e hipoperfusión tisular generalizada, que puede conducir finalmente a la disfunción orgánica múltiple y eventualmente a la muerte materna o perinatal.¹⁴

1.2.1.3 Clasificación.

PREECLAMPSIA LEVE: Es un desorden hipertensivo de la gestación asociado a proteinuria, edema y, en algunas ocasiones, a anomalías de

las pruebas funcionales de la coagulación y/o hepáticas. Está caracterizada por presión arterial de $\geq 140/90$ mmHg, en dos ocasiones separadas con intervalos de cuatro horas, con proteinuria igual o superior a 300 mg en 24 horas y menor a 5g en 24 horas; se presenta después de las veinte semanas de gestación.

PREECLAMPSIA SEVERA: Se caracteriza por los mismos signos y síntomas de la preeclampsia leve, sin embargo, en este caso la presión arterial es mayor a 160/110 mmHg, con proteinuria en orina mayor a 5g en 24 horas acompañado de edema masivo, el cual puede comprender la cara, extremidades, pared abdominal y región sacra, hasta puede llegar a ascitis o anasarca. Puede estar acompañada de volumen urinario menor de 400 ml/24h, plaquetopenia menor de $100.000/\text{mm}^3$, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar y/o manifestaciones por compromiso neurológico.¹⁵

1.2.1.4 Factores de riesgo asociados.

- Nuliparidad.
- Historia familiar o antecedente personal de preeclampsia.
- Edad materna >40 años
- Embarazo múltiple.
- Hipertensión Arterial (HTA) Crónica.
- Diabetes Mellitus.
- Mola hidatiforme.

-Enfermedad del colágeno.

-Trombofilias.

-Enfermedad renal.

-IMC ≥ 35 kg/m².¹⁶

1.2.1.5 Cuadro Clínico.

Los síntomas más frecuentes son: Cefalea, convulsiones, dolor torácico y disnea provocados por edema agudo de pulmón, epigastralgia, náuseas y vómitos, alteraciones visuales como escotomas, sangrado por alteraciones de la coagulación.¹⁰

1.2.1.6 Criterios de severidad en la preeclampsia.

La presencia de alguno de los siguientes hallazgos es expresión de agravamiento del síndrome, debido al impacto negativo sobre el pronóstico materno y perinatal:

- Cefalea u otras alteraciones cerebrales o visuales persistentes.
- Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho.
- Náusea y vómito.
- Edema pulmonar o cianosis.
- Hipertensión $\geq 160/110$ mmHg.
- Proteinuria ± 5 g en orina de 24 h ó 3+ en tira reactiva en dos muestras al azar recolectadas con 4 horas de diferencia.

- Oliguria (< 500 mL/ 24 h).
- Creatinina sérica \pm 1.2 mg/dL.
- Incremento en cualquiera de las enzimas hepáticas, aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT), o en ambas.
- Trombocitopenia < 100,000/mm³.
- Anemia hemolítica microangiopática, evidenciada por un incremento en la concentración de deshidrogenasa láctica (DHL).
- Restricción del crecimiento fetal intrauterino
- Oligohidramnios.
- Ausencia de movimientos fetales.
- Muerte fetal.¹⁷

1.2.1.7 Diagnóstico.

El espectro clínico de la preeclampsia varía desde formas leves a severas. En la mayoría de las mujeres, la progresión a través de este espectro es lenta, y el diagnóstico de preeclampsia leve debe ser interpretado como una fase de la enfermedad. En otros, la enfermedad progresa más rápidamente, cambiando de leve a grave en días o semanas. En los casos más graves, la progresión puede ser fulminante, con evolución a preeclampsia severa o eclampsia en cuestión de días o incluso horas. Por lo tanto, para el manejo clínico, la preeclampsia debe ser sobrediagnosticada, pues el objetivo más importante es la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal.

Los criterios de diagnóstico de la preeclampsia son hipertensión y proteinuria. El edema no es incluido actualmente en el diagnóstico de preeclampsia porque aparece clínicamente hasta en 80% de las gestantes normales.¹⁸

1.2.1.8 Tratamiento.

Definitivamente el tratamiento es empírico y sintomático porque no está dirigido a la causa, la cual como se sabe es desconocida. Los tres objetivos principales que se pretenden alcanzar son:

1. Prevenir el desarrollo de convulsiones y de esta manera, disminuir el riesgo de un ACV (accidente cerebro vascular).
2. Disminuir el vasoespasmo y evitar así, que la HTA deje secuelas en la madre.
3. Obtener un RN en buenas condiciones para evitar problemas en la etapa neonatal y en el desarrollo neurológico¹⁶. Hay que tener en cuenta que la identificación de preeclampsia durante el embarazo es un potente productor de Apgar bajo, muerte u hospitalización neonatal, como también recién nacido prematuro. Como generalmente el diagnóstico es tardío, se recomienda la selección de las embarazadas con factores de riesgo desde la primera consulta prenatal, con el fin de realizarles un control específico que permita detectar precozmente el síndrome y prevenir las complicaciones.

En caso de una preeclampsia leve se realizará un tratamiento de forma ambulatoria. Debe alertarse a la paciente sobre los signos y síntomas de empeoramiento, recomendar una dieta regular. Además, debe indicarse la toma de la presión arterial en forma diaria, la vigilancia del peso y los edemas como así también la realización de laboratorio de control en forma periódica. En caso de una preeclampsia severa o eclampsia se debe iniciar tratamiento, comunicar y referir a establecimientos con FONE para un mejor manejo.¹⁹

1.2.2 PESO DEL RECIÉN NACIDO

1.2.2.1 Definición.

El peso al nacer, como indicador de la maduración biológica del recién nacido es un parámetro importante a tener en consideración, constituye uno de los indicadores más fieles para evaluar la capacidad reproductiva de una población y la posibilidad de supervivencia y desarrollo de los niños.

1.2.2.2 Bajo peso al nacer.

La Organización Mundial de la Salud ha definido como bajo peso todo nacido vivo con peso inferior a 2500 gr independientemente de su edad gestacional, tomado en la primera hora de vida.²⁰

1.2.2.3 Factores de riesgo del peso del recién nacido.

Diversas condiciones maternas durante el embarazo, entre ellas la terapia Antirretroviral, raza negra, anemia, infección de la vía urinaria, preeclampsia, rotura prematura de membranas, ganancia de peso ponderal materna menor

de 8 kg, el síndrome hipertensivo del embarazo, factores psicosociales y fumadoras, son un riesgo predictor de BPN. Otros factores asociados son la hemoglobina fetal glicosilada elevada y la prematuridad.²¹

1.2.2.4 Clasificación del peso del recién nacido.

De acuerdo al peso al nacer, el Recién Nacido se clasifica en:

RN Macrosómico: Cuando el peso del RN es > 4000gr.

RN de Peso Adecuado: Cuando el peso del RN es de 2500 - 3999gr.

RN de Bajo Peso: Cuando el peso del RN es < 2500gr y >1500gr.

RN de Muy Bajo Peso: Cuando el peso del RN es < 1500 gr.²²

1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

1. Preeclampsia: Es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido.¹⁵

2. Peso del Recién Nacido: Es la primera medida del peso del feto o del recién nacido hecha después del nacimiento.¹⁰

3. Proteinuria: Definido como la excreción de 300 mg o más de proteína en una colección de orina de 24 horas.²⁰

4. Síndrome HELLP: Representa una complicación de preeclampsia; HELLP puede ser una enfermedad independiente.¹⁶

5. HTA crónica: HTA que está presente antes de la gestación o que se diagnóstica antes de la semana 20 gestación.²³

6. HTA gestacional: Se refiere a presencia de HTA sin proteinuria ni signos o síntomas de preeclampsia que se desarrollan después de la semana 20 de gestación. Si la HTA persiste más allá de las 12 semanas postparto el diagnóstico cambia a HTA crónica.²³

7. Edad gestacional: Edad del feto expresada en semanas transcurridas desde la fecha de última regla de la madre.¹⁶

CAPÍTULO II

HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Hipótesis General

Ha: La relación de la Preeclampsia y el bajo peso del recién nacido es positiva y significativa en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020.

H0: La relación de la Preeclampsia y el bajo peso del recién nacido es negativa y no significativa en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020.

2.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

2.2.1 Variable independiente:

Preeclampsia.

2.2.2 Variable dependiente:

Peso del recién nacido.

2.2.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
INDEPENDIENTE: PREECLAMPSIA	Preeclampsia leve	<ul style="list-style-type: none"> • P.A \geq 140/90 mmHg • Proteinuria \geq 300 mg y < 5g en 24h.
	Preeclampsia severa	<ul style="list-style-type: none"> • P.A >160/110 mmHg • Proteinuria > 5g en 24h.
DEPENDIENTE: PESO DEL RECIÉN NACIDO	RN Macrosómico	> 4000gr
	RN de Peso Adecuado	2500 - 3999gr
	RN de Bajo Peso	< 2500gr y >1500 gr
	RN de Muy Bajo Peso	<1500gr

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de investigación

Según la manipulación de la variable

Estudio observacional: Implica que no habrá manipulación de la variables, se diseñó un estudio donde únicamente describió el comportamiento de la preeclampsia en relación con el peso del recién nacido.

Según la fuente de toma de datos

Retrospectivo: Se analizó la información en el presente con datos del pasado, cuya fuente de recolección de datos es mediante la ficha de recolección de datos en base a la Historia Clínica Perinatal.

Según el número de mediciones

Transversal: Las variables se midieron en una sola ocasión, las mismas que fueron sometidas al análisis descriptivo en función a la preeclampsia y peso del recién nacido.

3.1.2 Nivel de investigación

Es una investigación correlacional porque buscó relacionar las variables de estudios como son preeclampsia en correspondencia con el peso del recién nacido.

3.2 DISEÑO MUESTRAL

3.2.1 POBLACIÓN

Conformada por 85 gestantes con diagnóstico de preeclampsia que fueron atendidas en hospital Santa María de Socorro de Ica en el año 2020.

3.2.2 MUESTRA

La muestra fue censal, es decir toda la población.

Criterios de inclusión

- Gestantes con el diagnóstico de preeclampsia que fueron atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.
- Gestantes sin otras patologías asociadas

Criterios de exclusión

- Gestantes que no tuvieron el diagnóstico de preeclampsia.
- Gestantes con otras patologías asociadas.
- Gestantes con embarazo múltiple.

3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 TÉCNICAS

Se solicitó autorización del hospital Santa María de Socorro de Ica para recolectar los datos. Los datos fueron obtenidos directamente de la base de datos del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital correspondiente al año 2020. Estos datos provienen de las fichas materno-perinatales que a su vez son ingresados a la base de datos por el personal autorizado de estadística, después de ser dadas de alta a las pacientes.

Una vez finalizada la recolección de los datos registrados en la ficha materna perinatal sobre Preeclampsia y peso del recién nacido, se procedió a codificar y totalizar la puntuación correspondiente.

3.3.2 INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos se elaboró una lista de chequeo, la cual está organizada de la siguiente manera:

Datos generales con 5 ítems.

Datos sobre la preeclampsia con 2 ítems.

Datos sobre el peso del Recién Nacido con 4 ítems.

3.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La base de datos estuvo compuesta por la totalidad de fichas materno-perinatales completas de gestantes registradas que fueron atendidas durante el año 2020, de las cuales se descartaron registros que se encontraron duplicados debido al ingreso de los datos de neonatos producto de las gestaciones múltiples. Asimismo, se excluyó fichas de gestantes que presenten información incompleta, de las cuales se clasificó las fichas de gestantes que presentaron diagnóstico de preeclampsia (expuestas) y gestantes no presentaron el diagnóstico de preeclampsia (no expuestas). Posteriormente los datos fueron trasladados a una hoja de cálculo del programa SPSS versión 23.0 para su procesamiento.

Los datos se analizaron de acuerdo a la información recolectada. Luego se procedió a realizar análisis univariado, los resultados se presentaron a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas univariadas de frecuencias relativas; se aplicó la prueba del Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables. Cada factor de riesgo fue procesado en tablas de 2x2 y se calculó el OR (Odds Ratio) con su respectivo intervalo de confianza IC al 95%, y se consideró que factor estará asociado a mayor probabilidad cuando su valor sea > 1 y su respectivo IC 95%.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Se mantuvo total confidencialidad de los datos obtenidos y se resguardó la confidencialidad al no tener en cuenta los nombres, documento de identidad ni número de ficha materno perinatales de las gestantes atendidas en el proceso de recolección de datos.

No fue necesario consentimiento informado por ser un estudio en el que se realizó revisión de una base de datos y no se tuvo contacto directo con paciente.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Tabla 1. Edades de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<15-20>	7	8,2	8,2	8,2
<21-26>	33	38,8	38,8	47,1
<27-32>	22	25,9	25,9	72,9
<33-38>	18	21,2	21,2	94,1
<39-44>	5	5,9	5,9	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Interpretación:

En la tabla 1 se evidencia las edades de las gestantes con preeclampsia, de las cuales el 38,8% tiene entre 21-26 años, el 25,9% tiene entre 27-32 años, el 21,2% tiene entre 33-38 años, el 8,2% tiene entre 15-20 años y el 5,9% tiene entre 39-44 años.

Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	5	5,9	5,9	5,9
Secundaria	40	47,1	47,1	52,9
Superior	22	25,9	25,9	78,8
Superior No Universitario	18	21,2	21,2	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Interpretación:

En la tabla 2 se evidencia el grado de instrucción de las gestantes con preeclampsia, de las cuales el 47,1% tiene secundaria, el 25,9% tiene un grado superior, el 21,2% tiene superior no universitario y el 5,9% tiene solo primaria.

Tabla 3. Número de gestaciones de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-2	76	89,4	89,4	89,4
3-6	9	10,6	10,6	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Interpretación:

En la tabla 3 se evidencia el número de gestaciones que tuvieron las gestantes con preeclampsia, de las cuales el 89,4% tuvo de 0-2 gestaciones y el 10,6% tuvo de 3-6 gestaciones.

Tabla 4. Número de atenciones prenatales de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0-5	45	52,9	52,9	52,9
6 a más	40	47,1	47,1	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Interpretación:

En la tabla 4 se evidencia el número de atenciones prenatales de las gestantes con preeclampsia, de las cuales el 52,9% tiene 0-5 atenciones prenatales y el 47,1% tiene de 6 a más atenciones prenatales.

Tabla 5. Antecedente de Recién Nacido de bajo peso de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	2	2,4	2,4	2,4
NO	83	97,6	97,6	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Interpretación:

En la tabla 5 se evidencia el antecedente de Recién Nacido de bajo peso de las gestantes con preeclampsia, de las cuales el 97,6% tiene NO y el 2,4% tiene SI.

Tabla 6. Antecedente de Preeclampsia de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	15	17,6	17,6	17,6
NO	70	82,4	82,4	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Interpretación:

En la tabla 6 se evidencia el antecedente de Preeclampsia de las gestantes con preeclampsia, de las cuales el 82,4% tiene NO y el 17,6% tiene SI.

Tabla 7. Tipos de preeclampsia de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Preeclampsia				
Leve	60	70,6	70,6	70,6
Preeclampsia				
Severa	25	29,4	29,4	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Interpretación:

En la tabla 7 se evidencia el tipo de preeclampsia de las gestantes con preeclampsia, de las cuales el 70,6% tiene preeclampsia leve y el 29,4% tiene preeclampsia severa.

Tabla 8. Peso del Recién Nacido de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4 000 gr (macrosómico)	7	8,2	8,2	8,2
2 500 - 3 999 gr (peso adecuado)	65	76,5	76,5	84,7
<2 500 gr y >1 500 gr (bajo peso)	11	12,9	12,9	97,6
< 1 500 gr (muy bajo peso)	2	2,4	2,4	100,0
Total	85	100,0	100,0	

Interpretación:

En la tabla 8 se evidencia el peso del recién nacido de las gestantes con preeclampsia, de las cuales el 76,5% nació un peso entre 2 500 - 3 999gr (peso adecuado), el 12,9% con un peso <2 500 gr y >1 500 gr (bajo peso), el 8,2% con un peso de 4 000 gr (macrosómico) y el 2,4 % con un peso <1 500 gr (muy bajo peso).

Tabla 9. Relación entre preeclampsia y bajo peso del recién nacido de las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.

		Bajo Peso del Recién Nacido		
		<1500gr (muy bajo peso)	<2 500 gr y >1 500 gr (bajo peso)	Total
Tipo de Preeclampsia	Leve	1 (7,7%)	4 (30,8%)	5 (38,5%)
	Severa	1 (7,7%)	7 (53,8%)	8 (61,5%)
Total		2 (15,4%)	11 (84,6%)	13 (100,0%)

Interpretación:

En la tabla 9 se evidencia que predomina el bajo peso de <2 500 gr y >1 500 gr en ambos tipos de preeclampsia, siendo la de mayor frecuencia la preeclampsia severa (53,8%).

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Ha: La relación de la Preeclampsia y el bajo peso del recién nacido es positiva y significativa en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020.

H0: La relación de la Preeclampsia y el bajo peso del recién nacido es negativa y no significativa en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020.

Tabla 10. Prueba de Chi Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,133 ^a	1	,715		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,130	1	,718		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,641
Asociación lineal por lineal	,123	1	,726		
N de casos válidos	13				

Para la contrastación de las hipótesis se rechaza H0 cuando: $X^2_c > X^2_t$; en caso contrario se acepta.

Donde:

X^2_c = Chi cuadrado calculado

X^2_t = Chi cuadrado teórico

$$x^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

Para la validación de la hipótesis se contrastó el valor del Chi cuadrado calculado con el valor de Chi cuadrado teórico, por lo cual se rechaza la hipótesis alternativa (Ha) y se acepta la hipótesis nula (H0). **Por lo que se determina que: la relación de la preeclampsia y el bajo peso del recién nacido es negativa y no significativa en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2020.**

CAPITULO V

DISCUSIÓN

En la tabla 1 se evidencia que el 38,8% de las gestantes con preeclampsia tiene entre 21-26 años, el 25,9% tiene entre 27-32 años, el 21,2% tiene entre 33-38 años, el 8,2% tiene entre 15-20 años y el 5,9% tiene entre 39-44 años, estos resultados planteados no fueron similares al estudio realizado por Pontón, V. sobre “Factores y complicaciones neonatales de madres preeclámplicas.” El objetivo de la investigación fue determinar las complicaciones resultantes en neonatos de madres con preeclampsia en pacientes ingresadas y sus factores de riesgo en el Hospital Materno Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de enero a diciembre del 2017 cuyos resultados mencionan que las edades con mayor porcentaje de las madres preeclámplicas se encuentra en el grupo de madres con 17 a 21 años de edad con un 30%, estos resultados no fueron similares ya que ambos estudios evidenciaron un rango de edades y porcentajes diferentes.

En la tabla 2 se evidencia que el 47,1% de las gestantes con preeclampsia tiene el grado de instrucción de secundaria, el 25,9% tiene un grado superior, el 21,2% tiene superior no universitario y el 5,9% tiene solo primaria, estos resultados fueron similares al estudio realizado por Rodríguez R. sobre “Preeclampsia y su relación con el peso del recién nacido a término. Hospital La Caleta, Chimbote, enero - agosto 2017”. El objetivo de la investigación fue determinar si la preeclampsia constituye factor de riesgo para peso del recién nacido a término, en el Hospital La Caleta en el periodo enero – agosto 2017,

en sus resultados menciona que el 46.2% de gestantes con preeclampsia tienen educación media (secundaria y superior).

En la tabla 3 se evidencia que el 89,4% de las gestantes con preeclampsia tuvo de 0-2 gestaciones y el 10,6% tuvo de 3-6 gestaciones.

En la tabla 4 se evidencia que el 52,9% de las gestantes con preeclampsia tiene 0-5 atenciones prenatales y el 47,1% tiene de 6 a más atenciones prenatales, cuyos resultados fueron similares al estudio realizado por Díaz, C. sobre “Factores predisponentes a la preeclampsia en gestantes y su relación con recién nacidos de bajo peso en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber durante el 2017-2019”. El objetivo de la investigación fue determinar los factores predisponentes a la preeclampsia y su relación con recién nacidos de bajo peso en el Hospital Militar Central “Coronel Luis Arias Schreiber” durante el 2017-2019, en sus resultados menciona que el 52% de las gestantes tuvo < 6 CPN.

En la tabla 5 se evidencia el antecedente de Recién Nacido de bajo peso, de las cuales el 97,6% tiene NO y el 2,4% tiene SI, no se hallaron estos similares en la investigación.

En la tabla 6 se evidencia el antecedente de Preeclampsia, de las cuales el 82,4% tiene NO y el 17,6% tiene SI, no se hallaron estos similares en la investigación pero conocer el antecedente de Preeclampsia es fundamental. Es

un factor importante que debe ser considerado ya que puede aumentar significativamente el riesgo de presentar la enfermedad durante la gestación.

En la tabla 7 se evidencia que el 70,6% de las gestantes tiene preeclampsia leve y el 29,4% tiene preeclampsia severa, estos resultados fueron similares al estudio de Pontón, V. sobre “Factores y complicaciones neonatales de madres preeclámpticas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de enero a diciembre del 2017”. El objetivo de la investigación fue determinar las complicaciones resultantes en neonatos de madres con preeclampsia en pacientes ingresadas y sus factores de riesgo en el Hospital Materno Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de enero a diciembre del 2017 cuyos resultados fueron que el 65% de las madres fueron diagnosticadas con Preeclampsia leve y el 35% Preeclampsia severa; de igual manera en el estudio de Díaz, C. sobre “Factores predisponentes a la preeclampsia en gestantes y su relación con recién nacidos de bajo peso en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber durante el 2017-2019”. En sus resultados menciona que el 88% tiene preeclampsia leve y el 12% tiene severa. Por otro lado se encontraron estudios que no fueron similares a los resultados planteados en la investigación como fue el estudio de Rodríguez R. sobre “Preeclampsia y su relación con el peso del recién nacido a término. Hospital La Caleta, Chimbote, enero - agosto 2017” donde menciona en sus resultados que predomina la preeclampsia severa con un 73,9%.

En la tabla 8 se evidencia que el 76,5% de los recién nacido de las gestantes nació con un peso entre 2 500 - 3 999gr (peso adecuado), el 12,9% con un peso <2 500 gr y >1 500 gr (bajo peso), el 8,2% con un peso de 4 000 gr (macrosómico) y el 2,4 % con un peso <1 500 gr (muy bajo peso), estos resultados fueron similares al estudio de Díaz, D. sobre “Relación entre Preeclampsia y peso del recién nacido en la altura en el hospital Carlos Monge Medrano a 3825 m.s.n.m. Entre julio a diciembre de 2017”. El objetivo de la investigación fue determinar cuál es la relación existente entre la preeclampsia materna y el peso del recién nacido en la altura en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca a 3825 m.s.n.m. entre julio a diciembre de 2017 cuyos resultados fueron que el 52,3% nació con un peso adecuado, el 40% de los productos el 40% nacieron con bajo, muy bajo y extremadamente bajo peso y el 7,7% nació con macrosomía.

En la tabla 9 se evidencia que predomina el bajo peso de <2 500 gr y >1 500 gr en ambos tipos de preeclampsia, siendo la de mayor frecuencia la preeclampsia severa (53,8%), estos resultados no tuvieron similitud con estudios revisados en nuestra investigación. Si bien la preeclampsia es considerada una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatales; pues esta patología del embarazo condiciona el bajo peso al nacer, ya que afecta a las arterias que suministran sangre a la placenta. Es decir el bajo peso del recién nacido es una complicación de la preeclampsia, pues mientras más grave sea la preeclampsia y más temprano se presente en el embarazo, mayores serán los riesgos para la madre y el bebé.

CONCLUSIONES

Terminado el estudio sobre la relación de la preeclampsia y el bajo peso al nacer se concluye que:

1. No existe relación significativa entre la preeclampsia y el bajo peso del recién nacido en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020.
2. No existe relación significativa entre la preeclampsia leve con el bajo peso del recién nacido en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020.
3. No existe relación significativa entre la preeclampsia severa y el bajo peso del recién nacido en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, año 2020.

RECOMENDACIONES

1. Promover un control prenatal adecuado y estricto, realizar una toma de presión arterial correcta en las gestantes con la finalidad de hacer un diagnóstico precoz y oportuno, así como también dar a conocer acerca de los signos y síntomas de la pre-eclampsia.
2. Establecer estrategias para mejorar el seguimiento de las madres que presentan esta enfermedad y a los recién nacidos de madres preeclámpticas pues de esta manera prevenir futuras complicaciones.
3. Seguir capacitando al personal de salud sobre el tratamiento y manejo de la preeclampsia para así poder reducir la morbilidad por esta patología.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud, 2016. Estudio colaborativo internacional de trastornos hipertensivos del embarazo. Variación geográfica en la incidencia de hipertensión en el embarazo. Boletín Ginebra: OMS
2. Organización Panamericana de la Salud, 2019. Día Mundial de la Preeclampsia. Disponible en:
https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=215&lang=es
3. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal [Internet] 2016; 5(1):65-9.
4. Ministerio de salud. [Internet] 2015. Boletín epidemiológico (Lima). Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/36.pdf>
5. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal [Internet] 2015; 4(1):38-45.
6. Macas, V. Complicaciones y Secuelas de los Trastornos Hipertensivos en la madre, el feto y el recién nacido. Machala, 2017. UTMACH [Internet] 2018. Disponible en:
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10242/1/MACAS%20HUNCHO%20RUTH%20LILIBETH.pdf>
7. Pontón, V. Factores y complicaciones neonatales de madres preeclámpticas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de enero a diciembre del 2017. Universidad de Guayaquil. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31344/1/PONTON%20SANCHEZ%20VANESSA%20DEL%20CARMEN.pdf>

- 8.** Varas, E. Complicaciones materno-fetales en pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital Alfredo G. Paulson, Agosto 2016 a julio 2017. Universidad de Guayaquil. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31357/1/CD-2682-VARAS%20VERA.pdf>
- 9.** Ureña, T. Complicaciones clínicas en neonatos de madres hipertensas del Hospital General Guasmo Sur de Enero del 2017 – a Febrero del 2018. Repositorio Universidad de Guayaquil. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31180/1/CD%202674-%20URE%c3%91A%20VACA%2c%20TATIANA%20ELIZABETH.pdf>
- 10.** Díaz, D. Relación entre Preeclampsia y peso del recién nacido en la altura en el hospital Carlos Monge Medrano a 3825 m.s.n.m. Entre julio a diciembre de 2017. Disponible en:
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6446/Diaz_Ticona_Daniel_Guillermo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 11.** Rodríguez R. Preeclampsia y su relación con el peso del recién nacido a término. Hospital La Caleta, Chimbote, enero - agosto 2017. Repositorio USANPEDRO. Disponible en:
http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/5499/Tesis_58427.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 12.** Díaz, C. Factores predisponentes a la preeclampsia en gestantes y su relación con recién nacidos de bajo peso en el Hospital Militar Central Coronel Luis Arias Schreiber durante el 2017-2019. Repositorio UNFV. [Internet] 2020. Disponible en:
<http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4301/D%c3%8dAZ%20DELGADO%20%20CRISTIAN%20ANDR%c3%89%20T%c3%8dTULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 13.** Revilla R. Antecedente de cesárea previa como factor de riesgo para preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. Repositorio UPAO. [Internet] 2016. Extraído el 5 de febrero de 2018. Disponible en:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2096>
- 14.** Romero C, Corne M. Preeclampsia como factor de riesgo al bajo peso al nacer. Centro de salud Carlos Showing Ferrari – Huánuco periodo de Enero – Diciembre 2016. Repositorio UNHEVAL. [Internet] 2017. Disponible en:
<http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/3017/TFO%2000307%20R81.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 15.** Matías R. Factores predisponentes de la Preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013. Repositorio Universidad de Guayaquil. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA>.
- 16.** Guía práctica clínica en Ginecología y Obstetricia. Trastornos Hipertensivos del embarazo: Preeclampsia, 2013. Disponible en:
http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_538_2013.pdf
- 17.** Heredia I. Factores de riesgo asociado a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto enero 2010 a diciembre 2014. Repositorio UPAO [Internet] 2014. Extraído el 5 de febrero de 2018. Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1262/1/HEREDIA_IRMA_FACTORES_RIESGO_PREECLAMPSIA.pdf

- 18.** Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014, vol.60, n°4, pp.385-394. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a15v60n4.pdf>
- 19.** Zuñiga E. Características epidemiológicas y clínicas de la Preeclampsia en mujeres atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia, Hospital San José de Chincha, año 2015. Universidad Privada San Juan Bautista. Ica – Perú.
- 20.** Angulo E. & García E. Alimentación en el Recién Nacido. PAC Neonatología libro 4:1
- 21.** Rodríguez Oliva J. Alteración al término de la gestación y del crecimiento fetal. En: Rigol Ricardo O, Stalina Santiesteban A y Colb. Obstetricia y Ginecología. Rigol- Santiesteban. Vol 2. 3ra ed. Editorial Ciencias Médicas; 2014: 383-9.
- 22.** Angulo E. & García E. Alimentación en el Recién Nacido. PAC Neonatología libro 4:1, 2016.
- 23.** Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia, 2017. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322894/Gu%C3%ADa_de_pr%C3%A1ctica_cl%C3%ADnica_para_la_preveni%C3%B3n_y_manejo_de_Preeclampsia_y_Eclampsia20190621-17253-8uwiam.pdf

ANEXOS



EN LA UAP
TÚ ERES PARTE
DEL CAMBIO

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

LISTA DE CHEQUEO

**PREECLAMPSIA Y PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL SANTA
MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, AÑO 2020.**

I. DATOS GENERALES:

1. Edad de la gestante: _____

2. Grado de instrucción:

Iletrada ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Superior No univ. ()

3. Número de gestaciones: _____

4. Número de Atenciones Prenatales:

0-5 ()

6 a más ()

5. Antecedente de Recién Nacido Bajo Peso

SI ()

NO ()

6. Antecedente de Preeclampsia

SI ()

NO ()

II. PREECLAMPSIA

PA: _____

Proteinuria: _____

III. PESO DEL RECIÉN NACIDO

- a. 4000gr
- b. 2500 - 3999gr
- c. < 2500gr y >1500 gr
- d. <1500gr



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



DICTAMEN DE AUTORIZADO

CALMETT CAÑEDO KIARA LUREN

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el Proyecto de Investigación titulada:

"PREECLAMPSIA Y PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, AÑO 2020"


Que usted sometió a consideración del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de acuerdo a las recomendaciones de sus integrantes cumple con los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es AUTORIZADO para su desarrollo y publicación.

Número de Registro

R-2021-100-22

Ica, 19 Agosto 2021

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCION REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO


MAG. C.D. RICARDO D. MARTINEZ MUÑANTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACION