



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

**MANEJO CLINICO DE LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES INGRESADAS AL
SERVICIO DE GÍNECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE
PUCALLPA, PERIODO 2016**

**TESIS PRESENTADA POR:
BACHILLER EN OBSTETRICIA
ARANA TARICUARIMA, KAROL HORTENCIA**

**PARA OPTAR:
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**ASESORA:
GOMEZ BARRIA, LUISA ISABEL**

**PUCALLPA-PERÚ
2017**

INDICE

CARATULA

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLA Y CUADROS

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1.	DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	13-18
1.2.	DELIMITACION DE LA INVESTIGACION.....	18,19
1.3.	FORMULACION DEL PROBLEMA.....	19
	1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL.....	19
	1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	19,20
1.4.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	20
	1.4.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	20
	1.4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	20
1.5.	HIPOTESIS DE INVESTIGACION.....	21
	1.5.1 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES.....	21
	1.5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	21,22
1.6.	DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	23
	1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	23
	1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	23
	1.6.3. MÉTODO DE INVESTIGACION.....	23,24

1.7. POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION.....	24
1.7.1 POBLACIÓN.....	24
1.7.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
1.7.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	25
1.7.2 MUESTRA.....	25-27
1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
1.8.1 TÉCNICA.....	27-28
1.8.2 INSTRUMENTO.....	28-29
1.9. JUSTIFICACIÓN E INPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	30-32

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION.....	33
2.1.1 ANTECEDENTES.....	33
2.1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	33-48
2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	48-50
2.1.2 BASES TEÓRICAS.....	50-61
2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	61-71

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	72-113
CONCLUSIONES.....	114-118
RECOMENDACIONES.....	119-120
FUENTES DE INFORMACION.....	121-132
ANEXOS.....	133-153

INDICE DE TABLAS Y CUADROS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:

- CUADRO N°01..... 73

CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTETRICAS:

- CUADRO N°02..... 75
- TABLA N°01: EDAD GESTACIONAL..... 77
- TABLA N°02: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS..... 79
- CUADRO N°03: INICIO DE LA ATENCIÓN DE EMERGENCIA..... 80

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION DE SALUD:

- CUADRO N°04..... 82
- TABLA N°03: CUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRENATAL..... 84
- TABLA N°04: DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA..... 86
- TABLA N°05: DIAGNOSTICOS ADICIONALES A LA PREECLAMPSIA 87

MANEJO FARMACOLOGICO:

- CUADRO N°05..... 88
- CUADRO N°06: INSUMOS..... 90
- CUADRO N°07: CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO..... 92
- CUADRO N°08: USO DE INSUMOS PARA CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO Y MONITOREO..... 93

EXAMENES DE LABORATORIO:

- CUADRO N°09: EXÁMENES PREQUIRÚRGICOS..... 94
- CUADRO N°10: EXÁMENES DE FUNCIÓN RENAL..... 96
- CUADRO N°11: EXÁMENES DE FUNCIÓN HEPÁTICA..... 98
- CUADRO N°12: OTROS EXÁMENES..... 100
- CUADRO N°13: EXÁMENES DE IMÁGENES..... 101
- CUADRO N°14: CUMPLIMIENTO DE EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNOSTICO 102

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DESDE EMERGENCIA HASTA EL ALTA:

- CUADRO N°15: HOJA DE REFERENCIA POR CONSULTORIO EXTERNO..... 103
- CUADRO N°16: HOJA DE REFERENCIA POR EMERGENCIA DE GO 104

• CUADRO N°17:HOJA DE EMERGENCIA DE GÍNECO-OBSTETRICIA.....	105
• CUADRO N°18:CATETER ENDOVENOSO PERMEABLE AL INGRESO.....	106
• CUADRO N°19:MONITOREO FETAL, BALANCE HÍDRICO, TIPO DE PARTO Y UCI.....	107
• CUADRO N°20:CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS.....	109
• CUADRO N°21: CUMPLIMIENTO DE MANEJO CLÍNICO.....	110
• TABLA N°06:ESTANCIA HOSPITALARIA.....	111
• TABLA N°07:COMPLICACIONES MATERNAS Y EGRESO.....	112
• TABLA N°08:COMPLICACIONES PERINATALES Y EGRESO DEL RECIÉN NACIDO.....	113

DEDICATORIA:

Esta Tesis dedico a Dios por brindarme la vida y salud, a mis padres quienes me han brindado el apoyo económico, moral y psicológico para poder llegar hasta esta instancia de mis estudios, así mismo a mis queridos formadores de la escuela profesional de obstetricia.

AGRADECIMIENTO:

A Dios, por su infinita e incondicional bondad que permitió la dicha de la vida, salud y fortaleza para seguir por el camino correcto, y al mismo tiempo me ha concedido culminar una etapa más en mi vida profesional que es de gran importancia.

A mis padres por su apoyo incondicional en todo momento, por sus consejos, por estar tanto en los buenos como en los malos momentos, gracias a ellos y al ejemplo que me han dado, tengo el deseo de cada día ser mejor persona tanto en el ámbito personal como profesional.

A la Universidad privada “ALAS PERUANAS”, por todas las facilidades otorgadas y la autorización de aplicar nuestras prácticas pre-profesionales para nuestra superación profesional y a los docentes que durante estos años me brindaron sus conocimientos, enseñanzas, y en los momentos difíciles me dieron palabras de aliento para continuar pese a las adversidades que se presentaron durante todo este proceso de enseñanza.

A mi asesora metodológica y estadística, por brindarme su tiempo, confianza y conocimientos, para guiarme en todo este proceso de estudio de investigación, que ayudara en mi crecimiento profesional.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el cumplimiento del manejo clínico de pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa.

Muestra: 150 gestantes que ingresaron con diagnóstico de Preeclampsia en el periodo 2016.

Material y métodos: Estudio descriptivo, de evaluación, de corte transversal, retrospectivo, univariado. Variable del estudio: manejo clínico de pacientes hospitalizadas por Preeclampsia.

Resultados: El 64% de los casos tiene entre 20 y 34 años, 23% son adolescentes, 62% tiene instrucción secundaria, 81% es ama de casa, 76% es conviviente. El 65% atraviesa su primera o segunda gestación. 24% tiene antecedente de un aborto, El 24% presentó Preeclampsia antes de las 37 semanas, en el 68% se presentó entre las 37 y 40 ss, el 9% tenía antecedente de Preeclampsia y Eclampsia en el embarazo anterior. El 98% de los casos ingresó con latidos fetales. El 54% procedía de los establecimientos de salud de nivel I de la Red referencial de Hospital Regional de Pucallpa, el 21% procedían de la red del Hospital Amazónico. El 96% contaban con SIS y son adscritas a los establecimientos de salud para recibir atención primaria. El 42% acudió referida desde su establecimiento de salud de origen. El 48% tenían entre 6 a más controles en su establecimiento de salud de origen, El 49% ingresó con diagnóstico Preeclampsia Severa, el 39% con Preeclampsia leve, el 11% presentó ITU y el 7% era cesareada anterior. El tratamiento farmacológico se cumplió en 77%, los exámenes de apoyo al diagnóstico, se cumplieron en un 92%, Los procedimientos que se realizan durante la atención a las pacientes con Preeclampsia, se cumplieron en un 77%. El 7% tuvieron complicación, como, una histerectomía por hemorragia post parto, un caso de síndrome HELLP. De todos modos el 100% egresaron recuperadas. El 68% estuvieron hospitalizadas de 2 a 3 días. 9% de los bebés tuvieron complicación, entre ellos 4 óbitos al ingreso, 7 prematuros, 3 fallecidos, un RCIU, una malformación congénita y 2 SFA; aun así, el 90% de los casos egresó sano.

Conclusión: El manejo clínico se cumple en 82%, lo que significa un manejo óptimo.

Palabras clave: Preeclampsia, gestantes, manejo clínico, guía clínica, tratamiento farmacológico, exámenes de apoyo al diagnóstico, procedimientos

ABSTRACT

Objective: To evaluate the compliance of the clinical management of patients hospitalized for pre-eclampsia in the obstetrics gynecology service of the Regional Hospital of Pucallpa. Sample: 150 pregnant women who were admitted with a diagnosis of pre-eclampsia in the 2016 period. **Material and methods:** Descriptive, evaluation, cross-sectional, retrospective, univariate study. Variable of the study: clinical management of patients hospitalized for pre-eclampsia. **Results:** 64% of the cases are between 20 and 34 years old, 23% are adolescents, 62% have secondary education, 81% are housewives, 76% are cohabitants. 65% go through their first or second pregnancy. 24% have a history of an abortion, 24% had pre-eclampsia before 37 weeks, in 68% it occurred between 37 and 40 ss, 9% had a history of pre-eclampsia and eclampsia in the previous pregnancy. 98% of the cases entered with fetal heartbeats. 54% came from the health facilities of level I of the referential network of the Regional Hospital of Pucallpa, 21% came from the network of the Amazonian Hospital. 96% had SIS and are assigned to health facilities to receive primary care. 42% came referred from their home health facility. 48% had between 6 to more controls in their health establishment of origin, 49% entered with diagnosis Severe Preeclampsia, 39% with mild Preeclampsia, 11% presented UTI and 7% was previous Cesarean. The pharmacological treatment was fulfilled in 77%, the diagnostic support tests were fulfilled in 92%. The procedures performed during the care of patients with pre-eclampsia were fulfilled in 77%. 7% had complications, such as a hysterectomy for postpartum hemorrhage, a case of HELLP syndrome. Anyway 100% withdrew recovered. 68% were hospitalized for 2 to 3 days. 9% of the babies had complications, including 4 deaths at admission, 7 premature, 3 deceased, one IUGR, one congenital malformation and 2 SFA; even so, 90% of the cases were healthy. **Conclusion:** Clinical management is achieved in 82%, which means optimal management. **Key words:** Preeclampsia, pregnant women, clinical management, clinical guide, pharmacological treatment, diagnostic support tests, procedures.

INTRODUCCION:

El embarazo es una etapa de muchos cambios fisiológicos, físicos y psicológicos, que la madre desarrollara durante todo estos largos 9 meses.

Entre estos cambios puede presentarse la preeclampsia que es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multisistémico, el cual se relaciona básicamente con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de múltiples factores que llevan a daño endotelial. En el orden clínico se define que la tensión arterial es el elemento diagnóstico y pronóstico más importante, por su relación directa con la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. ⁽¹⁾

La preclampsia es una enfermedad de carácter progresivo e irreversible que afecta múltiples órganos, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. ⁽²⁾

En América Complica de 3 a 22% de los embarazos .En el Perú, su incidencia fluctúa entre 10 y 15% en la población hospitalaria. 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; no parecen existir diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en ambas regiones. En el Perú, es la segunda causa de muerte materna, con 16% de muertes. ⁽³⁾

El presente estudio “Manejo Clínico de la Preeclampsia en pacientes ingresadas al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016”, que muestra un cumplimiento de 82% en el manejo clínico de dicha patología de la gestación, refleja el esfuerzo del equipo de salud de la red referencial y del Hospital, a pesar de los escasos medios, ya sea de comunicación, transporte, accesibilidad a la atención totalmente gratuita,

idiosincrasia de la población, etc; teniendo como finalidad, la de mejorar o cambiar los aspectos mínimos que no permiten cumplir con la atención al 100%, anhelo de los miembros del equipo de profesionales del hospital, por ser la salud un recurso y derecho fundamental para la madre, su bebé, su familia y la sociedad.

En la Dirección de Salud de Lima Ciudad es la primera causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con 33%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal es también la primera causa de muerte materna, entre los años 2003 y 2013, con 43%. ⁽³⁾

Durante 2013, se atendió un total de 16 972 partos, de los cuales 1 427 (8,4%) estuvieron complicados con problemas de hipertensión arterial y 975 casos (5,74%) con preeclampsia/eclampsia. ⁽⁴⁾

Es por ello la importancia de este estudio, de que tanto se cumple el manejo clínico, según la guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas de Preeclampsia en gestantes del Hospital Regional de Pucallpa.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su nota descriptiva N°348 (2012) indica que diariamente fallecen alrededor de 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y con el parto. Dentro de estas causas la preeclampsia se encuentra en el tercer lugar, precedida por las hemorragias graves y las infecciones. ^(5,6)

La preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial. ^(7,8)

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, el cual es precursor de la eclampsia y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente). La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y

Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos. ^(8,9)

Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7%.⁽¹⁰⁾

La preeclampsia y los trastornos hipertensivos relacionados al embarazo, impactan entre un 5 y 8 % de todos los nacimientos en los Estados Unidos.^(5,6) Las tasas de incidencia solo para la preeclampsia en los Estados Unidos, Canadá y la Europa Occidental, va desde el 2 al 5 %.^(11,12) En los países subdesarrollados, las formas severas de la preeclampsia y la eclampsia son más comunes, y la tasa de incidencia de todos los partos, va desde el 4 % hasta el 18 % en algunas partes de África.⁽¹¹⁾ Las variaciones en las tasas de incidencia, están producidas por la diversidad de definiciones y otros criterios (incluyendo procedimientos, pruebas y sus distintas metodologías). En América Latina, la preeclampsia es la causa número uno de la muerte materna. ⁽¹³⁾

La preeclampsia es la complicación médica más frecuente del embarazo. Se la ha encontrado en 1,91%⁽¹⁴⁾, 3,3%⁽¹⁵⁾, 4,2%⁽¹⁶⁾ y hasta 12% de los embarazos ⁽¹⁷⁾. Ananth ⁽¹⁸⁾ halló en Carolina del Norte una incidencia de 3,6% y Ostlund ⁽¹⁹⁾, en Suecia, la encontró en 2,4% de los embarazos.

En el Perú, los desórdenes hipertensivos leves a severos han sido encontrados desde 4,11%⁽²⁰⁾, 4,8%⁽²¹⁾, 5,36%⁽²²⁾, 6,6%⁽²³⁾, 7,9%⁽²⁴⁾ hasta 10,8%⁽²⁵⁾ en gestantes que acuden a hospitales peruanos. La eclampsia ha sido hallada en 2,8 por mil ⁽²⁴⁾ hasta 7,9 por mil nacidos vivos. ⁽²⁶⁾

Durante el periodo 2002-2011, la razón de mortalidad materna atribuida a preeclampsia fue 24,6/100 000 nacidos vivos, ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad materna en el Perú. Sin embargo, a nivel urbano, la preeclampsia superó a la hemorragia durante ese periodo como principal causa de mortalidad materna. ⁽²⁷⁾

En América se Complica de 3 a 22% de los embarazos, en el Perú, su incidencia fluctúa entre 10 y 15% en la población hospitalaria. 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; no parecen existir diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en ambas regiones. En el Perú, es la segunda causa de muerte materna, representando 16 % de muertes ; es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad , se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU) con 32%.⁽³⁾

En la Dirección de Salud de Lima Ciudad es la primera causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con 33%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal es también la primera causa de muerte materna, entre los años 2003 y 2013, con 43%. A pesar que entramos al siglo XXI seguimos desconociendo la etiología, así mismo se mencionan numerosos factores de riesgo. Se han investigado y comparado numerosos tratamientos, pero la prevención sigue siendo la meta más valiosa y para lograrla se necesitan reorientar las investigaciones a los periodos preconcepcional y periconcepcional. ⁽³⁾

En cuanto a la mortalidad materna las Estimaciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) principalmente a través de la ENDES muestran que en la última década se ha producido una reducción importante de la mortalidad materna a nivel nacional. Así, de una

razón de mortalidad materna de 265 por 100 mil nacidos vivos estimada en 1993, se pasó el año 1997 a 185 (ENDES 2000) y el 2006 a 103 (ENDES 2009).⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾

Según los datos del sistema de vigilancia Epidemiológica de la mortalidad materna de la dirección general de epidemiología del MINSA analizados durante el periodo 1999-2005 muestran que la mayoría de las defunciones maternas se presentaron en amas de casa (83.9%) con una relación estable (82.4%) y con instrucción primaria (44.5%). Las principales causas genéricas de muerte fueron la hemorragia (49.6%), toxemia (19.0%) e infección (10.2%); mientras que, las principales causas básicas fueron la retención placentaria (24.5%), preeclampsia severa (10.1%) y eclampsia (9.0%). El 18.4% recibió transfusión sanguínea y el 5.9% requirió transfusión pero esta no se encontraba disponible.⁽³⁰⁾

En el Perú según datos de la Dirección General de Epidemiología-MINSA 2015, se presenta en forma preliminar los casos válidos investigados de muerte materna directa e indirecta (65.5% del total); por lo que esta información podría modificarse posteriormente. Si se consideran las causas básicas de los casos de muerte materna, se observa que del total de casos de muerte materna el 33% fallece debido a causas obstétricas indirectas, 24% fallece debido a hemorragias obstétricas, el 21% debido a enfermedades hipertensivas del embarazo, el 15% debido a sepsis y otras infecciones obstétricas y el 7% debido a otras causas obstétricas directas.⁽³¹⁾

Las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias (36.5%), siendo las hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), inercia uterina, embarazo ectópico, hemorragias postparto inmediatas y placenta previa las que concentran el mayor número de casos. Las enfermedades hipertensivas del embarazo representan el 31.5 %,

siendo la preeclampsia severa la patología con mayor número de casos. La sepsis representa el 21.5 %.⁽³¹⁾

En el Hospital Regional de Pucallpa se distribuye las 10 primeras patologías maternas más frecuentes según el programa SIP2000 en el año 2016: infección del tracto urinario (30.2%); anemia en el embarazo-parto-puerperio (16.6%); aborto incompleto (6.2%); desgarro perineal en el parto (4.6%); rotura prematura de membrana (4.2%); retención de placenta/membranas,s/hemorragias (4.1%); preeclampsia severa (3.5%); parto prematuro (3.4%); preeclampsia leve (2.6%) y embarazo prolongado (2.8%).⁽³²⁾

En la Región Ucayali, específicamente en el Hospital Regional de Pucallpa, es necesario que se evalué el manejo de los casos de Preeclampsia, tomando como punto de referencia los detalles en las guías de buenas prácticas clínicas y las normas vigentes sobre Funciones Obstétricas y Neonatales con la Clave Azul desde el momento en que la paciente se detecta en riesgo en el primer nivel de atención, puesto que vienen referidas de distintos puestos y centros de salud que pertenecen a la red referencial del Hospital Regional de Pucallpa, para así poder saber cuánto más debemos mejorar en la atención de estos casos desde el primer punto que parte de FONP, para así evitar la agravación de la patología y prolongación de estadía en hospitalización de Gineco-Obstetricia de la paciente, como también evitar el aumento de la mortalidad materna; así mismo de que este estudio es de suma importancia porque evaluara el cumplimiento de la guía de atención de preeclampsia en cuanto al tratamiento, exámenes de laboratorio, en las historias clínicas según la muestra dada del presente estudio y así evaluar si se precisó o no un mejor monitoreo de la evolución de cada caso y si los procedimientos quirúrgicos como las cesáreas y la prolongación de estancia hospitalaria fueron necesarios, según la evolución de la paciente; y así comprobar la eficiencia en cuanto a la atención materna

en el servicio de Gineco-obstetricia, con el cumplimiento correcto de las normas de atención de Preeclampsia que contribuye a la mejoría de la calidad de vida de las pacientes.

En el Hospital Regional de Pucallpa se brinda la atención de acuerdo a la guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas de Preeclampsia 2007 ,que se encuentra en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia y en Centro Obstétrico; puesto que en el hospital aún no se cuenta con una Guía Interna adecuada a la realidad local como lo hacen otros hospitales y que haya sido aprobada según resolución directoral, por lo que el presente estudio podría demostrar la importancia y la necesidad de contar con una Guía de Preeclampsia específica dentro de las Guías clínicas de casos más frecuentes en el Servicio de Gineco-Obstetricia.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se realizó el trabajo de investigación en el Hospital Regional de Pucallpa, que se encuentra ubicado en el Jr. Agustín Cauper N° 285, Localidad de Pucallpa, Distrito de Callería, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali con una superficie territorial estimada de 2´265,818 Km cuadrados.

El Hospital es considerado como Hospital de nivel II-2 de capacidad resolutive FONE y brinda un servicio de 24 Horas, donde se atienden distintas especialidades médicas entre ellas las de Gineco-Obstetricia y para este caso el hospital es de Referencia para los distritos de Callería, Masisea, Iparía, Manantay y de las Provincias de Purús y Atalaya, haciendo un aproximado de 112 establecimientos comparado con un aproximado de 87 establecimientos de la red referencial del Hospital Amazónico en Yarinacocha. Gestión Sanitaria DIRESA Ucayali. ⁽³³⁾

El mencionado estudio se realizó tomando en cuenta el periodo de Enero a Diciembre del 2016, con la población de gestantes que presentaron preeclampsia y que fueron hospitalizadas durante el año 2016, para evaluar si se dio o no el cumplimiento del manejo clínico de Preeclampsia desde el establecimiento de origen, servicio de emergencia y del servicio de hospitalización de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, teniendo como referencia la Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas 2007.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cómo se cumple el manejo clínico vigente del MINSA en pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas, Gineco obstétricas y de la atención de salud, de las pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?
- ¿Cuál es el cumplimiento del tratamiento farmacológico, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos, establecidos por el MINSA, en pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

- ¿Cuáles son las complicaciones y tipo de egreso materno perinatal, por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL:

Evaluar el cumplimiento del manejo clínico de pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características sociodemográficas, gineco obstétricas y de la atención pre natal, de las pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.
- Evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, de exámenes de apoyo al diagnóstico y de procedimientos, en las pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016
- Establecer las complicaciones y tipo de egreso materno perinatal, por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016

1.5. HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio de investigación no presenta hipótesis porque el estudio no tiene una proposición que afirma la existencia de relaciones por lo menos entre dos hechos, no se investigará relación de causa efecto ⁽³⁴⁾ y por ser un estudio descriptivo exploratorio que describirá el manejo y el nivel de cumplimiento de las normas relacionadas a Manejo clínico de Preeclampsia.

1.5.1. Identificación y clasificación de variables e indicadores

- **Variable de estudio**

Manejo Clínico de la Preeclampsia

1.5.2. Operacionalización de variables

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
MANEJO CLÍNICO DE LA PREECLAMPSIA	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES	✓ Edad, ✓ Ocupación, ✓ Grado de instrucción, ✓ Estado civil, ✓ Procedencia
	CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTÉTRICAS	✓ Paridad ✓ Antecedentes Ginecológicos/Patológicos Familiares ✓ Edad Gestacional al momento de la emergencia
	ATENCIÓN DE SALUD	✓ Establecimiento de salud de Origen ✓ N° de Atenciones prenatales en establecimiento de salud de origen ✓ N° de Atenciones prenatales en el Hospital Regional de Pucallpa ✓ Financiamiento/Aseguramiento ✓ Referencia
	MANEJO FARMACOLÓGICO CLAVE AZUL	✓ Cloruro de Sodio ✓ Sulfato de magnesio ✓ Metildopa ✓ Nifedipino ✓ Oxígeno

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Catéter endovenoso ✓ Tubo de Mayo ✓ Sonda Foley ✓ Bolsa colectora de orina ✓ Bombilla de Aspiración ✓ Mascarilla de oxígeno
	EXÀMENES DE APOYO AL DIAGNÒSTICO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hematocrito ✓ Hemoglobina ✓ Tiempo de coagulación y de sangría ✓ Grupo sanguíneo y Factor RH ✓ Úrea ✓ Creatinina ✓ Examen Completo de Orina ✓ TP-TTPA ✓ Fibrinógeno ✓ Prueba cruzada ✓ Lámina periférica ✓ Proteinuria con ASS o tira reactiva, ✓ Recuento de Plaquetas ✓ Glucosa ✓ TGO y TGP ✓ Bilirrubina Total ✓ Bilirrubinas Fraccionadas ✓ AGA ✓ Proteinuria en 24 horas ✓ Proteínas Totales y Fraccionadas ✓ Ecografía Obstétrica ✓ Perfil Biofísico
	PROCEDIMIENTOS DE LA ATENCIÓN DE PREECLAMPSIA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener Vía endovenosa permeable en traslado ✓ Control de FV, ROT, Edema Materno, al Ingreso ✓ Control de Estado Neurológico ✓ Control de efectos secundarios del tratamiento ✓ Hoja de monitoreo materno fetal ✓ Hoja de Balance Hídrico ✓ Cuidados Intensivos ✓ Tipo de Parto
	COMPLICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maternas ✓ Perinatales ✓ Estancia hospitalaria ✓ Tipo de egreso materno ✓ Tipo de egreso perinatal

1.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es exploratoria y descriptiva, debido a que se describieron datos obtenidos de la exploración de casos ocurridos sin manipulación de las variables ⁽³⁵⁾. Retrospectivo de corte transversal, porque los hechos de estudio ocurrieron en el pasado, cuya información se encuentra ya registrada pero sin haber sido analizada y se estudia a la variable haciendo un corte en el tiempo.

(34)

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de nivel Aplicativo, Exploratorio, Descriptivo, debido a que se verifico el nivel de aplicación del manejo de la Preeclampsia establecido en normas vigentes, para luego aplicar los resultados y proponer estrategias de mejoramiento y de INNOVACIÓN como es una guía clínica de atención de Preeclampsia en el Hospital Regional de Pucallpa y en la Red referencial, que nos permitan controlar situaciones y resolver los problemas de salud de la población relacionados a la preeclampsia, para más adelante realizar estudios de confirmación de hipótesis.

(36)

1.6.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, univariado, porque en este tipo de investigación el objetivo es identificar y describir supuestas causales que supongan una explicación del objeto de investigación, se basa sobre datos de muestras ya existentes de una población determinada, utiliza la

estadística descriptiva como herramienta básica para el análisis de datos. ⁽³⁷⁾

Debido a que el estudio es de nivel exploratorio, puesto a que se descubrió y describió las características de las variables, de una población específica que ya sufrió una alteración de su salud, se empleó el método de muestreo probabilístico, inferencial, cuyos resultados puedan generalizarse a todos los casos de Preeclampsia que se atendieron en el Hospital. ⁽³⁸⁾

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Consta de 246 egresos de gestantes o puérperas con estancia hospitalaria por Preeclampsia desde los meses de Enero a Diciembre del 2016, según el registro del SIP 2000 y los libros de Emergencia y Hospitalización.

1.7.1.1. Criterios de Inclusión

Se evaluaron las historias Clínicas de las pacientes que ingresaron a hospitalización de Gineco Obstetricia, centro obstétrico, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o centro quirúrgico para cesárea por Preeclampsia, desde consulta externa o emergencia entre los meses de enero a diciembre 2016.

1.7.1.2. Criterios de Exclusión

Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Transitoria al egreso y pacientes con Hipertensión Crónica.

Historias clínicas con datos incompletos e inubicables.

1.7.2. MUESTRA

Para el estudio, la muestra ha sido determinada por criterio, por cuotas y por conveniencia, cumpliendo con el esquema de Tesis de la Universidad, se utilizó la fórmula de población conocida. Según estudios previos de aplicación de Protocolos, los resultados varían entre cumplimiento e incumplimiento por lo que se considerará una proporción de 50% de probabilidad esperada y una precisión de 5%. Cada caso contendrá gran cantidad de información que establece el manejo de la Preeclampsia. Se considera a modo de población a las 246 pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, entre los meses de Enero a Diciembre del 2016.

Formula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + Z^2 p \cdot q}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

p = proporción aproximada esperada (éxito) que presenta el fenómeno de estudio es de 50%=0.5

q = proporción de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (fracaso)

$$1 - 0.5 = 0.5$$

Z=nivel de confiabilidad 95% es 1.96

e= nivel de precisión absoluta de 5% es 0.05

N=Población a estudiar = 246

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 246}{(0.05)^2(245) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

⇒

$$n = \frac{236.25}{0.6125 + 0.9604}$$

⇒

$$n = \frac{236}{1,5729} = 150.20$$

⇒

$$n = 150$$

La muestra objetivo de estudio será de 150 pacientes que fueron hospitalizadas en el Hospital Regional de Pucallpa, los casos fueron elegidos por conveniencia como una aleatorización simple y por cuotas determinando una proporción por cada mes, equivalente al total de casos obtenidos por fórmula.

Según cuadro de número de casos 2016 en Anexos

Pacientes de Enero 2016:

De los 21 casos se obtuvo una proporción = 13

Pacientes de Febrero 2016:

De los 29 casos se obtuvo una proporción = 18

Pacientes de Marzo 2016:

De los 23 casos se obtuvo una proporción = 14

Pacientes de Abril 2016:

De los 33 casos se obtuvo una proporción = 20

Pacientes de Mayo 2016:

De los 12 casos se obtuvo una proporción = 7

Pacientes de Junio 2016:

De los 14 casos se obtuvo una proporción = 9

Pacientes de Julio 2016:

De los 20 casos se obtuvo una proporción = 12

Pacientes de Agosto 2016:

De los 21 casos se obtuvo una proporción = 13

Pacientes de Setiembre 2016:

De los 27 casos se obtuvo una proporción = 16

Pacientes de Octubre 2016:

De los 16 casos se obtuvo una proporción = 10

Pacientes de Noviembre 2016:

De los 15 casos se obtuvo una proporción = 9

Pacientes de Diciembre 2016:

De los 15 casos se obtuvo una proporción = 9

Total 150 casos

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICAS

Debido a que el estudio es retrospectivo, se solicitó a la Dirección Ejecutiva del Hospital el permiso respectivo para la obtención de los datos registrados en las Historias Clínicas, garantizando la absoluta confidencialidad y custodia de la información, la cual fue analizada según números de historia clínica.

La recolección de los datos se realizó en el ambiente de archivo de las historias clínicas, en las fichas individuales elaboradas por la investigadora.

Los datos de las historias clínicas se contrastaron con actividades establecidas en las normas de salud vigentes como la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva y de las Claves de Emergencias Obstétricas, que establecen el manejo de la Preeclampsia desde el establecimiento de salud de origen, durante el traslado y la continuidad del manejo en el mayor nivel.

Esta investigación expresa un nivel de cumplimiento de las normas de atención de Preeclampsia por parte del equipo de atención a las pacientes, que son referidas o que acuden al Hospital Regional de Pucallpa e ingresan por Emergencia o por consulta externa.

1.8.2. INSTRUMENTOS

El instrumento de recolección de información es una ficha diseñada por la investigadora, la cual está adaptada a los requerimientos del estudio retrospectivo de casos de Preeclampsia.

La ficha reunió los indicadores de las variables agrupadas en los siguientes grupos:

1. Datos Sociodemográficos: Donde se encuentran los datos de Edad, Procedencia, Grado de instrucción, Estado civil, Ocupación, Afiliación SIS. Antecedentes Gineco Obstétricos como Paridad, antecedentes patológicos personales familiares, edad gestacional al ingreso al hospital; y Datos de Atención de Salud: Donde se considera: Establecimiento de Salud de origen, N° Controles Prenatales, Aseguramiento, Hoja de Referencia, Tipo de Referencia,

Fase del parto, Membranas Ovulares, FCF Presentes, Diagnósticos adicionales, Antecedentes de Riesgo.

2. Manejo Clínico, Uso de Medicamentos e Insumos para el manejo de Preeclampsia: Nombre de los medicamentos listados en la Clave Azul: Cloruro de Sodio, Sulfato de magnesio, Metildopa, Nifedipino, Oxígeno, Catéter endovenoso, Tubo de Mayo, Sonda Foley, Bolsa colectora de orina, Bombilla de Aspiración, Mascarilla de Oxígeno. Desde el establecimiento de origen. Efectos secundarios del Sulfato de magnesio, tipo de efectos secundarios. Nombre de los exámenes incluidos en el Paquete de Exámenes de según normas de atención de Preeclampsia: Hematocrito, Hemoglobina, Tiempo de coagulación y de sangría, Grupo sanguíneo y Factor RH, Úrea, Creatinina, Prueba cruzada, Lámina periférica, Proteinuria con ASS o tira reactiva, Recuento de Plaquetas, Glucosa, TGO y TGP, Bilirrubina Total, Bilirrubinas Fraccionadas, Gases Arteriales, Proteinuria en 24 horas, Ecografía Obstétrica. Desde el control prenatal. Nombre de los Procedimientos realizados en el manejo clínico de la Preeclampsia según normas de atención: no quirúrgicos desde el establecimiento de salud de origen y desde el ingreso al Hospital Regional de Pucallpa: Control de FV, ROT, Edema Materno, al Ingreso, Control de Estado Neurológico, Control de efectos secundarios del tratamiento, Hoja de monitoreo materno fetal, Hoja de Balance Hídrico, atención materna en UCI, internamiento del Recién Nacido, UCIN, Tipo de parto.
3. Evaluación de las complicaciones maternas, perinatales, la estancia hospitalaria, tipo de egreso.

Todos los datos se registraron y analizaron desde una base de datos de Microsoft Excel.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En la actualidad la patología de Preeclampsia se presenta como uno de los problemas sociales y de salud pública principales que causa la morbimortalidad materna a nivel internacional, nacional y en nuestra localidad de Pucallpa, al ser considerada una patología donde su único tratamiento es la terminación del embarazo según el estado de salud materno-fetal que se encuentren.⁽³⁹⁾

Las estadísticas nos indican que los trastornos hipertensivos del embarazo, dentro de estos la Preeclampsia, todavía constituyen un riesgo para la madre y el niño(a) por nacer durante el embarazo, parto y postparto. Y que la guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas sobre preeclampsia, es muy importante en nuestro medio, ya que la región se encuentra entre las que tienen las tasas más altas de morbilidad materna, lo que orienta a la necesidad de analizar el manejo y el cumplimiento en forma correcta de las normas, ya que esta podría ser una de las causas que influye en la muerte materna.⁽⁴⁰⁾

En el Hospital Regional de Pucallpa se cuenta con la guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas desde el año 2007; entre ellas se encuentra el manejo de la Preeclampsia, el cual unifica criterios diagnósticos y terapéuticos de esta patología y sería de gran utilidad valorar el cumplimiento de este, según los diagnósticos de ingreso.⁽⁴⁰⁾

Con el manejo adecuado de estas pacientes diagnosticadas con síndrome hipertensivo gestacional: Preeclampsia, conllevaría a las pacientes a obtener un mejor nivel de vida y por consiguiente de su salud, así como menos gastos económicos por parte de la paciente, por el sistema de salud, y a la vez contribuir a la relación psicoafectiva de la madre e hijo.⁽⁴⁰⁾

El presente estudio es de gran aporte para el mejoramiento de la organización y coordinación de los profesionales del equipo de Gineco Obstetricia, así mismo para la gestión de los recursos faltantes necesarios para así mejorar la calidad de la atención de los casos disminuyendo incluso la estancia hospitalaria y la mortalidad materna y perinatal.

Así mismo evaluar si el personal de salud de los establecimientos de salud que corresponden a FONP y FONB que pertenecen a la red referencial del Hospital Regional de Pucallpa cumplen con el inicio del manejo de Preeclampsia para la atención de las gestantes en relación a la clave azul, y ver las posibles dificultades del manejo de Preeclampsia, si cuentan con los insumos, medicamentos completos y adecuados a su uso, de acuerdo a la lista de la clave azul según MINSA y de lo que registran en la hoja de Referencia.⁽⁴¹⁾

Es importante que el manejo adecuado de Preeclampsia en gestantes que son referidas al FONE que es en este caso el Hospital Regional de Pucallpa, sean iniciadas correctamente según Guía de atención para el manejo de Preeclampsia, con relación a la clave azul y que el personal de salud del puesto o centro de salud sea capacitado y atienda de forma eficaz a las gestantes que acuden con los síntomas y signos de Preeclampsia o incluso cuando presentan la presión arterial elevada que son tomadas en su control prenatal, para así atender y referir oportunamente y evitar complicaciones y muertes maternas.

Así mismo el presente estudio tiene la finalidad de precisar la importancia y necesidad de contar en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa con una Guía Clínica de Preeclampsia adecuada localmente desde las normas nacionales vigentes que permita incluso organizar y mantener actualizado y en continua coordinación a los establecimientos de salud de la red referencial del Hospital Regional de

Pucallpa y así mejorar en equipo la eficiencia en la atención materna que se reflejaría en la calidad de la atención, disminución de la estancia hospitalaria y satisfacción de las usuarias.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes:

2.1.1.1. Antecedentes Internacionales:

Rivas Iglesias, Elderney; Guardado Aguilar, Jaqueline y González Gutiérrez, Sara: El presente estudio fue realizado a lo largo de 3 meses(2015), con el **objetivo** de describir el nivel de cumplimiento del protocolo de atención medica del síndrome hipertensivo gestacional en pacientes hospitalizadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico con diagnóstico de preeclampsia grave en el hospital Alemán Nicaragüense. **Material y Método:** Es un estudio descriptivo de corte transversal. Cuya muestra es no probabilística por conveniencia y la constituyen 60 pacientes que reúnen los criterios para su ingreso en el estudio el periodo comprendido entre mayo y julio del año 2015 la cual es equivalente al universo. De acuerdo a esto se obtuvieron los siguientes **resultados:** En lo que se refiere a la edad de las pacientes que fueron estudiadas se encontró un predominio entre 20 a 34 años de edad con un 61.7%, en la

mayoría las cuales se encontró que tenían como estado civil predominante unión libre 45%, cursaban con un grado de escolaridad siendo esta secundaria con mayor prevalencia con el 51.7%.

En cuanto a la paridad el mayor porcentaje de las pacientes en estudio fueron nulíparas con un 63.3%, primigesta con el 55% y según la edad gestacional el 73.3% de las pacientes tenía un embarazo pretermino.

Se encontró que en un 90% de los casos se realizó el diagnóstico basado en la toma de presión arterial y proteinuria según variante diagnóstica. En lo que se relaciona al tratamiento el fármaco que se utilizó en mayor porcentaje fue la hidralazina 75% seguido de la Nifedipina con un 26.7% y por último el Labetalol con menor porcentaje del 25%. Del total de las pacientes se observa que solo al 46.7% de ellas se les indicó sulfato de magnesio iniciando con dosis de carga y el 43.3% se le inició con dosis de mantenimiento, el 55% de las pacientes se le continuó sulfato de magnesio hasta las 24 horas después del parto, se vigilaron signos de toxicidad en el 58.3% de las pacientes, refiriéndose oportunamente al centro de mayor resolución el 50% de ellas y el mayor porcentaje de nacimiento del bebé se produjo dentro de las 24 horas que siguieron a la aparición de los síntomas con el 81.7%.

Las medidas generales se cumplieron casi en su totalidad: canalizaron con branula 16 en el 100% de las pacientes, colocaron sonda vesical el 98.3%, vigilaron signos vitales el 95%, auscultaron bases pulmonares el 96.7%, encontrándose estertores pulmonares en el 50% de las pacientes. Se aplicó Dexametasona al 53.3% de las pacientes según esquema. ⁽⁴²⁾

Cabezas Fonseca, Kyuthza Thaymara y López Lacayo, Astrid Laura:

En Nicaragua las enfermedades hipertensivas durante la gestación constituyen una prioridad de salud por su alta prevalencia ya que

representan una de las principales complicaciones del embarazo ligándose estrechamente a la mortalidad materna. **Objetivo:** El presente estudio se hizo para conocer cuáles son las características clínico epidemiológicas y realizar una evaluación del cumplimiento del protocolo en embarazadas con Síndrome Hipertensivo Gestacional ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico en el Hospital Gaspar García Laviana de Rivas en el período de Enero a Junio 2013. **Método y Material:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, cuyo universo estuvo conformado por 82 pacientes que fueron registradas en los expedientes clínicos de pacientes ingresadas al hospital en el período en estudio. Se procesó la información en el programa estadístico SPSS 17.0 y los gráficos correspondientes se realizaron en el programa Microsoft Excel. **Resultado:** La hipertensión gestacional se presentó con mayor frecuencia en embarazos a término, en el grupo de edad de 20 a 29 años, de procedencia rural, con escolaridad primaria y secundaria, amas de casa, con estado civil acompañadas. En su gran mayoría se presentó en pacientes primigestas con más de 4 controles prenatales realizados cuyas principales manifestaciones clínicas fueron la cefalea fronto-occipital y tinnitus. Dentro de los medios diagnósticos utilizados se encontraron la toma de la presión arterial y la realización de la cinta de uroanálisis. **Conclusión:** El cumplimiento de las normas y protocolos se logró en un 69% para la preeclampsia grave, 64.4% en la preeclampsia moderada, 74.2% en la hipertensión inducida por el embarazo y 61.5% para la eclampsia para un cumplimiento total del 67.5%.⁽⁴³⁾

Mejías, Leída;Herrera, Mercedes: Las alteraciones hipertensivas que acompañan al embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable mortalidad materna y perinatal, de la cual no se conoce su etiología, ahora bien la preeclampsia grave complica del 6 al 8% de las gestantes por tal motivo es una de las patologías de interés y preocupación en la práctica obstétrica. **Objetivo:** Revisar el cumplimiento de protocolo de

preeclampsia grave de las pacientes ingresadas en la emergencia obstétrica del Hospital central de Maracay durante el periodo Febrero-Julio 2014. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La población estuvo comprendida por 115 embarazadas atendidas en la emergencia obstétrica. Se utilizó una ficha de recolección de datos. **Resultados:** el mayor índice de edad lo tienen las embarazadas entre 15 a 20 años con un 26,09%, un 84,3% de las mismas se controló la gestación, las embarazadas en un 55,7% eran multíparas, el criterio diagnóstico se basó en la sintomatología neurológica, donde se obtuvo 72,17% de pacientes con cefalea y 61,64% de las mismas con hiperreflexia, en los mismos se cumple la administración de sulfato de magnesio como anticonvulsivante para crisis, el antihipertensivo más usado es la alfametildopa. Se realizaron los análisis de laboratorio pertinentes. Al momento de la interrupción la edad gestacional fue mayor de 37 semanas. **Conclusiones:** El cumplimiento del protocolo de preeclampsia grave, no se cumple a cabalidad por lo que es importante que el equipo de salud mantenga una monitorización continua. ⁽⁴⁴⁾

Arellano Haro, Ana Cristina: La Preeclampsia es una de las complicaciones con mayor repercusión en la salud materno-fetal considerada dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna aunque es transitoria tiene riesgo de secuelas permanentes sobre todo porque es una entidad cuya etiología aún no está bien definida; la falta de cumplimiento de protocolos de manejo ya establecidos en los centros de atención, desconocimiento de factores de riesgo, signos, síntomas por las pacientes podrían constituir un aporte al mal pronóstico materno-fetal por esta patología. **Objetivo:** Evaluación del cumplimiento del protocolo de atención a pacientes con preeclampsia en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Ecuador (Quito). Periodo Julio - Diciembre 2012. **Material y Método:** En esta investigación se tomó como muestra a 391 embarazadas que acudieron al servicio de Emergencia del Hospital

Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y fueron diagnosticadas de Preeclampsia. Los datos fueron recolectados a través de un formulario y revisión de las hojas 008. **Resultado:** En el estudio la prevalencia de Preeclampsia fue de 5.4 %; la edad más frecuente fue 19-35 años con 59%; procedencia, sector urbano 71 %; instrucción secundaria 61%; ocupación quehaceres domésticos 64%; estado civil unión libre 46%; dentro de los antecedentes personales y familiares no refieren ninguno 49% y 51% tuvieron (13% historia familiar de DM, 12% historia familiar de HTA, 11% Preeclampsia previa, 15% otras); en los antecedentes Gineco-obstétricos: número de partos, con 49 % nulíparas, 28% multíparas y 23% primíparas; número de controles prenatales, 60% más de 5 controles; en relación a los factores de riesgo asociados a la gestación 38% tuvieron procesos infecciosos, 37% ninguno, y 25% otros; el 70% de las gestaciones fueron a término; en relación a la referencia, 48% fueron referidas de establecimientos públicos y 51% acudieron directamente al HGOIA; **Conclusión:** respecto al cumplimiento del protocolo de atención a pacientes gestantes con Preeclampsia por los establecimientos de salud públicos que realizaron la referencia tuvieron el 76.99% de cumplimiento, obteniendo los valores más bajos en manejo terapéutico; el cumplimiento del protocolo de atención a pacientes gestantes con Preeclampsia por el personal de salud en el servicio de Emergencia del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora fue del 96.6%; los resultados permitirán realizar la propuesta de un plan de mejoramientos para la aplicación del protocolo de atención.⁽³⁹⁾

Dr. Briones Garduño, Jesús; Dr. Díaz de León Ponce, Manuel; Dr. Gómez Bravo Topete, Enrique; Dr. Ávila Esquivel, Fernando; Est. Briones Vega, Gabriel; Est. Urrutia Torres, Francisco. El curso del evento obstétrico en pacientes con Preeclampsia-eclampsia, requiere de manejo médico-quirúrgico protocolizado basado en el conocimiento de su fisiopatología. Este estudio se realizó con el **Objetivo:** presentar un mismo protocolo de manejo y los resultados en forma comparativa en las

poblaciones estudiadas en dos Unidades de Cuidados Intensivos Obstétricos.

Pacientes y Métodos: evaluamos retrospectivamente los expedientes de 190 pacientes que ingresaron consecutivamente al Hospital de Ginecología y Obstetricia de Toluca-México (HGO-DIF) durante 45 meses (enero 94 a septiembre 97), así como 1,800 pacientes que recibieron atención en HGO-2-CMN IMSS durante 13 años (1973 a 1985). Incluimos pacientes que reunieron criterios de Preeclampsia-eclampsia (Hipertensión Arterial, proteinuria, edema y/o pérdida del estado de alerta o crisis convulsivas tónico-clínicas). **Resultados:** observamos baja mortalidad, causada esta principalmente por falla orgánica múltiple y hemorragia cerebral, y las complicaciones que más frecuentemente se asocian son: el de síndrome de HELLP y la insuficiencia renal aguda, con arriba de 90% de los pacientes recuperados. **Conclusión:** nuestros resultados nos permiten proponer este protocolo como prototipo de manejo para hospitales que apoyan a pacientes obstétricas con Preeclampsia-eclampsia. ⁽⁴⁵⁾

Dra. Sandra Marilyn Aguayo Macías del 5 a 20% de los embarazos pueden complicarse con Preeclampsia y Eclampsia que lleva a un aumento significativo de la morbimortalidad materna y perinatal. En nuestro país, las complicaciones del síndrome hipertensivo ocupan el primer lugar como causa de muerte materna, seguida por el aborto séptico. Se origina en parte por desconocimiento de los factores de riesgo y por falta de controles prenatales. Se realizó este estudio con el **objetivo:** Valorar el cumplimiento de los Protocolos de Atención de Preeclampsia-Eclampsia en el Hospital Verdi Cevallos Balda (Guayaquil-Ecuador) entre junio 2008 a junio 2009. **Metodología:** Se evaluó el Manejo de preeclampsia/eclampsia en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda identificando factores de riesgos personales y familiares. Se determinó el nivel de conocimiento de las pacientes tratando de disminuir la ocurrencia de esta

enfermedad y evitar la morbi-mortalidad. Proponer el protocolo de atención vigente en el Ministerio de Salud Pública, realizar exámenes pertinentes para diagnosticarlo a tiempo, y evitar otras complicaciones. Fue un estudio prospectivo, descriptivo con un universo constituido por la población de 3020 embarazadas que ingresaron al área ginecológica desde junio 2008 a junio 2009 considerando prevalencia y filiación de las pacientes, grado de Preeclampsia, características Gineco obstétricas, signos y síntomas, complicaciones maternas y fetales, Tratamiento y el cumplimiento de Protocolos de Atención por el Ministerio de Salud Pública. El trabajo se efectuó en base a las estadísticas del Hospital. De acuerdo a los **resultados** entre 3020 embarazadas que ingresaron al Área de Ginecología del Hospital Regional Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo se reportaron 110 casos de Preeclampsia/eclampsia afecto más a mujeres de edades comprendidas entre 21 a 30 años, ama de casa, de estado civil unión libre, de zona urbana , de instrucción primaria y que se realizaron pocos controles prenatales, el grado de preeclampsia más presentada fue leve entre las 37 a 46 semanas de gestación, con signos de hipertensión arterial, edema, cefalea, el manejo de la patología se lo realizó con sulfato de magnesio al momento no utilizaban la hidralazina dentro porque no tenían aun, los embarazos terminaron la mayoría con cesárea y niños prematuros, sufrimiento fetal. **Conclusión:** El cumplimiento de normas se daba parcialmente ya que por el ingreso de nuevo personal desconocían las pautas a seguir. Se recomienda cada vez que ingrese nuevo personal se capacite y actualicen a todo el personal sobre las normas, utilizar la referencia y contrareferencia, mantener un lazo estrecho entre las Unidades Operativas y enfocarse en captar lo más temprano a la embarazada, educarlas sobre lo importante que es realizarse los controles rutinarios. ⁽⁴⁶⁾

MD. Ronald David Medina Gallegos: La preeclampsia severa es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y ha contribuido a la

morbimortalidad tanto materna como neonatal sobre todos en los países de desarrollo. **Objetivo:** Establecer los resultados perinatales asociados al manejo de la preeclampsia severa en embarazos menores de 34 semanas y evaluación de la aplicación del protocolo existente en el Hospital Ginecobstétrico Enrique C. Sotomayor (Guayaquil-Ecuador). **Metodología:** El presente estudio fue retrospectivo, descriptivo, longitudinal, no experimental. El universo de estudio lo conformaron 1237 historias clínicas de pacientes diagnosticadas con preeclampsia severa, la información fue obtenida de registros del departamento de estadísticas. La muestra estuvo constituida 193 casos que reunieron los criterios de inclusión. **Resultados:** La incidencia de casos de preeclampsia severa en embarazos menores de 34 semanas durante el año 2010 fue de 15,6% en el Hospital Enrique C. Sotomayor. El promedio de edad fue 27,9%. La causa más frecuente de interrupción de embarazo fue inminencia de eclampsia con 58,5%. Dentro de las complicaciones maternas la causa más frecuente fue el síndrome de HELLP con 3,6%. La vía de nacimientos fue cesárea con 96,4%, y parto vaginal con 3,6%. La edad gestacional promedio fue 30,4%, restricción de crecimiento intrauterino con 71,1%. El APGAR a los 5 minutos considerando menos 7 con asfixia perinatal con 24,4%. **Concluimos** que la preeclampsia severa tiene una alta la tasa de mortalidad neonatal de 35,3% asociada con una mortalidad materna de 1,6%.⁽⁴⁷⁾

MSc. Isabel Figueroa Calderón, MSc. Daymí Saavedra Moredo, MSc. Yudith de la Torres Sieres, MSc. Mayra Sánchez Lueirol; el estudio se realizó en el Hospital Materno Provincial "Ana Betancourt de Mora". Camagüey, Cuba. Con el **Objetivo:** estudiar la eficacia del empleo del sulfato de magnesio en el tratamiento de la preeclampsia. **Métodos:** se realizó un estudio de intervención y evaluación en servicios de salud del 1ro de junio al 31 de diciembre de 2011. El universo y la muestra estuvieron constituidos por las 98 gestantes que ingresaron en el servicio

de Cuidados Perinatales y clasificaron como preeclámpticas. **Resultados:** el 68,36 % de las mujeres tenían entre 20 y 34 años de edad; un 75,51 % de ellas eran nulíparas; se presentó la oligoanuria como reacción al medicamento en el 2,04 %. El 100 % de las pacientes empleó hipotensores y el fármaco más usado fue la hidralazina (63,25 %). El parto se produjo al término de la gestación en más del 50 % de las embarazadas, con un peso adecuado del producto, el 76,50 % de los nacimientos se produjo por cesárea. La complicación materna más frecuente fue la hipertensión, y la neonatal fue la depresión al nacer en el 7,14 %. **Conclusiones:** fue efectivo el tratamiento con sulfato de magnesio pues se logró disminuir el número de gestantes con eclampsia, cuando se usó el sulfato de magnesio de forma profiláctica. ⁽⁴⁸⁾

Rosa X. Cabrera P. María B. Campoverde I. Fanny V. Cando Z. El siguiente estudio se realizó en Cuenca, Ecuador con el **objetivo:** Evaluar el Uso de Sulfato de Magnesio, en los Trastornos Hipertensivos del Embarazo de las pacientes del área de Gineco- Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca, durante el periodo comprendido desde Enero de 2009 a Abril de 2010. **Metodología:** Se realizó un estudio Observacional Descriptivo Retrospectivo en 234 fichas clínicas de pacientes con esta característica. Se usó un cuestionario de 21 preguntas, el análisis estadístico se realizó mediante SPSS 15.00 versión Evaluación. **Resultados:** El estudio se realizó en 234 historias clínicas de las cuales el 65% de pacientes tenían una edades entre 20-35 años, el 55% era de procedencia urbana, el 61,5% tenía instrucción básica, el 52,6% era casada , el 67,9% era ama de casa; el 8,6% tenía HTA como antecedente patológico personal y el 26,9% como familiar, el 51,2% era multigesta, el 57,3% nulípara, el 69,7% se realizó entre 5-7 controles prenatales, el 16% tenían antecedentes de enfermedades hipertensivas en el embarazo anterior. La Preeclampsia Grave fue el trastorno de mayor frecuencia con el 43,2%. El Sulfato de Magnesio fue utilizado como

tratamiento en el 65,4%, el principal efecto colateral fue la muerte materna con el 5,1%, el APGAR de los RN tanto en el 1y 5 minuto fueron mayores a 7 con el 84,2% y 94,6% respectivamente; el 25,2% de RN fueron a Neonatología y su principal complicación fue la depresión respiratoria con el 6,8% de los casos. **Conclusiones:** La Preeclampsia Grave es el Trastorno Hipertensivo más frecuente, en su mayoría el Sulfato de Magnesio es utilizado como tratamiento. Los factores que se relacionaron estadísticamente fueron antecedentes patológicos personales, el número de controles en el embarazo, el uso de Sulfato de Magnesio como Prevención o Tratamiento, Efectos colaterales maternos, Complicaciones en el Recién Nacido y Condición de Egreso Materno. La Eclampsia originó la mayoría de muertes maternas que corresponden al 5,1% del total de casos. ⁽⁴⁹⁾

Dra. Litzzy M. Méndez Delgadillo; Dr. Antonio Pardo Novak; Dr. Remy R. Uriona Arce: el estudio se realizó en Materno Infantil Germán Urquidi Hospital (Cochabamba-Bolivia) 2008-2009; con el **objetivo:** Determinar la concentración de magnesio alcanzada en sangre, en embarazadas con pre-eclampsia severa tratadas según el protocolo del Seguro Universal Materno Infantil en el H.M.I.G.U. y establecer los niveles terapéuticos alcanzados. La preeclampsia severa es una patología que afecta al 3% de las embarazadas atendida en nuestro hospital y su manejo en forma adecuada cobra valor por el alto riesgo de morbilidad que presenta, para el binomio madre-niño. El presente trabajo se realizó en un grupo embarazadas con preeclampsia severa que acudieron al Hospital Materno Infantil Germán Urquidi y que recibieron sulfato de magnesio como tratamiento, a dosis establecidas en Protocolos del SUMI de 4gr. dosis de carga y 1gr. /hr. dosis de mantenimiento, se dosificaron los niveles de magnesemia para determinar los rangos terapéuticos alcanzados. Se llegó a la **conclusión** de que ninguna paciente sometida al estudio, alcanzó niveles terapéuticos, con una administración de sulfato de magnesio

interrumpida en el servicio de dilatantes a las 2-6 hrs de iniciado el tratamiento; las pacientes no presentaron manifestaciones clínicas de intoxicación por magnesio y presentaron una función renal conservada en la mayoría de las mismas que se encontraron entre los 16-25 años, cursando su primera gestación, con embarazos mayores a 34 semanas en forma predominante. Por lo que se recomienda modificar los protocolos de administración de sulfato de magnesio con 6gr. dosis de carga y 2gr. /hr como infusión de mantenimiento (protocolo de Sibai), con controles de laboratorio para vigilar los rangos terapéuticos alcanzados en cada paciente. ⁽⁵⁰⁾

Alirio Escalona realizó este estudio con el **objetivo**: comparar la seguridad y eficacia de la Amlodipina en relación a la Metildopa en las patologías hipertensivas del embarazo en un grupo de 40 embarazadas entre 26 a 36 semanas de gestación con HTA leve (PAD 90-100mmHg) atendidas en el Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” de Barquisimeto-Venezuela 2000. **Metodología**: Las pacientes fueron divididas al azar en dos grupos de 20, el grupo A fue tratado con amlodipina 5 mgr una vez al día y el grupo B con metildopa 250mgr cada 6 horas; en aquellas pacientes que no hubo descensos de la presión arterial diastólica por debajo 90mmHg al 4° día de tratamiento se procedió a duplicar la dosis y fueron excluidas del protocolo del estudio los que no alcanzaron este descenso al 8° día de la terapia las que tuvieron picos de PAD \geq 110mmHg o aquellas con evidencia con bienestar fetal comprometido. Se realizaron tomas diarias de presión arterial y frecuencia cardiaca, además de evaluaciones de laboratorio y ecográfica una vez por semana; el recién nacido fue evaluado al momento del nacimiento por medio del test de Apgar y las tablas de Capurro y Battaglia-Lubchenco. Los valores obtenidos fueron expresados en promedio \pm error o desviación estándar y para conseguir significación estadística se usó la prueba de T de student o de Chi cuadrado. **Resultados**: No se observaron diferencias significativas

en ninguno de los grupos con respecto a los parámetros tomados en cuenta al inicio del estudio siendo la edad materna promedio entre 22 y 23 y más de la mitad primigestas con edad gestacional de 34 semanas. Los valores de presión arterial sistólica (PAD)/PAS para amlodipina al 1° y 8° día de tratamiento fueron $153,6 \pm 2,1/93,6 \pm 0,8$ y $139,3 \pm 1,5/83,3 \pm 0,9$ mmHg respectivamente en comparación a $155,7 \pm 2,1/93,8 \pm 0,9$ y $143,9 \pm 1,7/86,5 \pm 0,6$ mmHg para metildopa, lo que denota rápido descenso estadísticamente significativo de amlodipina con respecto a metildopa al 8° día de tratamiento. La amlodipina mostro menor porcentaje de fracasos y de uso de dosis máxima (5 y 20% respectivamente) con respecto a la metildopa (20 y 45% respectivamente) e igualmente fue menos frecuente el trabajo de parto pretermino en el grupo tratado con amlodipina en relación al tratado con metildopa (5,3 y 18,8% respectivamente). Ambas drogas fueron bien toleradas y no hubo diferencias significativas en los valores de laboratorio ni en los hallazgos perinatales de ambos grupos. **Conclusión:** Tanto la amlodipina como la metildopa fueron efectivas y seguras en las gestantes estudiadas al lograr disminución significativa de la presión arterial sin afectar los parámetros de bienestar materno-fetales y presentando pocos efectos adversos; la mejor respuesta antihipertensiva de amlodipina en cuanto a mayor descenso, de manera gradual y efecto sostenido amerita estudios en poblaciones mayores para confirmar y afianzar el uso de esta droga en los desórdenes hipertensivos del embarazo. ⁽⁵¹⁾

Duley y colaboradores (2008), en una investigación sobre “Sulfato de magnesio y otros anticonvulsivos en mujeres con preclampsia”, cuyo **objetivo** fue evaluar, tanto en las mujeres como en sus hijos, los efectos de los anticonvulsivos en embarazadas con preeclampsia. Los autores realizaron una búsqueda en el registro de estudios clínicos del Grupo Cochrane de embarazo y parto y en el registro Cochrane de estudios clínicos controlados. Los criterios de selección fueron estudios clínicos

aleatorizados que comparaban anticonvulsivos versus placebo o versus ningún anticonvulsivo, o comparaciones de diferentes anticonvulsivos en mujeres con preeclampsia. La recopilación y el análisis de datos se realizaron a través de dos revisores los cuales evaluaron en forma independiente la calidad de los estudios clínicos y extrajeron los datos. Obteniéndose los siguientes **resultados**: Seis estudios clínicos (11.444 mujeres) compararon el sulfato de magnesio con placebo o ningún anticonvulsivo. Se comprobó que el riesgo de desarrollar eclampsia se redujo a más de la mitad con la utilización de sulfato de magnesio [riesgo relativo (RR): 0,41, intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,29 a 0,58; número necesario a tratar (NNT): 100, IC 95%: 50 a 100]. El riesgo de muerte no alcanzó una reducción significativa (46%) en mujeres asignadas a sulfato de magnesio (RR: 0,54, IC 95%: 0,26 a 1,10). En el caso de morbilidad materna grave, el RR fue de 1,08 y el IC 95% fue de 0,89 a 1,32. Los efectos secundarios fueron más frecuentes con el sulfato de magnesio [24% versus 5%; RR: 5,26, IC 95%: 4,59 a 6,03; número necesario para perjudicar (NNP): 6; IC 95%: 6 a 5]. Se evidenció una reducción en el riesgo de desprendimiento normoplacentario en el grupo de mujeres asignadas a sulfato de magnesio (RR: 0,64; IC 95%: 0,50 a 0,83; NNT: 100, IC 95%: 50 a 1.000). En el mismo grupo de participantes también se observó un pequeño aumento (5%) en el riesgo de cesáreas. No se encontró una diferencia global en el riesgo de muerte fetal o neonatal (RR: 1,04; IC 95%: 0,93 a 1,15). Los autores **concluyen** que el sulfato de magnesio disminuye en más de la mitad el riesgo de eclampsia y probablemente reduce el riesgo de muerte materna. No mejora el resultado para el recién nacido, a corto plazo. ⁽⁵²⁾

MSc. Magel Valdés Yong, MSc. Jónathan Hernández Núñez: la Preeclampsia trae consigo múltiples complicaciones que incrementan la morbilidad y mortalidad materna y perinatal y este estudio se hizo con el: **Objetivo:** identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia.

Métodos: estudio de casos y controles en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" entre enero de 2012 y diciembre de 2013. Se conformó la muestra con 128 pacientes, divididos en dos grupos; 64 con preeclampsia en el grupo estudio y 64 sanas en el grupo control escogidas al azar. Se recogieron los datos mediante una encuesta y la revisión de la historia clínica para analizar la edad materna, estado nutricional, ganancia de peso, afecciones propias del embarazo, antecedentes obstétricos, paridad y antecedentes familiares. Se emplearon los estadígrafos, media, desviación estándar, porcentaje, prueba t de Student, prueba de independencia chi cuadrado y Odds Ratio. **Resultados:** los factores que influyeron en la preeclampsia fueron la edad materna de 35 años o más (OR= 4,27), el sobrepeso materno al inicio de la gestación (OR= 2,61), la nuliparidad (OR= 3,35) y el antecedente familiar de madre con preeclampsia (OR= 7,35) o hermana (OR= 5,59); no así las afecciones propias de la gestación, la ganancia global de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables. **Conclusiones:** la mayoría de los factores de riesgo para preeclampsia no son modificables, por lo que se requiere una esmerada atención prenatal que garantice el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta entidad. ⁽⁵³⁾

C. Rosado, P. fraile, R. Díez, C. González, C. Lucas, P. García-Cosmes, J.I. Lerma, R. López, C. Lorenzo, B. Valladares: **Introducción:** La preeclampsia es una causa muy importante de morbimortalidad materno-fetal sin un mecanismo patogénico claro, por lo que no están claras las estrategias de prevención. La edad materna elevada y el síndrome metabólico se han propuesto como factores de riesgo de la misma. **Objetivo:** Estudiamos la posible relación de la edad avanzada con la situación previa de dislipemia (rasgo del síndrome metabólico), la gravedad y la evolución de la enfermedad en el Hospital Universitario de Salamanca (España). **Material y métodos:** De 2005 a 2010, se realizó un estudio observacional, descriptivo y de cohortes de la preeclampsia

seguidas en nuestro Servicio. En dos grupos (mayores y menores de 35 años) se analizaron parámetros clínicos y la relación de la edad con la dislipemia previa a la gestación (colesterol y triglicéridos). Las variables se expresan como media y desviación estándar. Se utilizó la t de Student, con un nivel de significación $p < 0,05$. **Resultados:** En el período de estudio fueron diagnosticadas de preeclampsia 25 pacientes, 12 mayores de 35 años y 13 menores. Se obtuvieron los siguientes resultados: Presión arterial sistólica: mayores: $161,2 + 14,6$ mmHg, menores: $165,2 + 11,8$ mmHg, $p = 0,31$. Presión arterial diastólica: mayores: $101,1 + 9$ mmHg, menores: $103,4 + 6,4$ mmHg, $p = 0,32$. Presión arterial media: mayores: $121,5 + 9,9$ mmHg, menores: $123,6 + 7,2$ mmHg, $p = 0,35$. Proteinuria: mayores: $5,76 + 4,85$ g/24 h, menores: $2,47 + 1,25$ g/24 h, $p = 0,07$. Urato: mayores: $7,008 + 0,4$ mg/dl, menores: $6,354 + 0,6$ mg/dl, $p < 0,05$. Bilirrubina: mayores: $0,36 + 0,19$ mg/dl, menores: $1,07 + 0,82$ mg/dl, $p < 0,05$. AST: mayores: $37,1 + 15,3$ U/l, menores: $81,3 + 99,2$ U/l, $p = 0,18$. ALT: mayores: $26,1 + 15,7$ U/l, menores: $66,5 + 70$ U/l, $p = 0,12$. LDH: mayores: $435,9 + 63,9$ U/l, menores: $595 + 249,3$ U/l, $p = 0,10$. Plaquetas: mayores: $184.833 + 54.294/\mu\text{l}$, menores: $196.538 + 34.475/\mu\text{l}$, $p = 0,34$. Número de hipotensores: mayores: $1,75 + 0,55$, menores: $1,53 + 0,46$, $p = 0,3$. Estancia media: mayores: $15,9 + 7,2$ días, menores: $10,3 + 1,7$ días, $p < 0,05$. Colesterol: mayores: $261,1 + 46,5$ mg/dl, menores: $186,3 + 28,2$ mg/dl, $p < 0,05$. Triglicéridos: mayores: $236,1 + 91,1$ mg/dl, menores: $108,8 + 28,4$ mg/dl, $p < 0,05$. **Conclusiones:** La edad avanzada de las gestantes empeora las cifras de urato y bilirrubina alcanzadas durante un episodio de preeclampsia, requiriendo más días de estancia hospitalaria. La edad avanzada está relacionada con un perfil lipídico desfavorable previo a la gestación, con mayores niveles de colesterol y triglicéridos. Este estudio apoya el tratamiento del síndrome metabólico previo a la gestación, sobre todo en mujeres añosas, para disminuir el estrés oxidativo y la inflamación crónica, minimizando así el riesgo de preeclampsia. ⁽⁵⁴⁾

Neptalí F. y colaboradores realizaron un trabajo en un hospital general de Bogotá, Colombia, **objetivo:** identificar las causas de estancia hospitalaria inadecuada en un grupo de pacientes de Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, así como de Medicina Interna. **Metodología:** Los datos fueron obtenidos de manera aleatoria. Se realizó un estudio de tipo descriptivo no comparativo para identificar causas y el tiempo de estancia prolongada en estos servicios, para lo cual se trabajó con un total de 148 pacientes aproximadamente, entre junio y octubre del 2000, tomándose en cuenta los cinco últimos días de cada mes. Las variables estudiadas fueron: días de estancia, evolución clínica (cuidados médicos, evolución del paciente y pase de visita), papelería, falta de personal (ausentismo programado y no programado), nosocomial (infecciones intrahospitalarias), y otras variables (traslado institucional y transporte familiar). **Resultado:** en el servicio de cirugía, 66% por mala evolución; en el servicio de ginecología y obstetricia, 55% por enfermedades y 45% por laboratorio; en el servicio de pediatría, por trámites administrativos, por demora en la visita médica y por falta de personal 26% en cada uno de los casos; en el servicio de medicina interna, 30.5% por falta de personal, 16.6% por cuidados médicos y 13.8% por problemas en traslados institucionales y transporte familiar. Ello nos lleva a **concluir** que tanto los problemas médicos como los administrativos inciden en una estancia prolongada dentro del sistema 1MSS. ⁽⁵⁵⁾

2.1.1.2. Antecedentes Nacionales:

Dr. **Álvaro Santibáñez**, de la Oficina de Gestión de la Calidad del MINSA, evaluó la estancia hospitalaria prolongada (EHP) en el Departamento de Ginecobstetricia del Hospital Materno Infantil "San Bartolomé", encontrando que las mayores causas de estancia hospitalaria prolongada se deben a factores anteriores al alta, antes que a las posteriores; la causa posterior al alta médica más importante que genera EHP es la falta de alta del recién nacido (78.7%) y en segundo lugar la devolución de sangre

(12.1%). Las causas previas al alta más importantes que generan EHP son los incidentes adversos (44%) y la no resolución de la condición médica por la cual el paciente ingresó (41%). Del total de estos casos, dos tercios se dan ante parto y un tercio tras él. Esta no resolución se debe a la inconsistencia del manejo, al retraso en la ejecución del plan de trabajo establecido, al error diagnóstico, a la no estructuración u organización de un plan de trabajo y a una junta médica tardía o ausente. Cuando los servicios se enfrentan a casos poco usuales se aprecian dificultades en estructurar un plan de trabajo, se pone en evidencia la ausencia de protocolo y hay una convocatoria tardía de la junta médica. ⁽⁵⁶⁾

Rocio Milagros Delzo Paucar: La preeclampsia es la complicación más peligrosa del embarazo, en casos graves ponen en peligro la vida del feto y de la madre. En nuestro país según el reporte del MINSA, los trastornos hipertensivos del embarazo representan la segunda causa de muerte materna. Se realizó con el **Objetivo:** Evaluar el porcentaje de cumplimiento del protocolo de preeclampsia por parte del personal médico y obstétrices en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale Huancayo. **Metodología:** El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, y cuantitativo. La población está definida por todos los casos de gestantes con diagnóstico de preeclampsia con o sin complicaciones durante el periodo enero a diciembre del 2014, sumando 127 en el periodo de estudio. Se usó como instrumento la ficha de la auditoria de la calidad de atención de hospitalización del MINSA. **Resultados:** La calificación final dio un total de 72.44% como "aceptables" (puntaje mayor de 80 puntos) siendo el puntaje más alto de 92.5, y el 27.56% están en el rubro "por mejorar", siendo el puntaje más bajo de 62.5. Con respecto a la calidad de registro de enfermedad actual, se ha encontrado completa y concordante con los problemas de ingreso en un 66.14%, incompleta en un 23.86%, porque faltan datos en tiempo de enfermedad, desarrollo cronológico, signos y síntomas principales. **Conclusiones:** Nuestros resultados tienen

mejor puntuación en relación a otros estudios con un puntaje de 72.44% como historias clínicas aceptables y que los registros anotados en las historias clínicas han sido coherentes y consistentes con la información brindada en el protocolo de preeclampsia del servicio, lo cual ha permitido manejos oportunos y adecuados en un 88.98% de los casos, evidenciándose evolución favorable en el 98.43% de las pacientes y estancias hospitalarias adecuadas en el 98.43% de los casos de preeclampsia.⁽⁵⁷⁾

2.1.2. BASES TEÓRICAS

PREECLAMPSIA

Síndrome multisistémico constituido por un grupo heterogéneo de complicaciones médicas, cuyo denominador común es el incremento de la presión arterial acompañado o no de proteinuria en la segunda mitad del embarazo.⁽⁵⁸⁾

CLASIFICACION

Preeclampsia leve: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg.
- Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico).⁽⁵⁹⁾

Preeclampsia severa: La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

- Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.
- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg.

- Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico).
- Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis. ⁽⁵⁹⁾

ETIOLOGIA:

Invasión Trofoblástica Anormal

En la implantación normal las arteriolas espirales uterinas sufren remodelado extenso conforme son invadidas por trofoblastos endovasculares. Estas células sustituyen a los recubrimientos endotelial vascular y muscular y aumentan el diámetro de los vasos. Las venas solo sufren invasión superficial. Sin embargo, en la preeclampsia hay invasión trofoblástica incompleta. Con una invasión tan superficial, los vasos deciduales, no así los miometriales, quedan revestidos por trofoblastos endovasculares. Las arteriolas miometriales más profundas no pierden su recubrimiento endotelial y tejido musculoelástico y su diámetro externo medio es solo la mitad de los vasos de las placentas normales (Fisher et al., 2009). Madazli et al. (2000) mostraron que la magnitud de la invasión trofoblástica defectuosa de las arterias espirales se correlaciono con la gravedad del trastorno hipertensivo. ⁽⁶⁰⁾

Mediante microscopia electrónica, De Wolf et al. (1980) examinaron arterias tomadas del sitio de implantación útero-placentaria e informaron que los cambios preeclámpticos tempranos incluyeron daño endotelial, insudación de componentes del plasma hacia las paredes de los vasos, proliferación de células de mioíntima y después en macrófagos. Hertig (1945) se refirió a estas células cargadas de lípidos y los hallazgos relacionados, como

aterosis. De manera característica, los vasos afectados por aterosclerosis presentan dilatación aneurísmica (Khong, 1991).

Por lo tanto, es probable que la luz demasiado estrecha de las arteriolas espirales afecte el flujo sanguíneo placentario. Al final, el descenso de la perfusión y un ambiente hipóxico conducen a la liberación de detritos placentarios que induce una reacción inflamatoria sistémica, como describen Redman y Sargent (2008).⁽⁶⁰⁾

La hipertensión resulta del predominio de los efectos presores de tres sistemas muy importantes (sistema renina-angiotensina-aldosterona, sistema nervioso simpático y vasopresina) o porque se pierde la capacidad de antagonizar a los autocoides vasodilatadores.⁽⁶¹⁾

FISIOPATOLOGÍA

Es la hipertensión propiamente secundaria al embarazo, ya que el alza tensional es causada por una placenta isquémica debido a una penetración trofoblástica superficial.⁽⁶²⁾

Aún no se conoce el defecto de la interacción de los tejidos maternos y fetales que causa esta penetración trofoblástica insuficiente, pero sí se sabe que debido a ésta, persiste una vasculatura uterina de menor diámetro y mayor resistencia que disminuye el territorio de síntesis de sustancias vasodilatadoras (prostaciclina, óxido nítrico), y que la placenta isquémica libera a la circulación materna factor(es) hipertensógeno(s) aún no conocido(s).⁽⁶²⁾

Estos factores asociados, poseen además propiedades citotóxicas que dañan el endotelio, aumentan su permeabilidad y son responsables del edema; a nivel renal causan la tumefacción celular (endoteliosis propia de la

PE) y favorecen la agregación plaquetaria. Además de la nuliparidad y edad extrema, predisponen al desarrollo de Preeclampsia una historia familiar positiva (indicador de factores genéticos), y otros factores anatómicos e inmunológicos que favorecen el defecto de placentación y la isquemia posterior de la unidad útero-placentaria. ⁽⁶²⁾

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

- Antecedentes de hipertensión en madres o abuelas.
- Antecedente de hipertensión en embarazo anterior.
- Edad menor de 20 y mayor de 35.
- Raza negra.
- Primera gestación.
- Periodo intergenésico largo.
- Embarazo múltiple actual.
- Obesidad.
- Hipertensión crónica.
- Diabetes mellitus.
- Pobreza extrema en caso de eclampsia. ⁽⁵⁹⁾

CUADRO CLINICO

Preeclampsia leve: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg o incremento de la presión sistólica en 30 mmHg o más, e incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más sobre la basal.
- Proteinuria de 0.3 a 5 g/litro en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) (test de ácido sulfosalicílico). ⁽⁵⁹⁾

Preeclampsia severa: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg o incremento de la presión sistólica en 60 mmHg o más, y/o incremento de la Presión diastólica en 30 mmHg o más (en relación a la basal).
- Proteinuria igual o mayor de 5 gr/lit. en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (Test de ácido sulfosalicílico).
- Presencia de escotomas centellantes, acúfenos, hiperreflexia, dolor en hipocondrio derecho, epigastralgia.
- Oliguria: Menor de 500 ml/24 h (creatinina mayor de 0,8 mg/dl).
- Edema pulmonar.
- Disfunción hepática
- Trastorno de la coagulación.
- Elevación de creatinina sérica
- Gases Arteriales en la Preeclampsia y complicaciones
- Oligohidramnios, Retardo de crecimiento intrauterino.
- Ascitis.⁽⁵⁹⁾

DAGNOSTICO

Criterios diagnósticos

Presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

Diagnóstico diferencial

- Hígado graso agudo del embarazo.
- Púrpura trombocitopénica.
- Síndrome antifosfolipídico.
- Síndrome urémico hemolítico.⁽⁵⁹⁾

EXAMENES AUXILIARES

De patología clínica: Solicitar desde la evaluación inicial:

- Hemograma (hemoglobina o hematocrito).
- Grupo sanguíneo y Factor Rh.
- Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.
- Examen de orina completo.
- Perfil de coagulación: Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina Parcial (TTP) activada, fibrinógeno y plaquetas.
- Función hepática: Transaminasa Glutámico Oxalacética (TGO), Transaminasa Glutámico Pirúvica (TGP), Lactato Deshidrogenasa (LDH), bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Glucosa, urea y creatinina.
- Proteínas totales y fraccionadas.
- Análisis de Gases Arteriales (AGA)
- Proteínas en orina de 24 horas. ⁽⁵⁹⁾

De imágenes: Pruebas de bienestar fetal:

- Ecografía obstétrica.
- Perfil biofísico.
- Flujometría Doppler. ⁽⁵⁹⁾

MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Medidas generales y terapéuticas:

- **Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias FONP (Categoría I-1)**

Evaluar la presión arterial. Si se encuentra elevada coordinar con el establecimiento con FONB y referir con vía endovenosa segura de ClNa 9‰ a establecimiento con FONE. ⁽⁵⁹⁾

- **Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias– FONP (Categorías I-2, I-3)**

Evaluar la presión arterial, si se encuentra elevada iniciar tratamiento, comunicar y referir.

En caso de Preeclampsia severa o eclampsia:

- Colocar vía endovenosa segura y diluir 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc a chorro y mantener a 30 gotas/min hasta llegar a FONE.
- Colocar sonda Foley y monitorizar diuresis horaria.
- Labetalol 200 mg vía oral c/ 8 horas de primera elección, sino usar Metildopa 1gr vía oral c/12 horas.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con presión arterial inicial o presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral como primera dosis y luego 10 mg cada 4 horas hasta mantener la presión diastólica en 90 a 100 mmHg.
- Coordinar con establecimiento con FONB y referir a la paciente a establecimiento con FONE. ⁽⁵⁹⁾

- **Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas-FONB: (Categoría I-4)**

Evaluar presión arterial.

❖ **Preeclampsia leve:**

a. Control materno:

1. Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
2. Exámenes de laboratorio:
 - Perfil renal: Urea y creatinina
 - Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría.
 - Perfil hepático: TGO, TGP, billirrubinas totales y fraccionadas y LDH.
 - Gases Arteriales en la Preeclampsia y complicaciones.

b. Control fetal:

- Autocontrol materno de movimientos fetales diario.
- Test no estresante cada 48 horas.
- Ecografía con perfil biofísico semanal.

c. Considerar hospitalización:

- Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.
- Si vive lejos, considerar la casa de espera.

d. Control en hospitalización:

- Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.
- Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria
- Autocontrol de movimientos fetales.
- Test no estresante cada 48 horas.
- Ecografía más perfil biofísico semanal.

e. Sí se diagnostica preeclampsia severa:

- Iniciar tratamiento, comunicar y referir a FONE. ⁽⁵⁹⁾

❖ **Preeclampsia severa:**

Iniciar tratamiento, comunicar y referir a establecimientos con FONE

- Colocar dos vías endovenosas seguras:
 - Una con ClNa 9‰ a 40 gotas por minuto.
 - Otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc. a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.
- El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.
- Administrar Labetalol 200 mg vía oral c/8 hrs de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 30 minutos.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina. ⁽⁵⁹⁾

- **Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales- FONE (Categorías II-1, II-2)**

Preeclampsia leve:

- Continuar con el manejo iniciado en el establecimiento con FONB.
- Tomar nuevos exámenes auxiliares.
- Evaluar edad gestacional y condiciones maternas para terminar el embarazo por la mejor vía. ⁽⁵⁹⁾

Preeclampsia severa:

- Continuar con el manejo iniciado en del establecimiento FONB.
- Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg con relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/100mmHg administrar Nifedipino 10 mg vía oral. Repetir a los 30 min, si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50mg en 24 horas, tratando de mantener la presión diastólica entre 90 a 100mmHg.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros por minuto.
- Control de funciones vitales.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

- Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas. De 34 a 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.
- Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones.⁽⁵⁹⁾

COMPLICACIONES

- Eclampsia.
- Síndrome HELLP.
- Rotura o hematoma hepático.
- Insuficiencia cardiaca congestiva y edema pulmonar agudo.
- Insuficiencia renal.
- Desprendimiento Prematuro de Placenta.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Desprendimiento de retina.
- Accidente cerebrovascular.⁽⁵⁹⁾

EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA GUÍA CLÍNICA:

Para la valoración de los resultados de evaluación del cumplimiento, en este caso de la Guía Clínica para la Preeclampsia, se cuenta con innumerables criterios en la evaluación y monitoreo de cumplimiento en los diferentes niveles de atención a nivel nacional, e internacional, desde la satisfacción del usuario, pasando por la calidad de servicios hasta saber cuánto se puede cumplir de las normas, para establecer las dificultades y necesidades de los ofertadores de servicios, para poder mejorarlos.

Para el caso del presente estudio se ha tomado en cuenta el Puntaje de los resultados de evaluación de Criterios y Estándares de Evaluación, que contiene los estándares organizados en macro procesos, los que a su vez se despliegan en criterios de evaluación que son calificados con una puntuación predefinida en la escala de 0 a 2, cuyos resultados serán evaluados de acuerdo a los puntajes totales:

Puntaje (%)

45 a más = 80% a más Óptimo

44 – 34 = 61% - 79% En proceso

33 o menos = 60% ó menos Por Fortalecer

El Listado de Criterios y Estándares de Evaluación tiene un carácter genérico y es de aplicación general, en cualquiera de los servicios de atención integral de salud para las/los adolescentes, según corresponda. ⁽⁶³⁾

2.1.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

- **Embarazo:** Periodo o proceso de gestación comprendido desde la fecundación del óvulo, a lo largo de los periodos embrionarios y fetal, hasta el parto, que es de 273-280 días. ⁽⁶⁴⁾
- **Parto:** Proceso mediante el cual la madre expulsa el producto de la concepción. ⁽⁶⁴⁾
- **Posparto:** Que acontece después del parto, (relativo a la madre). ⁽⁶⁴⁾
Perinatal: Período que abarca desde la 28° semana de gestación hasta el 72 días de vida del recién nacido. ⁽⁶⁴⁾
- **Primigesta:** Mujer que está embarazada por primera vez. ⁽⁶⁴⁾
- **Multigesta:** Mujer que ha estado embarazada por lo menos en tres ocasiones. ⁽⁶⁴⁾
- **Patología:** Rama de la medicina que estudia las enfermedades, su etiología y los trastornos que producen en el organismo. ⁽⁶⁴⁾

- **Nulípara:** Mujer que nunca ha tenido ningún embarazo a término. ⁽⁶⁴⁾
- **Morbilidad:** Condición de estar enfermo. ⁽⁶⁴⁾
- **Mortalidad:** Número de muertes que se producen en una determinada población. ⁽⁶⁴⁾
- **Mortalidad Materna:** La muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. ⁽⁶⁴⁾
- **Prevalencia:** Número de personas que presentan una característica determinada en una población dada. ⁽⁶⁴⁾
- **Presión arterial:** Presión de la sangre en el interior del sistema vascular. ⁽⁶⁴⁾
- **Eclampsia:** Enfermedad bien definida que se presenta en los últimos meses del embarazo o poco después del parto. ⁽⁶⁴⁾
- **Proteinuria:** Medición de la concentración de proteínas, por medio de la reacción de biuret o de la determinación del contenido y también de manera cualitativa con el ácido sulfosalicílico. ⁽⁶⁴⁾
- **Diuresis:** Aumento en la secreción de la orina. ⁽⁶⁵⁾
- **Hiperreflexia:** Exageración de los reflejos. ⁽⁶⁴⁾
- **Cefalea:** Dolor en la cabeza o en el territorio de los pares craneales, como síntoma asociado o acompañante de numerosas enfermedades generales o locales. ⁽⁶⁴⁾
- **Tinnitus:** Zumbido de oídos; acufenos. ⁽⁶⁴⁾
- **Escotomas:** Pequeña área de visión anormalmente disminuida o anulada del campo visual y rodeada de una visión normal. ⁽⁶⁴⁾
- **Edema:** Acumulación excesiva de líquido seroalbuminoso no coagulado que escapa del sistema vascular y se sitúa en el tejido subcutáneo o submucoso, así como en el tejido nervioso, órganos parenquimatosos, órganos huecos y tejido intersticial o interfibrilar. ⁽⁶⁴⁾

- **Edema pulmonar:** Inundación brusca y masiva de los alveolos y del tejido pulmonar intersticial por un contenido inicialmente acuoso y sin celularidad y posteriormente con leucocitos y eritrocitos así como de celular de recubrimiento alveolar, trasudado en los espacios alveolares, bronquiolos e intersticios. ⁽⁶⁴⁾
- **Embarazo múltiple:** Gestación con dos fetos a más. ⁽⁶⁴⁾
- **Diabetes Gestacional:** Es la presencia de glucemia alta (diabetes) que empieza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo. ⁽⁶⁴⁾
- **Oliguria:** Producción reducida de orina y/o de su eliminación (cantidad diaria <500ml; si es de unos 100ml también denominada oligoanuria). ⁽⁶⁴⁾
- **Insuficiencia renal:** Incapacidad para excretar los productos de desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos. ⁽⁶⁴⁾
- **Síndrome de HELLP:** Es una complicación rara de la preeclampsia que afecta fundamentalmente a la producción de células sanguíneas y a la función hepática. HELL es el acrónimo de los hallazgos bioquímicos del síndrome: hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas. ⁽⁶⁶⁾
- **Desprendimiento prematuro de placenta:** Se produce cuando una placenta de implantación normal se separa de la basal decidual después de la semana 20 de gestación y antes del tercer estadio del parto. ⁽⁶⁴⁾
- **Accidente cerebro vascular:** Alteración de los vasos sanguíneos cerebrales caracterizada por la oclusión debida a un embolo o a hemorragia cerebro vascular que produce isquemia de los tejidos cerebrales habitualmente perfundidos por los vasos afectados. ⁽⁶⁴⁾
- **Restricción del crecimiento intra-uterino:** Crecimiento insuficiente del feto en el útero; cuando un lactante presenta en el momento de su nacimiento un peso por debajo del percentil 10, es clasificado como pequeño para su edad gestacional. ⁽⁶⁴⁾

- **Oligohidramnios:** Disminución de líquido amniótico $<300 \text{ cm}^3$ que puede dificultar el parto por falta de humidificación del canal del mismo. ⁽⁶⁴⁾
- **Disfunción hepática:** Alteración cualitativa de la función del hígado. ⁽⁶⁴⁾
- **Ascitis:** Acumulación de líquidos en la cavidad peritoneal, por exudación o trasudación, que provoca el abultamiento del abdomen. ⁽⁶⁴⁾
- **Isquemia:** Hipoperfusión tisular debida a un déficit o ausencia del aporte de sangre oxigenada arterial. ⁽⁶⁴⁾
- **Endotelio:** Membrana delgada compuesta de un solo estrato de células planas, poligonales, que reviste las cavidades cardiacas y los vasos sanguíneos y linfáticos. ⁽⁶⁴⁾
- **Hematoma hepático:** Acumulación de sangre bien delimitada o incluso cerrada, normalmente coagulada en el hígado. El hematoma subcapsular hepático es una entidad infrecuente que puede aparecer asociada a los estados hipertensivos del embarazo, especialmente la pre-eclampsia y el síndrome HELLP. Su rotura es una grave complicación que conlleva cifras elevadas de morbimortalidad materno-fetal. ⁽⁶⁴⁾
- **Desprendimiento de Retina:** Separación que aparece entre el epitelio pigmentario y la capa de bastones y conos de la retina. ⁽⁶⁴⁾
- **Coagulación Intravascular Diseminada:** consiste en la generación excesiva y anormal de trombina y fibrina en la sangre circulante. ⁽⁶⁷⁾
- **Guía de Práctica Clínica:** constituyen una herramienta eficaz para el Sector Salud, porque facilitan la toma de decisiones y la elección con criterios definidos de la mejor intervención, basada en evidencias clínicas con la finalidad de conseguir óptimos resultados con criterios de eficiencia y uso racional de recursos. ⁽⁴¹⁾
- **Claves obstétricas:** son las claves para la atención de las emergencias obstétricas, favoreciendo una mejor respuesta por parte

de los servicios con las funciones claramente definidas para cada proveedor de salud.⁽⁴¹⁾

- **Clave azul:** El Protocolo de Clave Azul ha sido diseñado para ser aplicado en establecimientos de primer nivel de atención y en todo Servicio de Emergencia, para el manejo inmediato de la preeclampsia severa y eclampsia (enfermedad hipertensiva del embarazo).⁽⁴¹⁾
- **Estancia Hospitalaria:** es un indicador de eficiencia hospitalaria, calificándose como prolongada a aquella que sobrepasa el estándar (>9 días) considerado para un hospital de tercer nivel.⁽⁵⁶⁾
- **CINa al 9%:** es una solución para la reposición de volumen en la paciente preecláptica que incluye cristaloides, con el objetivo que la expansión del volumen plasmático mantenga la perfusión tisular, prerequisite esencial de la vasodilatación farmacológica.⁽⁶⁴⁾
- **Sulfato de Magnesio:** se emplean como laxante para las embarazadas y también es utilizado durante el embarazo para la prevención de las crisis convulsivas o el coma conocidos como eclampsia. Además puede ser utilizado como broncodilatador -luego de que las drogas betaagonistas y anticolinérgicas han producido una desensibilización de sus respectivos receptores- en las exacerbaciones severas del asma.⁽⁶⁴⁾
- **Metildopa:** Análogo metilado de la dopa empleado en el tratamiento de la hipertensión arterial.⁽⁶⁴⁾
- **Nifedipina:** Medicamento antagonista de calcio, con importantes acciones vasodilatadoras, empleado en la cardiopatía isquémica, especialmente en la angina de Prinzmetal, en hipertensión arterial, insuficiencia ventricular aguda acalasia esofágica.⁽⁶⁴⁾
- **Manejo Clínico:** Es el proceso o secuencia ordenada de acciones que los médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica.⁽⁴¹⁾

- **Insumos de la clave Azul:** cada insumo que se encuentra en la clave azul son importantes para el uso de las enfermedades hipertensivas del embarazo, entre ellas la preeclampsia, debido a que cada uno tiene una función respectiva para el control y mejoramiento oportuno de la salud de las pacientes con preeclampsia y así evitar complicaciones graves de corto o a largo plazo de la patología, con el fin de disminuir la morbimortalidad materno-fetal, y tenga una mejor calidad de vida.
- **Referencia:** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.⁽⁶⁸⁾
- **Contrarreferencia:** Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.⁽⁶⁸⁾
- **Funciones obstétricas y neonatales:** Son las actividades que están relacionadas con la identificación, atención del recién nacido y planificación familiar, de acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud considerando las normas actuales y que su evaluación nos permite conocer la capacidad resolutive que el establecimiento tiene por cada actividad.⁽⁶⁹⁾
- **Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP):** comprenden las actividades en el área materna y perinatal que se deben realizar en establecimientos que brinda atenciones sanitarias principalmente preventivas y promocionales así como recuperativas al individuo, la familia y comunidad.⁽⁶⁹⁾

- **Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas (FONB):** comprenden las actividades en el área materna y perinatal que se deben realizar en establecimientos de salud que tienen profesionales: Médico general capacitado en la atención de gestantes y recién nacidos, Obstetra, Enfermera, Odontólogo, Nutricionista y Asistente social; pueden contar además con médicos especialistas de Gineco-Obstetricia y/o pediatría y con Químico Farmacéutico.⁽⁶⁹⁾
- **Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE):** comprenden las actividades en el área materna y perinatal que se deben realizar en establecimientos de salud que cuentan con atención ambulatoria y hospitalaria especializada en las cuatro especialidades básicas: medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía general, pediatría, y cuentan con atención en anestesiología.⁽⁶⁹⁾
- **Funciones Obstétricas y Neonatales Intensivas (FONI):** comprenden las actividades en el área materna y perinatal que se deben realizar en establecimientos de salud de tercer nivel de atención, que brinda atención ambulatoria y hospitalaria altamente especializada y que proponen normas, estrategias e innovaciones tecnológicas y científicas basadas en la investigación, en la docencia y en la prestación de servicios altamente calificados.⁽⁶⁹⁾
- **Hemograma:** Descripción y número de las diversas clases de células que se encuentran en una cantidad determinada de sangre y de las proporciones entre ellas. ⁽⁶⁴⁾
- **Hematocrito:** es el volumen que ocupan los eritrocitos en la sangre. Generalmente se expresa como un porcentaje del volumen total de la sangre. ⁽⁶⁴⁾
- **Hemoglobina:** es una proteína contenida en los eritrocitos, la cual transporta oxígeno unido a átomos de hierro. ⁽⁶⁴⁾

- **Grupo sanguíneo:** es una clasificación de la sangre de acuerdo con las características presentes en la superficie de los glóbulos rojos y en el suero de la sangre. ⁽⁶⁴⁾
- **Factor Rh:** es una proteína integral de la membrana de los glóbulos rojos. El Rh positivo son aquellas personas que presentan dicha proteína en sus eritrocitos y Rh negativa quienes no presenten la proteína. ⁽⁶⁴⁾
- **Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico o Tira reactiva:** es el término cuyo significado es la existencia de proteínas en la orina en una cantidad elevada. La cantidad de proteínas en la orina que determina la proteinuria, una vez sobrepasada, es de 150 mg en la orina de 24 horas o 0 a 8 mg/dl en el caso de tratarse de una prueba rápida con tira reactiva. ⁽⁷⁰⁾
- **Examen de orina completo:** Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina. ⁽⁶⁴⁾
- **Tiempo de Protrombina:** También conocido por las siglas PT (del inglés Prothrombin time), junto con los valores que de él derivan, como la INR (siglas en inglés de International Normalized Ratio) son pruebas de laboratorio que evalúan específicamente la vía extrínseca de la coagulación sanguínea. ⁽⁶⁴⁾
- **TTP activada:** La prueba TTP puede solicitarse junto a otras pruebas como el TP, o cuando el paciente acude por sangrados o hematomas sin causa aparente, por tromboembolismos, por cuadros agudos como una coagulación intravascular diseminada (CID), o cuando el paciente presenta alguna situación patológica crónica como una enfermedad hepática. ⁽⁶⁴⁾

- **Fibrinógeno:** El fibrinógeno es una proteína soluble del plasma sanguíneo precursor de la fibrina, que es responsable de la formación de los coágulos de sangre. ⁽⁶⁴⁾
- **Plaquetas:** o trombocitos son fragmentos citoplasmáticos pequeños, irregulares y carentes de núcleo, de 2-3 μm de diámetro, derivados de la fragmentación de sus células precursoras, los megacariocitos; la vida media de una plaqueta oscila entre 8 y 12 días. ⁽⁶⁴⁾
- **TGO, TGP:** es una prueba de sangre para determinar la presencia de ciertas enzimas en la sangre, comúnmente llamadas de transaminasas. Debajo de circunstancias normales, estas enzimas residen dentro de las células del hígado. Pero cuando el hígado esta con problemas, estas enzimas son derramadas en la corriente sanguínea. ⁽⁶⁴⁾
- **LDH:** es una enzima catalizadora que se encuentra en muchos tejidos del cuerpo, pero su presencia es mayor en el corazón, hígado, riñones, músculos, glóbulos rojos, cerebro y pulmones. ⁽⁶⁴⁾
- **Bilirrubinas totales:** Aumento de la hemólisis, alteraciones genéticas, anemia neonatal, alteraciones eritropoyéticas, presencia de drogas. ⁽⁷¹⁾
- **Bilirrubinas fraccionadas:** Al pasar por el hígado esta bilirrubina se conjuga con ácido glucurónico transformándose en bilirrubina "conjugada" o directa. ⁽⁷¹⁾
- **Glucosa:** La glucosa o dextrosa es un carbohidrato o glúcido que está relacionada con la cantidad de azúcar que el organismo es capaz de absorber a partir de los alimentos y transformar en energía para realizar diferentes funciones o simplemente ayudar a mantener el cuerpo caliente. ⁽⁶⁴⁾
- **Urea:** es un compuesto químico cristalino e incoloro; de fórmula $\text{CO}(\text{NH}_2)_2$. Se encuentra abundantemente en la orina y en la materia fecal. Es el principal producto terminal del metabolismo de las proteínas en el humano y en los demás mamíferos. ⁽⁶⁴⁾

- **Creatinina:** La creatinina es un producto de desecho en la sangre. Viene de proteína en su dieta y la descomposición normal de los músculos de su cuerpo.⁽⁶⁴⁾
- **Proteínas totales:** son el resultado de sumar los distintos componentes proteicos presentes en el organismo tales como: Alfa1, alfa2, beta gamma globulina y albúmina.⁽⁶⁴⁾
- **Proteínas fraccionadas:** miden la cantidad específica de cada proteína.⁽⁶⁴⁾
- **Proteínas en orina de 24 horas:** Este examen mide la cantidad de proteína secretada en la orina en un período de 24 horas.⁽⁷²⁾
- **Ecografía obstétrica:** es un método médico usado para determinar la presencia de embarazo y conocer las condiciones del embrión o feto, así como de la placenta, el útero, cuello del útero y líquido amniótico.⁽⁶⁴⁾
- **Perfil biofísico:** es una excelente prueba para evaluar el bienestar fetal, basada en la observación ecográfica de los movimientos respiratorios, movimientos corporales, tono muscular y volumen de líquido amniótico, la cual se apoya en el estudio cardiotocográfico que traduce la reactividad de la frecuencia cardíaca fetal.⁽⁷³⁾
- **Flujometría Doppler:** es hoy en día una herramienta diagnóstica de valor incalculable en el campo de la Medicina Materno Fetal. Es vital para el diagnóstico y seguimiento de fetos complicados con Restricción en el Crecimiento Intra Uterino (RCIU) y de fetos complicados con Anemia.⁽⁷⁴⁾
- **AGA:** La determinación de gases arteriales es muy útil en muchos problemas clínicos, pacientes con desórdenes Cardiopulmonar. La determinación del Análisis de Gases Arteriales (AGA) nos permite tener una información directa sobre la oxigenación arterial, el recambio gaseoso a nivel pulmonar, la ventilación alveolar y el estado Acido-

Base. Que son indicadas a pacientes con disnea de inicio súbito, trastorno del sensorio de causa no clara, taquipnea (FR > 20xmin), falla respiratoria, así como evaluar la respuesta a la terapia con oxígeno y Pacientes con ventilación mecánica y durante el retiro del ventilador, con trastorno ácido-base, en evaluación preoperatorio de pacientes con enfermedad cardiopulmonar o en cirugía de alto riesgo. Teniendo como complicaciones: Hematoma, Obstrucción arterial, Espasmo arterial, Embolia arterial distal, Infección. ⁽⁷⁵⁾

En la Preeclampsia es importante cuantificar los gases sanguíneos arteriales para demostrar el grado de acidosis presente, a intervalos de 1 a 2 horas. ⁽⁶⁰⁾

- **Cumplimiento:** Según la definición de la Real Academia Española, el significado de ésta palabra refiere a la acción y efecto de cumplir o cumplirse. Dicho concepto hace referencia a la ejecución de alguna acción, promesa o la provisión de aquello que falta, hacer algo que se debe en los plazos de tiempo estipulados. Cumplir con diferentes actividades, es una cuestión que se encuentra presente en casi todos los órdenes de la vida, en el laboral, en el personal, en el social, en lo político, en el mundo de los negocios, entre otros, porque siempre, independientemente de sujetos, objetos y circunstancias, aparecerá este tema. En tanto, en el ámbito laboral, cumplir con el trabajo resulta ser una condición imprescindible a la hora de querer triunfar o permanecer en un determinado puesto. ⁽⁷⁶⁾

CAPÍTULO III

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

CUADRO Nº 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, PACIENTES HOSPITALIZADAS POR PREECLAMPSIA, HRP 2016

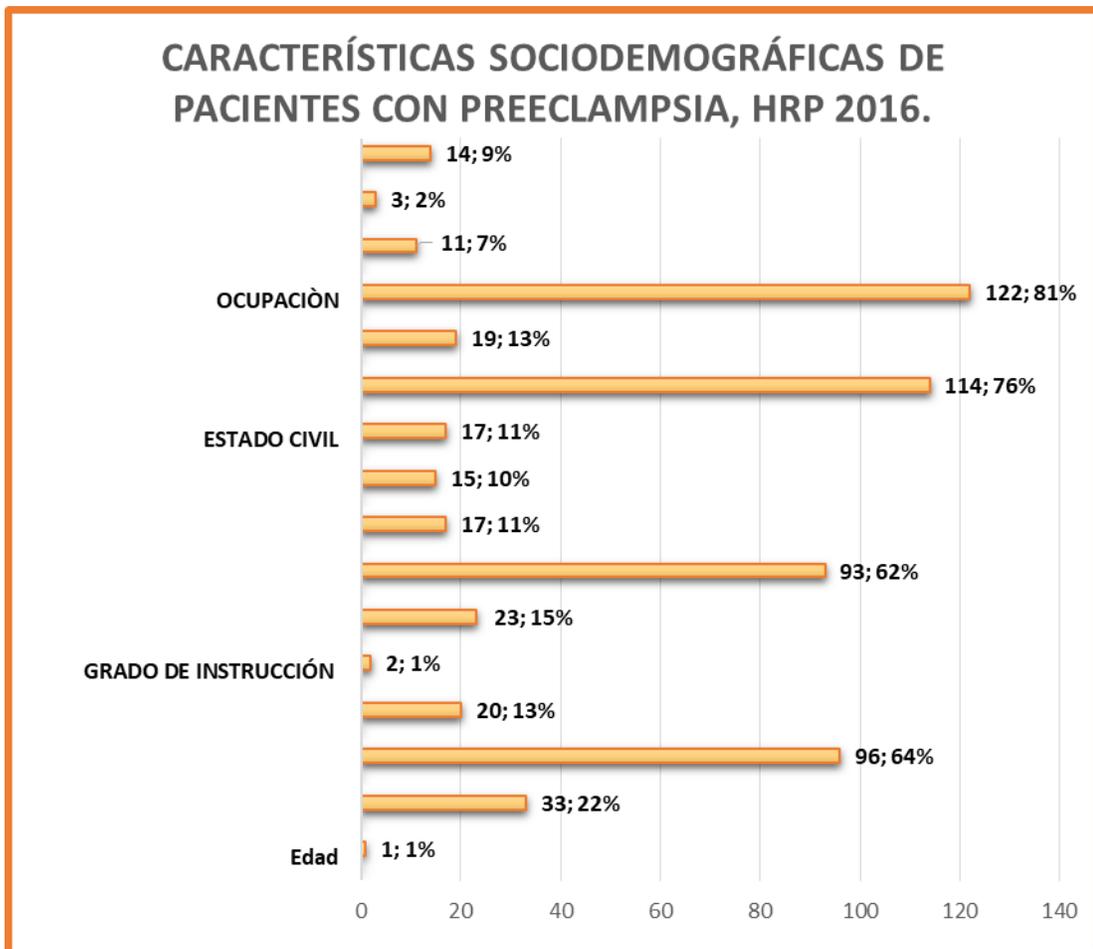
Indicador	Descripción	Frecuencia	%
Edad	< 15 años	1	1
	≥ 15 a 19 años	33	22
	20 a 34 años	96	64
	35 a 42 años	20	13
GRADO DE INSTRUCCIÓN	NINGUNA	2	1
	PRIMARIA	23	15
	SECUNDARIA	93	62
	SUP. NO UNIVERSITARIA	17	11
	SUP.UNIVERSITARIA	15	10
ESTADO CIVIL	CASADA	17	11
	CONVIVIENTE	114	76
	SOLTERA	19	13
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	122	81
	DEPENDIENTE	11	7
	INDEPENDIENTE	3	2
	ESTUDIANTE	14	9

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 64% de las pacientes del estudio tienen entre 20 y 34 años de edad, el 23% fueron adolescentes. El 62% de las pacientes tiene grado de instrucción secundaria, el 76% refiere ser conviviente y el 81% refiere ser ama de casa.

Los resultados del estudio muestra similitud con el estudio realizado por Rivas, Guardado y Gonzales (2015) en la que se identificó que el 61.7% de las pacientes tienen entre 20 a 34 años de edad. El 51.7% de las pacientes cursaban grado de secundaria y el 45% refirieron ser convivientes.

GRÁFICO Nº 01



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

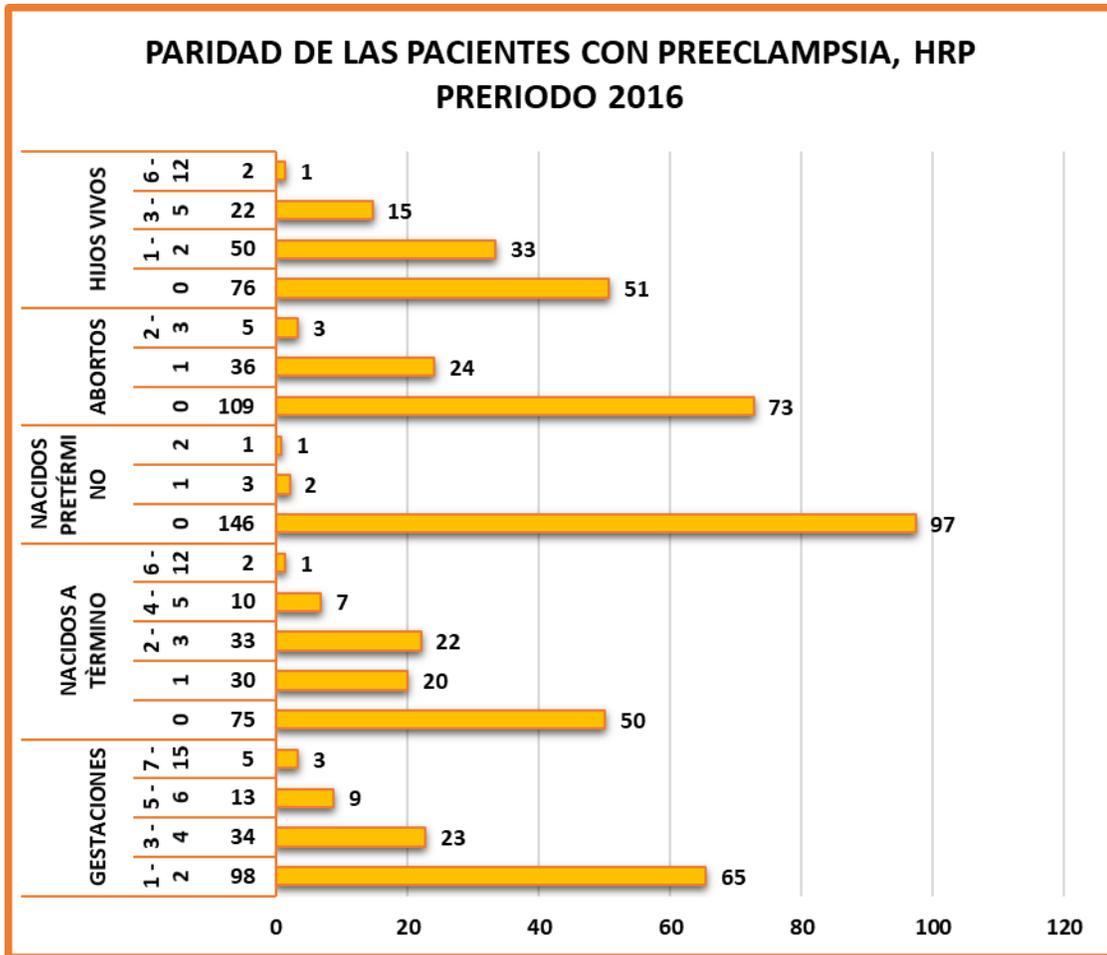
CUADRO Nº 02
CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTÈTRICAS - PARIDAD, PACIENTES CON
PREECLAMPSIA, HRP 2016

PARIDAD	Indicador	Frecuencia	%
GESTACIONES	1 – 2	98	65
	3 – 4	34	23
	5 – 6	13	9
	7 – 15	5	3
NACIDOS A TÈRMINO	0	75	50
	1	30	20
	2 - 3	33	22
	4 - 5	10	7
	6 - 12	2	1
NACIDOS PRETÈRMINO	0	146	97
	1	3	2
	2	1	1
ABORTOS	0	109	73
	1	36	24
	2 - 3	5	3
HIJOS VIVOS	0	76	51
	1 – 2	50	33
	3 – 5	22	15
	6 – 12	2	1

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÒN Y ANÁLISIS: El 65% de las pacientes del estudio se encontraban en su primera o segunda gestaciòn, el 42% refiriò tener entre 1 a 3 hijos a tÈrmino. El 3% de las pacientes ha tenido uno o 2 partos pretÈrmino. El 24% ha tenido por lo menos un aborto. El 49% de la muestra ya tenìa hijos vivos antes de este ùltimo embarazo considerado en el estudio.

GRÁFICO Nº 02



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

TABLA N° 01
CARACTERISTICAS GINECO OBSTÈTRICAS – EDAD GESTACIONAL AL
INGRESO A HOSPITALIZACIÓN, PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP
2016

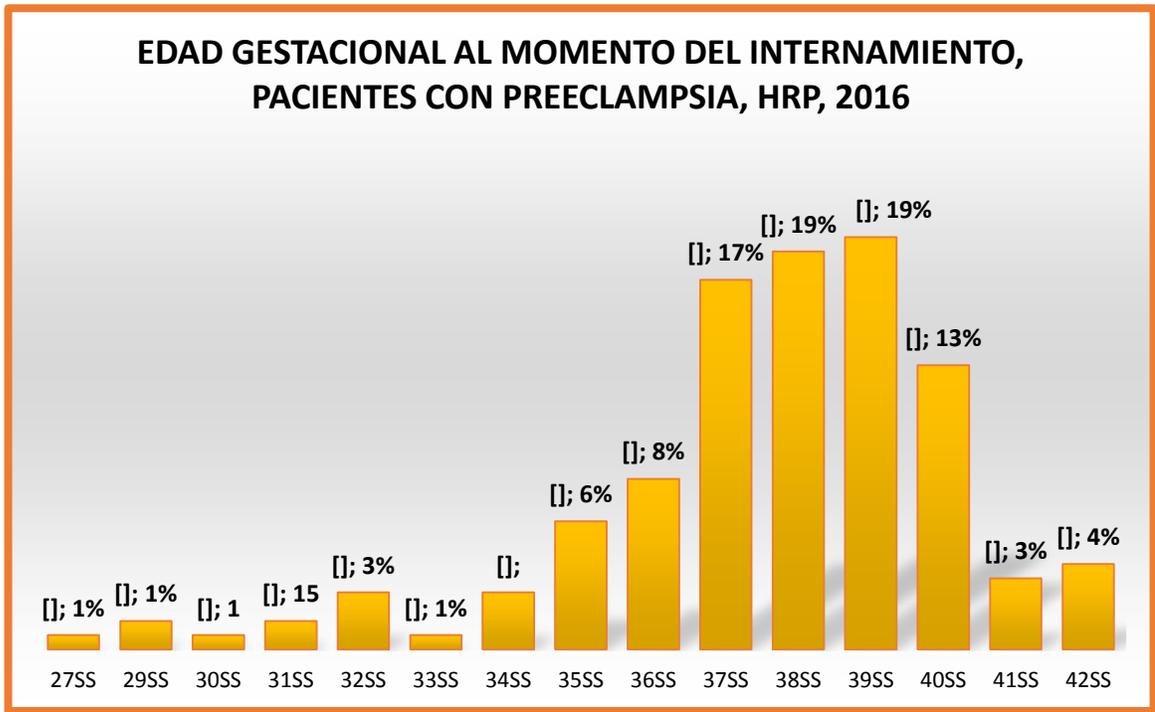
EG AL INGRESO	FRECUENCIA	%	EG AL INGRESO	FRECUENCIA	%
27SS	1	1	36SS	12	8
29SS	2	1	37SS	26	17
30SS	1	1	38SS	28	19
31SS	2	1	39SS	29	19
32SS	4	3	40SS	20	13
33SS	1	1	41SS	5	3
34SS	4	3	42SS	6	4
35SS	9	6		126	83
	24	17	TOTAL	150	100

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: En el 25% de los casos la Preeclampsia se manifestó antes de las 37 semanas, momento en el que ocurrió la emergencia, el 68% de los casos se presentaron entre las 37 y 40 ss, y en un 7% la Preeclampsia se dio paralelamente en el embarazo prolongado.

Los resultados del estudio muestran similitud con el estudio realizado por Arellano Haro (2012) en la que se identificó que el 70% de las gestaciones fueron a término; como también en el estudio de Rivas, Guardado y Gonzales(2015) muestra un resultado en el estudio que el 73.3% de las pacientes tenían un embarazo pretérmino.

GRÁFICO N° 03



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

TABLA N° 02

CARACTERISTICAS GINECO OBSTÈTRICAS – ANTECEDENTES PATOLÒGICOS, PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP 2016

ANTECEDENTES PATOLOGICOS	FRECUENCIA	%
ABORTO HABITUAL	1	1
ALERG. A MEDICAMENTOS	2	1
AMEU X ABORTO(CPU)	2	1
ANT. ITU	1	1
CARDIOPATIA	1	1
CEFALEA X ACCIDENTE	1	1
CESAREA ANTERIOR	15	10
CIRG. PELV. UTERINA	6	4
DIABETES	2	1
ISOINMUNIZACION RHESUS	1	1
ITS	1	1
LU X ABORTO(CPU)	16	11
PREECLAMPSIA	11	7
PREECLAMPSIA SEVERA	2	1
ECLAMPSIA	1	1
PREMATURIDAD	2	1
EMBARAZO GEMELAR	1	1
DPP	1	1
TBC PULMONAR	1	1
NINGUNO	99	66
	167	

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACION Y ANÁLISIS: El 66% de los casos no presentó antecedentes patológicos según su tarjeta de atenciones prenatales. El 9% ya tenía antecedente de haber presentado Preeclampsia y Eclampsia en embarazo anterior.

CUADRO N° 03

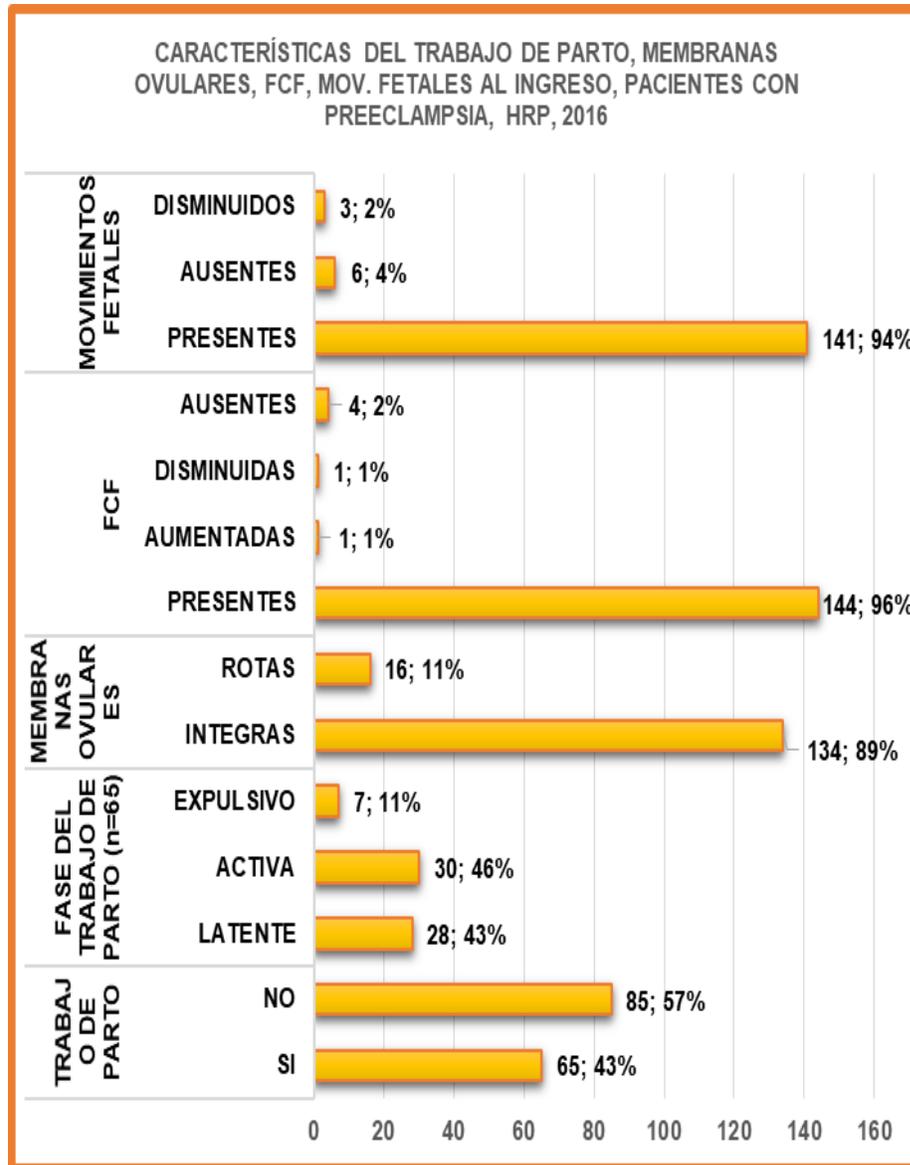
CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTÈTRICAS – AL INICIO DE LA ATENCIÒN DE EMERGENCIA, PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP 2016

INDICADOR	DESCRIPCION	FRECUENCIA	%
TRABAJO DE PARTO	SI	65	43
	NO	85	57
MEMBRANAS OVULARES	INTEGRAS	134	89
	ROTAS	16	11
FCF	PRESENTES	144	96
	AUMENTADAS	1	1
	DISMINUIDAS	1	1
	AUSENTES	4	2
MOVIMIENTOS FETALES	PRESENTES	141	94
	AUSENTES	6	4
	DISMINUIDOS	3	2
FASE DEL TRABAJO DE PARTO (n=65)	LATENTE	28	43
	ACTIVA	30	46
	EXPULSIVO	7	11

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÒN Y ANÁLISIS: El 57% de los casos no se encontraba en trabajo de parto, 16 de los casos (11%) ingresaron con evidente pérdida de líquido amniótico. En el 98% de los casos se evidenció Frecuencia cardíaca fetal, 4 de los casos ya eran óbitos. El 4% de los casos no presentaban movimientos fetales (6 casos) y 2 casos referían disminución de movimientos fetales.

GRÁFICO Nº 04



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO Nº 04

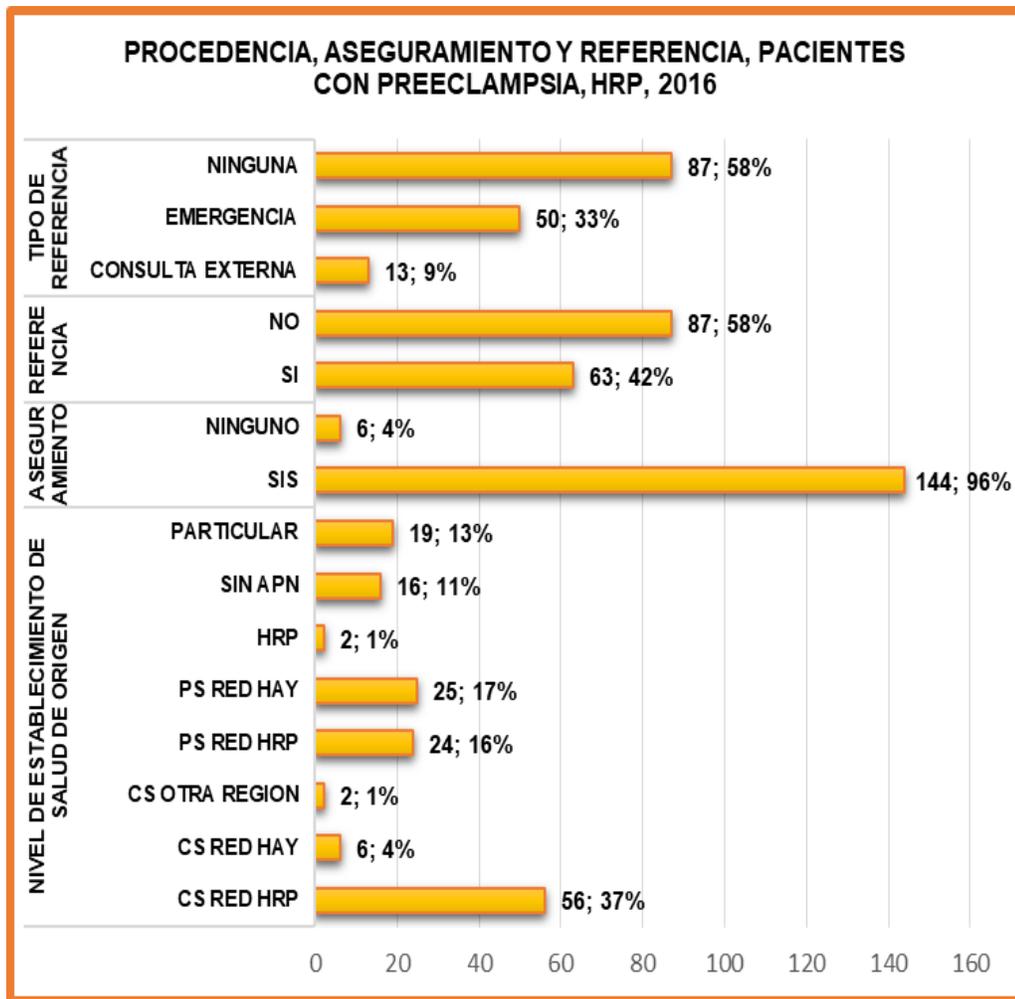
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD, PACIENTES HOSPITALIZADAS POR PREECLAMPSIA, HRP, 2016

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	%
NIVEL DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE ORIGEN	CS RED HRP	56	37
	CS RED HAY	6	4
	CS OTRA REGION	2	1
	PS RED HRP	24	16
	PS RED HAY	25	17
	HRO	2	1
	SIN APN	16	11
	PARTICULAR	19	13
ASEGURAMIENTO	SIS	144	96
	NINGUNO	6	4
REFERENCIA	SI	63	42
	NO	87	58
TIPO DE REFERENCIA	CONSULTA EXTERNA	13	9
	EMERGENCIA	50	33
	NINGUNA	87	58

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 54% de los casos procedía de los establecimientos de salud de nivel I de la Red referencial de Hospital Regional de Pucallpa, el 11% no tenían atenciones prenatales, El 21% procedían de la red del Hospital Amazónico. Un 13% procedían de atenciones particulares. El 96% de las pacientes contaban con Seguro Integral de Salud SIS, lo que significa que dichas pacientes son adscritas a los establecimientos de salud y que cumpliendo con la política de estado, los hospitales de nivel II no tienen población adscrita y son solo referenciales y resolutivos, mas no preventivos. Así mismo el 42% de los casos acudió o llegó con referencia de su establecimiento de salud de origen.

GRÁFICO Nº 05



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

TABLA N° 03

CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD, CUMPLIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRENATAL, PACIENTES HOSPITALIZADAS POR PREECLAMPSIA, HRP, 2016

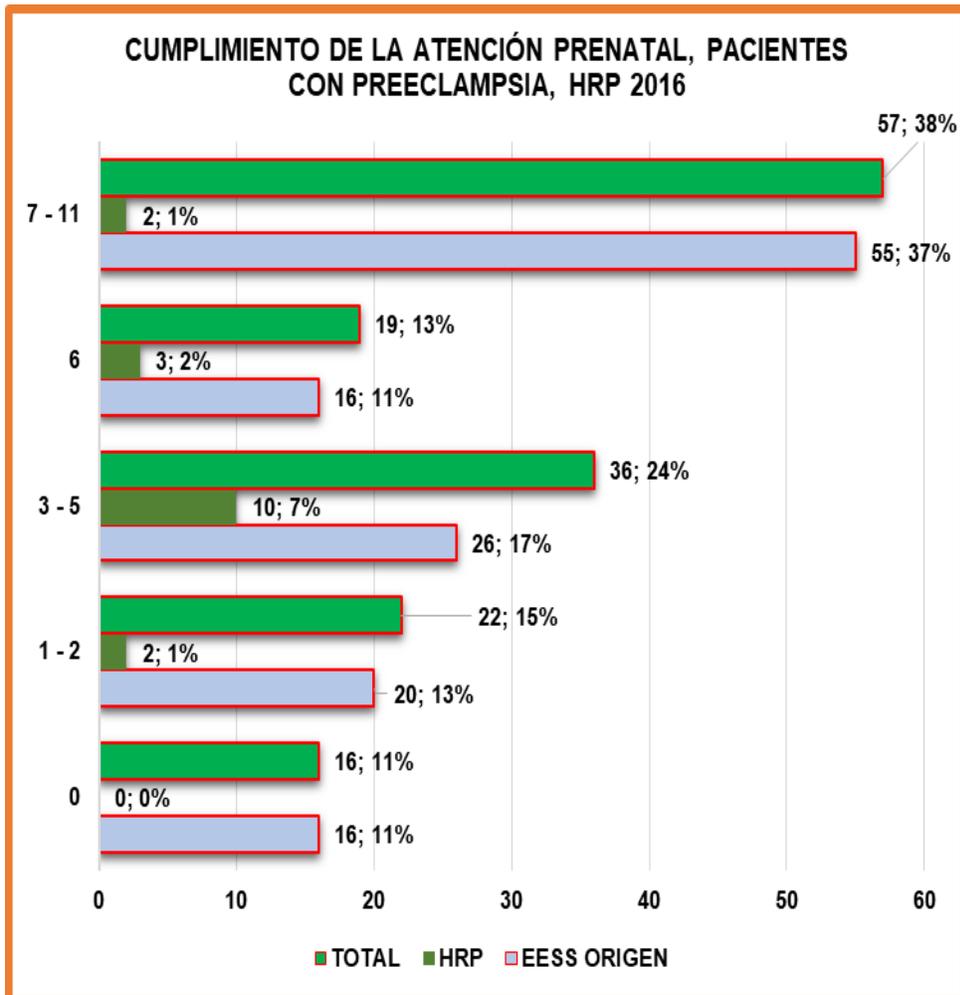
N° APN	EESS ORIGEN	%	HRP	%	TOTAL	%
0	16	11	0	0	16	11
1 – 2	20	13	2	1	22	15
3 – 5	26	17	10	6	36	24
6	16	11	3	2	19	13
7 - 11	55	37	2	1	57	38
TOTAL	133	89	17	11	150	100

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 11% de las pacientes del estudio no tenían atención prenatal, el 13% tenían 1 a 2 atenciones en su establecimiento de salud de origen. El 48% de las pacientes tenían entre 6 a más controles en su establecimiento de salud de origen, el cual se encuentra dentro del 51%, que habían cumplido con 6 a más atenciones en total entre el establecimiento de origen y el Hospital Regional de Pucallpa.

Los resultados muestran similitud con el estudio de Arellano Haro (Ecuador-2012) que el 60% se realizó más de 5 atenciones prenatales de las pacientes en estudio.

GRÁFICO Nº 06



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

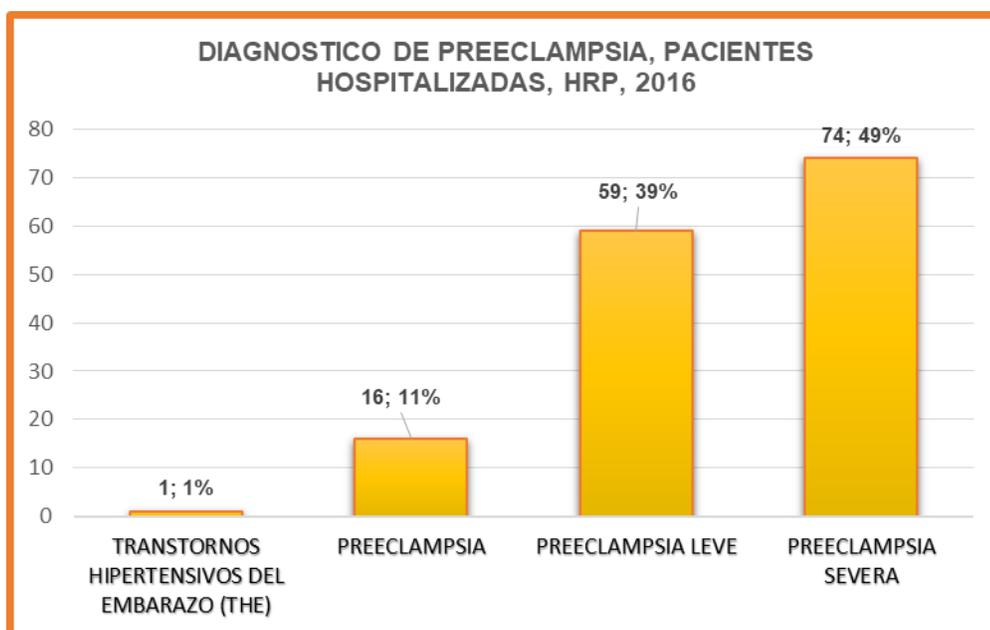
TABLA Nº 04
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD, DIAGNÓSTICO DE
PREECLAMPSIA, PACIENTES HOSPITALIZADAS POR PREECLAMPSIA,
HRP, 2016

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	%
TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO (THE)	1	1
PREECLAMPSIA	16	11
PREECLAMPSIA LEVE	59	39
PREECLAMPSIA SEVERA	74	49
TOTAL	150	100

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 49% de la muestra tiene como diagnóstico Preeclampsia Severa y el 39% lo tiene como Preeclampsia leve, en la muestra se observan 16 casos solo como Preeclampsia y 1 caso como Trastorno Hipertensivo del Embarazo.

GRÁFICO Nº 07



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

TABLA Nº 05
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DE SALUD, DIAGNÓSTICOS
ADICIONALES A LA PREECLAMPSIA, PACIENTES HOSPITALIZADAS POR
PREECLAMPSIA, HRP, 2016

DIAGNÓSTICOS ADICIONALES	FRECUENCIA	%	DIAGNÓSTICOS ADICIONALES	FRECUENCIA	%
AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	3	2	HIPOACTIVIDAD FETAL	1	1
ANASARCA	2	1	PELVIS LIMITE	2	1
ANEMIA SEVERA	1	1	POLIHIDRAMNIOS	1	1
EMBARAZO GEMELAR	3	2	OLIGOAMNIOS SEVERO X ECOG.	1	1
CESAREADA ANTERIOR	10	7	MACROSOMIA FETAL	1	1
CIRCULAR SIMPLE X ECOG./DIST. FUNICULAR SIMPLE	3	2	MALFORMACION CONGENITA	1	1
EMB.PROLONGADO	6	4	MICROCEFALIA X ECOG.	1	1
EXPULSIVO PROLONGADO	1	1	RCIU	1	1
PARTO PREMATURO	3	2	PIC	2	1
INFECCION DEL TRACTO URINARIO	17	11	PIL	1	1
OBITO FETAL	4	3	SEPSIS	1	1
PODALICO	3	2	SINDOME FEBRIL AGA	1	1
RPM 1 HORA	3	2	EPISTAXIS	1	1
RPM 3 A 24 HORAS	8	5	ARO X EDAD Y NO CPN	5	3
RPM PROLONGADO	3	2	ARO X PIC	2	1
SFA	6	4	ARO X EDAD, PARIDAD	2	1
DPP	2	1	D/C MACROSOMIA	1	1
DIABETES	3	2	D/C RPM PROLONGADO	1	1
ICP	3	2	D/C ITU	1	1
MANIPULACION POR EMPIRICA	2	1	D/C RCIU	1	1
HIPERDINAMIA UTERINA	1	1	D/C SINDROME DE HELLP	1	1
HIPODINAMIA UTERINA	1	1		29	
	88		TOTAL	117	

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: La presente tabla, muestra otros diagnósticos que las pacientes presentaron a parte de la Preeclampsia y de la fase del parto con la que ingresaron al servicio de Gineco Obstetricia. Los porcentajes de las patologías son homogéneos, luego de la ITU con 11% y de cesareada anterior con 7%.

CUADRO N° 05

MANEJO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR PREECLAMPSIA, HRP, 2016

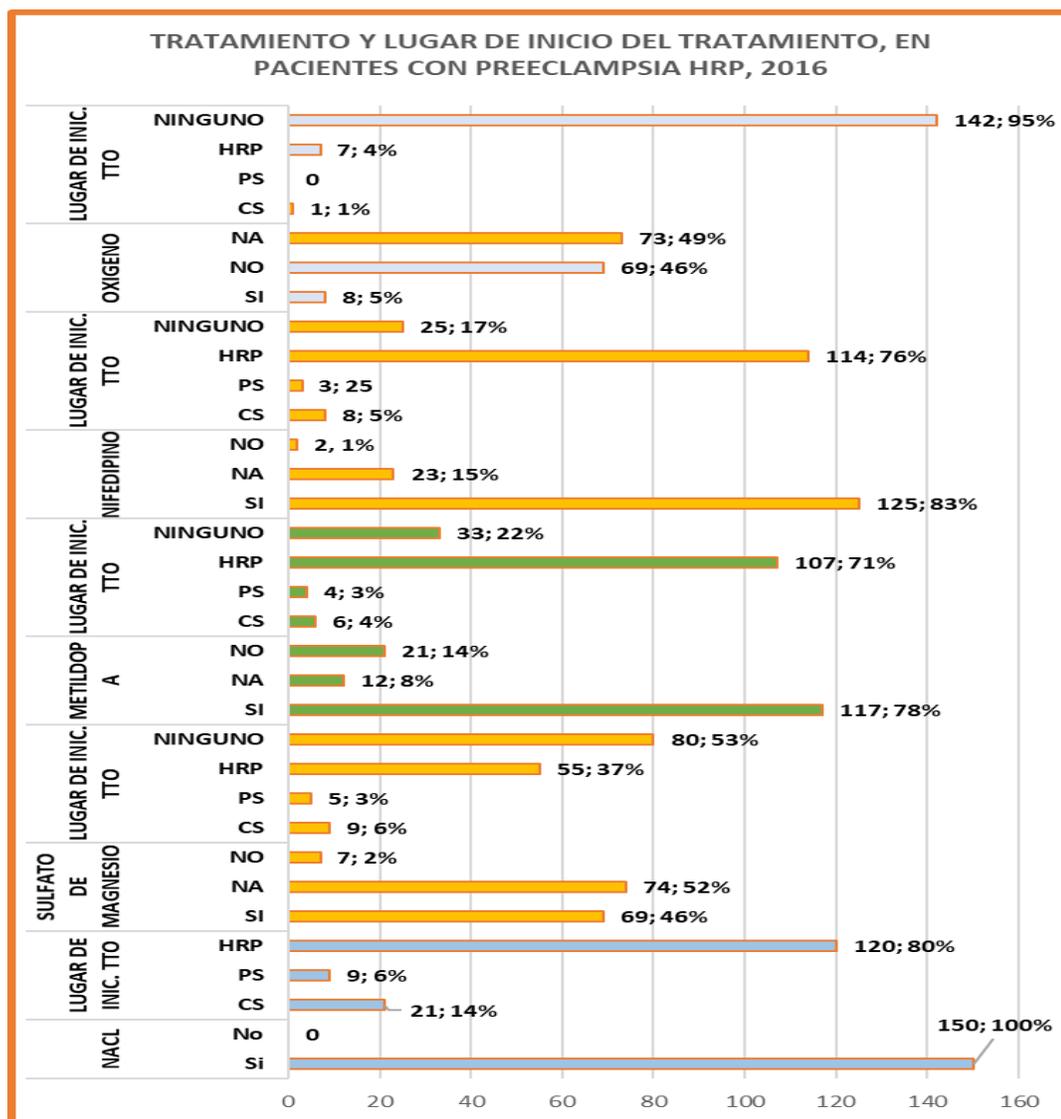
TRATAMIENTO		N°	%	INICIO DE TRATAMIENTO	N°	%
NACL	Si	150	100	CS	21	14
	No	0	0	PS	9	6
	TOTAL	150	100	HRP	120	80
SULFATO DE MAGNESIO	SI	69	46	CS	9	6
	NA	78	52	PS	6	3
	NO	3	2	HRP	55	37
	TOTAL	150	100	NINGUNO	81	53
METILDOPA	SI	117	78	CS	6	4
	NA	12	8	PS	4	3
	NO	21	14	HRP	107	71
	TOTAL	150	100	NINGUNO	33	22
NIFEDIPINO	SI	125	83	CS	8	5
	NA	23	15	PS	3	2
	NO	2	1	HRP	114	76
	TOTAL	150	100	NINGUNO	25	17
OXIGENO	SI	8	5	CS	1	1
	NA	73	49	PS	0	0
	NO	69	46	HRP	7	5
	TOTAL	150	100	NINGUNO	142	95

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 80% de las pacientes iniciaron vía con cloruro de sodio en la emergencia del hospital, el 46% de las pacientes fueron tratadas con Sulfato de Magnesio, para el 52% el tratamiento no era necesario según criterio médico y presencia o no de signos premonitorios, la metildopa fue administrada en el 78% de los casos y el Nifedipino en el 83%, el oxígeno fue necesario en solo el 5% de los casos (8 pacientes). La mayoría de los tratamientos fueron iniciados en la emergencia del hospital.

Los resultados del estudio de Rivas, Guardado y Gonzales (2015) se contrasta con el estudio de investigación, ya que se observó que el fármaco que se utilizó en mayor porcentaje fue la hidralazina 75% seguido del nifedipino con un 26.7% y por último el labetalol con menor porcentaje del 25%. Del total de las pacientes se observó que solo el 46.7% se les indico sulfato de magnesio

GRÁFICO N° 08



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 06

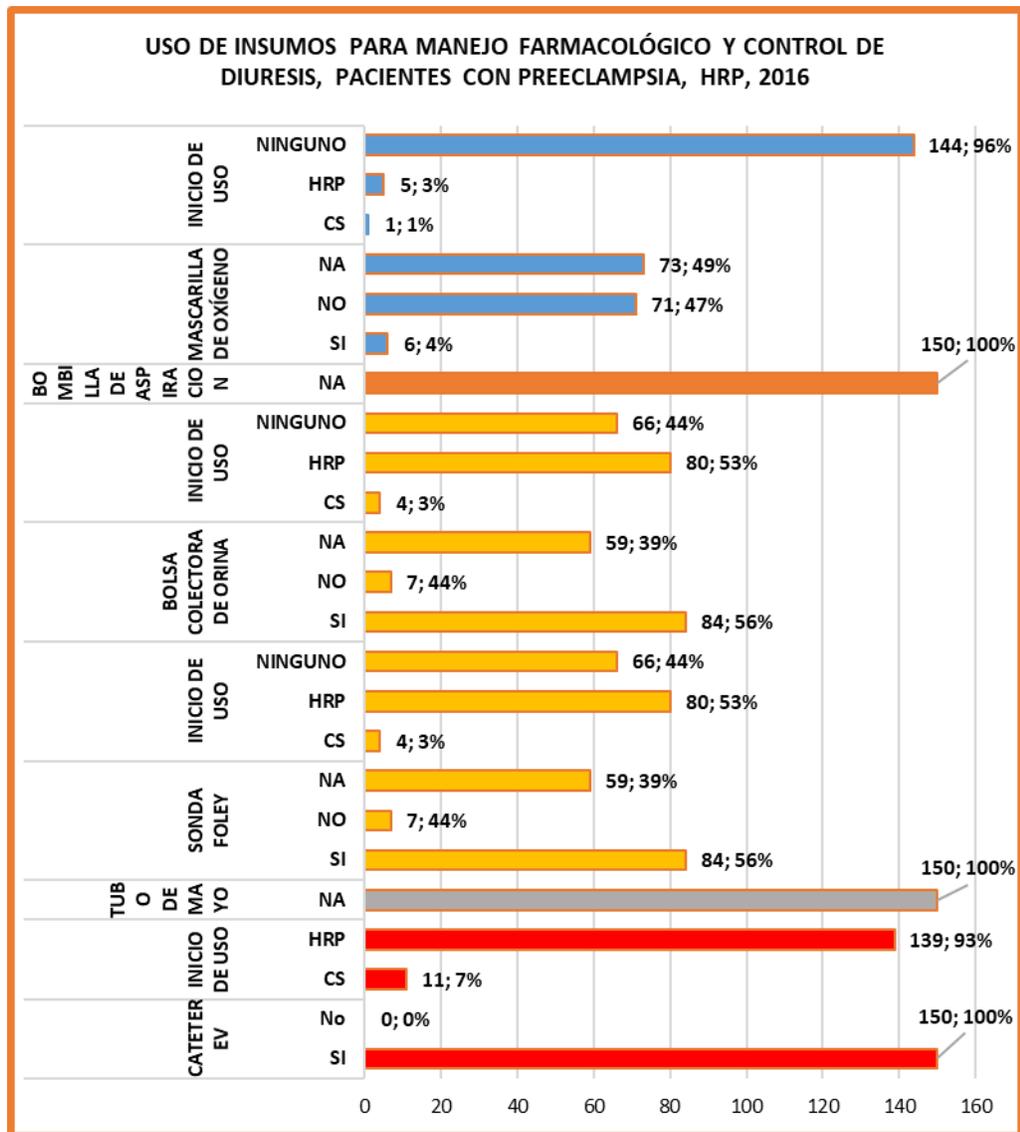
INSUMOS PARA EL MANEJO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR PREECLAMPSIA, HRP, 2016

USO INSUMOS CLAVE AZUL		FRECUENCIA	%	INICIO DE USO DE INSUMOS	FRECUENCIA	%
CATETER EV	SI	150	100	CS	11	7
	No	0	0	HRP	139	93
TUBO DE MAYO	NA	150	100	NINGUNO	150	100
SONDA FOLEY	SI	84	56	CS	4	3
	NO	7	5	PS	0	0
	NA	59	39	HRP	80	53
	TOTAL	150	100	NINGUNO	66	44
BOLSA COLECTORA DE ORINA	SI	84	56	CS	4	3
	NO	7	5	PS	0	0
	NA	59	39	HRP	80	53
	TOTAL	150	100	NINGUNO	66	44
BONBILLA DE ASPIRACIÓN	NA	150	100	NINGUNO	150	100
MASCARILLA DE OXÍGENO	SI	6	4	CS	1	1
	NO	71	47	HRP	5	3
	NA	73	49	NINGUNO	144	96
	TOTAL	150	100			

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 93% de las pacientes tuvieron cateterización endovenosa en el hospital, es probable que un 13% además del 80% que iniciaron cloruro de sodio en el hospital, estuvieron con vías obstruidas al llegar a la emergencia, la misma que tuvo que cambiarse, el 56% han requerido de sonda Foley, un 3% (4 casos) ya habían llegado al hospital con sonda Foley, juntamente con bolsa colectora de orina, 6 de los 8 casos que utilizaron oxígeno usaron mascarilla, uno de los casos vino con mascarilla y oxígeno desde su establecimiento de origen.

GRÁFICO N° 09



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 07

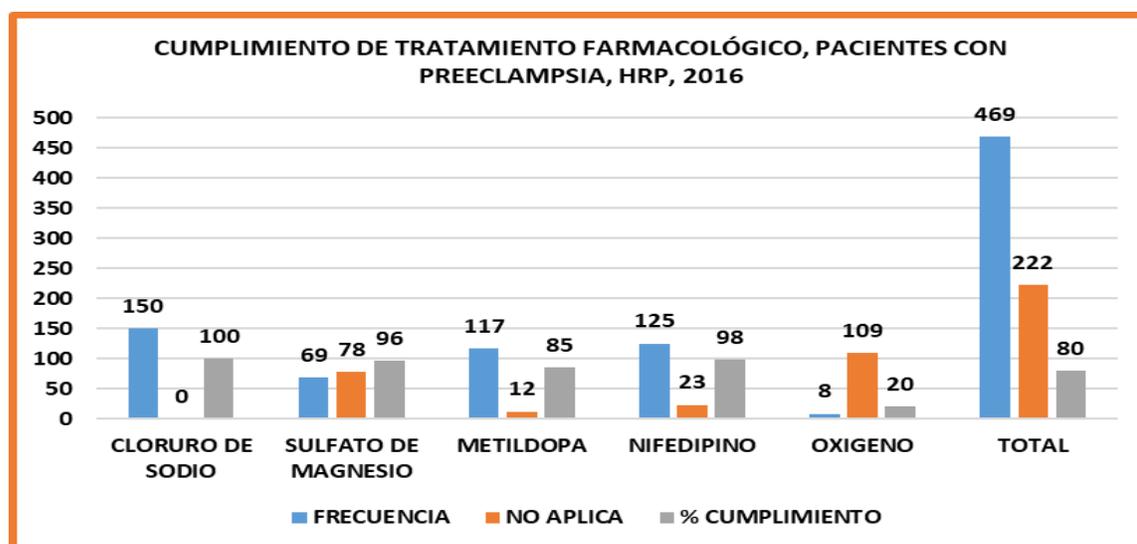
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR PREECLAMPSIA, HRP, 2016

MEDICAMENTO	APLICABLE EN	FRECUENCIA	% CUMPLIMIENTO
CLORURO DE SODIO	150	150	100
SULFATO DE MAGNESIO	72	69	96
METILDOPA	138	117	85
NIFEDIPINO	127	125	98
OXIGENO	41	8	20
			80

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 100% de las pacientes tuvieron vía con cloruro de sodio, el 96% de las pacientes que debían recibir sulfato de magnesio lo recibieron, el 85% de las pacientes que debían recibir metildopa recibieron dicho medicamento antihipertensivo, el 98% de las pacientes que debieron recibir nifedipino, lo recibieron, y el oxígeno se cumplió en 20%: Finalmente el cumplimiento del tratamiento se cumplió en 80%

GRÁFICO N° 10



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

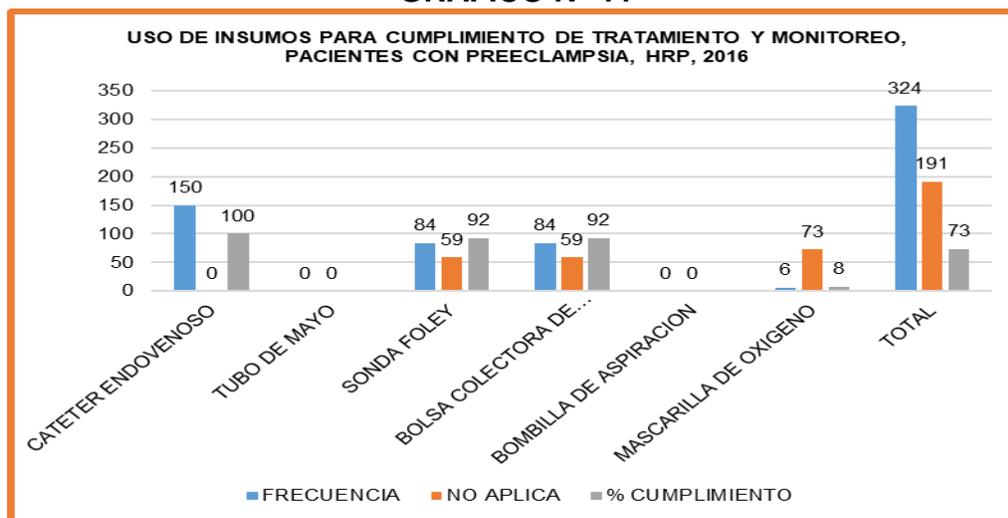
CUADRO N° 08
USO DE INSUMOS PARA CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO Y MONITOREO
EN PACIENTES HOSPITALIZADAS POR PREECLAMPSIA, HRP, 2016

INSUMO	FRECUENCIA	NO APLICA	% CUMPLIMIENTO
CATETER ENDOVENOSO	150	0	100
TUBO DE MAYO	0	0	
SONDA FOLEY	84	59	92
BOLSA COLECTORA DE ORINA	84	59	92
BOMBILLA DE ASPIRACION	0	0	
MASCARILLA DE OXIGENO	6	73	8
TOTAL	324	191	73

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 100% de las pacientes tuvieron catéter endovenoso, el 92% de las pacientes requerían de sonda Foley según la historia clínica, juntamente con la bolsa colectora de orina. La mascarilla para oxígeno se utilizó en un 8% según los registros en Historia Clínica, y al considerar que el tubo de mayo y la bombilla de aspiración como no aplicable debido a que ninguno de los casos lo requirió, se tiene un cumplimiento de 73% para el caso de los insumos de la clave azul específicos para la Preeclampsia según la gravedad de los casos.

GRÁFICO N° 11



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 09
EXAMENES DE LABORATORIO PREQUIRÚRGICOS, PACIENTES CON
PREECLAMPSIA, HRP, 2016

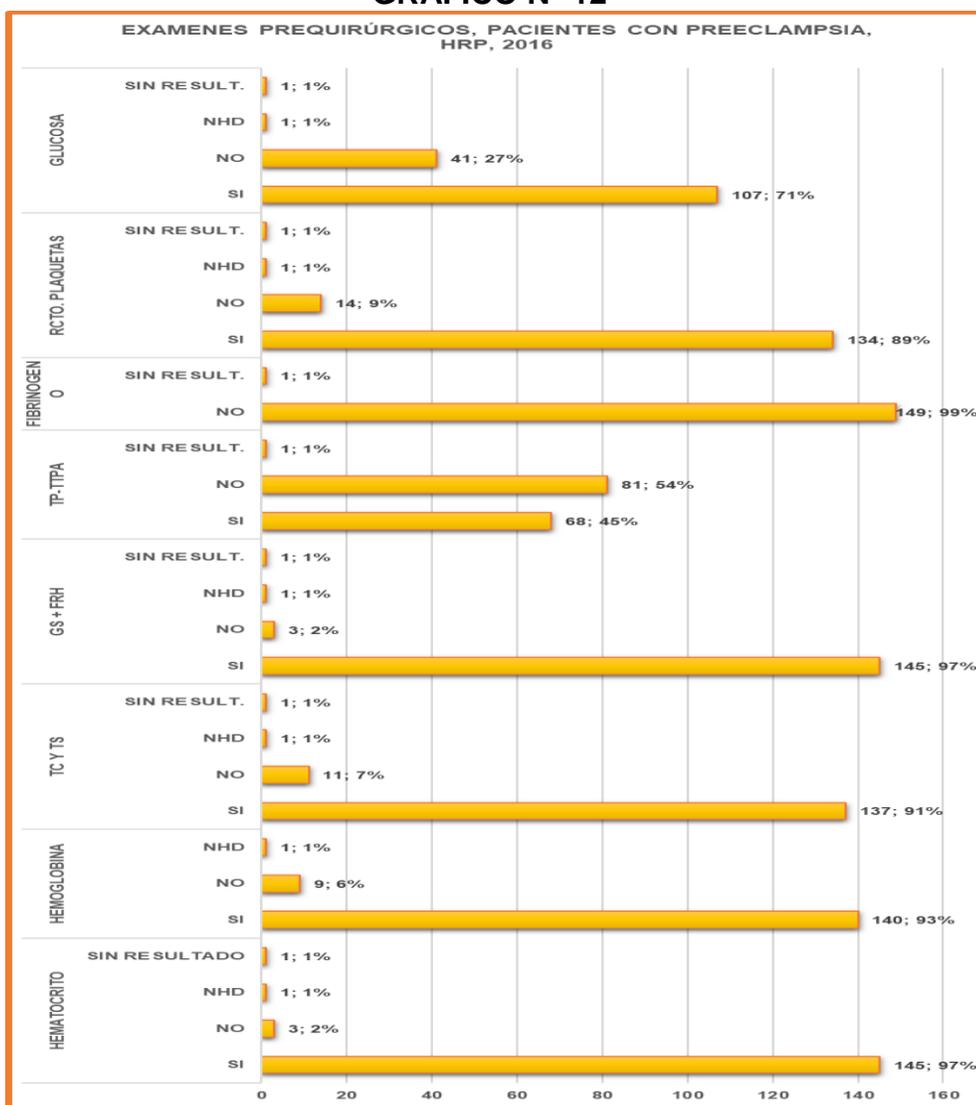
EXAMEN DE LABORATORIO		FERCUENCIA	%	DONDE INICIO EL EXAMEN	FRECUENCIA	%
HEMATOCRITO	SI	145	97	CS	2	1
	NO	3	2	PS	3	2
	NHD	1	1	HRP	140	93
	SIN RESULT	1	1	NINGUNO	5	4
HEMOGLOBINA	SI	140	93	CS	3	2
	NO	9	6	PS	1	1
	NHD	1	1	HRP	136	91
	SIN RESULT	5	3	HAY	1	1
				NINGUNO	9	6
TC Y TS	SI	137	91	PS	1	1
	NO	11	7	HRP	136	91
	NHD	1	1	NINGUNO	13	9
	SIN RESULT	1	1			
GS + FRH	SI	145	97	PS	1	1
	NO	3	2	HRP	144	96
	NHD	1	1	NINGUNO	5	3
	SIN RESULT	1	1			
TP-TTPA	SI	68	45	HRP	68	45
	NO	81	54	NINGUNO	82	55
	SIN RESULT	1	1			
FIBRINOGENO	NO	149	99	HRP	0	0
	SIN RESULT	1	1	NINGUNO	0	0
RCTO. PLAQUETAS	SI	134	89	CS	1	1
	NO	14	9	PS	1	1
	NHD	1	1	HRP	132	88
	SIN RESULT	1	1	NINGUNO	16	11
GLUCOSA	SI	107	71	CS	1	1
	NO	41	27	HRP	108	72
	NHD	1	1	NINGUNO	41	27
	SIN RESULT	1	1			

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: En el caso de Preeclampsia todas las pacientes requieren de la batería de exámenes comprendida en la guía vigente,

aun así, hubo dificultades para que las pacientes cuenten con los exámenes al 100%. El 97% de las pacientes contó con hematocrito, el 93% con hemoglobina, el 91% con tiempo de coagulación y de sangría, el 97% contó con grupo sanguíneo y factor Rh, el 45% contó con tiempo de protrombina y tromboplastina, en ninguno de los casos se encontró resultado de fibrinógeno, el 89% contó con resultado de recuento de plaquetas y el 71% contó con examen de Glucosa. La mayoría de los exámenes se cumplieron en el hospital desde la atención de emergencia en un 87% de los casos.

GRÁFICO N° 12



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 10
EXAMENES DE LA FUNCIÓN RENAL, PACIENTES CON PREECLAMPSIA,
HRP, 2016

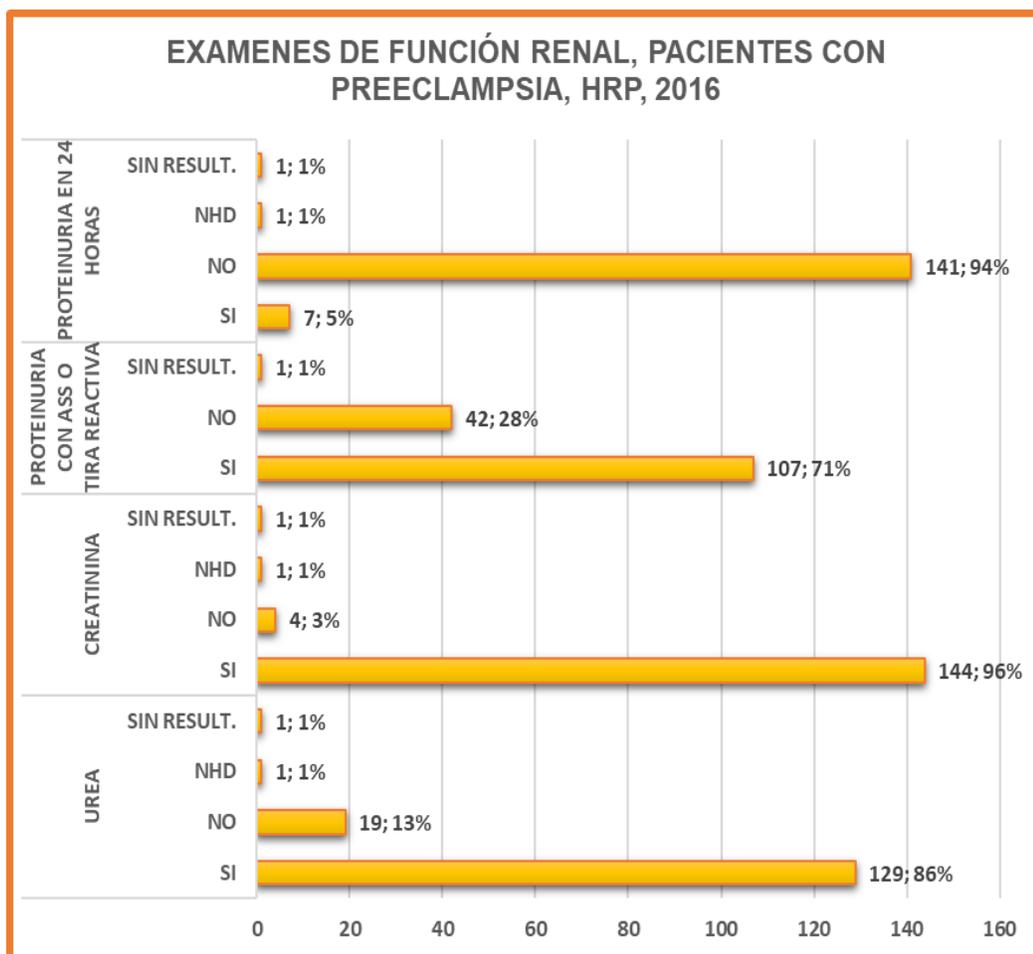
EXAMENES DE LA FUNCIÓN RENAL		FRECUENCIA	%
UREA	SI	129	86
	NO	19	13
	NHD	1	1
	SIN RESULT.	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	CS	1	1
	HRP	128	85
	NO	1	1
	NINGUNO	20	13
CREATININA	SI	144	96
	NO	4	3
	NHD	1	1
	SIN RESULT.	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	CS	1	1
	HRP	143	95
	NINGUNO	6	4
PROTEINURIA CON ASS O TIRA REACTIVA	SI	107	71
	NO	42	28
	SIN RESULT.	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	CS	3	2
	PS	1	1
	HRP	102	68
	NINGUNO	44	29
PROTEINURIA EN 24 HORAS	SI	7	5
	NO	141	94
	NHD	1	1
	SIN RESULT.	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	PS	1	1
	HRP	6	4
	NINGUNO	143	95

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: Los exámenes que representan la función renal, también deben cumplirse en el 100% de los casos con Preeclampsia. Así la

urea se cumplió en el 86%, el de creatinina se cumplió en un 96%, la proteinuria con ácido sulfo-salicílico en el 71%, la proteinuria en orina de 24 horas sólo en el 5% de los casos. Los exámenes se cumplieron mayormente en el hospital, pero sólo con el 44%, consecuencia del bajo cumplimiento en el examen de proteinuria.

GRÁFICO N° 13



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 11

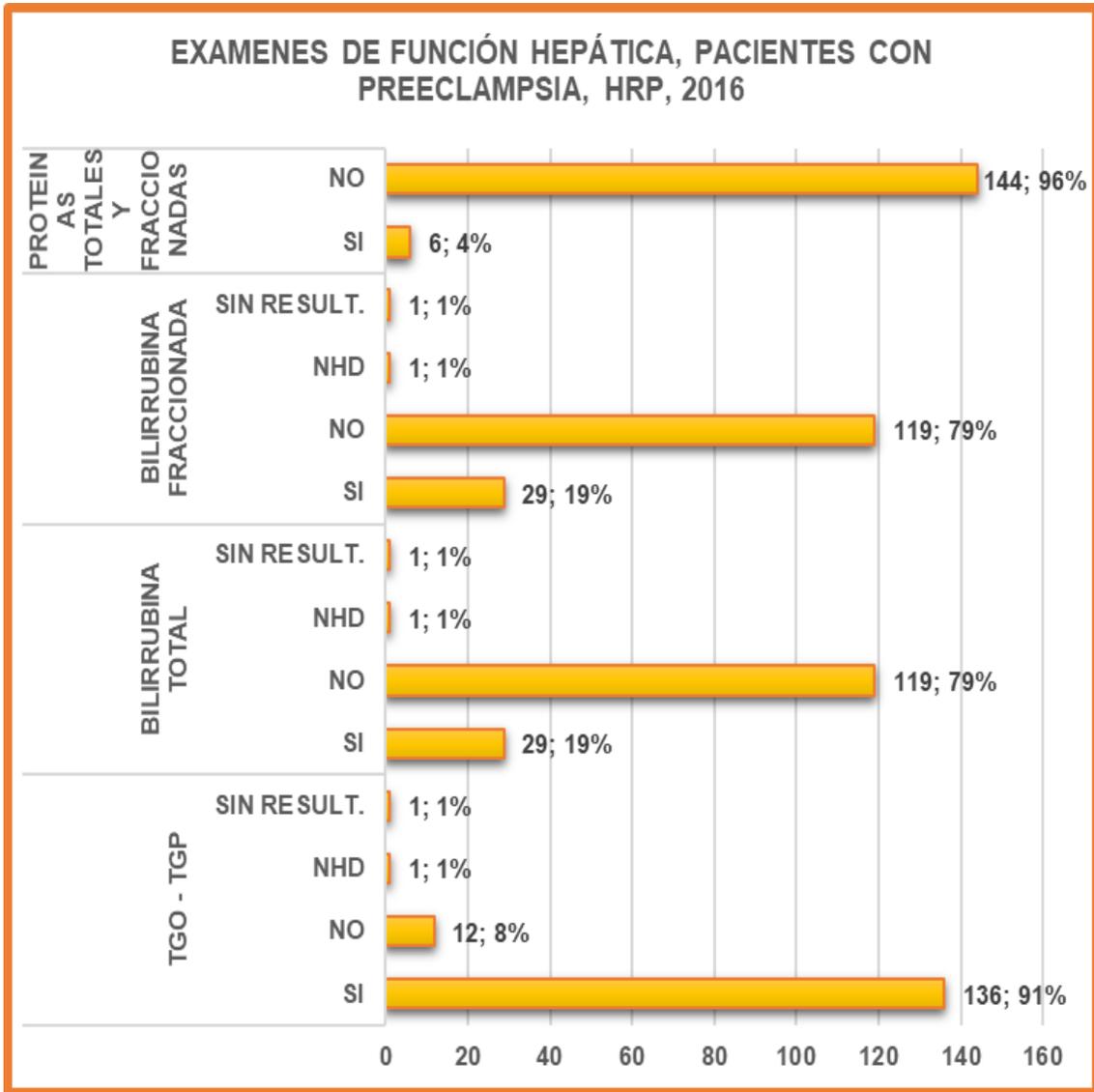
EXAMENES DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

EXAMENES DE PERFIL HEPÁTICO	FRECUENCIA	%	
TGO - TGP	SI	136	91
	NO	12	8
	NHD	1	1
	SIN RESULT.	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	CS	2	1
	PS	1	1
	HRP	133	89
	NINGUNO	14	9
BILIRRUBINA TOTAL	SI	29	19
	NO	119	79
	NHD	1	1
	SIN RESULT.	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	HRP	29	19
	NINGUNO	121	81
BILIRRUBINA FRACCIONADA	SI	29	19
	NO	119	79
	NHD	1	1
	SIN RESULT.	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	HRP	29	19
	NINGUNO	121	81
PROTEINAS TOTALES Y FRACCIONADAS	SI	6	4
	NO	144	96
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	HRP	6	4
	NINGUNO	144	96

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: Los exámenes que representan la función hepática, también deben cumplirse en el 100% de los casos con Preeclampsia. Así los exámenes de TGO y TGP se cumplieron en 91%, el de Bilirrubinas Total y Fraccionada se cumplió sólo en 19%, y el de proteínas totales y fraccionadas en 4%. Estos exámenes según el nivel de atención se cumplieron mayormente en el hospital, pero sólo con el 44%, como consecuencia del bajo cumplimiento en el examen de bilirrubinas y proteínas totales y fraccionadas.

GRÁFICO N° 14



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

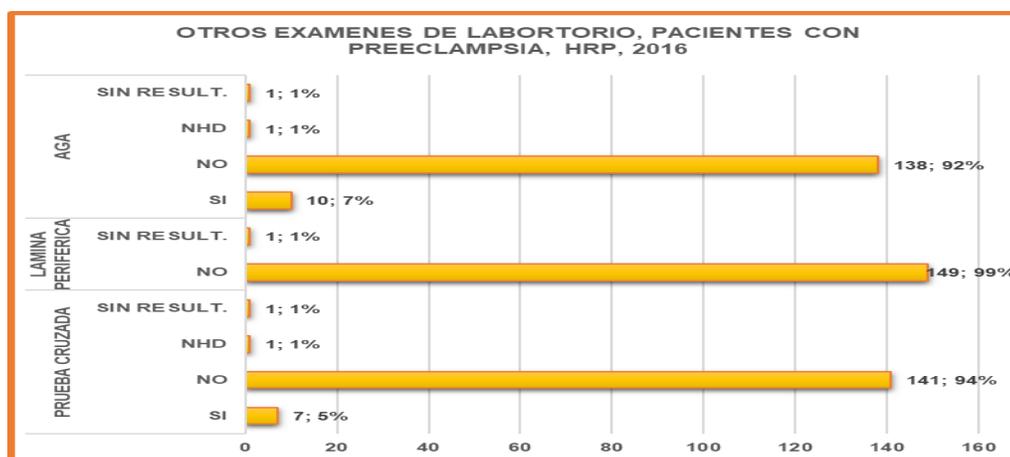
CUADRO N° 12
OTROS EXÁMENES DE LABORATORIO, PACIENTES CON PREECLAMPSIA,
HRP, 2016

EXÁMENES DE LABORATORIO		FRECUENCIA	%
PRUEBA CRUZADA	SI	7	5
	NO	141	94
	NHD	1	1
	SIN RESULT.	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	HRP	7	5
	NINGUNO	143	95
LAMINA PERIFERICA	NO	149	99
	SIN RESULT.	1	1
AGA	SI	10	7
	NO	138	92
	NHD	1	1
	SIN RESULT.	1	1

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: Los exámenes de pruebas cruzadas, en el caso de necesitar transfusión sanguínea, que, por acuerdo regional para la prevención de muertes maternas, sólo se cumplió en 5%. Para el caso de lámina periférica, debido a que no hubo mayores complicaciones se considera No Aplica. El examen de gases arteriales se realizó sólo en el 7% coincidente con los casos que necesitaron cuidados intensivos, el 93% restante se considera como No Aplica.

GRÁFICO N° 15



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

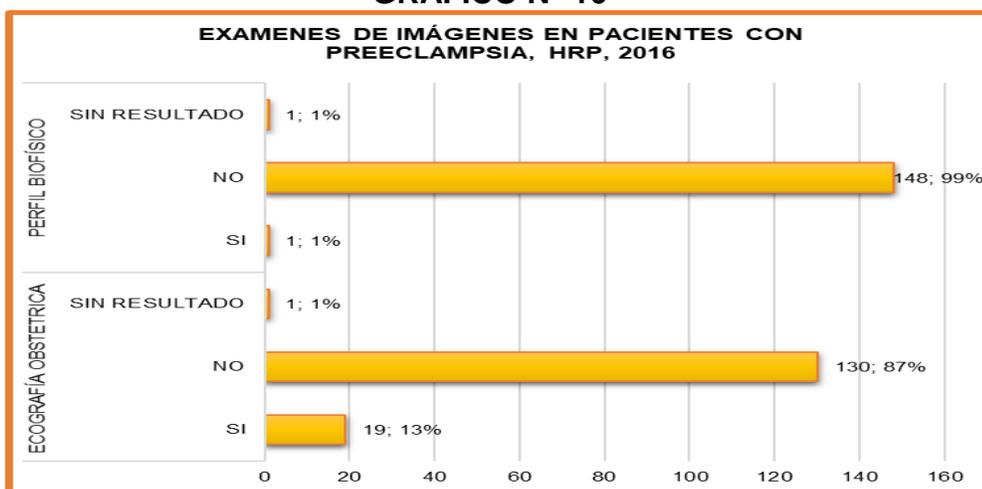
CUADRO N° 13
EXÁMENES DE IMÁGENES, PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

EXAMENES DE IMÁGENES		FRECUENCIA	%
ECOGRAFÍA OBSTETRICA	SI	19	13
	NO	130	87
	SIN RESULTADO	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	CS	1	1
	PS	2	1
	HRP	15	10
	NINGUNO	132	88
PERFIL BIOFÍSICO	SI	1	1
	NO	148	99
	SIN RESULTADO	1	1
LUGAR DONDE SE SOLICITÓ AL INICIO	HRP	1	1
	NINGUNO	149	99

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: Los exámenes de Imágenes, son parte del monitoreo materno fetal de emergencia en el caso de la Preeclampsia. Para el caso de ecografía obstétrica de emergencia sólo se ha cumplido en un 13%. Considerando que el manejo incluye la atención rápida, el resto de ecografías se considera No aplica, así mismo para el caso del perfil biofísico, se considera como No aplica ya que es un examen que se realiza en 30 minutos mínimo.

GRÁFICO N° 16



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 14

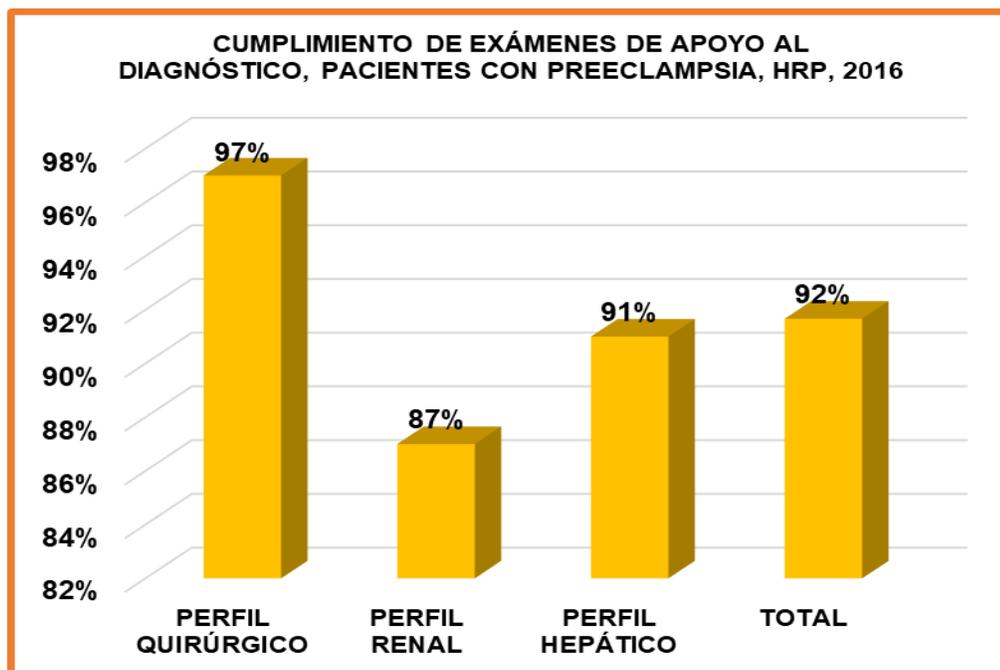
CUMPLIMIENTO DE EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO, PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

EXÁMENES DE APOYO AL DX	% CUMPLIMIENTO
PERFIL QUIRÚRGICO	97%
PERFIL RENAL	87%
PERFIL HEPÁTICA	91%
OTROS EXÁMENES	4% NA
EXÁMENES DE IMÁGENES	7% NA
TOTAL	92%

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: Los exámenes de apoyo al diagnóstico, se cumplieron en un 92%, si no se considera los exámenes que no se realizaron en forma rutinaria, por tratarse de atención de emergencia. El perfil quirúrgico que se realiza en emergencia antes del ingreso a sala de operaciones, o sala de partos se cumplió en el 97%, los exámenes del perfil renal en 87% y el de perfil hepático en 91%.

GRÁFICO N° 17



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 15

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DESDE EMERGENCIA HASTA EL ALTA DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

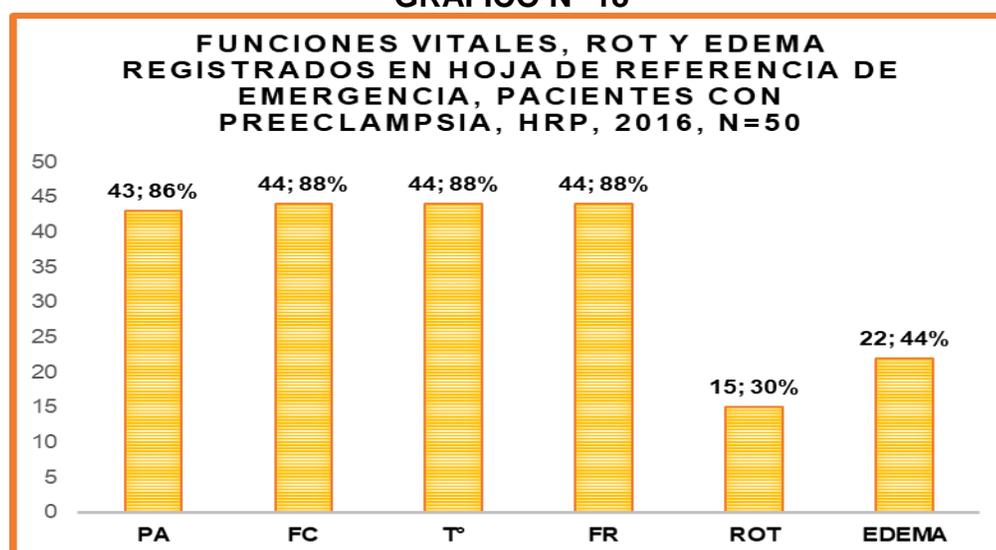
FV, ROT Y EDEMA, EN HOJA DE REFERENCIA EMERGENCIA n=50
(33% de la muestra)

FUNCIONES VITALES	FRECUENCIA	%
PRESIÓN ARTERIAL	43	86
FRECUENCIA CARDIACA	44	88
TEMPERATURA	44	88
FRECUENCIA RESPIRATORIA	44	88
REFLEJO OSTEOTENDINOSO	15	30
EDEMA	22	44

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: 50 pacientes de la muestra de estudio, ingresaron por emergencia con referencia de emergencia. En la hoja de referencia el 86% trae registro de presión arterial, el 88% trae registro de frecuencia cardiaca, temperatura, frecuencia respiratoria, sólo el 30% trae evaluación de reflejo osteo-tendinoso y el 44% de edema.

GRÁFICO N° 18



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 16

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DESDE EMERGENCIA HASTA EL ALTA DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

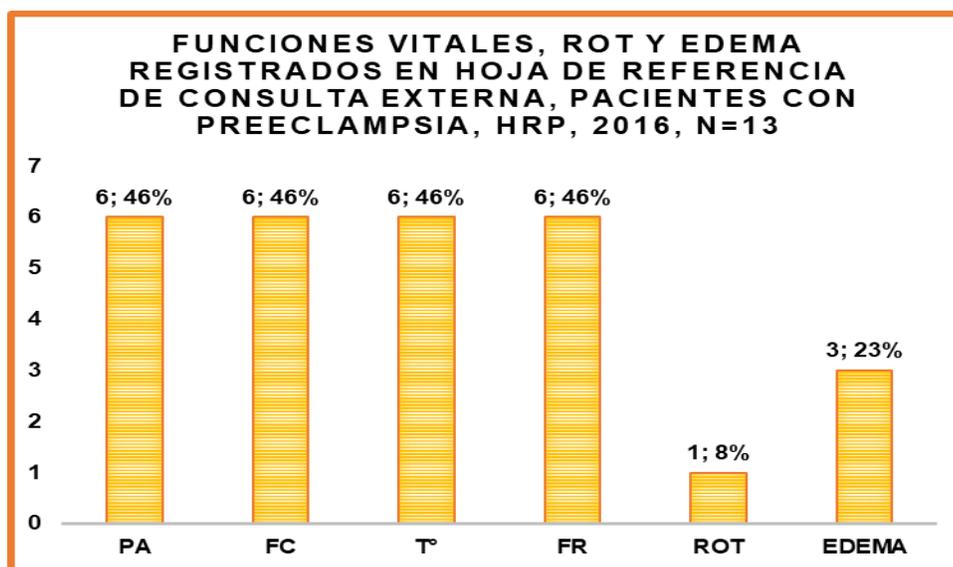
FV, ROT Y EDEMA, EN HOJA DE REFERENCIA DE CONSULTA EXTERNA
n=13 (9% de la muestra de estudio)

FUNCIONES VITALES	FRECUENCIA	%
PRESIÓN ARTERIAL	6	46
FRECUENCIA CARDIACA	6	46
TEMPERATURA	6	46
FRECUENCIA RESPIRATORIA	6	46
REFLEJO OSTEOTENDINOSO	1	8
EDEMA	3	23

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: 13 pacientes de la muestra de estudio, ingresaron por consulta externa, que acudieron con referencia desde su establecimiento de origen. En la hoja de referencia el 46% trae registro de presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria. Sólo el 8% trae evaluación de reflejo osteo-tendinoso y el 23% de edema.

GRÁFICO N° 19



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 17

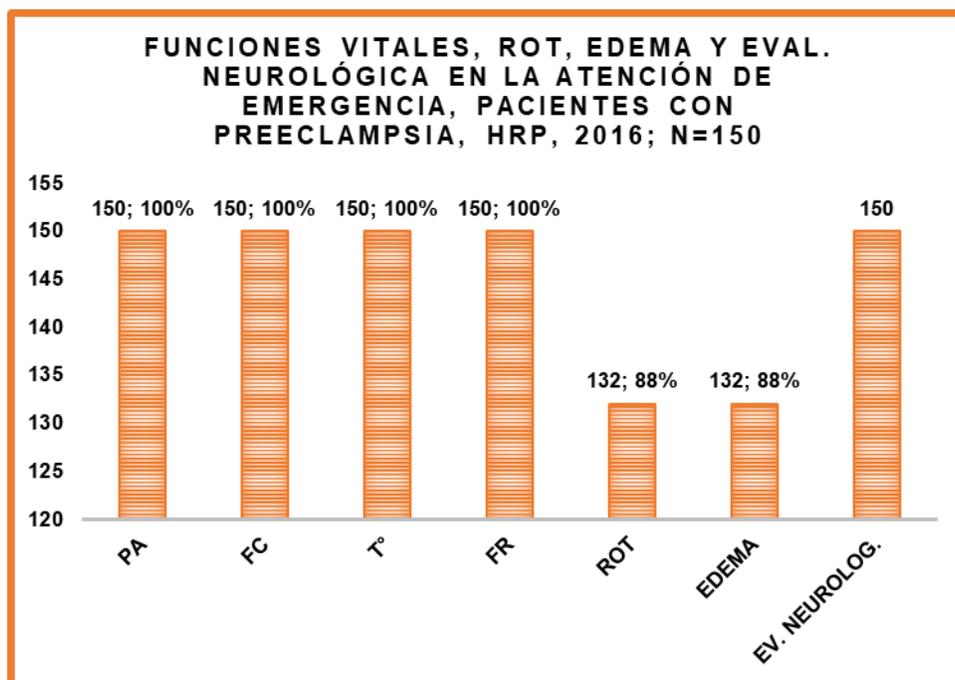
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DESDE EMERGENCIA HASTA EL ALTA DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

FV, ROT, EDEMA Y EV. NEUROLOGICA, EN ATENCIÓN DE EMERGENCIA n=150		
FUNCIONES VITALES	FRECUENCIA	%
PRESIÓN ARTERIAL	150	100
FRECUENCIA CARDIACA	150	100
TEMPERATURA	150	100
FRECUENCIA RESPIRATORIA	150	100
REFLEJO OSTEOTENDINOSO	132	88
EDEMA	132	88
EVALUACIÓN DEL ESTADO NEUROLOGICO	150	100

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El total de las pacientes del estudio, que ingresaron por emergencia fueron evaluadas en sus funciones vitales y evaluación neurológica, el 88% de los registros muestran la evaluación del reflejo osteo-tendinoso y edema.

GRÁFICO N° 20



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 18

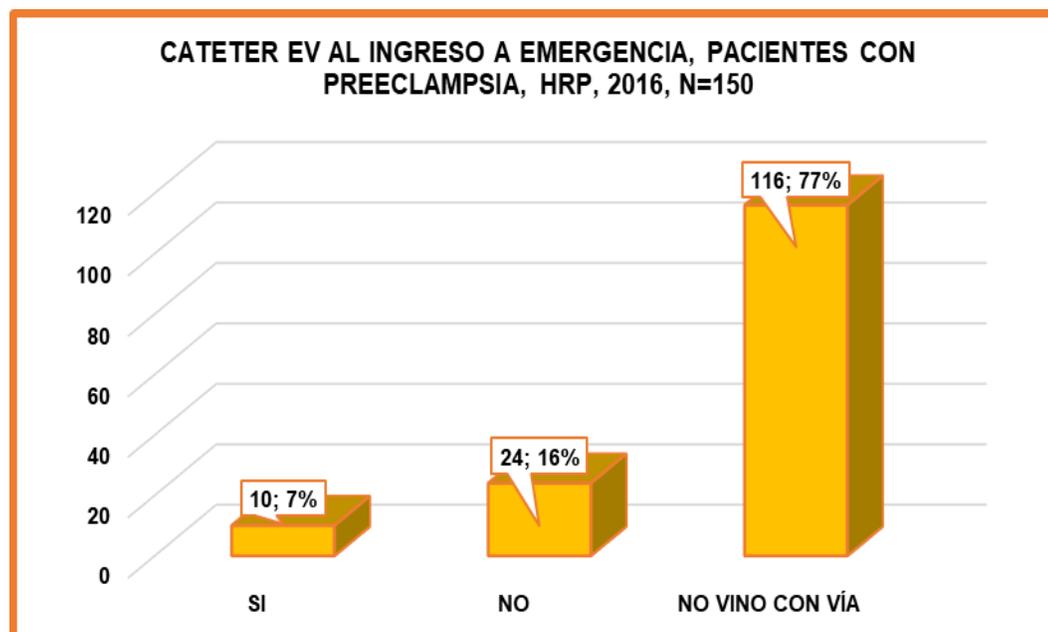
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DESDE EMERGENCIA HASTA EL ALTA DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

CATETER ENDOVENOSO PERMEABLE AL INGRESO A EMERGENCIA	FRECUENCIA	%
SI LLEGO CON CATETER PERMEABLE	10	7
NO LLEGÓ CON CATETER PERMEABLE	24	16
NO VINO CON CATETER, SE LE COLOCÓ EN EMERGENCIA DEL HRP	116	77
TOTAL	150	100

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: Al 77% de las pacientes se le colocó el catéter endovenoso en emergencia del hospital, 10 pacientes llegaron referidas y con vía permeable (7%), 24 pacientes llegaron con vía, pero obstruida, a pesar de haber sido referidas con personal de salud del establecimiento de origen, teniendo que colocarles una nueva vía en emergencia.

GRÁFICO N° 21



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 19

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS DESDE EMERGENCIA HASTA EL ALTA DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

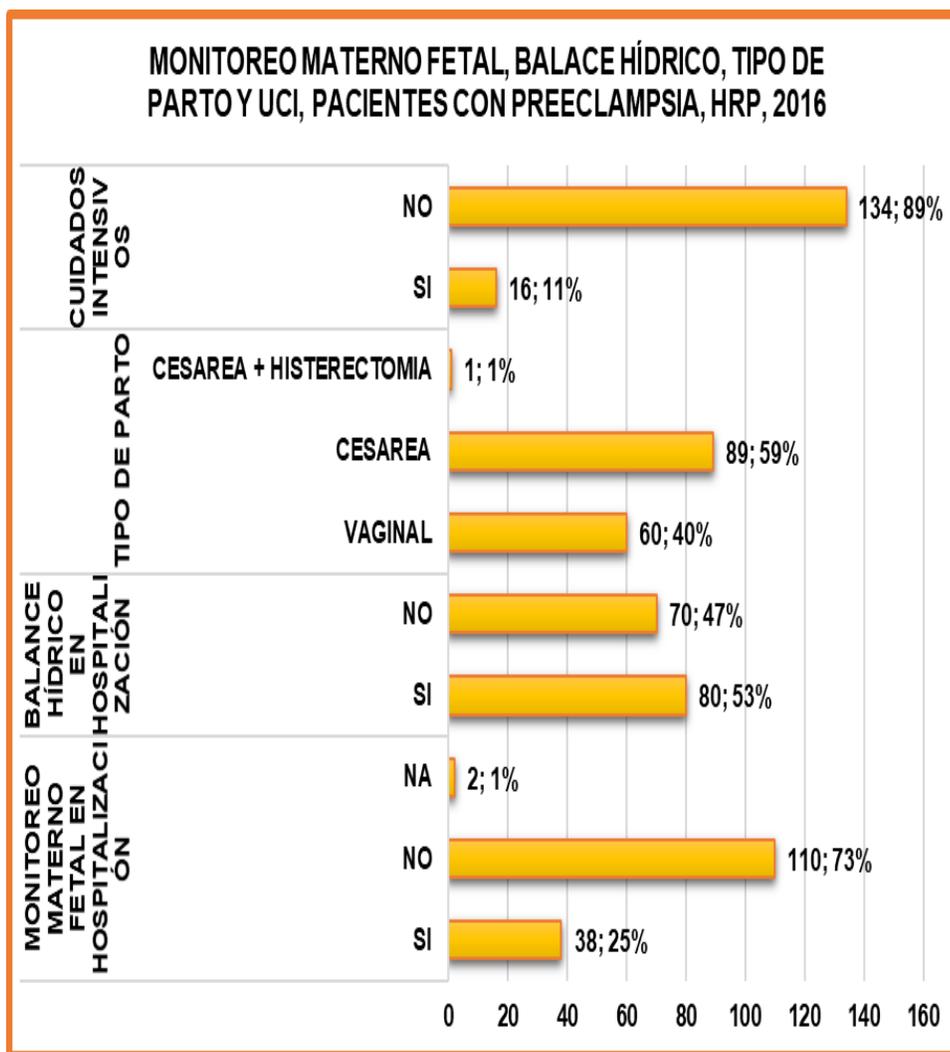
MONITOREO MATERNO FETAL, BALANCE HÍDRICO, TIPO DE PARTO, CUIDADOS INTENSIVOS		FRECUENCIA	%
MONITOREO MATERNO FETAL EN HOSPITALIZACION	SI	38	25
	NO	110	73
	NA	2	1
BALANCE HÍDRICO EN HOSPITALIZACION	SI	80	53
	NO	70	47
TIPO DE PARTO	VAGINAL	60	40
	CESAREA	89	59
	CESAREA + HISTERECTOMIA	1	1
CUIDADOS INTENSIVOS	SI	16	11
	NO	134	89

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 100% de los casos termina en parto, 59% en cesárea, un caso termina en histerectomía, el 49% termina en parto vaginal. El 73% de los casos que figura sin monitoreo materno fetal en la historia clínica se debió al ingreso inmediato a sala de operaciones o sala de parto, el 53% cuenta con datos de balance hídrico, y el 11% requirió de cuidados intensivos.

Los resultados del estudio muestran similitud con el estudio de Medina Gallegos (2010), ya que la vía de nacimiento fue cesárea con 96,4%, y parto vaginal con 3,6%.

GRÁFICO N° 22



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 20

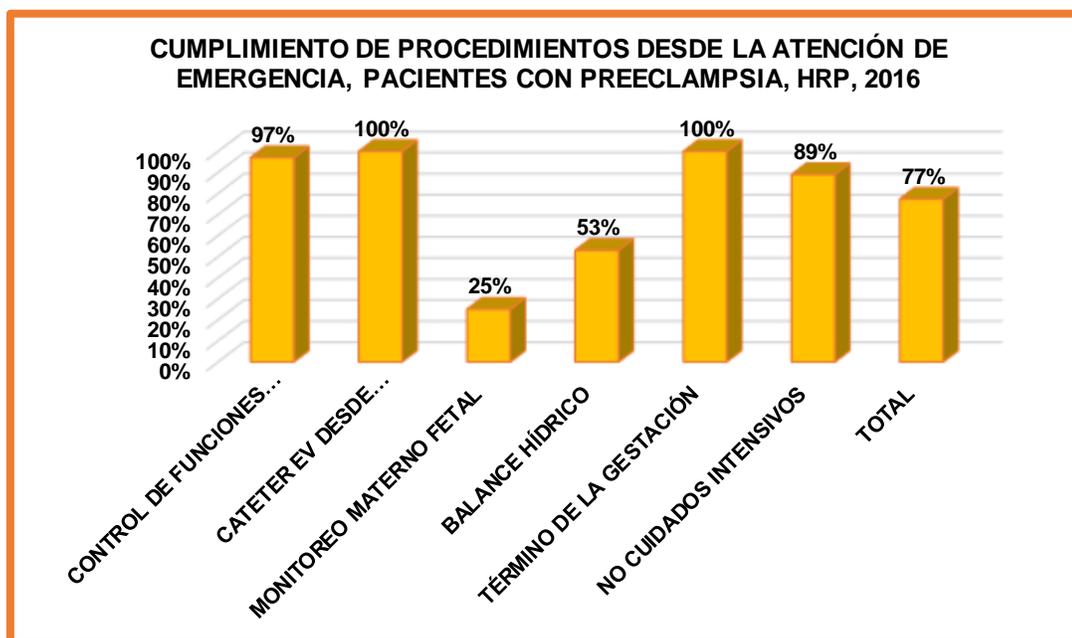
CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS, PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

PROCEDIMIENTOS	% CUMPLIMIENTO
CONTROL DE FUNCIONES VITALES EMERGENCIA	97%
CATETER EV DESDE EMEGENCIA	100%
MONITOREO MATERNO FETAL	25%
BALANCE HÍDRICO	53%
TÉRMINO DE LA GESTACIÓN	100%
NO CUIDADOS INTENSIVOS (Hospitalización)	89%
TOTAL	77%

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: Los procedimientos que se realizan durante la atención de emergencia, en las pacientes con Preeclampsia, se cumplieron en un 77%. Las pacientes no necesitaron cuidados intensivos en un 89%.

GRÁFICO N° 23



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

CUADRO N° 21

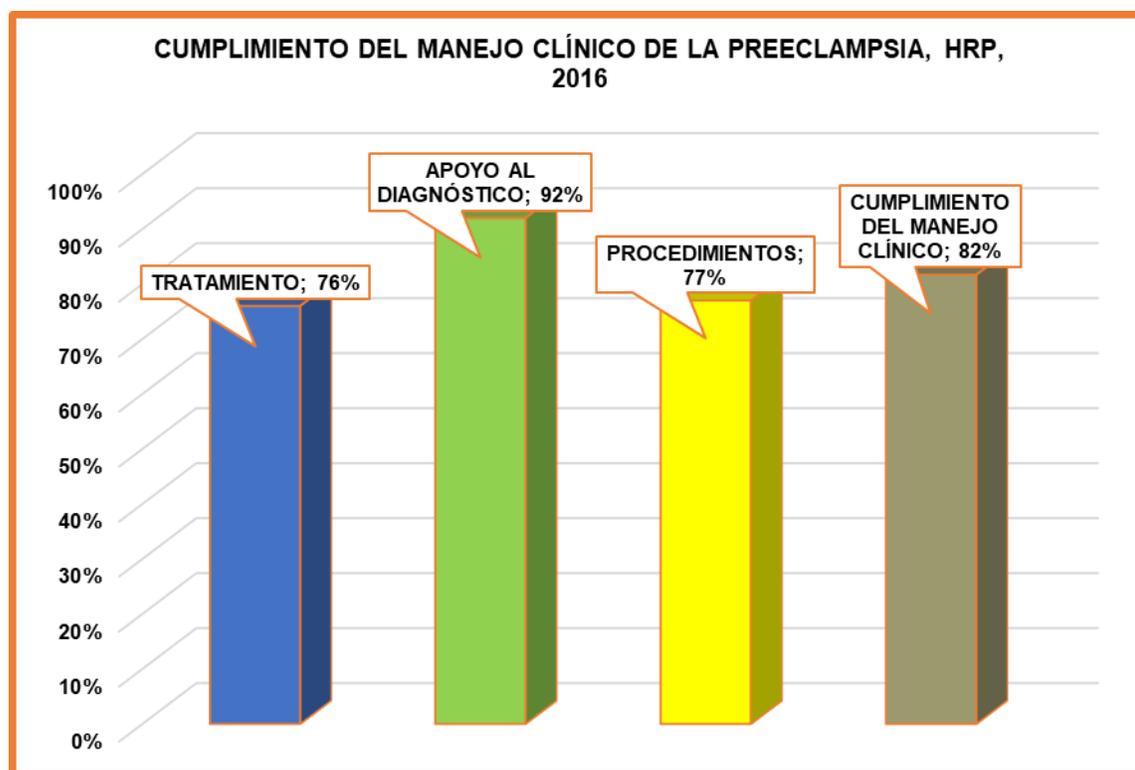
CUMPLIMIENTO DE MANEJO CLÍNICO, PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

MANEJO CLÍNICO	% CUMPLIMIENTO
TRATAMIENTO	76%
APOYO AL DIAGNÓSTICO	92%
PROCEDIMIENTOS	77%
CUMPLIMIENTO DEL MANEJO CLÍNICO	82%

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El cumplimiento del manejo clínico de la Preeclampsia en el Hospital Regional de Pucallpa se dio en un 82%. El tratamiento se cumplió en 76%, los exámenes de apoyo al diagnóstico se cumplieron en 87% y los procedimientos en 77%.

GRÁFICO N° 24



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

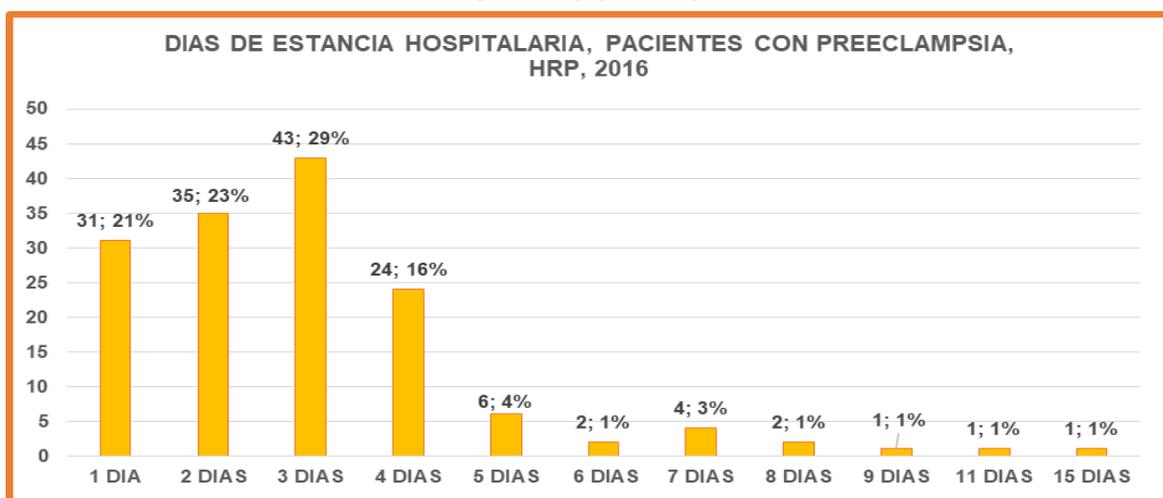
TABLA N° 06
ESTANCIA HOSPITALARIA, PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

DIAS DE HOSPITALIZACIÓN MATERNA	FRECUENCIA	%
1 DIA	31	21
2 DIAS	35	23
3 DIAS	43	29
4 DIAS	24	16
5 DIAS	6	4
6 DIAS	2	1
7 DIAS	4	3
8 DIAS	2	1
9 DIAS	1	1
11 DIAS	1	1
15 DIAS	1	1
TOTAL	150	100

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 68% de las pacientes del estudio estuvieron hospitalizadas de 2 a 3 días, tiempo en el que se cumplen los exámenes de laboratorio pre y post quirúrgico o parto vaginal, la quinta parte de la muestra con 21% según la historia clínica sólo se mantuvo durante 1 día. 9 pacientes se mantuvieron internadas entre 1 a 15 días.

GRÁFICO N° 25



Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

TABLA N° 07
COMPLICACIONES MATERNAS Y EGRESO EN PACIENTES CON
PREECLAMPSIA, HRP, 2016

COMPLICACIONES MATERNAS	FRECUENCIA	%
DPP	3	2
ECLAMPSIA	2	1
FALLA RENAL	1	1
HEMORRAGIA POST PARTO (1 caso necesitó de histerectomía)	3	2
SINDROME HELLP	1	1
DERRAME PLEURAL BILATERAL	1	1
SHOCK SEPTICO	1	1
NINGUNA	140	93
TIPO DE EGRESO MATERNO		
RECUPERADA	150	100

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 7% de las pacientes del estudio tuvieron complicación, entre ellas 2 pacientes tuvieron Eclampsia, 3 pacientes sufrieron desprendimiento prematuro de placenta, que a la vez tuvieron hemorragia post parto, llegando uno de los casos a histerectomía. Hubo un caso de síndrome HELLP en la muestra del estudio. A pesar de que el tipo de complicaciones fueron severas, las pacientes se recuperaron, egresando todos los casos como recuperados.

Los resultados del estudio se contrastan con el estudio de Medina Gallegos (2010), porque dentro de las complicaciones maternas, el más frecuente fue el síndrome de HELLP con un 3,6%.

TABLA N° 08

COMPLICACIONES PERINATALES Y EGRESO DEL RECIEN NACIDO, DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HRP, 2016

COMPLICACIONES PERINATALES	FRECUENCIA	%
MALFORMACIÓN CONGÉNITA	1	1
OBITO FETAL	4	3
PREMATURIDAD	7	5
RCIU	1	1
SFA	2	1
NINGUNA	136	91
TIPO DE EGRESO DEL RN		
OBITO FETAL	4	3
FALLECIDO	3	2
RECUPERADO	6	4
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES	2	1
SANO	135	90
TOTAL	150	100

Fuente: Registro de datos del estudio de Preeclampsia HRP 2016

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS: El 9% de los bebés de las pacientes del estudio tuvieron complicación, entre ellos 4 óbitos que se detectaron al ingreso, 7 prematuros, 3 fallecidos, un RCIU, uno con malformación congénita y 2 de SFA. Finalmente el 90% de los casos egresó sano, 4% recuperado que corresponde a 6 casos.

Los resultados del estudio se contrastan con el estudio de Medina Gallegos (2010), porque dentro de las complicaciones neonatal, el más frecuente fue restricción de crecimiento intrauterino con 71,1%.El APGAR a los 5 minutos considerando menos 7 con asfixia perinatal con 24,4%.

CONCLUSIONES

1. El manejo clínico de las pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el Hospital Regional de Pucallpa, durante el periodo 2016, según el presente estudio descriptivo, se cumple en 82%, lo que significa un manejo óptimo, por el aprovechamiento de los recursos mínimos existentes en el hospital, y de las competencias profesionales del equipo de salud.

2. En cuanto al primer objetivo secundario

El 64% de las pacientes del estudio tienen entre 20 y 34 años de edad, 23% son adolescentes, 62% tiene grado de instrucción secundaria, el 81% es ama de casa y el 76% tiene estado de conviviente.

El 65% de las pacientes del estudio se encontraba en su primera o segunda gestación, el 42% tiene entre 1 a 3 hijos a término. El 3% ha tenido uno o 2 partos pretérmino. El 24% ha tenido por lo menos un aborto. El 49% de la muestra ya tenía hijos vivos antes de este último embarazo considerado en el estudio. El 24% de los casos presentó Preeclampsia antes de las 37 semanas, en el 68% de los casos se presentó entre las 37 y 40 ss, y en un 7% la Preeclampsia se dio paralelamente en el embarazo prolongado. El 66% de los casos no presentó antecedentes patológicos según su tarjeta de atenciones prenatales. El 9% ya tenía antecedente de haber presentado Preeclampsia y Eclampsia en el embarazo anterior. El 57% de los casos no se encontraba en trabajo de parto al momento del ingreso, 16 de los casos (11%) ingresaron con pérdida de líquido amniótico. En el 98% de los casos se evidenció latidos fetales, 4 de los casos ya eran óbitos. 4% de los casos no presentaban movimientos fetales (6 casos) y 2 casos referían disminución de movimientos fetales.

El 54% de los casos procedía de los establecimientos de salud de nivel I de la Red referencial de Hospital Regional de Pucallpa, el 21% procedían de la red

del Hospital Amazónico. Un 13% procedían de atenciones particulares. El 96% de las pacientes contaban con Seguro Integral de Salud SIS, lo que significa que dichas pacientes son adscritas a los establecimientos de salud donde debieron recibir atención preventiva. Así mismo el 42% de los casos acudió o llegó con referencia de su establecimiento de salud de origen. El 11% de las pacientes del estudio no tenían atención prenatal, el 13% tenían 1 a 2 atenciones en su establecimiento de salud de origen. El 48% las pacientes tenían entre 6 a más controles en su establecimiento de salud de origen, el cual se encuentra dentro del 51%, que habían cumplido con 6 a más atenciones en total entre el establecimiento de origen y el Hospital Regional de Pucallpa. El 49% de la muestra tiene como diagnóstico Preeclampsia Severa y el 39% lo tiene como Preeclampsia leve, en la muestra se observan 16 casos solo como Preeclampsia y 1 caso como Trastorno Hipertensivo del Embarazo. Entre las patologías adicionales, el 11% presentó ITU y el 7% era cesareada anterior.

3. Para el segundo objetivo secundario,

El tratamiento farmacológico según la guía de atención y la información existente en las historias clínicas se cumplió en 77%, entre medicamentos e insumos de la clave azul específicos para la Preeclampsia. El 100% de las pacientes tuvieron vía con cloruro de sodio, el 96% que debía recibir sulfato de magnesio, lo recibieron, el 85% de las pacientes que debían recibir metildopa, recibieron dicho medicamento antihipertensivo, el 98% de las pacientes que debieron recibir nifedipino, lo recibieron, y el oxígeno se cumplió en 20%: Finalmente el tratamiento farmacológico se cumplió en 80%. El 100% de las pacientes tuvieron catéter endovenoso, según la historia clínica, el 92% de las pacientes requerían de sonda Foley, juntamente con la bolsa colectora de orina; la mascarilla para oxígeno se utilizó en un 8%, y al considerar que el tubo de mayo y la bombilla de aspiración como no aplicable debido a que ninguno de los casos lo requirió, se tiene un cumplimiento de 73% para el caso de los insumos de la clave azul específicos para la Preeclampsia según la gravedad de los casos.

Los exámenes de apoyo al diagnóstico, se cumplieron en un 92%, ya que los exámenes que no se realizaron en forma rutinaria, se consideraron como no aplica, por tratarse de atención de emergencia. El perfil quirúrgico que se realiza en emergencia antes del ingreso a sala de operaciones, o sala de partos se cumplió en el 97%, los exámenes del perfil renal en 87% y el de perfil hepático en 91%. El 97% de las pacientes contó con hematocrito, el 93% con hemoglobina, el 91% con tiempo de coagulación y de sangría, el 97% contó con grupo sanguíneo y factor Rh, el 45% contó con tiempo de protrombina y tromboplastina, el 0% de fibrinógeno se consideró como no aplica, el 89% contó con resultado de recuento de plaquetas y el 71% contó con examen de Glucosa. La mayoría de los exámenes se cumplieron en el hospital desde la atención de emergencia en un 87% de los casos. El examen de urea se cumplió en el 86%, el de creatinina en 96%, la proteinuria con ácido sulfosalicílico en el 71%, la proteinuria en orina de 24 horas sólo en el 5% de los casos. Los exámenes se cumplieron mayormente en el hospital, pero sólo con el 44%, consecuencia del bajo cumplimiento en el examen de proteinuria. Los exámenes de TGO y TGP se cumplieron en 91%, el de Bilirrubinas Total y Fraccionada se cumplió sólo en 19%, y el de proteínas totales y fraccionadas en 4%. Estos exámenes según el nivel II de atención se cumplieron en el hospital con 44%, como consecuencia del bajo cumplimiento en el examen de bilirrubinas y proteínas totales y fraccionadas. Los gases arteriales se realizaron sólo en el 7%, coincidente con los casos que necesitaron cuidados intensivos, el 93% restante se consideró como No Aplica. Los exámenes de Imágenes, son parte del monitoreo materno fetal de emergencia en el caso de la Preeclampsia. La ecografía obstétrica de emergencia sólo se ha cumplido en un 13%. Considerando que el manejo incluye la atención rápida, el resto de ecografías se considera No aplica, así mismo para el caso del perfil biofísico, se considera como No aplica ya que es un examen que se realiza en 30 minutos mínimo.

Los procedimientos que se realizan durante la atención a las pacientes con Preeclampsia, se cumplieron en un 77%. Las pacientes no necesitaron cuidados intensivos en un 89%. 50 pacientes de la muestra de estudio, ingresaron por emergencia con referencia de emergencia. En la hoja de referencia el 86% trae registro de presión arterial, el 88% trae registro de frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria, sólo el 30% trae evaluación de reflejo osteo-tendinoso y el 44% de edema. 13 pacientes de la muestra de estudio, ingresaron por consulta externa, que acudieron con referencia desde su establecimiento de origen. En la hoja de referencia el 46% trae registro de presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria. Solo el 8% trae evaluación de reflejo osteo-tendinoso y el 23% de edema. El total de las pacientes del estudio, que ingresaron por emergencia fueron evaluadas en sus funciones vitales y evaluación neurológica, el 88% de los registros muestran la evaluación del reflejo osteo-tendinoso y edema. Al 77% de las pacientes se le colocó el catéter endovenoso en emergencia del hospital, 10 pacientes llegaron referidas y con vía permeable (7%), 24 pacientes llegaron con vía no permeable, teniendo que colocarles una nueva vía en emergencia. El 100% de los casos terminó en parto, 59% en cesárea, un caso termina en histerectomía, el 49% termina en parto vaginal. El 73% de los casos que figura sin monitoreo materno fetal en la historia clínica se debió al ingreso inmediato a sala de operaciones o sala de parto, el 53% cuenta con datos de balance hídrico, y el 11% requirió de cuidados intensivos.

4. Para el tercer objetivo secundario,

El 7% de las pacientes del estudio tuvieron complicación, entre ellas 2 pacientes tuvieron Preeclampsia, 3 pacientes sufrieron desprendimiento prematuro de placenta, que a la vez tuvieron hemorragia post parto, llegando uno de los casos a histerectomía. Hubo un caso de síndrome HELLP en la muestra del estudio. A pesar de que el tipo de complicaciones fueron severas, las pacientes se recuperaron, egresando todos los casos como recuperados. El 68% de las pacientes del estudio estuvieron hospitalizadas de 2 a 3 días,

tiempo en el que se cumplen los exámenes de laboratorio pre y post quirúrgico o parto vaginal, la quinta parte de la muestra con 21% según la historia clínica sólo se mantuvo durante 1 día. 9 pacientes se mantuvieron internadas entre 1 a 15 días. El 9% de los bebés de las pacientes del estudio tuvieron complicación, entre ellos 4 óbitos que se detectaron al ingreso, 7 prematuros, 3 fallecidos, un RCIU, uno con malformación congénita y 2 de SFA. Finalmente el 90% de los casos egresó sano, 4% recuperado que corresponde a 6 casos.

RECOMENDACIONES

1. El equipo de profesionales del Departamento de Gineco Obstetricia, a pesar de cumplir con un manejo óptimo de la Preeclampsia, podrían proponer a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Pucallpa, una Guía Clínica propia del Departamento para el caso de Preeclampsia, adecuada desde la Guía vigente del 2007, del Ministerio de Salud, al igual que para otros casos de emergencias obstétricas, la misma que pueda cumplirse al 100%, complementando el inicio del manejo en los casos que vienen referidos desde los establecimientos del nivel I.
2. La Jefatura de Obstetricia debe propiciar y liderar el fortalecimiento de las coordinaciones entre los profesionales de obstetricia de la Red Referencial del Hospital Regional y de la DIRESA Ucayali, para hacer difusión del problema que afecta a la salud de la gestante, como es el caso de la Preeclampsia, cuáles son las características más frecuentes de las mismas, para que las pacientes puedan mantenerse con la capacidad de detectar los signos de alarma y premonitorios de mayor gravedad, así mismo sensibilizando a la gestante, familia y comunidad que la Preeclampsia es la segunda causa de mortalidad materna.
3. La Jefatura del departamento de Gineco Obstetricia, con el apoyo de la jefatura de Obstetricia, debe gestionar una Guía propia y específica de Preeclampsia, con resolución directoral del Hospital, con las definiciones de Leve y Severa, mencionándolas como trastornos hipertensivos del embarazo, con la finalidad de prevenir la Eclampsia y otras complicaciones de la Preeclampsia. Justificando y haciendo requerimiento de los reactivos necesarios para la detección oportuna y prevención de complicaciones, así mismo los medicamentos para manejo según la complejidad de los casos. De seguir con el manejo de Trastornos hipertensivos del embarazo, se seguirá subestimando los casos que finalmente pueden terminar en muerte materna, dejando de solicitar

los exámenes de laboratorio necesarios para la atención inmediata de la Preeclampsia. Considerando la Hipertensión crónica como diagnóstico diferencial.

4. La Diresa Ucayali podría liderar y propiciar convenio con las Universidades locales para la realización de estudios de investigación, en el primer nivel de atención, sobre los factores asociados a la Preeclampsia para dirigir mayores esfuerzos en la difusión de estilos de vida saludables en especial sobre la alimentación en las etapas preconcepcional y de gestación; y demás formas de prevención. Así mismo debería considerar la prueba predictiva de la rodada y hacer investigación sobre la misma, mejorando de este modo la referencia temprana y aplicación de todos los ítems de la atención prenatal reenfocada (suplementación de calcio, test de ácido sulfosalicílico, control estricto de ganancia de peso, etc)

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Garrido MF, Carvajal JA. Síndrome de HELLP normotensivo: caso línico. Rev Med Chile. 2013 [citado 11 Jun 2015]; 141(11). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001100015.
2. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013 Nov; 122(5):1122-31. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88.
3. Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014 OCTUBRE-DICIEMBRE; 60(4)5.
4. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Información para la red 2013.
5. OMS. Nota informativa n° 138. [Internet]. OMS; 2010 [Acceso 27 de diciembre del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es>.
6. Organización Mundial de la Salud. Programa Global para Conquistar Preeclampsia/Eclampsia. 2002.
7. Xiao J1, Shen F2, Xue Q3, Chen G3, Zeng K4, Stone P5, Zhao M1, Chen Q6. ¿Es la etnicidad un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia? Un análisis de la prevalencia de la preeclampsia en China. J Hum Hipertencion. 2014 - 16 de Enero. doi: 10.1038/jhh.2013.148. [Publicación electrónica antes de la impresión].

8. McClure EM, Saleem S, Pasha O, Goldenberg RL. Mortinatalidad en los Países en Desarrollo: Revisión de las causas, los factores de riesgo y las estrategias de Prevención. *Medicina Materno-Fetal* 2009; 22:183-90.
9. Vargas-Hernández VM. Enfermedad Hipertensiva durante el embarazo. *Rev. Hosp. Jua Mex* 1999; 6:125-34.
10. Thiam M, Goumbala M, Gning SB, Fall PD, Cellier C, Perret JL. Pronóstico materno-fetal de hipertensión y embarazo en África (Senegal). *J Biología reproductiva ginecológica-obstétrica* 003; 32:35-8.
11. Villar J, Say L, Gulmezoglu AM, Meraldi M, Lindheimer MD, Betran AP, Piaggio G; Eclampsia y pre-eclampsia: Un problema de salud durante 2000 años en Pre-eclampsia, Critchly H, MacLean A, Poston L, Walker J, eds. London, RCOG Press, 2003, pág. 189-207.
12. Ronsmans C, Graham WJ En nombre del grupo directivo de la Serie de Supervivencia Materna de Lancet, "Mortalidad materna; Quién, cuándo, dónde y por qué". *La Lancet, Supervivencia Materna*, Septiembre 2006.
13. Preeclampsia: Una Década de Perspectivas, Construyendo un Llamado Global a la Acción. Preeclampsia: Fundación, Melbourne, Florida, Nov 2010.
14. Xiao J1, Shen F2, Xue Q3, Chen G3, Zeng K4, Stone P5, Zhao M1, Chen Q6. ¿Es la etnicidad un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia? Un análisis de la prevalencia de la preeclampsia en China. *J Hum Hipertencion*. 2014 - 16 de Enero. doi: 10.1038/jhh.2013.148. [Publicación electrónica antes de la impresión].

15. Thornton C, Dahlen H, Korda A, Hennessy A. La incidencia de preeclampsia y eclampsia y la mortalidad materna asociada en Australia a partir de conjuntos de datos relacionados con la población: 2000-2008. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Jun; 208(6):476.e1- 5. doi: 10.1016/j.ajog.2013.02.042.
16. Taebi M1, Sadat Z2, Saberi F2, Kalahroudi MA3. Relación cintura / cadera del embarazo precoz y riesgo de preeclampsia: estudio de cohorte prospectivo. *Hypertens Res.* 2014 Sep 4. doi: 10.1038 / hr.2014.133. [Publicación electrónica antes de la impresión].
17. Barron WM, Marshall DL. Hipertensión: Trastornos Médicos Durante el Embarazo. Editorial Mosby. Derechos de autor. 1995.
18. Ananth CV, Savitz DA, Bowes WA Jr. Trastornos hipertensivos del embarazo y la muerte fetal en Carolina del Norte, 1988 a 1991. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1995 Nov; 74 (10): 788 - 93.
19. Ostlund I, Haglund B, Hanson U. Diabetes gestacional y preeclampsia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004 Mar 15; 113 (1): 12 - 6.
20. Salviz Salhuana Manuel, Cordero Muñoz Luis, Saona Ugarte Pedro. Preeclampsia: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered.* 1996 ene; 7(1).
21. Ruiz J, Trelles J, Gonzales del Riego M. Enfermedad hipertensiva en el embarazo, riesgo materno. *Ginecología-Obstétrica Perú.* 1985; 19(1).
22. Ludmir A. Hipertensión arterial durante el embarazo. *Rev Soc Perú Hipertensión.* 1995 Mayo (2):64-71.

23. Alcantara R, Casiano S. Morbimortalidad perinatal en la preeclampsia. Diagnostico. 1990; 25(3-4):51-54.
24. Moreno Z, Sánchez S, Piña F, Reyes A, Williams M. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. An Fac med. 2003; 64(2).
25. Morales Ruiz C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. Rev Perú Epidemiología. 2011 abr; 15(2):97-101.
26. Muñoz Salazar A. Estudio clínico de eclampsia, en el Hospital José Agurto Tello de Chosica- Lima, Perú, entre los años 2004 – 2009. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/296>
27. Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. Mayo 2013. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua 2009. Informe principal. INEI: Lima; 2010.
29. El Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mortalidad materna. UNFPA Perú: Lima; 2009. Disponible en: http://www.unfpa.org.pe/infosd/mortalidad_materna/mor_mat_01.htm.
30. Maguiña M, Ramos W. Características de las muertes maternas notificadas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad

Materna del Perú durante el período 1999-2005. Resumen aceptado para el Global Congress of Maternal and Infant Health; Barcelona 2010.

31. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológico en Salud Pública– DGE – MINSA 2015 .Causas básicas de muerte materna: Muerte materna directa e indirecta. [Boletín].Perú. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>. 08 de Febrero 2017
32. Sistema informática perinatal 2000.Indicadores: Frecuencia de patologías maternas del año 2016.
33. Dr. Gutiérrez Rodríguez, A: Director Regional de Salud 2012. Aspectos epidemiológicos del dengue en Ucayali. [Documento].Perú. Disponible en: <http://www.bcrp.gob.pe/docs/Proyeccion-Institucional/Encuentros-Regionales/2012/Ucayali/EER-Ucayali-Angel-Gutierrez.pdf>. 28 de Febrero 2017.
34. Torres Bardales, C. Metodología de la Investigación Científica. Quinta Edición. Editorial San Marcos.Lima.1997.
35. Hernández M, TIPOS Y NIVELES DE INVESTIGACIÓN. [Documento]Maracaibo-Venezuela. Disponible en: <http://metodologiadeinvestigacionmarisol.blogspot.pe/2012/12/tipos-y-niveles-de-investigacion.html>. 17 de Febrero 2017.
36. SCHEM-UNIFSC; Metodología de la Investigación: Módulo 1: Tipos de estudio-Nivel de investigación. [Artículo].Lima-Huacho. Disponible en: http://es.slideshare.net/willianrevelo1/tipos-y-niveles-de-investigacin48235666?next_slideshow=3. 09 de Febrero.

37. Lic. Rodríguez Vera, F: Tipos y Niveles de Investigación Científica. [Artículo]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/97318021/Tipos-y-Niveles-de-Investigacion-Cientifica>. 09 de Febrero 2017.
38. Valdez Hermosillo L, Ruiz Alanuza S. Muestreo Probabilístico y no Probabilístico. [Blog]. Disponible en: https://prezi.com/l_Itam2bfwx2/muestreo-probabilistico-y-no-probabilistico/. 17 de Febrero.
39. Arellano Haro A; Evaluación del cumplimiento del protocolo de atención a pacientes con preeclampsia en el hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora. Periodo julio - diciembre 2012: Tesis presentada para optar por el grado académico de magister en emergencias médicas. Facultad de ciencias médicas/Universidad de Guayaquil. 2015
40. Br. Avendaño Ramírez Y; Cumplimiento del protocolo de manejo y complicaciones del síndrome hipertensivo gestacional en pacientes ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Dr. Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, año 2006: Tesis Para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía. Facultad de ciencias médicas/Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2007
41. Ministerio de Salud (MINSA). Manejo Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 1 (Modelo de intervención para mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales) / Ministerio de Salud. Lima-Perú. Biblioteca Central del Ministerio de Salud. 2010. Pág. 9, 39-41.
42. Rivas Iglesias, E, Guardado Aguilar, J. y González Gutiérrez, S: Evaluar el cumplimiento del protocolo de atención médica del síndrome hipertensivo gestacional en pacientes hospitalizadas en el servicio de Alto Riesgo

Obstétrico con diagnóstico de preeclampsia grave en el Hospital Escuela Alemán Nicaragüense, en el periodo de Mayo a Julio del año 2015[Tesis].Nicaragua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/3216>. Fecha de consulta: 01 de febrero 2017.

43.Cabezas Fonseca, Kyuthza Thaymara y López Lacayo, A. Laura; Cumplimiento de normas y protocolos en embarazadas con Síndrome Hipertensivo Gestacional ingresadas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Gaspar García Laviana, Enero a Junio 2013. [Tesis]Nicaragua. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/1505>. 01 de Febrero 2017.

44.Mejías, L; Herrera, M; Revisión de cumplimiento de protocolo de preeclampsia grave de las pacientes que ingresan a la emergencia obstétrica del hospital central de Maracay Febrero- Julio 2014. [Tesis] Venezuela. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/1263>. 01 de Febrero 2017.

45.Dr. Briones Garduño, J; Dr. Díaz de León Ponce, M; Dr. Gómez Bravo Topete, E; Dr. Ávila Esquivel, F; Est. Briones Vega, G; Est. Urrutia Torres, F. Protocolo de manejo en la Preeclampsia-Eclampsia: Estudio comparativo.1998.Toluca-Mexico.Pág.1 al 12.

46.Dra. Aguayo Macías, S. Manejo De Preeclampsia / Eclampsia en el Área de Emergencia Hospital Verdi Cevallos Balda Junio 2008 a Junio 2009. Para optar el grado de Magíster en Emergencias Médicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Guayaquil.2012.

47.MD. Medina Gallegos,R. Resultados perinatales asociados al manejo de preeclampsia severa en embarazadas menores de 34 semanas y

evaluación de la aplicación del protocolo existente. Tesis presentada como requisito para optar por el grado de magister en emergencias médicas. Facultad de Ciencias Médicas.2014.

48. MSc. I. Figueroa Calderón, MSc. D. Saavedra Moredo, MSc. Y. de la Torres Sieres, MSc. M. Sánchez Lueiro; Eficacia del sulfato de magnesio en el tratamiento de la preeclampsia: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2012; vol.38: n°04.Pág.458-466.
49. R. Cabrera P; María B. Campoverde I; V. Cando Z; Uso de sulfato de magnesio en trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes del área de gineco-obstetricia del hospital vicente corral moscoso y José carrasco arteaga, cuenca, enero de 2009-abril 2010. Tesis previa a la obtención del título de Médico. Facultad de Ciencias Médicas/Universidad de Cuenca-Ecuador.2011
50. Dra. L. Méndez Delgadillo; Dr. A. Pardo Novak; Dr. R. Uriona Arce; Niveles de magnesemia en el manejo de embarazadas con pre-eclampsia severa tratadas con sulfato de magnesio. Revista médica (Cochabamba).2010.Vol.21: n°1.Pág. 39-45.
51. A. Escalona; Comparar la seguridad y eficacia de la Amlodipina en relación a la Metildopa en las patologías hipertensivas del embarazo en un grupo de 40 embarazadas entre 26 a 36 semanas de gestación con HTA leve (PAD 90-100mmHg) atendidas en el Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda" de Barquisimeto-Venezuela 2000. Tesis para optar el grado de especialista en ginecología y obstetricia. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud/Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado".2000
52. M.C. Samir Rojas ,E. Niveles de Magnesio en Recién Nacidos de Madres

Preeclámpticas Tratadas con Sulfato de Magnesio:Antecedentes de la investigación.[tesis].Maracaibo(Venezuela).Disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/34/TDE-2014-07-21T11:17:56Z-5221/Publico/rojas_%20edgar_%20samir.pdf. 17 de Febrero del 2017.

53.MSc. Magel Valdés Y,MSc. Hernández Núñez J. Factores de riesgo para preeclampsia.Revista Cubana de Medicina Militar.2014,vol.43,nº3.Pág.307-316.

54.Reunión Científica de la Sociedad Castellano-Astur-Leonesa de Nefrología.Resúmenes: Influencia de la Edad Materna Avanzada en el Desarrollo y Evolución de la Preeclampsia. [Artículo].Soria (España).Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v32n2/resumenes.pdf>. 17 de Febrero.

55.Valles V, Neptalí F, V Hernández, E Galaviz, R Castello. Causas de estancia hospitalaria prolongada en el hospital general zona 4(Bogota-Colombia).

56.Benavides Zúñiga A, Castillo Franco G, Landauro Gallardo M, Vásquez Ruiz G. Factores que prolongan la estancia hospitalaria en el Hospital Nacional PNP Luis NN. Sáenz. Revista de Medicina Humana - Universidad Ricardo Palma. 2006, Vol. 6, N° 2: 3-12.Pág.3-12.

57.Delzo Paucar, R. Calidad del Protocolo de Atención Médica en Preeclampsia. Hospital Nacional Ramiro Priale 2014. Para optar el título de maestría en Gestión Estratégica de la Calidad y Auditoria Medica. Facultad de Medicina Humana. Universidad San Martín de Porres.2015.

58.MINSA-HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA: Dra M. Flores Noriega; A. Landauro Torrealva: Guía de Práctica Clínica en Ginecología y

Obstetricia: Trastornos Hipertensivos del Embarazo: Preeclampsia. Ciudad de Lima.2013.Pág. 5.

59.MINSA: Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva: Ciudad de Lima. Ministerio de salud.2006.Pág.53-61.

60.Gary Cunningham,F. Leveno,K. Bloom,S. Hauth,J. Rouse,D. Spong,C. Williams Obstetricia. México. Mc Graw Hill.2010.Capitulo 34:Pág.710-711.

61.De Jong C. Dekker G. Sibai B. Revisión del sistema renina-angiotensina-aldosterona en la preeclampsia. Clínicas de Perinatología 1991; 4:667-8.

62.Alumnos de la universidad Católica de Chile: SÍNDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO. [Artículo].Chile. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/AltoRiesgo/SHE.html>. 02 de Febrero 2017.

63.Norma Técnica de Salud “Criterios y Estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención de salud integral para Adolescentes. MINSA, UNFPA, NTS N° 095 - MINSA/DGSP-V.01. RM 503-2012/MINSA. <http://Peru Criterios y Estandares Servicios Diferenciados%20Adolescentes ESP.pdf>(63)

64.LEXUS: Diccionario Lexus de Medicina y ciencias de la salud; Lima-Perú.2010.Pág.10,98,171,283,286,304,324,327,328,335,346,362,380,527, 570,614,631,780,782,787,841,850,901,903,917,958,965,967,975,1044,1183,1229.

65. Marcelo Itzik A; S.Tombesi; Valle P: Multidiccionario Actual Manual;Argentina 2010.Pág.58,80,81.

- 66.C. Boatswain;I. Itriago: Términos ginecológicos y obstétricos [Blog]. Disponible en: <http://maternoinfantil1glosario.blogspot.pe/2012/03/terminos-ginercologicos-y-obstetricos.html>. 05 de Febrero 2017.
- 67.J. Moake: Coagulación intravascular diseminada. [Manual]. España. Disponible en: <http://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/trastornos-de-coagulaci%C3%B3n/coagulaci%C3%B3n-intravascular-diseminada-cid>. 07 de Febrero 2017.
68. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE: Subsecretaría de Redes Asistenciales; División de Gestión de Redes Asistenciales; Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales. Sistema de Referencia-Contrarreferencia. [Documento]. Chile. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf. 17 de Febrero.
69. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud 2010. [Documento Técnico]. Lima (Perú). Disponible en: http://www.parsalud.gob.pe/asistencia_tecnica/fortaServicio/Doc_ObsteyNeonato/ObstetricasyNeonatal.pdf. 17 de Febrero 2017.
70. Anónimo. Proteinuria: Proteínas en la orina. [Artículo]. Disponible en: <http://proteinas.org.es/proteinuria-proteinas-orina>. 21 de Febrero.
71. Anónimo. Bilirrubina. [Artículo]. Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/bilirrubina.htm>. 21 de Febrero.

72. MedlinePlus. Proteína en orina de 24 horas. [Artículo]. Estados Unidos. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003622.htm>. 21 de Febrero.
73. Serrano Berrones, M; Beltrán Castillo, I; Serrano Berrones J. Perfil biofísico para conocer el bienestar fetal. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2012, vol. 17, núm. 4. Pág. 300-307.
74. Martínez-Rodríguez, P; Oliva-Cáceres, L. FLUJOMETRÍA DOPPLER EN MEDICINA MATERNO FETAL. Revista médica de Honduras. 2014, Vol. 82, N°1. Pág. 27-32.
75. Dra. Delgado Amésquita, M. Análisis de Gases Arteriales. [Diapositiva]. Disponible en: https://www.slideshare.net/joelito_pepino/analisis-de-gases-arteriales-17889802. 01 de Marzo 2017.
76. Diccionario Actual, Actualiza tu conocimiento. <https://diccionarioactual.com/cumplimiento/>

ANEXOS

ANEXO 01

CUADRO DE NÚMERO DE CASOS DE PREECLAMPSIA ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2016 EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA

ATENCIÓNES GESTANTES HOSPITALIZADAS PARA MANEJO DE PREECLAMPSIA - HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA EN EL AÑO 2016			
MES	PREECLAMPSIA LEVE	PREECLAMPSIA SEVERA	TOTAL
ENERO	8	13	21
FEBRERO	21	8	29
MARZO	11	12	23
ABRIL	12	21	33
MAYO	2	10	12
JUNIO	7	7	14
JULIO	5	15	20
AGOSTO	7	14	21
SETIEMBRE	11	16	27
OCTUBRE	7	9	16
NOVIEMBRE	6	9	15
DCIEMBRE	8	7	15
TOTAL	105	141	246

Fuente: SIP 2000 – Libro de Registro de Hospitalizaciones HRP.



Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Yarinacocha, 08 de Mayo 2017

OFICIO N° 041-EPO-FMHyCS-UAP-P2017

A :
Dr. Marcos Bardales Pizarro.
Director del Hospital Regional de Pucallpa.

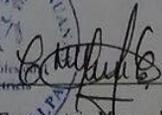
De :
Obst. Claudia Emperatriz Moncada Cárdenas
Coordinadora Académica de la Escuela Profesional de Obstetricia - UAP

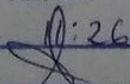
Asunto: Solicito Facilidades para revisión de Historias Clínicas.

Tengo el agrado de dirigirme a su digno despacho, para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle facilidades para que la Bachiller Arana Taricuarima, Karol de la Escuela Profesional de Obstetricia – UAP, realice la revisión de las historias clínicas del establecimiento de salud que usted dirige, ya que se encuentra desarrollando su tesis con el tema: MANEJO CLÍNICO Y DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES INTERNADAS POR PREECLAMPSIA EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO – DICIEMBRE 2016.

Contando desde ya con su apoyo y concedora de su espíritu colaborador a favor de la población estudiantil de la región, me despido de usted no sin antes expresarle las muestras de mi estima personal.

Atentamente.



Obst. Claudia Emperatriz Moncada Cárdenas
Coordinadora
Escuela Profesional de Obstetricia
Filial Pucallpa

HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA	
TRAMITE DOCUMENTARIO	
Registro	3048
Fecha	08 MAY 2017
Hora	10:26
Recibido por	



Resolución Ministerial

Lima, 26 de Julio del 2004



Visto el Expediente N° 05-060515-001, que contiene el MEMORANDUM N° 736007/0006/DGSP/MNSA de la Dirección General de Salud de las Personas;

CONSIDERANDO:

1. Que, por Resolución Ministerial N° 666-2004/MNSA, se aprobaron las "Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva", con el objetivo de estandarizar conceptos y uniformizar prácticas para los proveedores de salud de los servicios de atención a la salud de la mujer y el recién nacido;



Que, con Resolución Ministerial N° 751-2004/MNSA, se aprobó la NT N° 018-MNSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de Salud", que regula la organización y los procesos del referido sistema entre los establecimientos de salud, mediante lineamientos técnicos normativos homogéneos que garanticen la continuidad de la atención de salud de la población a nivel nacional;



Que, mediante Resolución Ministerial 769-2004/MNSA, se aprobó la NT N° 021-MNSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Categorías de Establecimientos del Sector Salud", con la finalidad de organizar la oferta de los servicios de salud;



Que, a través de la Resolución Ministerial N° 423-2005/MNSA, se aprobó la NT N° 027-MNSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", cuya finalidad es estandarizar la elaboración de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales;

2. Que, con Resolución Ministerial N° 1001-2005/MNSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 001-MNSA/DGSP-V.01 "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON) en los Establecimientos de Salud".

[Handwritten mark]

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

I. NOMBRES Y CÓDIGO	CIE 10
Preeclampsia:	O14.9
Eclampsia:	O15.9
Hipertensión transitoria de la gestación:	O13
Hipertensión crónica:	O16
Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada:	O11

II. DEFINICIÓN

1. Definición

Hipertensión inducida por la gestación

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

A. Preeclampsia leve: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg.
- Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico).

B. Preeclampsia severa:

La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

- Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.
- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg.
- Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico).
- Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis.

C. Eclampsia:

Crisis de convulsiones generalizadas que sobreviene bruscamente a un estado de preeclampsia.

D. Síndrome HELLP:

Complicación de la preeclampsia caracterizada por:

- Anemia hemolítica microangiopática, definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1.2 gr/dl a predominio indirecto.
- Aumento TGO mayor de 70 UI, o LDH mayor de 600 UI.
- Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100,000 por ml.

2. Etiología

La etiología de la hipertensión inducida por el embarazo es desconocida.

3. Fisiopatología

Múltiples teorías, actualmente es desconocida. El sustrato es la vasoconstricción generalizada.

4. Aspectos epidemiológicos

Es la segunda causa de muerte materna en el Perú. Origina hasta el 10% de muertes perinatales y el 15% de cesáreas.

III. FACTORES ASOCIADOS

- Antecedentes de hipertensión en madres o abuelas.
- Antecedente de hipertensión en embarazo anterior.
- Edad menor de 20 y mayor de 35.
- Raza negra.
- Primera gestación.
- Periodo intergenésico largo.
- Embarazo múltiple actual.
- Obesidad.
- Hipertensión crónica.
- Diabetes mellitus.
- Pobreza extrema en caso de eclampsia.

IV. CUADRO CLÍNICO

• Hipertensión inducida por la gestación

Aparición de hipertensión después de las 20 semanas de gestación más proteinuria.

Preeclampsia leve: Presencia de:

- Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg o incremento de la presión sistólica en 30 mmHg o más, e incremento de la presión diastólica en 15 mmHg o más sobre la basal.
- Proteinuria de 0.3 a 5 g/litro en orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) (test de ácido sulfosalicílico).

Preeclampsia severa: Presencia de:

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

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

Hipertensión transitoria de la gestación:

Se diagnostica en forma retrospectiva y sus criterios son: hipertensión leve (no mayor de 140/90 mmHg), sin proteinuria, que aparece en el tercer trimestre de la gestación y desaparece después de la gestación (hasta 10 días postparto).

Hipertensión crónica

- o Hipertensión (140/90 mmHg o más) que precede al embarazo.
- o Hipertensión (140/90 mmHg o más) detectada antes de las 20 semanas de gestación.
- o Hipertensión persistente mucho después del embarazo, hasta 12 semanas postparto.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida:

Su diagnóstico exige la documentación de la hipertensión subyacente crónica, a la que se agrega proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos

Presencia de hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

2. Diagnóstico diferencial

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

VI. EXÁMENES AUXILIARES

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

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

2. De imágenes: Pruebas de bienestar fetal:

- Ecografía obstétrica.
- Perfil biofísico.
- Flujo Doppler.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias - FONP (Categoría I-1)

- Evaluar la presión arterial. Si se encuentra elevada coordinar con el establecimiento con FONB y referir con vía endovenosa segura de CI No 9% a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias - FONP (Categorías I-2, I-3)

- Evaluar la presión arterial, si se encuentra elevada iniciar tratamiento, comunicar y referir.

en caso de preeclampsia severa o eclampsia:

- Colocar vía endovenosa segura y diluir 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc a chorro y mantener a 30 gotas/min hasta llegar a FONE.
- Colocar sonda Foley y monitorizar diuresis horaria.
- Labetalol 200 mg vía oral c/ 8 horas de primera elección, sino usar Metildopa 1gr vía oral c/12 horas.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con presión arterial inicial o presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipina 10 mg vía oral como primera dosis y luego 10 mg cada 4 horas hasta mantener la presión diastólica en 90 a 100 mmHg.
- Coordinar con establecimiento con FONB y referir a la paciente a establecimiento con FONE.

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas - FONB: (Categoría I-4)

Evaluar presión arterial.

Preeclampsia leve:

- a. Control materno:
 - Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
 - Exámenes de laboratorio:
 - Perfil renal: Urea y creatinina,
 - Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría.
 - Perfil hepático: TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas y LDH.
- b. Control fetal:
 - Autocontrol materno de movimientos fetales diario.
 - Test no estresante cada 48 horas.
 - Ecografía con perfil biofísico semanal.
- c. Considerar hospitalización:
 - Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.
 - Si vive lejos, considerar la casa de espera.
- d. Control en hospitalización:
 - Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.
 - Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria.

- Autocontrol de movimientos fetales.
 - Test no estresante cada 48 horas.
 - Ecografía más perfil biofísico semanal.
- e. Si se diagnostica preeclampsia severa:
- Iniciar tratamiento, comunicar y referir a FONE.

Preeclampsia severa:

Iniciar tratamiento, comunicar y referir a establecimientos con FONE

- Colocar dos vías endovenosas seguras:
 - Una con ClNa 9‰ a 40 gotas por minuto.
 - Otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc. a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.
- El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.
- Administrar Labetalol 200 mg vía oral c/8 hrs de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 30 minutos.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colector y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

Eclampsia:

- Realizar lo indicado para preeclampsia severa. Además:
 - Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo).
 - Vía endovenosa segura.
 - Comunicar y referir a establecimiento con FONE.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

Preeclampsia leve:

- Continuar con el manejo iniciado en el establecimiento con FONE.
- Tomar nuevos exámenes auxiliares.
- Evaluar edad gestacional y condiciones maternas para terminar el embarazo por la mejor vía.

Preeclampsia severa:

- Continuar con el manejo iniciado en del establecimiento FONH.
- Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora via endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs via oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg con relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/100 mmHg administrar Nifédipino 10 mg via oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50mg en 24 horas, tratando de mantener la presión diastólica entre 90 a 100 mmHg.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros por minuto.
- Control de funciones vitales.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.
- Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas. De 34 o 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.
- Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones.

Eclampsia:

Las siguientes medidas se deben adoptar tan pronto se produzca la crisis convulsiva, todo en forma simultánea:

- a) Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
- b) Realizar consentimiento informado a los familiares de las intervenciones a realizar y sus posibles complicaciones.
- c) Paciente en decúbito lateral izquierdo.
- d) Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo, intubación orofaríngea, traqueotomía)
- e) Control de la ventilación - oxigenación (equilibrio ácido-básico, pulsometría continua), oxígeno en concentración suficiente para controlar la hipoxemia.
- f) Asegurar la permeabilidad de vía endovenosa.
- g) Monitorización hemodinámica estricta.
 - Diuresis horaria estricta.
 - Control de PVC.
- h) Valoración de las posibles alteraciones funcionales:
 - Función hepática: TGO, TGP
 - Función renal: Creatinina, ácido úrico, sedimento de orina.

- Perfil de coagulación: Recuento de plaquetas, Tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastino, fibrinógeno.
 - Descartar siempre la presencia de Síndrome de HELLP
- i) Medidas medicamentosas:
- Tratamiento de las convulsiones:
 - Sulfato de Magnesio 10 mg diluido en 1,000 cc de ClNa 9%, via endovenosa a 400 cc a chorro y luego a 30 gotas/min.
 - Tratamiento antihipertensivo:
 - Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora, via endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 horas via oral.
 - Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg, en relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg via oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50 mg en 24 horas.
- j) Controlada las convulsiones, valorar las condiciones maternas y fetales para culminar la gestación.
- k) Estabilización de la paciente:
 - a. Fluidoterapia.
 - b. Corrección de oliguria.
 - c. Control de factores de la coagulación.
 - d. Presión venosa central.
 - e. Oxigenoterapia.
- l) La vía de culminación electiva del embarazo es la vaginal, si las condiciones lo permiten.
- 2. Signos de alarma**
- Cefalea.
 - Mareos.
 - Tinnitus.
 - Escotomas.
 - Acúfenos.
 - Epigastralgia.
- 3. Criterios del alta**
- Presión arterial estabilizada con diastólica menor de 100 mmHg.
 - Ausencia de signos de alarma.
 - Exámenes de laboratorio dentro de lo normal.
 - Posibilidad de seguimiento continuo, casa de espera.
- 4. Pronóstico**
- Depende del grado de hipertensión, existencia de daño de órgano blanco y condiciones de hipoxia fetal.

VIII. COMPLICACIONES

- Eclampsia.
- Síndrome HELLP.
- Rotura o hematoma hepático.
- Insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar agudo.
- Insuficiencia renal.
- DPP.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Desprendimiento de retina.
- Accidente cerebrovascular.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

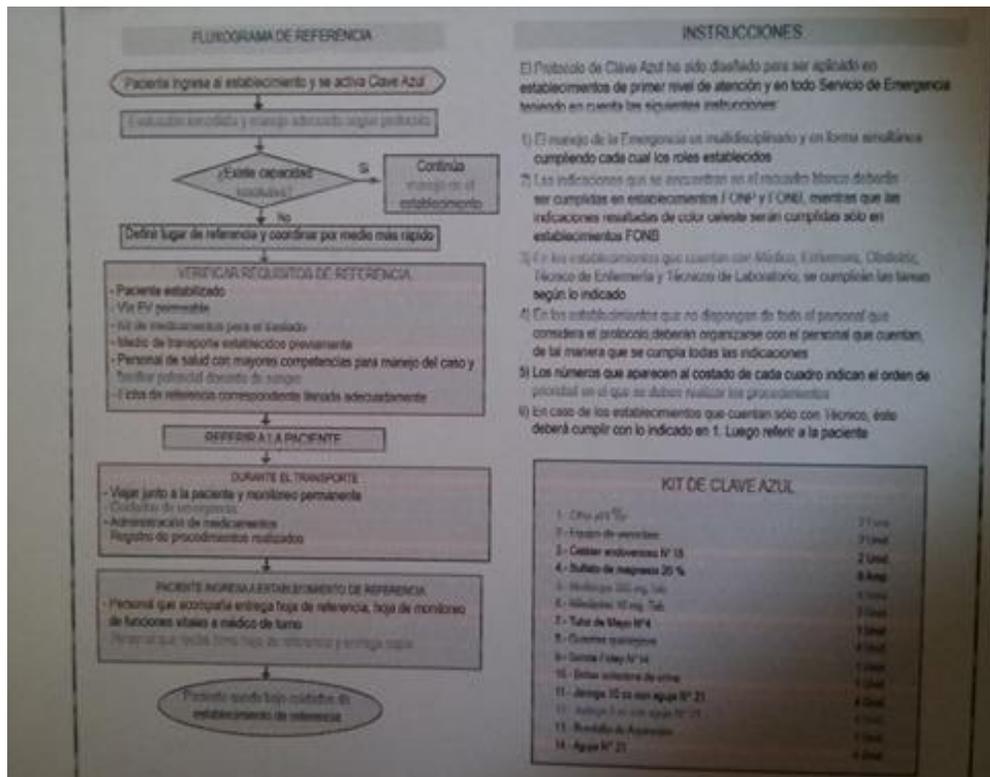
- Toda gestante con criterios de hipertensión arterial debe ser referida a un establecimiento con FONB -FONE.
- Toda paciente con **preeclampsia severa** debe ser referida inmediatamente a un establecimiento con FONE.
- Comunicar oportunamente toda referencia al establecimiento con FONB y FONE.
- Toda referencia debe contar con su respectiva contrarreferencia.

Condiciones de referencia

- Dos vías endovenosas seguras:
 - 1) CINA 9‰, a 40 gotas por minuto.
 - 2) CINA 9‰, con 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20%, pasar 400 cc en 15 min. a chorro, y 100 cc en una hora, 30 gotas/minuto.
- Administrar hipotensores en preeclampsia severa o eclampsia: 1 gr de metildopa vía oral. cada 12 horas, sino disminuye Nifedipino 10mg vía oral.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/minuto.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

X. FLUXOGRAMA (Ver fluxograma de Enfermedad hipertensiva del embarazo)

CLAVE AZUL: Para la atención de la enfermedad hipertensiva del embarazo





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

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**MANEJO CLÍNICO Y DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES
HOSPITALIZADAS POR PREECLAMPSIA EN EL SERVICIO DE GÍNECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO -
DICIEMBRE 2016**

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. N° Historia Clínica: _____
2. Edad: _____
3. Procedencia: _____
4. Grado de instrucción:
a) Ninguna b) primaria c) secundaria d) sup. no univ d) sup. Univ.
5. Estado civil: a) soltera b) casada c) conviviente d) viuda.
6. Ocupación: _____
7. Afiliación SIS: a) Si b) No
8. G ___ P _____

II. DATOS DE ATENCIÓN DE SALUD:

1. Establecimiento de Salud de origen:

2. N° Controles Prenatales: EESS Origen: _____ HRP: _____ Total: _____
3. Hoja de Referencia: a) Si b) No
4. Tipo de Referencia: a) Emergencia b) Consulta externa
5. EG cuando se produce la emergencia: _____
6. Trabajo de parto: a) Si b) No
7. Membranas Ovulares: a) Integras b) Rotas. Fecha y Hora: _____
8. FCF Presentes: a) Si b) No

9. MF Presentes: a) Si b) No

10. Diagnósticos adicionales: _____

11. Antecedentes de Riesgo: _____

III. USO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA EL MANEJO DE LA PREECLAMPSIA

1. Medicamentos e Insumos (Clave Azul)

Medicamentos e Insumos (Clave Azul)	Dosis	Durante el traslado de referencia *	En el Hospital	
			Emergencia	Hospitalización
CINa	9 %			
Sulfato de magnesio	20 %			
Metildopa	500 mg Tabl.			
Nifedipino	10 mg Tabl.			
Oxígeno				
Catéter endovenoso	N° 18			
Tubo de Mayo	N° 4			
Sonda Foley	N° 14			
Bolsa colectora de orina				
Bombilla de Aspiración				
Mascarilla de oxígeno				

*Registrado en la hoja de referencia

2. Se cumplió Clave Azul durante traslado: a) Si b) No

3. Se cumplió Clave Azul desde emergencia del Hospital: a) Si b) No

4. Efectos secundarios del Sulfato de Magnesio: a) Si b) No

5. Tipo de efectos secundarios:

a) cefalea b) fatiga c) mareo d) rubicundez e) tinnitus

f) hipotensión g) temblor h) taquicardia i) otro:

6. Se cumplió Clave Azul en Centro Quirúrgico o en Hospitalización:

a) Si b) No

IV. EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO EN EL MANEJO DE LA PREECLAMPSIA

1. Exámenes realizados:

Exámenes	Durante la APN	En el Centro de salud antes del traslado	En el Hospital	
			Emergencia	Hospitalización
Hematocrito				
Hemoglobina				
Tiempo de coagulación y de sangría				
Grupo sanguíneo y Factor RH				
Úrea				
Creatinina				
Examen completo de orina				
TP-TTPA				
Fibrinógeno				
Prueba cruzada				
Lámina periférica				
Proteinuria con ASS o tira reactiva,				
Recuento de Plaquetas				
Glucosa				
TGO y TGP				
Bilirrubina Total				
Bilirrubinas Fraccionadas				
AGA				
Proteinuria en 24 horas				
Proteínas totales y				

fraccionadas				
Ecografía Obstétrica				
Perfil Biofísico				

2. Se cumplió con todos los exámenes según normas de atención:

- a) Si b) No

V. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN EL MANEJO CLINICO DE LA PREECLAMPSIA

1. Funciones Vitales en Hoja de Referencia: PA: _____ FC: _____

Tº: _____ FR: _____ ROT: _____ Edema: _____

2. Funciones Vitales en Emergencia: PA: _____ FC: _____ Tº: _____

FR: _____ ROT: _____ Edema: _____

3. Catéter endovenoso permeable al llegar a emergencia (nota de enfermería en emergencia): a) Si b) No

4. Evaluación de estado neurológico en Emergencia: _____

5. Hoja de Monitoreo Materno Fetal (Hospitalización): a) Si b) No

6. Hoja de Balance Hídrico (hospitalización): a) Si b) No

7. Requirió UCI: a) Si b) No

8. Requirió UCIN: a) Si b) No

9. Tipo de parto: a) vaginal b) Abdominal.

VI. ESTANCIA HOSPITALARIA, COMPLICACIONES Y TIPO DE EGRESO

1. Fecha de Ingreso al Hospital: _____

2. Complicaciones maternas:

.....

.....

3. Complicaciones perinatales:

.....

.....

4. Fecha de Egreso del Hospital: _____

5. Total de días en UCI: _____
6. Total de días en hospitalización de Gineco Obstetricia: _____
7. Egreso materno: a) recuperada b) fallecida c) referida
8. Egreso del producto: a) sano b) recuperado c) fallecido d) referido

MATRIZ DE CONSISTENCIA
MANEJO CLINICO DE LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES INGRESADAS AL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, PERIODO 2016

Problema	Objetivo	Operacionalización			Método
		Variable	Dimensiones	Indicadores	
PROBLEMA PRINCIPAL ¿Cómo se cumple el manejo clínico vigente del MINSA en pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?	OBJETIVO GENERAL Evaluar el cumplimiento del manejo clínico de pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.	MANEJO CLÍNICO DE PACIENTES HOSPITALIZADAS POR AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	✓ Edad ✓ Grado de Instrucción ✓ Ocupación ✓ Estado Civil ✓ Procedencia	Univariado, cualitativo Evaluación de Frecuencias
PROBLEMAS SECUNDARIOS ¿Cuáles son las características sociodemográficas, gineco obstétricas y de la atención de salud, de las pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?	OBJETIVOS ESPECÍFICOS Describir las características sociodemográficas, gineco obstétricas y de la atención pre natal, de las pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016.		CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICAS	✓ Paridad ✓ Antecedentes Ginecológicos/Patológicos Familiares ✓ Edad Gestacional al momento de la emergencia	
¿Cuál es el cumplimiento del tratamiento farmacológico, exámenes de apoyo al diagnóstico y procedimientos, establecidos por el MINSA, en pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?	Evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico, de exámenes de apoyo al diagnóstico y de procedimientos, en las pacientes hospitalizadas por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016		CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN PRE NATAL	✓ Establecimiento de salud de Origen ✓ N° de Atenciones prenatales en establecimiento de salud de origen ✓ N° de Atenciones prenatales en el Hospital Regional de Pucallpa ✓ Financiamiento/Aseguramiento ✓ Referencia	
			MANEJO FARMACOLÓGICO CLAVE AZUL	✓ Cloruro de Socio ClNa ✓ Sulfato de magnesio ✓ Metildopa ✓ Nifedipino ✓ Oxígeno ✓ Catéter endovenoso ✓ Tubo de Mayo ✓ Sonda Foley ✓ Bolsa colectora de orina ✓ Bombilla de Aspiración Mascarilla de oxígeno	Evaluación de frecuencias
			EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO	✓ Hematocrito, ✓ Hemoglobina. ✓ Tiempo de Coagulación y de Sangría ✓ Grupo Sanguíneo y factor RH ✓ Urea ✓ Creatinina ✓ Examen completo de orina ✓ TP-TTPA ✓ Fibrinógeno ✓ Prueba cruzada ✓ Lámina Periférica	

			<p>PROCEDIMIENTOS DE LA ATENCIÓN DE PREECLAMPSIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proteinuria con ASS o tira reactiva ✓ Recuento de plaquetas ✓ Glucosa ✓ TGO-TGP ✓ Bilirrubina T y F ✓ AGA ✓ Proteinuria en 24 horas. ✓ Proteínas Totales y Fraccionadas ✓ Ecografía Obstétrica ✓ Perfil biofísico fetal ✓ Mantener Vía endovenosa permeable en traslado ✓ Control de Funciones vitales y estado neurológico en emergencia ✓ Control de Estado Neurológico ✓ Control de efectos secundarios del tratamiento ✓ Hoja de monitoreo materno fetal ✓ Hoja de Balance Hídrico ✓ Cuidados Intensivos 	
¿Cuáles son las complicaciones y tipo de egreso materno perinatal, por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016?	Establecer las complicaciones y tipo de egreso materno perinatal, por Preeclampsia en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa, periodo 2016		<p>COMPLICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Maternas ✓ Perinatales ✓ Estancia hospitalaria ✓ Tipo de egreso materno ✓ Tipo de egreso perinatal 	Evaluación de frecuencias