

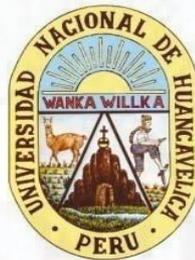
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
DE PAMPAS TAYACAJA, HUANCVELICA 2019.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:

OBSTA. ROJAS ARROYO LESSLY PAOLA

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

HUANCVELICA – PERÚ

2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a las 11:40 horas del día 18 de mayo del año 2021, se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis de la Egresada:

ROJAS ARROYO LESSLY PAOLA

Siendo los Jurados Evaluadores:

- Presidente : Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
Secretaria : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
Vocal : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA, HUANCVELICA 2019.

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 218-D-FCS-UNH concluyendo a las 12:15 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que suspendan la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 18 de mayo del 2021

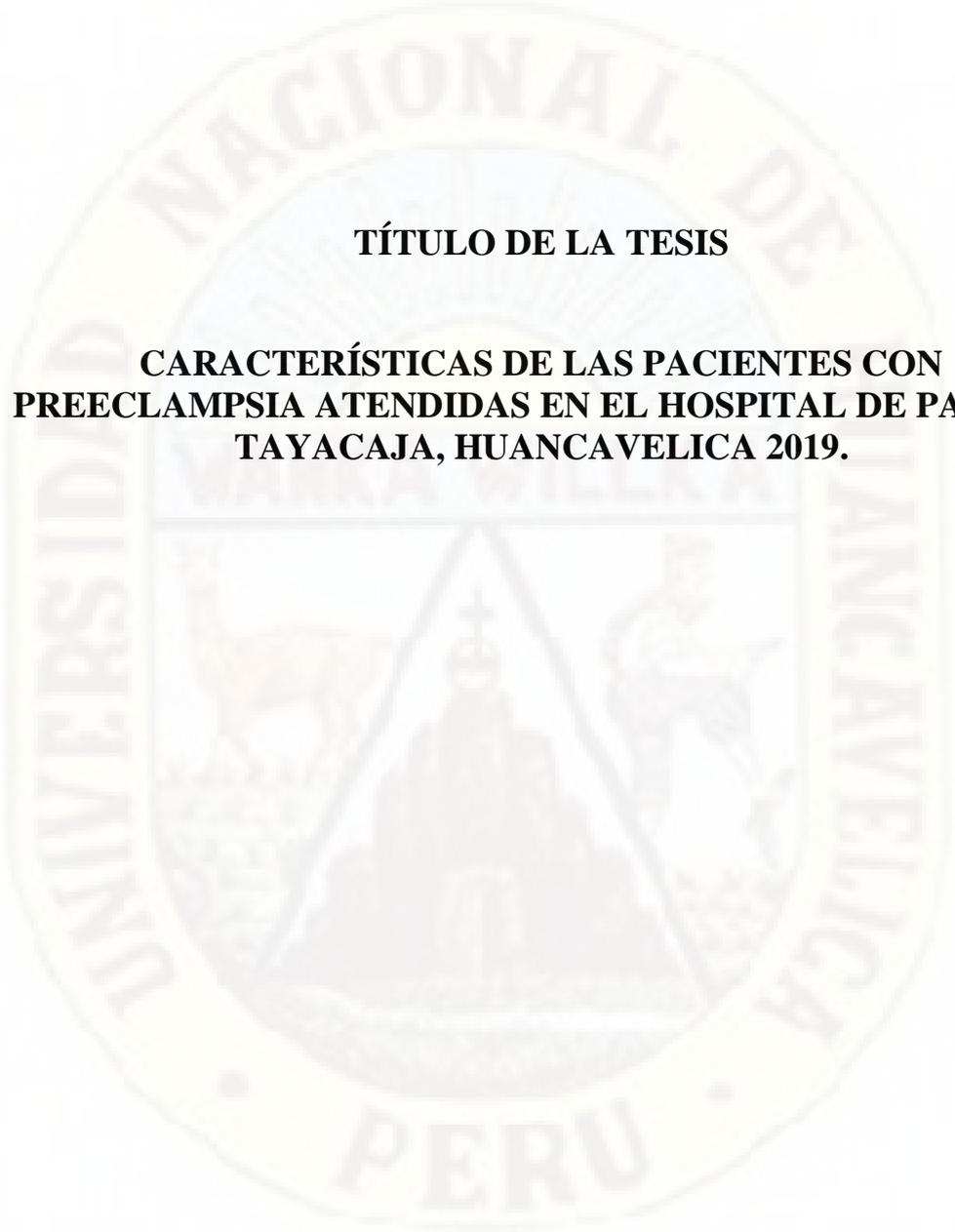
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
SECRETARIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre.
DOCENTE
VOCAL

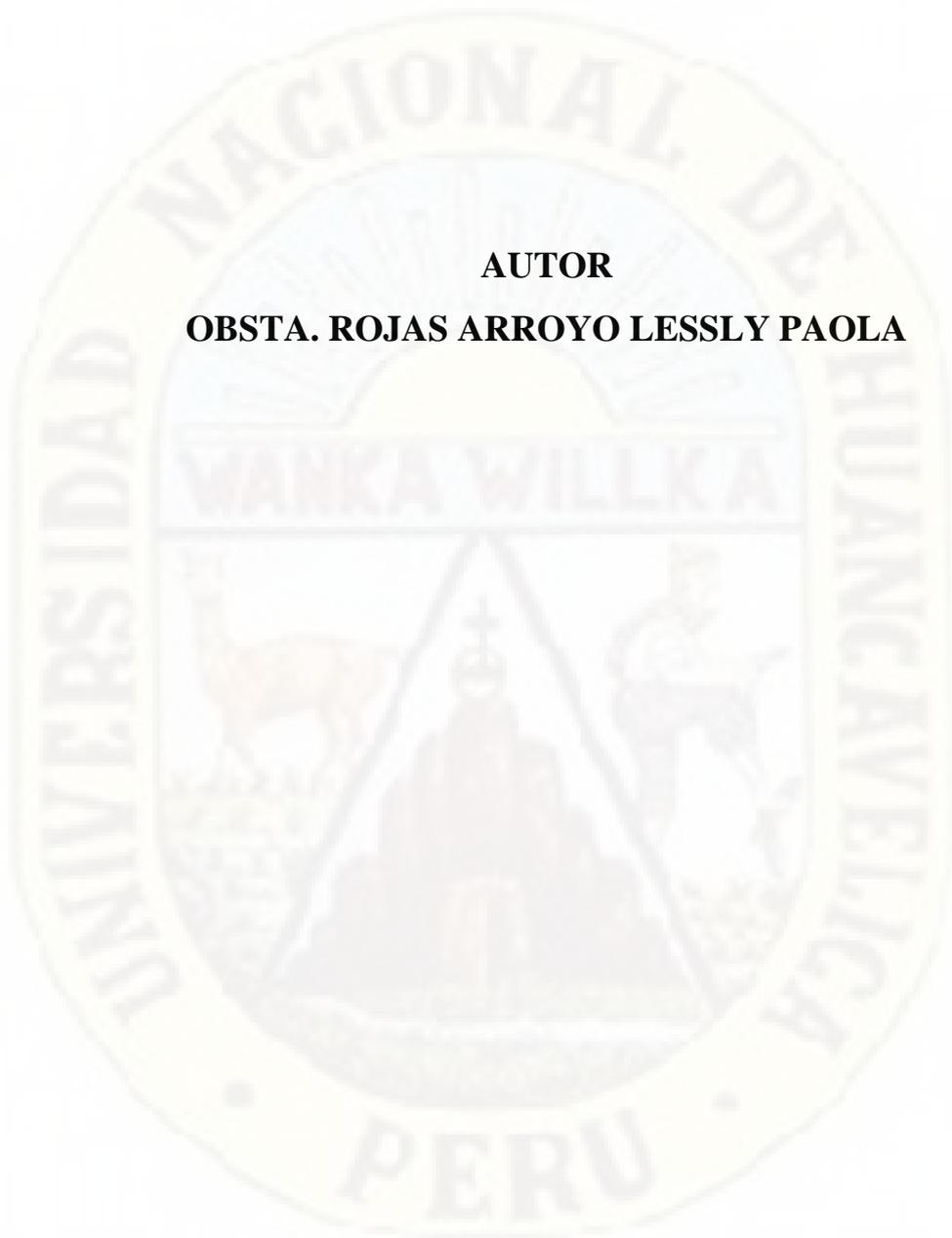
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
Mg. Zelmira Flor De la Cruz Ramos
DOCENTE
VºBº SECRETARIA DOC.



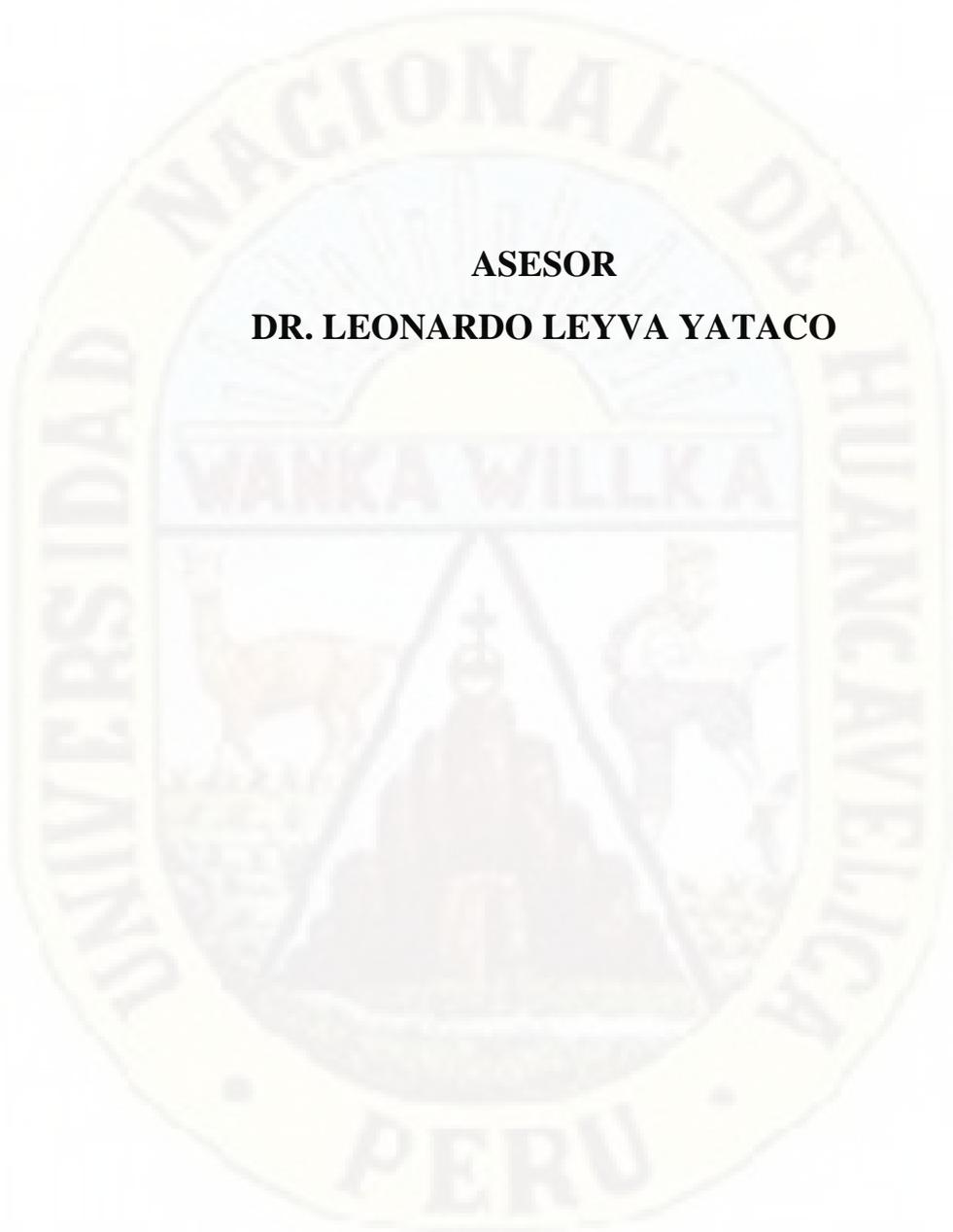
TÍTULO DE LA TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES CON
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE PAMPAS
TAYACAJA, HUANCVELICA 2019.**



AUTOR

OBSTA. ROJAS ARROYO LESSLY PAOLA



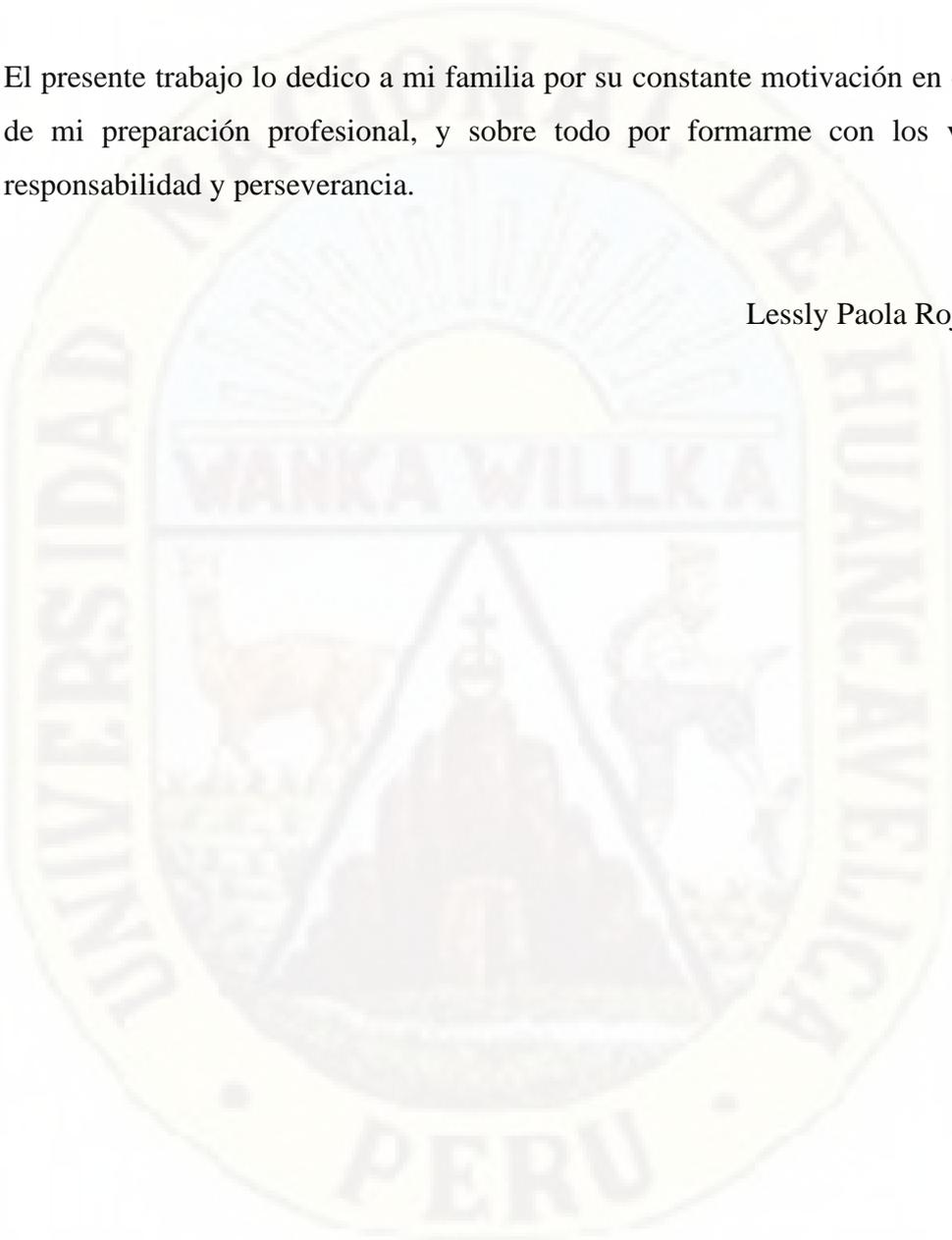
ASESOR

DR. LEONARDO LEYVA YATACO

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico a mi familia por su constante motivación en cada etapa de mi preparación profesional, y sobre todo por formarme con los valores de responsabilidad y perseverancia.

Lessly Paola Rojas Arroyo



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer a Dios por permitirme la oportunidad de seguir creciendo profesionalmente.

Así mismo agradecer a mis maestros por sus enseñanzas y por el tiempo dedicado a mi formación, finalmente agradecer al director del hospital de Pampas Tayacaja por permitirme realizar el estudio en la digna institución que el dirige.

Lessly Paola Rojas Arroyo

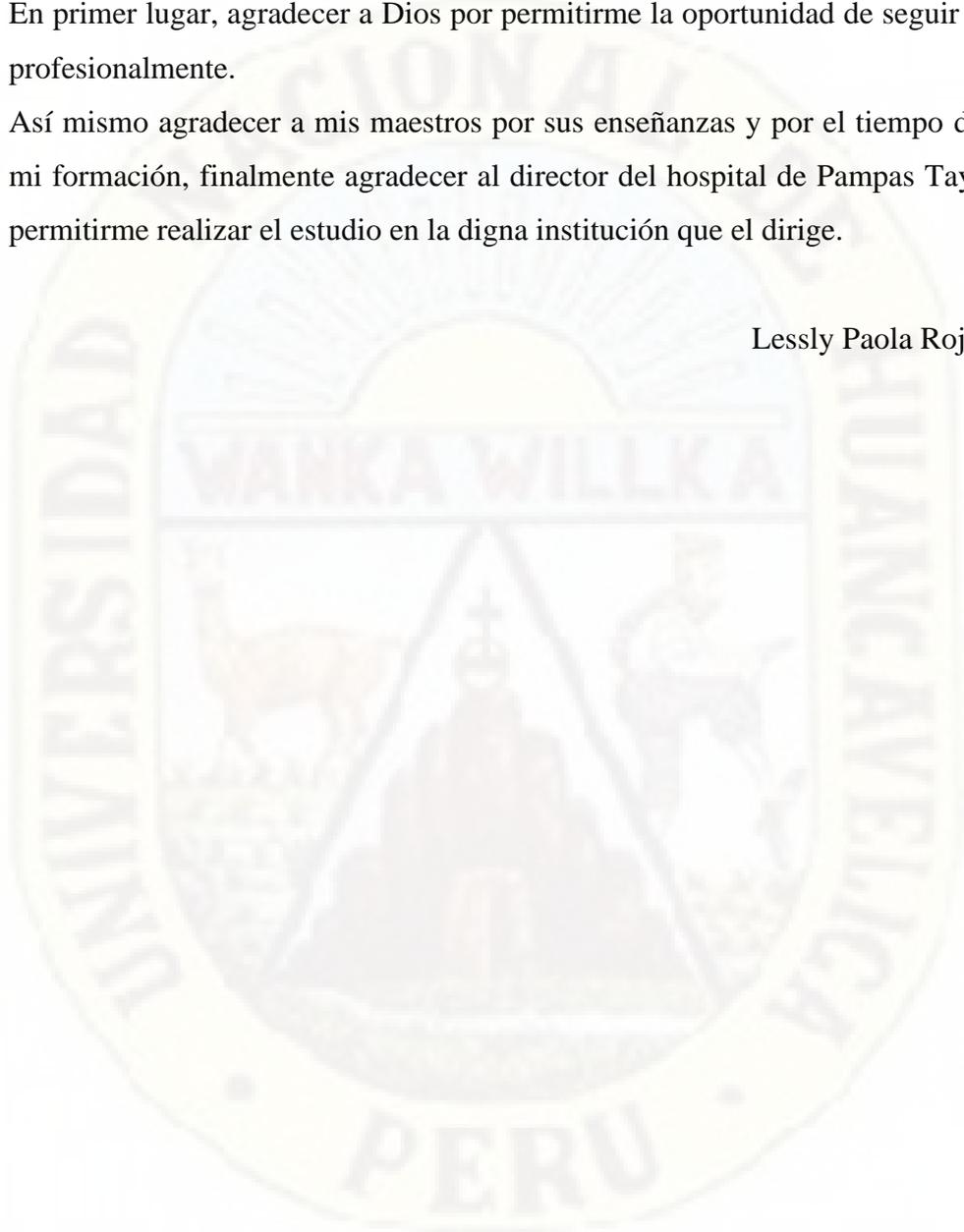


TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
TÍTULO DE LA TESIS.....	iii
AUTOR.....	iv
ASESOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
TABLA DE CONTENIDO.....	viii
TABLA DE CONTENIDOS DE CUADROS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema.....	15
1.2. Formulación del problema.....	17
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.4. Justificación	18
1.5. Limitaciones	19
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	20
2.2. Bases teóricas.....	23
2.3. Definición de términos	39
2.4. Identificación de variables.....	40
2.5. Operacionalización de variables.....	41
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito temporal y espacial.....	42
3.2. Tipo de investigación.....	42
3.3. Nivel de investigación	42
3.4. Métodos de investigación.....	43
3.5. Diseño de investigación.....	43
3.6. Población, muestra y muestreo.....	43

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	44
3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos	44

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información.....	45
4.2. Discusión de resultados	50
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS:	62
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	63
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	66
Anexo 3: Juicio de expertos	69
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	72



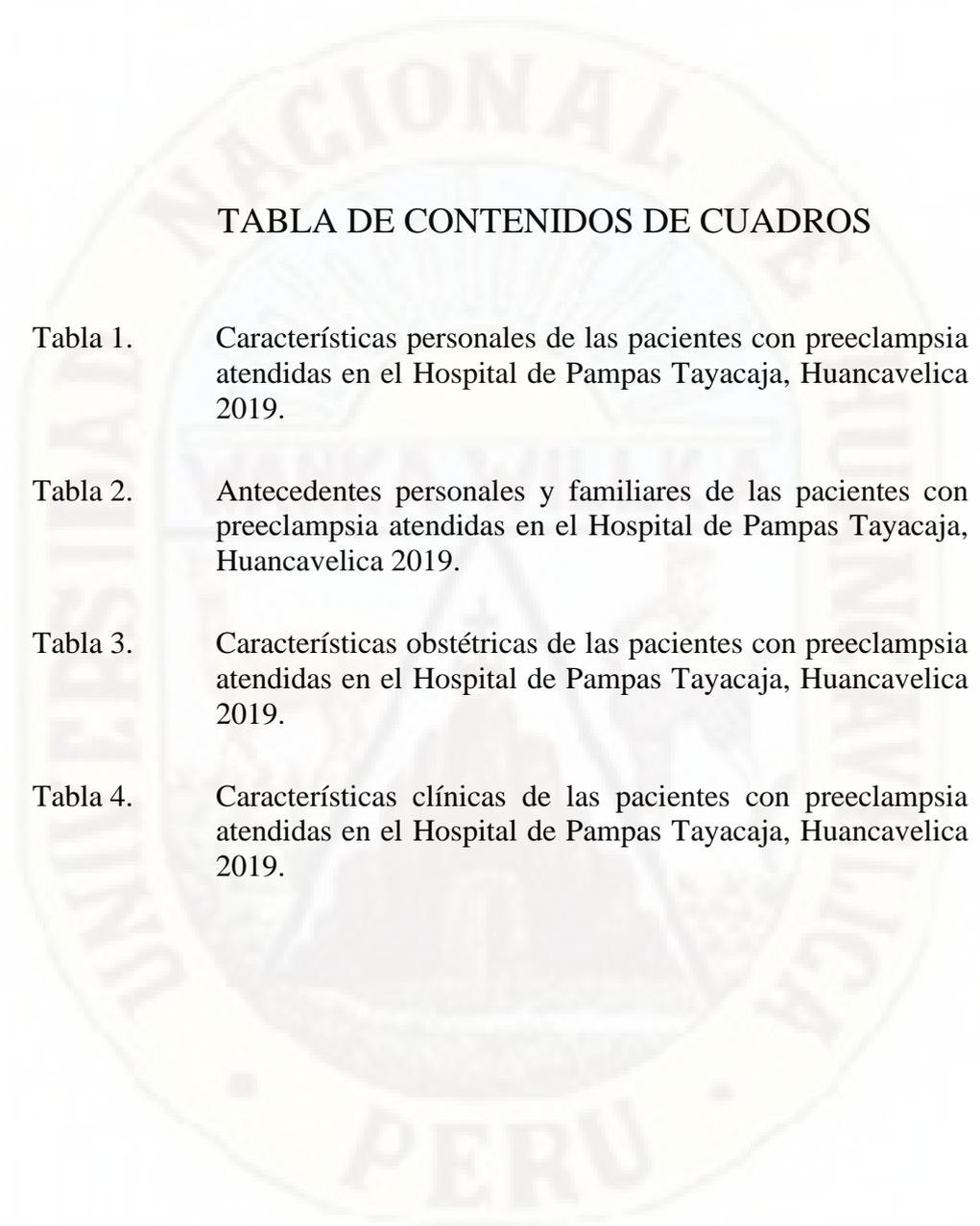


TABLA DE CONTENIDOS DE CUADROS

Tabla 1.	Características personales de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.	45
Tabla 2.	Antecedentes personales y familiares de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.	46
Tabla 3.	Características obstétricas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.	47
Tabla 4.	Características clínicas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.	49

RESUMEN

Objetivo. Identificar las características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019. **Metodología.** Investigación transversal, observacional, retrospectiva. Nivel descriptivo. El método inductivo. Diseño descriptivo simple. Para el estudio la población estuvo constituida por pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, región Huancavelica, año 2019. Según registros hospitalarios fueron 40 pacientes. Muestra censal. Técnica análisis documental e instrumento, ficha de recolección de datos. **Resultados.** El 67,5% (27) tuvieron una edad ≤ 26 años, el 20,0% (8) una edad de 27 a 34 años y el 12,5% (5) una edad ≥ 35 años. El 60% (24) fueron convivientes, el 22,5% (9) casadas y el 17,5% (7) solteras. El 5% (2) tuvieron primaria completa, el 35% (14) secundaria incompleta, el 40% (16) secundaria completa, el 20% (8) superior incompleta. El 30% (12) tuvieron sobrepeso y el 10% (4) obesidad. El 5% (2) tuvieron anemia moderada y el 42,5% (17) anemia leve. Antecedentes personales: aborto 15%, preeclampsia 10%, cesárea anterior 12,5%. Antecedentes familiares: madre con diabetes mellitus 10%, madre hipertensa 7,5%, madre con cáncer 2,5% y padre hipertenso 2,5%. El 55% (22) fueron nulíparas. El 30% (12) tuvieron su primera atención prenatal a las 14 semanas o antes; el 35% (14) de 15 a 19 semanas, el 30% (12) de 20 a 24 semanas, el 2,5% (1) de 25 a 29 semanas y 2,5% (1) de 30 a más semanas. El 57,5% (23) tuvieron de 1 a 5 atenciones prenatales y el 42,5% (17) 6 a más atenciones prenatales. El 5% (2) tuvieron 34 semanas o menos, el 87,5% (35) de 35 a 39 semanas y el 7,5% (3) de 40 a más semanas. El 60% (24) tuvieron preeclampsia leve y el 40% (16) preeclampsia severa. el 7,5% (3) ingreso en malas condiciones y el 80% (32) ingresaron en regular condición. Al 100% (40) le realizaron exámenes de proteinuria de 24 horas, Urea, Creatinina, Recuento de plaquetas. El 47,5% presentaron anemia, el 20% infección de tracto urinario, el 5% parto pretérmino y el 2,5% presentaron COVID 19. **Conclusiones.** Las pacientes fueron jóvenes, convivientes, de estudios secundarios completos o superiores, con sobrepeso u obesidad, anemia leve y con preeclampsia leve; en su mayoría fueron nulíparas, con primera atención prenatal después de las 14 semanas y edad gestacional mayor de 34 semana y las comorbilidades más frecuentes fueron la anemia y la infección de tracto urinario.

Palabras clave: Preeclampsia, pacientes con preeclampsia, preeclampsia de inicio tardío, preeclampsia leve.

ABSTRACT

Objective. Identify the characteristics of patients with preeclampsia treated at the Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019. **Methodology.** Cross-sectional, observational, retrospective research. Descriptive level. The inductive method. Simple descriptive design. For the study, the population consisted of patients with preeclampsia treated at the Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica region, year 2019. According to hospital records, there were 40 patients. Census sample. Document analysis technique and instrument, data collection sheet. **Results.** 67.5% (27) were ≤ 26 years of age, 20.0% (8) were between 27 and 34 years of age, and 12.5% (5) were ≥ 35 years of age. 60% (24) were cohabiting, 22.5% (9) were married and 17.5% (7) were single. 5% (2) had completed primary, 35% (14) incomplete secondary, 40% (16) completed secondary, 20% (8) incomplete upper secondary. 30% (12) were overweight and 10% (4) were obese. 5% (2) had moderate anemia and 42.5% (17) mild anemia. Personal history: abortion 15%, preeclampsia 10%, previous caesarean section 12.5%. Family history: mother with diabetes mellitus 10%, mother with hypertension 7.5%, mother with cancer 2.5% and father with hypertension 2.5%. 55% (22) were nulliparous. 30% (12) had their first prenatal care at 14 weeks or earlier; 35% (14) from 15 to 19 weeks, 30% (12) from 20 to 24 weeks, 2.5% (1) from 25 to 29 weeks and 2.5% (1) from 30 to more weeks. 57.5% (23) had 1 to 5 prenatal care and 42.5% (17) 6 more prenatal care. 5% (2) had 34 weeks or less, 87.5% (35) from 35 to 39 weeks and 7.5% (3) from 40 to more weeks. 60% (24) had mild pre-eclampsia and 40% (16) severe pre-eclampsia. 7.5% (3) were admitted in poor condition and 80% (32) were admitted in fair condition. 100% (40) were tested for 24-hour proteinuria, urea, creatinine, platelet count. 47.5% had anemia, 20% had a urinary tract infection, 5% preterm delivery, and 2.5% had COVID 19. **Conclusions.** The patients were young, cohabiting, from completed high school or higher, overweight or obese, mild anemia and mild pre-eclampsia; Most of them were nulliparous, with first prenatal care after 14 weeks and gestational age greater than 34 weeks, and the most frequent comorbidities were anemia and urinary tract infection.

Keywords: Preeclampsia, patients with preeclampsia, late-onset preeclampsia, mild preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una enfermedad vascular sistémica caracterizada por hipertensión arterial y proteinuria, que afecta del 3% al 10% de todas las mujeres embarazadas (1, 2). Es más frecuente en primigestas; las multigestas la padecen entre un 14 al 20% y las mujeres con anomalías uterinas graves en un 30%; afecta a 25% de mujeres con hipertensión crónica, neuropatía crónica o ambos grupos (3).

La incidencia de la preeclampsia (PE) se relaciona con la raza y el origen étnico; las hijas e hijos de mujeres que tuvieron PE presentan mayor riesgo de desarrollar PE o tener un embarazo con PE (4, 5). En algunos casos tiene un componente inmunológico como se concluye en algunos estudios; así mismo se plantea que la edad materna avanzada, la obesidad, la diabetes mellitus, la hipertensión crónica, el síndrome antifosfolípido, la enfermedad renal crónica y el lupus eritematoso sistémico también se relacionan con un mayor riesgo (4).

Estudios en Cuba, encontraron que la obesidad prevaleció en la PE sobreañadida (54,5%); la mayoría del grupo con PE leve (60%) y PE grave (64,6 %) fueron nulíparas (6). Control prenatal, diagnóstico oportuno, tratamiento y parto adecuados; Son las medidas más efectivas para reducir la tasa de mortalidad por esta causa. Los factores sociales y la atención médica oportuna deben prevalecer en la población. Sin embargo, estos son limitados en poblaciones marginadas sin acceso a servicios médicos (7).

En el Perú el 56,9% de los trastornos hipertensivos registrados correspondieron a PE; existió un mayor registro de PE en EsSalud 63,6%, en el II nivel de atención 60,6% y en la región de la selva 64,9%; se encontró menor proporción en el rango de 40 a 49 años de edad (8).

En Huancayo, el 53,5% de casos de PE se presentó los 19 y 34 años, las más afectadas fueron las nulíparas; dentro de los antecedentes se encontró aborto, antecedentes familiares de hipertensión arterial, antecedentes personales de PE (10). En Tayacaja, un estudio encontró un 73,8% de PE leve y un 26,3% de PE severa; concluyeron que las características clínicas y neonatales de las gestantes con preeclampsia difieren según la severidad (11).

Las mujeres de la zona alto andina de Pampas Tayacaja, presentan características propias como gestantes con esta patología; esta información es escasa; pero muy importante; situación que motivo realizar la investigación para conocer las características de una manera más detallada como aspectos personales, obstétricas, antecedentes, diagnóstico, exámenes y comorbilidades; de las pacientes con PE, para comprender este problema de salud desde un enfoque holístico a fin de realizar intervenciones sanitarias.

Los resultados de este estudio contribuirán a implementar intervenciones en educación sanitaria y prevención; por personal capacitado acordes al contexto, que contribuyan a controlar o disminuir la incidencia de esta complicación gineco obstétrica.

El informe consta de cuatro capítulos: Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II contiene el marco teórico, el Capítulo III plantea la metodología del estudio y el IV Capítulo presenta los resultados del estudio.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La preeclampsia es una enfermedad vascular sistémica caracterizada por hipertensión arterial y proteinuria, que afecta del 3% al 10% de todas las mujeres embarazadas; esta cursa con una disfunción multiorgánica; Por lo tanto, la presencia de proteinuria no es necesaria para el diagnóstico cuando hay daño orgánico adicional como trombocitopenia, insuficiencia renal, enfermedad hepática, síntomas cerebrales y edema pulmonar. (1, 2).

La preeclampsia es más frecuente en primigestas; las multigestas la padecen entre un 14 al 20% y las mujeres con anomalías uterinas graves en un 30%; afecta a 25% de mujeres con hipertensión crónica, neuropatía crónica o ambos grupos (3). Otras series informan una incidencia de eclampsia que va del 0,05% al 0,2% de todos los partos y de 3,6% en embarazos múltiples, con respecto al inicio de las convulsiones se refiere que 73% ocurren antes del parto, 27% durante el puerperio, siendo el 85% en primigesta (3).

La aparición de preeclampsia (EP) está relacionada con la raza y el origen étnico. Las mujeres afroamericanas tienen un mayor riesgo de actividad física que las mujeres blancas. Además, las hijas e hijos de mujeres que sufren de EP durante el embarazo tienen mayor riesgo de embarazo con EP o EP, respectivamente (4, 5).

La reducción del contacto con el antígeno del padre, la ineficacia, el menor tiempo de convivencia sexual y los cambios de pareja aumentarán el riesgo de preeclampsia, lo que indica que hay un componente inmunológico en la patogenia (4). De manera similar, la edad materna, la obesidad, la diabetes, la

hipertensión crónica, el síndrome antifosfolípido, la enfermedad renal crónica y el lupus eritematoso sistémico también se asocian con un mayor riesgo (4).

Estudios en Cuba, encontraron 25% de adolescentes con preeclampsia grave y las ≥ 35 años con preeclampsia sobreañadida, en el 54,5% la obesidad prevaleció en la preeclampsia sobreañadida; el 60% presento preeclampsia leve el 64,6% preeclampsia grave, así mismo la mayoría fueron nulíparas (6). El control prenatal, el diagnóstico oportuno, el manejo adecuado y el parto son las medidas más efectivas para reducir la tasa de mortalidad por esta causa; los factores sociales y los servicios médicos oportunos deben dominar a la población, pero estos factores se limitan a la marginación de la falta de acceso a servicios médicos. multitud de servicios (7).

En el Perú el 56,9% de los trastornos hipertensivos registrados correspondieron a preeclampsia; existe un mayor registro de preeclampsia en EsSalud 63,6%, en el II nivel de atención 60,6% y en la región de la selva 64,9%; se encontró menor proporción en el rango de 40 a 49 años de edad (8). En el Perú, en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre el 2007 y el 2018; la preeclampsia fue la primera causa de muerte materna en un 44,3%; entre el 2012 y el 2018 en el instituto se atendieron 1870 casos de morbilidad materna extrema, la causa principal con un 56,6% fue el trastorno hipertensivo del embarazo 56,6% (9).

En Huancayo, el 53,5% de casos de preeclampsia se presentó los 19 y 34 años, las más afectadas fueron las nulíparas; dentro de los antecedentes se encontró aborto, antecedentes familiares de hipertensión arterial, antecedentes personales de preeclampsia (10).

En Tayacaja, un estudio sobre características clínicas y neonatales de la preeclampsia; encontró un 73,8% de preeclampsia leve y un 26,3% de preeclampsia severa; concluyeron que las características clínicas y neonatales de las gestantes con preeclampsia difieren según la severidad (11).

Las mujeres de la zona alto andina de Pampas Tayacaja, presentan características propias como gestantes con esta patología; esta información es escasa; pero muy importante; situación que motivo realizar la investigación para conocer las características de una manera más detallada como aspectos personales, obstétricas, antecedentes, diagnóstico, exámenes y comorbilidades; de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja de la región Huancavelica; esto permitirá organizar la oferta sanitaria de acuerdo a la característica de la demanda; para prevenir y contribuir a disminuir las complicaciones en las gestantes.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características personales de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019?
- ¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar las características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características personales de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.
- Identificar las características obstétricas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.
- Identificar las características clínicas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

1.4. Justificación

La preeclampsia afecta del 3 al 10% de las gestantes (1, 2); es más frecuente en primigestas; las multigestas la padecen entre un 14 al 20% y las mujeres con anomalías uterinas graves en un 30%; afecta a 25% de mujeres con hipertensión crónica, neuropatía crónica o ambos grupos (3).

La aparición de preeclampsia (EP) está relacionada con la raza y el origen étnico. Las mujeres afroamericanas tienen un mayor riesgo de actividad física que las mujeres blancas. Además, las hijas e hijos de mujeres que sufren de EP durante el embarazo tienen mayor riesgo de embarazo con EP o EP, respectivamente (4, 5). En algunos casos tiene un componente inmunológico como se concluye en algunos estudios (4). Así mismo se plantea que la diabetes mellitus, obesidad, edad avanzada, hipertensión crónica, el síndrome antifosfolípido, la enfermedad renal crónica y el lupus eritematoso sistémico son factores de riesgo (4).

La preeclampsia en el embarazo tiene una incidencia elevada en la morbimortalidad materno/fetal; esta puede producir una disfunción multiorgánica, que puede convertirse en una eclampsia o un síndrome HELLP. Esto hace que la preeclampsia en el embarazo sea motivo de estudio desde diferentes perspectivas con la finalidad de tener mayores conocimientos no solo de su fisiopatología; si no también relacionados a otros factores que pueden influenciar o complicar este estado.

Conocer las diversas características personales, obstétricas, antecedentes, diagnóstico, exámenes auxiliares y comorbilidades; de las pacientes con preeclampsia, permitirán comprender este problema de salud desde un enfoque holístico a fin de realizar intervenciones sanitarias.

Los resultados de este estudio contribuirán a implementar intervenciones en educación sanitaria y prevención; por personal capacitado acordes al contexto, que contribuyan a controlar o disminuir la incidencia de esta complicación gineco obstétrica.

1.5. Limitaciones

En el proceso de recolección de datos se tuvo como limitación demoras para acceder a los registros e historias clínicas por situación de pandemia, riesgo de contagio y cuarentenas focalizadas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Espinoza et al (12), estudio los aspectos clínicos y complicaciones asociadas a preeclampsia y eclampsia; con el objetivo de determinar las características clínicas y complicaciones asociadas a preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos; materiales y métodos: se trató de un estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes gestantes que tuvieran el diagnóstico de preeclampsia o eclampsia atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo junio 2017 a junio de 2018, se emplearon los datos clínicos de las historias que se encuentran en el departamento de estadísticas del mencionado hospital; resultados: de las 400 pacientes evaluadas, el 95% (n=380) presentaron preeclampsia, el 5% restante (n=20) presentó eclampsia; el grupo etario más frecuente fue el <20 años con 50,2% (n=201), el estado civil más frecuente fue soltera con 72,5% (n=290), la mayoría asistió a 5 o más consultas prenatales (87,5%; n=350), eran primíparas (75%; n=300) y 12,3% (n=49) tenía antecedente de preeclampsia; el 20% (n=80) tuvo complicaciones maternas, siendo el parto pretérmino la más frecuente con 75%; mientras que el 77,2% (n=309) tuvo complicaciones perinatales, siendo la prematuridad la más prevalente con 81,5%; conclusión: existe una alta frecuencia de pacientes con trastornos hipertensivos tipo preeclampsia y eclampsia que consultan al Hospital General del Norte de Guayaquil IESS los Ceibos, con un importante número de complicaciones, especialmente perinatales y un predominio en mujeres jóvenes, solteras, primíparas.

Acosta et al (13), estudiaron la preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal con el objetivo de caracterizar a gestantes o puérperas con preeclampsia-eclampsia, ingresadas en la unidad de cuidados intensivos; método: su estudio fue descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal; periodo enero a diciembre 2016; incluyó 38 pacientes con examen físico completo, exámenes complementarios y el índice APACHE II; Resultados: el la edad promedio fue 27 años; el subgrupo representativo fue las puérperas con preeclampsia con 15 pacientes (62,5 %); dentro de este grupo el 33,4 % fueron mujeres comprendidas entre los 21 y 35 años de edad; los factores de riesgo fueron: edades extremas, antecedentes de hipertensión arterial, uso previo de preservativo, antecedentes de preeclampsia, personales o familiares; Las multíparas con una nueva pareja se comportaron como nulíparas; conclusiones: se puede llegar al diagnóstico de formas graves e incipientes de preeclampsia, con una estrategia de seguimiento precoz en gestantes y puérperas con riesgo.

Manrique (14), investigo a las gestantes con preeclampsia con el objetivo de determinar las características de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Ventanilla en los años 2016-2017; materiales y métodos: diseño descriptivo simple, retrospectivo y transversal; la población fue 244 gestantes con diagnóstico de preeclampsia, la muestra fue de 111 gestantes con diagnóstico de preeclampsia y con cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión; resultados: el 71,2% presentaron preeclampsia leve, el 32,4% tuvieron de 20 a 24 años, 77,5% fueron de la costa; 63,1% con nivel de instrucción secundaria, 60,4% convivientes; los antecedentes fueron: 29,7% presentaron de 1 a 2 abortos previos, el 55,9% no tuvo hijos previos, las pacientes con preeclampsia en un 96,4% tuvieron de 37 a 41 semanas; el 36,9% fueron primigestas, 36,9% no tuvieron atención pre natal; La característica más común es la hipertensión arterial crónica, que representa el 19,8%, los síntomas obstétricos que se presentan durante el embarazo actual son dolor de cabeza y náuseas; en conclusión: La preeclampsia en el Hospital de Ventanilla es más común entre las mujeres jóvenes embarazadas y la preeclampsia leve fue la preeclampsia más común durante el período de estudio, como aura patológica,

la hipertensión arterial crónica es la más común; los síntomas son dolor de cabeza y náuseas.

Berrios (15), estudio aspectos epidemiológicos de la preeclampsia; con el objetivo de determinar las características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en el HNRPP del 2015-2016; materiales y método: estudio tipo retrospectivo, transversal, descriptivo; realizado en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo – Perú; Recolección de datos en base a instrumentos basados en investigaciones previas, historia clínica y tarjeta perinatal; revisó las historias clínicas de 140 pacientes diagnosticadas con preeclampsia; utilizó estadística descriptiva; tabuló la información y la almacenó en la base de datos de Microsoft Excel, luego analizada a través del programa SPSS ; los resultados: el mayor porcentaje de edad observado se encuentra entre los 19 a 34 años (53,57%), las más afectadas son las mujeres que no han dado a luz (57,86%) y aquellas con edad gestacional superior a 37 semanas (52,86%); controles prenatales (51,43%) de acuerdo con la normativa vigente; En la historia de aborto espontáneo antes del embarazo, solo 06 tuvieron un aborto espontáneo (4,29%), 08 tenían antecedentes de hipertensión familiar (5,8%) y 08 tenían antecedentes de preeclampsia (2, 8%); los síntomas más comunes fueron Dolor de cabeza (60%), fibromas uterinos o visión borrosa (8,57%), dolor abdominal superior y / o dolor abdominal superior derecho (20%), acúfenos (2,8%); la principal vía de parto es abdominal (94,2%) y incentivo (5,7%). En el momento del diagnóstico, la mayoría de las pacientes (81,43%) presentaban hipertensión relacionada con uno o más criterios de gravedad; los pilares básicos del manejo incluían el control de la presión arterial para todas las pacientes, el 94,29% de las cesáreas urgentes y la nifedipina (85,71%), magnesio. sulfato (10%) y el pronóstico de la preeclampsia recurrente es solo del 5,6%; conclusiones: Se considera que la mayoría de las pacientes con preeclampsia se encuentran dentro del rango normal y / o apropiado de las variables investigadas (edad, edad gestacional, paridad, número de exámenes prenatales, etc.); la cefalea es el síntoma principal del aura y el control de la presión arterial es fundamental en el

manejo, solo una baja proporción de preeclampsia recurrente se encontrará en embarazos futuros.

Vega et al (16), estudiaron las características de las gestantes con preeclampsia atendidas en los consultorios externos del Hospital Santa Rosa 2014; los objetivos fueron identificar las características relevantes de la madres con diagnóstico de preeclampsia; material y métodos: Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, a nivel transversal; la muestra fue diagnosticada de preeclampsia en 50 pacientes que fueron diagnosticadas de preeclampsia en la consulta externa del Hospital Santa Rosa de Lima-Perú de julio a septiembre de 2014 La composición de mujeres embarazadas; los datos se obtuvieron de las historias clínicas; resultados: de las 50 mujeres embarazadas, el 52% tenía más de 30 años, el 20% tenía antecedentes de preeclampsia y el 14% tenía hipertensión. El 34% son mujeres que no han dado a luz, el 52% son obesas y solo el 12% ha recibido al menos cuatro controles prenatales; la preeclampsia leve es más frecuente (56%) que grave (44%); 90% de las pruebas de diagnóstico proteinuria (> 300 mg / 24 h); el hematocrito bajo ($<33\%$) representó el 56%; la proporción de aumento de la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica fue solo del 36% y 18%, respectivamente; conclusiones: la preeclampsia es frecuente en mujeres nulíparas de 30 años a más, así como la proteinuria y el edema.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. La preeclampsia

Se define como la aparición de hipertensión durante el embarazo, que se caracteriza por una presión arterial sistólica / diastólica alta persistente de $\geq 140/90$ mm Hg, así como proteinuria de ≥ 300 mg / 24 h después de 20 semanas de gestación; según las nuevas directrices (2013) del Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la preeclampsia puede ir acompañada o no de proteinuria y también puede estar asociada con disfunción de órganos maternos, como

insuficiencia renal aguda, complicaciones hepáticas, neurológicas o hematológicas, disfunción uteroplacentaria, restricción del crecimiento fetal / restricción del crecimiento intrauterino y muerte intrauterina (17). La Preeclampsia afecta tanto a la madre como al feto; se requiere un ambiente intrauterino adecuado para el adecuado desarrollo del feto; cualquier cambio en la placenta afecta el crecimiento y desarrollo normal del feto; en el lado materno, la preeclampsia causa insuficiencia renal, síndrome HELLP (Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas), insuficiencia hepática y edema cerebral con convulsiones (17). Las complicaciones fetales incluyen muerte fetal, prematuridad yatrogénica, restricción del crecimiento fetal / restricción del crecimiento intrauterino, oligohidramnios y mayor riesgo de muerte perinatal (17).

La preeclampsia es un trastorno multisistémico relacionado con el embarazo, cuya fisiopatología está del todo conocida. La preeclampsia también se conoce como una enfermedad de la placenta ya que es provocada por insuficiencia placentaria. Es una de las enfermedades más frecuentes relacionadas con el embarazo; es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna, mortalidad neonatal y fetal; y nacimientos pretérminos (18).

2.2.1.1. Tipos de preeclampsia

La preeclampsia se puede categorizar ampliamente en 2 subtipos; de inicio temprano (placentario) y preeclampsia de inicio tardío (materna). Ambos parecen tener una etiología y fenotipos (19, 20). La preeclampsia placentaria es más grave que la preeclampsia materna; esto puede deberse a que, no hay aumento de las micropartículas de sincitiotrofoblasto en la preeclampsia materna en comparación con la preeclampsia placentaria (21). La preeclampsia placentaria es caracterizada por placentación anormal debido a hipoxia placentaria; esto podría deberse a una expresión reducida del

factor de crecimiento placentario (PIGF) o disminución de la unión a su receptor; este último podría ser contribuido por el aumento niveles de sFlt-1, un receptor señuelo para VEGF que se une a los receptores PIGF y VEGF; bloqueando así su función angiogénica; esto altera las propiedades angiogénicas y antiangiogénicas; equilibrio que cambia el flujo sanguíneo al embrión en desarrollo; la preeclampsia placentaria es asociada con la alteración en la transformación fisiológica de las arterias espirales en citotrofoblasto, lo que provoca resistencia al flujo sanguíneo en las arterias uterinas (22, 23). La preeclampsia materna surge debido a la interacción entre una placenta sana y factores maternos que en última instancia causarían daño microvascular; esto podría deberse a una disfunción endotelial materna; ya que la preeclampsia materna ocurre más tarde en el período de gestación, esto se puede manejar de manera expectante hasta las 37 semanas de gestación; la preeclampsia materna ocurre en la última etapa del embarazo, por lo tanto, hay realmente poco o ningún cambio en la conversión arterial y, por lo tanto, se mantiene la perfusión placentaria (24).

2.2.1.2. Clasificación

La preeclampsia se clasifica en leve y severa; debe hacerse diagnóstico de preeclampsia grave en mujeres con hipertensión proteinuria de inicio reciente y una o más de las siguientes complicaciones: síntomas de disfunción del sistema nervioso central (visión borrosa, escotomas, alteración del estado mental, cefalea intensa), eclampsia, (convulsiones, como no explicado o ambos), síntomas de distensión de la capsula hepática (dolor del cuadrante superior derecho abdominal o epigástrico), aumento intenso de presión arterial (160/100 o más en dos ocasiones con al

menos de seis horas de diferencia), proteinuria (más de 5 g/24h), oliguria o insuficiencia renal, edema pulmonar, accidente vascular cerebral, lesión hepatocelular (cifras de transaminasas séricas del más del doble de lo normal), trombocitopenia ($< 100,000$ plaquetas /mm³), coagulopatía, síndrome de HELLP (hemólisis, aumento de enzimas hepáticas, plaquetopenia) (25).

La preeclampsia leve incluye todas aquellas mujeres con diagnóstico hipertensión proteinuria de nuevo inicio sin datos de la forma grave (25).

Preeclampsia leve

Tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300mg hasta menor de 5 gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad (26).

Preeclampsia severa

Tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 5 gramos o proteinuria en tirilla reactiva +++ y presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio; Vasomotores: cefalea, tinnitus, acufenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho (27).

- Hemólisis.
- Plaquetas menores a 100000 mm³.

- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda.

Como la proteinuria puede ser una manifestación tardía, se puede sospechar la preeclampsia en una embarazada con hipertensión acompañada de cefalalgia, dolor abdominal o anomalías en los exámenes de laboratorio (27).

La hipertensión que sobreviene en la preeclampsia es causada por un aumento de la resistencia vascular periférica; el gasto cardiaco suele ser menor que en el embarazo normotensivo, el flujo renal y la GFR descienden en la preeclampsia de un 62-84%; una reducción de la GFR del 50% duplica la creatinina sérica; un aumento de la creatinina sérica del 0.5-1 mg/dL o del BUN de 8-16 mg/dL representa una disminución de la GFR del 50%; el ácido úrico aumenta antes que haya una elevación medida de la creatinina o BUN (27). Como en la preeclampsia no hay aumento de la producción de ácido úrico la hiperuricemia indica una disminución de la depuración renal; la hiperuricemia (>5,5 mg/dL) es un marcador valioso para diferenciar la preeclampsia de todas las demás causas de hipertensión durante el embarazo; hay aumento súbito de peso con edema, sobre todo en cara y manos; es probable que la retención de sodio que tiene lugar en la preeclampsia sea causada por depleción de volumen y reducción de GFR; pese a la retención de sodio, el volumen plasmático en la preeclampsia está disminuido respecto al embarazo normotensivo; la hipertensión causa desplazamiento preferencial de líquido del espacio intravascular al intersticial (27).

El aumento de la permeabilidad vascular a las proteínas podría ser secundario a lesión de las células endoteliales de causa indeterminada; en la preeclampsia hay disfunción generalizada de las células endoteliales con caída en la síntesis de PGI₂, aumento de fibronectina celular plasmática y activación del factor de Von Willebrand; la sobreproducción de endotelina (vasoconstrictor y agregante plaquetario) ha sido considerada un posible factor en la preeclampsia (27).

Los lípidos peroxidados circulantes inhiben selectivamente la enzima prostaglandina sintetasa, desviando la vía de la ciclooxigenasa hacia la síntesis de tromboxano A₂, un vasoconstrictor y agregante plaquetario; respecto a la glucemia, la hiperglucemia reduce la síntesis de PGI₂ por las células endoteliales; la preeclampsia aumenta el antagonismo a la insulina observado en el embarazo normal; la reducción del volumen plasmático en la preeclampsia no debe ser tratada con expansión de volumen; cuando las mujeres preeclámpticas presentan edema pulmonar, éste suele ser consecuencia de administración de grandes volúmenes de líquido antes del parto y durante este (27). También, la presión oncótica del plasma cae después del parto, debido a una rápida movilización de líquido del espacio intersticial, que si se combina con aumento de la presión capilar pulmonar, se induce edema de pulmón; en la preeclampsia hay hiperlipidemia en niveles más altos respecto a las embarazadas normotensas, además en la preeclampsia severa la vitamina E está disminuida; en la preeclampsia hay espasmo arterial en muchos tejidos, especialmente en riñones, cerebro e hígado (27).

Eclampsia

Presión arterial mayor de 140/90mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg o en tirilla reactiva +/++/+++, acompañado de convulsiones tónico clónicas o coma durante el embarazo, parto o puerperio sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos (27-29).

Síndrome de HELLP

Variante de la preeclampsia severa (PA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas + Proteinuria en 24 h > a 300 mg / tirilla positiva). Criterios diagnósticos: Hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas (LP) (27-29).

- Síndrome de Hellp Clase 1.
 - Plaquetas: < 50000 plaquetas/mm³.
 - LDH: > 600 UI/L.
 - TGO, TGP o ambas: > 70 UI/L (27-29).
- Síndrome de Hellp Clase 2.
 - Plaquetas: > 50000 y < 100000 plaquetas/ mm³
 - LDH: > 600 UI/L.
 - TGO, TGP o ambas: > 70 UI/L (27-29).
- Síndrome de Hellp Clase 3.
 - Plaquetas: > 100000 y < 150000 plaquetas/ mm³.
 - LDH: > 600 UI/L.
 - TGO, TGP o ambas: > 40 UI/L (27-29).

2.2.1.3. Cuadro clínico

El síndrome de preeclampsia incluye varias manifestaciones neurológicas; todas indican compromiso grave y requieren atención inmediata (27-29):

- a. Se cree que la cefalea y los escotomas se deben a la hiperperfusión cerebrovascular, que tiene predilección por los lóbulos occipitales; el 50 a 75% de las mujeres tienen cefalea y 20 a 30% cambios visuales antes de las convulsiones eclámpicas; las cefaleas pueden ser leves a intensas, intermitentes a constantes (27-29).
- b. Las convulsiones son diagnósticas de eclampsia.
- c. La ceguera es rara en la preeclampsia sola, pero es complicación de las convulsiones eclámpicas hasta en 15% de los casos (27-29).
- d. Es posible que haya edema cerebral generalizado, las más de las veces manifestado por cambios en el estado mental que varían desde confusión hasta el coma; esta situación conlleva un peligro particular porque puede causar hernia supratentorial mortal (27-29).

Cambios visuales y ceguera; en la preeclampsia grave y la eclampsia son frecuentes los escotomas, visión borrosa o diplopía; casi siempre desaparecen con la administración de sulfato de magnesio o el descenso de la presión arterial; la ceguera es menos frecuente, por lo regular es reversible y puede generarse en tres áreas posibles; estas son la corteza visual del lóbulo occipital, los núcleos geniculados laterales y la retina; en esta última, las lesiones posibles incluyen isquemia, infarto y desprendimiento (27-29).

La ceguera occipital también se denomina amaurosis, derivada del término griego que significa oscurecimiento; la ceguera por lesiones retinianas, ya sea isquemia o infarto, también se conoce como retinopatía de Purtscher; por último, el desprendimiento de retina también puede afectar la visión, aunque casi

siempre es unilateral y pocas veces produce pérdida visual completa (27-29).

2.2.1.4. Fisiopatología

Si bien es cierto se desconoce el agente causal específico, se han propuesto varias hipótesis: excesiva peroxidación lipídica, disfunción celular endotelial, desequilibrio de la relación tromboxano/prostaciclina, alteración en la invasión trofoblástica y estrés oxidativo (27, 29-31).

En la preeclampsia se produciría una invasión anormal y superficial del citotrofoblasto en las arterias espirales durante la placentación; también se produce una elevación de la resistencia vascular periférica, activación de la cascada de la coagulación e incremento de la agregación plaquetaria; además, la preeclampsia está considerada como un síndrome inflamatorio sistémico y un síndrome metabólico, debido a que comparte aspectos fisiopatológicos y morfológicos a nivel vascular con la arterioesclerosis prematura y la enfermedad arterial coronaria (27, 29-31).

En el modelo de dos estadios de la preeclampsia, la hipoxia placentaria sería el primer estadio; mientras que el segundo estadio consistiría en los signos maternos como la hipertensión, proteinuria y pobre crecimiento fetal (27, 29-31).

a. Preeclampsia de inicio precoz e inicio tardío

Hace algunos años ha surgido una nueva forma de clasificación de la preeclampsia: preeclampsia de inicio precoz (PIP) y preeclampsia de inicio tardío (PIT), con un punto de corte a las 34 semanas (27, 29-31), posiblemente debido al diferente mecanismo fisiopatológico que ambas presentan: la PIP estaría más

relacionada con una placentación anormal; mientras que la PIT, con factores maternos (27, 29-31).

La PIP tendría una predisposición familiar y un alto riesgo de recurrencia; por otro lado, la PIT surgiría debido a factores de riesgo metabólicos de la madre como por ejemplo: obesidad, hipertensión crónica y diabetes; además presenta una placenta normal, por lo tanto tendrá un mejor resultado fetal y neonatal (27, 29-31).

El primer estudio en el cual los hallazgos clínicos y laboratoriales de preeclampsia fueron asociados a la edad gestacional de diagnóstico (anterior y posterior a 34 semanas), fue publicado en 1995 por Dekker et al, según lo menciona Nogueira y otros en su estudio (27, 29-31).

Sin embargo, fueron Von Dadelszen y otros; que publicaron una importante alerta para la utilidad de esta nueva clasificación ya que consideraban que la edad gestacional era la más importante variable clínica para la detección de complicaciones materno-perinatales; para ellos, la PIP representaba un riesgo materno adicional considerable, tenía mayor riesgo a que ocurra en futuras gestaciones, así como un riesgo incrementado para enfermedades cardiovasculares futuras y muerte (27, 29-31). Epidemiológicamente, la PIT constituye aproximadamente entre el 75 y 80% de los casos de preeclampsia, mientras que la PIP constituye entre el 5 y 20% (27, 29-31).

Para algunos autores existen factores de riesgo comunes a ambas entidades, sin embargo, la mayoría de estudios coinciden que la PIT estaría más relacionada con la historia familiar de preeclampsia, edad materna menor de 20 años o mayor de 35 años, multiparidad, obesidad, mayor ganancia de peso durante la gestación, diabetes gestacional, anemia materna y tabaquismo; por otro lado, la PIP tendría mayor asociación con el antecedente de preeclampsia en gestación previa, primigestación, raza negra, uso de inductores de la ovulación, y como factor protector, el tabaquismo (27, 29-31).

Los cuadros más severos se presentan en su mayoría en los casos de PIP, evidenciándose mayor asociación con eclampsia, síndrome de HELLP, falla multisistémica, RCIU y fetos pequeños para edad gestacional, con el consiguiente aumento de la morbilidad materno-fetal; todo lo contrario con los casos de PIT, los cuales suelen ser más “benignos”, presentando muy rara vez cuadros severos, los recién nacidos suelen tener un peso adecuado e incluso algunos son grandes para la edad gestacional; en resumen, tiene mejores resultados materno-perinatales (27, 29-31).

Madazli y otros en su estudio observaron que la morbilidad perinatal fue mayor en mujeres con PIP; no se registraron óbitos o muertes neonatales tempranas después de las 34 semanas; esto indicaría que las complicaciones perinatales fueron influenciadas predominantemente por la PIP más que por preeclampsia “leves” o “severas”; por otro lado, Garcés y otros (27, 29-31); mencionan que el diagnóstico de preeclampsia antes de las 37 semanas de gestación implicaría un gran

riesgo para la madre y el feto, ya que el tiempo de exposición a la hipertensión arterial es mayor y siempre estaría presente la posibilidad de un parto prematuro para salvaguardar la salud materna (27, 29-31).

2.2.1.5. Exámenes auxiliares

- Laboratorio: Solicitar desde la evaluación inicial:
 - Hemograma, hemoglobina.
 - Grupo sanguíneo y factor Rh.
 - Tiempo de protrombina, tiempo parcial de protrombina, fibrinógeno, plaquetas.
 - Transaminasas, bilirrubinas total y fraccionada
 - Glucosa, urea y creatinina.
 - Proteínas totales y fraccionadas.
 - Examen completo de orina – proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.
- Imágenes: Solicitar al ingreso.
 - Radiografía de tórax.
 - Ecografía abdominopélvica.

2.2.2. Antecedentes obstétricos y reproductivos

- Paridad: es más riesgosa la primera gestación (sobre todo si concomitan otros factores), así como en mujeres con más de tres partos (32).
- Intervalo intergenésico: se considera corto cuando es menor de 2 años. Esta condición se asocia, con más frecuencia, a nacimientos pretérminos, y anemias durante el embarazo y la no atención adecuada al hijo existente (32).
- Abortos espontáneos, malformaciones congénitas y muertes perinatales: pudieran estar relacionados con factores orgánicos y genéticos que deben ser estudiados antes del embarazo (32).
- Recién nacidos de bajo peso y pretérminos: pueden repetirse en próximas gestaciones alguna causa previa que lo favorezca:

enfermedades crónicas, hábito de fumar, malformaciones uterinas, miomas, etc (32).

- Preeclampsia: puede repetirse debido al mal control de los hábitos higiénico-dietéticos y a otros factores (32).
- Cesárea anterior: como toda intervención sobre el útero debe considerarse hasta los 2 años para una nueva gestación, ya que es un factor que no se puede modificar (32).
- Rh negativo sensibilizado: es un importante riesgo, aunque no es frecuente. También debe estudiarse cuando han existido múltiples gestaciones (32).

2.2.3. Factores o morbilidades presentes en el embarazo

2.2.3.1. Infecciones de tracto urinario

Las infecciones de tracto urinario son más frecuentes en el embarazo y puerperio, y están entre las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo; esta incidencia elevada parece ser consecuencia de factores hormonales y mecánicos que aumentan la estasis urinaria; las infecciones urinarias durante la gestación pueden ser asintomáticas o sintomáticas (p. ej., cistitis, pielonefritis); por definición, la bacteriuria asintomática es la presencia de al menos 100000 organismos por mililitro de una muestra de orina obtenida con técnica limpia de una paciente asintomática (33).

La incidencia de bacteriuria asintomática en el embarazo es la misma que en la población con actividad sexual, sin embarazo, varía entre 2 y 10%; las tasas más altas se encuentran en poblaciones urbanas y en pacientes con enfermedad o rasgo de células falciformes; *Escherichia coli* es la bacteria más aislada (60%); otros microorganismos identificados son *Proteus mirabilis* enterococos, *Klebsiella pneumoniae* y estreptococos del grupo B; si no se trata el problema, casi 20% de las embarazadas desarrolla cistitis

aguda o pielonefritis más adelante en el embarazo; el tratamiento inicial consiste en nitrofurantoína, ampicilina o una cefalosporina; después del tratamiento, es conveniente el seguimiento con urocultivos porque hasta 25% de las pacientes tienen una recurrencia más adelante durante el embarazo (33).

2.2.3.2. Infección cérvico vaginal

Es una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo; se ha descrito la existencia de cierta relación entre la infección cérvico vaginal y los resultados adversos del embarazo como parto prematuro y rotura prematura de membranas ovulares; la mitad de los microorganismos aislados en el líquido amniótico se relacionan con vaginosis bacteriana, lo que sugiere que esta infección puede desempeñar un papel fundamental en la infección del líquido amniótico en las mujeres con parto pretérmino y membranas intactas (33).

La mayoría de las bacterias aisladas a partir del estudio de las membranas pertenecen al grupo de las que se asocian con la infección cervico vaginal; algunos autores consideran la vaginosis bacteriana como uno de los factores de riesgo más importantes en el desarrollo de endometritis posparto, especialmente tras cesárea. También se ha relacionado con el aumento del índice de infección de la herida abdominal (33).

2.2.3.3. Anemia

La anemia es un síndrome agudo o crónico caracterizado por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, se asocia a una reducción en el recuento eritrocitario total y/o disminución en la concentración de hemoglobina(Hb) circulante en relación con valores límites definidos como normales para la edad, raza, género, cambios

fisiológicos (gestación, tabaquismo) y condiciones medio-ambientales (altitud); en relación con la repercusión hemodinámica y el impacto perinatal según las normas técnicas peruanas se clasifica la anemia durante la gestación con los respectivos valores de hemoglobina y hematocrito (34): Anemia Severa (Menor de 7,0 g/dL).

Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL).

Anemia Leve (10,0 – 10,9 g/dL).

Sin Anemia ($\geq 11,0$ g/dL).

2.2.3.4. Sobrepeso peso (malnutridas)

El sobre peso antes de la concepción debería controlarse; ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y toxemia; en el caso de las obesas, las complicaciones principales van a estar relacionadas con la preeclampsia, la toxemia y la hipertensión arterial, pero también con la prematuridad y bajo peso (32).

2.2.3.5. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres (35).

2.2.3.6. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (36).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil; El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (36).

2.2.3.7. Índice de masa corporal (IMC) pregestacional

El IMC es una útil herramienta que es utilizada comúnmente por los profesionales de la salud para determinar si una persona está por debajo su peso normal, exceso de peso u obesidad en adultos.

El estado nutricional deficiente por exceso o por defecto en las mujeres antes y durante el embarazo, está asociado a un mayor riesgo de complicaciones durante el parto e incrementa la morbilidad y mortalidad materno-perinatal (37, 38).

El índice de masa corporal (IMC) pregestacional afecta a la salud de la madre durante y después del embarazo, y se relaciona con un aumento del riesgo a sufrir diabetes gestacional, preeclampsia o muerte fetal. Además, el IMC pregestacional elevado aumenta los niveles de ansiedad, estrés y depresión, lo que conlleva al aumento de riesgo de aborto, bajo peso al nacer y prematuridad (39).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la prevalencia de obesidad en la embarazada se encuentra en un rango comprendido entre 1,8 y 25,3 %, dependiendo de las series (40). La obesidad aumenta de forma considerable la morbimortalidad asociada al embarazo; no sólo por el exceso de peso presente al inicio de la gestación, sino también de la variación en él a medida que el embarazo progresa. Algunos de estos riesgos aumentan con el desarrollo de sobrepeso y

varían de acuerdo a la severidad del rango, o debido a la progresión hacia los diferentes subtipos de obesidad (41).

2.3. Definición de términos

Características de las pacientes. Son rasgos o singularidades de naturaleza biológica, social o de otro tipo que identifica a una paciente o a un grupo de pacientes (42).

Paciente. Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

Enfermedad. Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

Morbilidad. Es cualquier enfermedad física o mental, discapacidades o mala salud debido a cualquier causa (15).

Comorbilidad. También conocido como "morbilidad asociada", se define como dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona; estos pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro (16).

Embarazo. El embarazo o gestación es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre (42).

Atención en Salud. Es el conjunto de procesos o asistencia sanitaria a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población (43).

Atención prenatal. es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica (44).

Preeclampsia. Se define como la aparición de hipertensión durante el embarazo, que se caracteriza por una presión arterial sistólica/diastólica alta persistente de $\geq 140/90$ mm Hg, así como proteinuria de ≥ 300 mg/24 h después de 20 semanas de gestación (17).

2.4. Identificación de variables

- **Variable:** Características de las pacientes con preeclampsia.
 - **Dimensión: Características personales**
 - Edad de la paciente en años.
 - Estado civil de la paciente.
 - Nivel de instrucción de la paciente.
 - Índice de masa corporal pregestacional.
 - Anemia en el embarazo.
 - Antecedentes personales de la paciente.
 - Antecedentes familiares de la paciente.
 - **Dimensión: Características obstétricas**
 - Paridad de la paciente.
 - Periodo intergenésico.
 - Edad gestacional en la primera atención prenatal.
 - Numero de atención prenatal.
 - Edad gestacional cuando diagnosticaron la preeclampsia.
 - **Dimensión: Características clínicas**
 - Tipo de preeclampsia.
 - Condición de ingreso.
 - Exámenes auxiliares.
 - Comorbilidad.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las pacientes con preeclampsia.	Son circunstancia o particularidades que presentan las personas con ciertas enfermedades y que se repiten para cada una de ellas en su contexto socio cultural.	Análisis documental de las historias clínicas de las pacientes con preeclampsia y registro en la ficha de recolección de datos.	Características personales.	Edad de la paciente en años.	Edad de la paciente en años. Registrada en la historia clínica.	Edad menor o igual a 18 años (1). Edad de 19 a 26 años (2). Edad de 27 a 34 años (3). Igual o mayor a 35 años (4).
				Estado civil de la paciente.	Estado civil de la paciente registrada en la historia clínica.	Soltera (1). Conviviente (2). Casada (3). Viuda (4). Divorciada (5).
				Nivel de Instrucción de la paciente.	Nivel de Instrucción de la paciente registrada en la historia clínica.	Sin Instrucción (1). Inicial (2). Primaria incompleta (3). Primaria completa (4). Secundaria incompleta (5). Secundaria completa (6). Superior incompleta (7). Superior completa (8).
				Índice de masa corporal pregestacional.	Índice de masa corporal pregestacional. (peso/(talla*talla))	Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (≥30) (4).
				Anemia en el embarazo.	Tipo de anemia registrada en la historia clínica.	Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL) (1). Anemia Leve (10,0 - 10,9 g/dL) (2). Sin Anemia (≥ 11,0 g/dL) (3).
				Antecedentes personales de la paciente.	Antecedentes personales de la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.
			Antecedentes familiares de la paciente.	Antecedentes familiares de la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal.	
			Características obstétricas.	Paridad de la paciente.	Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica.	Nulípara (1) Primípara (2) Multipara (3)
				Periodo intergenésico de la paciente.	Periodo intergenésico de la paciente, registrada en la historia clínica.	Sin periodo intergenésico (1). Corto (menor a 18 meses) (2). Normal (de 18 a 60 meses) (3). Largo (mayor a 5 años) (4).
				Edad gestacional de la primera atención prenatal.	Semanas de gestación en la primera atención prenatal, registrada en la historia clínica.	Menor o igual a 14 semanas (1). De 15 a 19 semanas (2). De 20 a 24 semanas (3). De 25 a 29 semanas (4). De 30 a más semanas (5).
				Numero de atención prenatal.	Numero de atención prenatal, registrada en la historia clínica.	De 1 a 5 atenciones prenatales (1) De 6 a más atenciones prenatales (2)
				Edad gestacional cuando diagnosticaron la preeclampsia.	Edad gestacional cuando diagnosticaron la preeclampsia, registrada en la historia clínica.	Menor a 37 semanas (1) De 37 a 38 semanas (2) De 39 a 40 semanas (3)
			Características clínicas.	Tipo de preeclampsia.	Tipo de preeclampsia, registrada en la historia clínica.	Preeclampsia leve: TAS <160 mmHg o TAD <110 mmHg (1). Preeclampsia Severa: PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg más resultados anormales de laboratorio (2).
				Condición de ingreso.	Condición de ingreso, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Exámenes auxiliares.	Exámenes auxiliares, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Comorbilidad.	Comorbilidad, registrada en la historia clínica.	Nominal.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

La investigación sobre características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019; se realizó en el distrito de Pampas, el cual es uno de los 16 distritos que componen la provincia peruana de Tayacaja, en el departamento de Huancavelica (45).

La capital distrital se localiza a 12°23'42 de latitud sur y 74°52'02 de longitud oeste; la extensión territorial del distrito es de 109,07 km² que equivale al 8,87% de la Provincia de Tayacaja; limita por el norte con los distritos de Huaribamba y Daniel Hernández; en el sur: con los distritos de Acoria, Mariscal Cáceres e Izcuchaca de la provincia de Huancavelica, al este con los distritos de Daniel Hernández y Colcabamba; y por el oeste con los distritos de Pazos, Ahuaycha y Acostambo (45).

3.2. Tipo de investigación

La investigación realizada fue transversal, descriptiva, observacional, retrospectiva (46-48). Fue transversal porque los datos se obtienen en un solo momento, en un tiempo único; descriptiva por ser una variable compuesta para el estudio, observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la realidad, retrospectivo porque los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación (fuentes secundarias); su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (46-48).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable y sub variables en forma independiente; es decir, busco caracterizar la variable (49, 50).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general.

Se empleó el método inductivo. Según Pimienta (51), es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Es el método científico más utilizado, se distinguen cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación; esto permite elaborar conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares (51).

3.4.2. Método Básico

Se utiliza el método descriptivo porque describe las características de la población de investigación en forma natural a partir de observaciones (51).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea (50). El diseño de la investigación fue descriptiva simple; se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta de la situación (49, 50).

Donde:

M O

M: Pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja.

O: Características de las pacientes (personales, obstétricas, clínicas).

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, de la región

Huancavelica, en el año 2019; que según registros hospitalarios fueron un total de 40 pacientes.

Una población es el conjunto total de elementos que comparten por lo menos una propiedad en común, circunscritos en un tiempo y espacio definidos (48, 52, 53).

3.6.2. Muestra

El estudio fue censal (48, 52, 53).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el análisis documental; la cual permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros (47, 54, 55); de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica en el año 2019.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, Libros de registros.

El instrumento fue la ficha de recolección de datos. Este instrumento permitió recolectar datos sobre la variable; la cual fue elaborada en base al propósito, objetivo, variables entre otros del estudio (47, 54, 55).

3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Para el estudio se utilizaron técnicas mixtas (cuantitativas y cualitativas); los datos recolectados en el trabajo de campo fueron ordenados, codificados y clasificados. Se elaboró una base de datos en el software Microsoft Excel 2013; esto se hizo debido a la facilidad de uso y la familiaridad con las aplicaciones de Office.

Para realizar el análisis estadístico, se importó la base de datos de Excel al programa estadístico de Windows SPSS versión 17; a fin de realizar todo el proceso de análisis con estadística descriptiva como frecuencias absolutas y relativas.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

En el presente estudio, se investigó las características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Tabla 1. Características personales de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Características personales	Frecuencia (n=40)	Porcentaje (h%=100)	Porcentaje acumulado
Edad de la paciente			
Edad menor o igual a 18 años	8	20,0%	20,0%
Edad de 19 a 26 años	19	47,5%	67,5%
Edad de 27 a 34 años	8	20,0%	87,5%
Igual o mayor a 35 años	5	12,5%	100,0%
Estado civil			
Conviviente	24	60,0%	60,0%
Casada	9	22,5%	82,5%
Soltera	7	17,5%	100,0%
Nivel de instrucción			
Primaria completa	2	5,0%	5,0%
Secundaria incompleta (5)	14	35,0%	40,0%
Secundaria completa (6)	16	40,0%	80,0%
Superior incompleta (7)	8	20,0%	100,0%
Índice de masa corporal pregestacional			
Peso normal (18,5 a 24,9)	24	60,0%	60,0%
Sobrepeso (25 a 29,9)	12	30,0%	90,0%
Obesidad (> o igual 30)	4	10,0%	100,0%
Diagnóstico de anemia en el embarazo			
Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL)	2	5,0%	5,0%
Anemia Leve (10,0 - 10,9 g/dL)	17	42,5%	47,5%
Sin Anemia (\geq 11,0 g/dL)	21	52,5%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las pacientes con preeclampsia. Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Tabla 1. Del total de pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja durante el año 2019. El 20% (8) tuvieron una edad menor o igual a 18 años, el 47,5% (19) tuvieron una edad de 19 a 26 años, el 20,0% (8) tuvieron una edad de 27 a 34 años y el 12,5% (5) tuvieron una edad igual o mayor a 35 años. El 67,5% tuvieron una edad menor o igual a 26 años.

El 60% (24) fueron convivientes, el 22,5% (9) fueron casadas y el 17,5% (7) fueron solteras. El 5% (2) tuvieron primaria completa, el 35% (14) tuvieron secundaria incompleta, el 40% (16) tuvieron secundaria completa, el 20% (8) tuvieron superior incompleta. El 40% no llegaron a tener secundaria completa.

Según el índice de masa corporal pregestacional, el 60% (24) tuvieron un Peso normal, el 30% (12) tuvieron sobrepeso y el 10% (4) tuvieron obesidad. El 40% tuvieron sobrepeso u obesidad. El 5% (2) tuvieron anemia moderada, el 42,5% (17) tuvieron anemia leve y el 52,5% (21) no tuvieron anemia.

Tabla 2. Antecedentes personales y familiares de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Antecedentes personales y familiares	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes personales de la paciente		
Aborto	6	15,0%
Preeclampsia	4	10,0%
Cesareada anterior	5	12,5%
Asma	1	2,5%
Parto pretérmino	1	2,5%
Embarazo ectópico	1	2,5%
Antecedentes familiares de la paciente		
Madre con diabetes mellitus	4	10,0%
Madre hipertensa	3	7,5%
Madre con cáncer	1	2,5%
Padre hipertenso	1	2,5%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las pacientes con preeclampsia. Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Tabla 2. Del total de pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja durante el año 2019.

Las gestantes tuvieron como antecedentes personales el aborto en un 15% (6), la preeclampsia en un 10% (4), la cesárea anterior en un 12,5% (5). El asma, parto pretérmino y embarazo ectópico en un 2,5% (1) cada uno respectivamente.

Las gestantes tuvieron como antecedentes familiares madre con diabetes mellitus en un 10% (4), madre hipertensa en un 7,5% (3), madre con cáncer en un 2,5% (1) y padre hipertenso en un 2,5% (1).

Tabla 3. Características obstétricas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Características obstétricas	Frecuencia (n=40)	Porcentaje (h%=100)	Porcentaje acumulado
Paridad			
Nulípara	22	55,0%	55,0%
Primípara	3	7,5%	62,5%
Múltipara	15	37,5%	100,0%
Periodo intergenésico			
Sin periodo intergenésico	22	55,0%	55,0%
Corto (menor a 18 meses)	4	10,0%	65,0%
Normal (de 18 a 60 meses)	12	30,0%	95,0%
Largo (mayor a 5 años)	2	5,0%	100,0%
Edad gestacional de la primera atención prenatal			
Menor o igual a 14 semanas	12	30,0%	30,0%
De 15 a 19 semanas	14	35,0%	65,0%
De 20 a 24 semanas	12	30,0%	95,0%
De 25 a 29 semanas	1	2,5%	97,5%
De 30 a más semanas	1	2,5%	100,0%
Numero de atención prenatal			
De 1 a 5 atenciones prenatales	23	57,5%	57,5%
De 6 a más atenciones prenatales	17	42,5%	100,0%
Edad gestacional cuando diagnosticaron la preeclampsia			
Menor o igual a 34 semanas	2	5,0%	5,0%
De 35 a 39 semanas	35	87,5%	92,5%
De 40 a más semanas	3	7,5%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las pacientes con preeclampsia. Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Tabla 3. Del total de pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja durante el año 2019. El 55% (22) fueron nulíparas, el 7,5% (3) fueron primíparas y el 37,5% (15) fueron multíparas.

El 55% (22) no tuvieron periodo intergenésico, el 10% (4) tuvieron un periodo intergenésico corto, el 30% (12) tuvieron un periodo intergenésico normal y el 5% (2) tuvieron un periodo intergenésico largo.

El 30% (12) tuvieron su primera atención prenatal a las 14 semanas o antes; el 35% (14) tuvieron su primera atención prenatal de 15 a 19 semanas, el 30% (12) tuvieron su primera atención prenatal de 20 a 24 semanas, el 2,5% (1) tuvieron su primera atención prenatal de 25 a 29 semanas y 2,5% (1) tuvieron su primera atención prenatal de 30 a más semanas.

El 57,5% (23) tuvieron de 1 a 5 atenciones prenatales y el 42,5% (17) tuvieron de 6 a más atenciones prenatales.

El 5% (2) tuvieron 34 semanas o menos, el 87,5% (35) tuvieron de 35 a 39 semanas y el 7,5% (3) tuvieron de 40 a más semanas.

Tabla 4. Características clínicas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Características clínicas	Frecuencia (n=40)	Porcentaje (h%=100)
Tipo de preeclampsia		
Preeclampsia leve: TAS <160 mmHg o TAD <110 mmHg.	24	60,0%
Preeclampsia Severa: PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg más resultados anormales de laboratorio.	16	40,0%
Condición de ingreso		
Mala condición	3	7,5%
Regular condición	32	80,0%
Buena condición	5	12,5%
Exámenes auxiliares		
Proteinuria de 24 horas, Urea, Creatinina, Recuento de plaquetas	40	100,0%
Comorbilidad		
Anemia	19	47,5%
Infección de tracto urinario	8	20,0%
Parto pretérmino	2	5,0%
COVID-19	1	2,5%
Sin comorbilidad	10	25,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre características de las pacientes con preeclampsia. Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Tabla 4. Del total de pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja durante el año 2019. El 60% (24) tuvieron preeclampsia leve y el 40% (16) preeclampsia severa.

Sobre la condición de ingreso al hospital, el 7,5% (3) ingreso en malas condiciones, el 80% (32) ingresaron en regular condición y el 12,5% (5) ingresaron en buenas condiciones. Al 100% (40) de las pacientes se le realizaron exámenes de proteinuria de 24 horas, Urea, Creatinina, Recuento de plaquetas. Sobre las comorbilidades que presentaron las pacientes con preeclampsia el 47,5% (19) presentaron anemia, el 20% (8) presentaron infección de tracto urinario, el 5% (2) presentaron parto pretérmino y el 2,5% (1) presentaron COVID 19.

4.2. Discusión de resultados

Del total de pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja durante el año 2019.

El 20% (8) tuvieron una edad menor o igual a 18 años, el 47,5% (19) tuvieron una edad de 19 a 26 años, el 20,0% (8) tuvieron una edad de 27 a 34 años y el 12,5% (5) tuvieron una edad igual o mayor a 35 años. El 67,5% tuvieron una edad menor o igual a 26 años; estos resultados fueron similares a lo hallado por Espinoza et al (12), Acosta et al (13), Manrique (14), quienes también encontraron que la preeclampsia es más frecuente en gestantes jóvenes; probablemente esta particularidad está presente por las características socio culturales propias del contexto de estudio donde las mujeres tienden a ser madres a temprana edad.

El 60% (24) fueron convivientes, el 22,5% (9) fueron casadas y el 17,5% (7) fueron solteras. El 5% (2) tuvieron primaria completa, el 35% (14) tuvieron secundaria incompleta, el 40% (16) tuvieron secundaria completa, el 20% (8) tuvieron superior incompleta. El 40% no llegaron a tener secundaria completa. Los resultados fueron similares a lo hallado por Manrique (14), quien también encontró que la mayoría de pacientes fueron convivientes y con un nivel educativo aceptable (secundario o superior). La característica de ser conviviente puede deberse a que son parejas jóvenes en constitución y proceso de consolidación; así mismo en el contexto alto andino una característica de la relación de pareja es la convivencia. El que cuatro de cada diez gestantes no hayan alcanzado tener secundaria completa podría generar limitaciones para la concientización y entendimiento de la importancia de la educación sanitaria para la prevención de riesgos obstétricos como la preeclampsia; por lo cual es importante articular acciones interinstitucionales para contribuir a mejorar el acceso a la educación.

Según el índice de masa corporal pregestacional, el 60% (24) tuvieron un peso normal, el 30% (12) tuvieron sobrepeso y el 10% (4) tuvieron obesidad. El 40% tuvieron sobrepeso u obesidad. El sobrepeso y la obesidad también fue encontrado por el estudio de Vega et al (16), pero en mayores proporciones. Se

puede mencionar que el sobrepeso y la obesidad; son aspectos no adecuados para la salud, es una característica, que por la proporción en la cual se presenta, debe ser tomada en consideración para implementar intervenciones sanitarias, que permitan controlar este estado nutricional; de esta manera contribuir a que las mujeres inicien un embarazo en condiciones adecuadas y normales que no generen riesgos a la salud materna perinatal.

El 5% (2) tuvieron anemia moderada, el 42,5% (17) tuvieron anemia leve y el 52,5% (21) no tuvieron anemia. No se encontró estudios similares para contrastar este resultado. Es importante mencionar que una considerable proporción de pacientes preeclampsias tuvieron anemia leve o moderada. Esto indica que se debe fortalecer las intervenciones nutricionales inclusive antes del embarazo en la atención preconcepcional; con la finalidad que la madre inicie y lleve un embarazo en condiciones adecuadas; sin factores de riesgo.

Las gestantes tuvieron como antecedentes personales el aborto en un 15% (6), la preeclampsia en un 10% (4), la cesárea anterior en un 12,5% (5). El asma, parto pretérmino y embarazo ectópico en un 2,5% (1) cada uno respectivamente. El antecedente de preeclampsia también fue encontrado por Espinoza et al (12), Acosta et al (13), Vega et al (16), el antecedente de aborto también fue encontrado por Manrique (14), Berrios (15). Las gestantes tuvieron como antecedentes familiares madre con diabetes mellitus en un 10% (4), madre hipertensa en un 7,5% (3), madre con cáncer en un 2,5% (1) y padre hipertenso en un 2,5% (1). El antecedente familiar de hipertensión también fue encontrado por Berrios (15), Vega et al (16).

Es importante considerar que una mala historia obstétrica o materna, pueden constituirse como factores de riesgo que pueden incidir en la preeclampsia para su gravedad o complicación; lo cual requiere estudios más específicos.

Los antecedentes personales relevantes como el aborto, la preeclampsia y los antecedentes familiares de padre o madre hipertensa y diabetes mellitus; deben servir para las acciones de seguimiento, control y cuidados durante el embarazo en las gestantes.

El 55% (22) fueron nulíparas, el 7,5% (3) fueron primíparas y el 37,5% (15) fueron multíparas. En relación a la nuliparidad los resultados fueron similares

a lo hallado por Espinoza et al (12), Acosta et al (13), Manrique (14), Berrios (15), Vega et al (16); la elevada coincidencia de esta característica con otros investigadores nos hace pensar que tiene alguna relación con la preeclampsia, lo cual requiere una investigación mas detallada sobre este aspecto; por otra parte; Acosta et al (13), menciona que las multíparas con un nuevo cónyuge se comporta como nulípara; probablemente esta característica tenga un componente inmunológico en la patogenia (4).

El 55% (22) no tuvieron periodo intergenésico, el 10% (4) tuvieron un periodo intergenésico corto, el 30% (12) tuvieron un periodo intergenésico normal y el 5% (2) tuvieron un periodo intergenésico largo. Los resultados fueron similares a lo hallado por Manrique (14), la mayor proporción de madres sin periodo intergenésico es debido a que la mayoría son nulíparas.

El 30% (12) tuvieron su primera atención prenatal a las 14 semanas o antes; el 35% (14) tuvieron su primera atención prenatal de 15 a 19 semanas, el 30% (12) tuvieron su primera atención prenatal de 20 a 24 semanas, el 2,5% (1) tuvieron su primera atención prenatal de 25 a 29 semanas y 2,5% (1) tuvieron su primera atención prenatal de 30 a más semanas. No se encontró estudios similares relacionados a esta característica en la preeclampsia; pero el inicio tardío de la atención prenatal, limita la detección oportuna de riesgo para la madre y el feto; lo cual indica la necesidad de implementar intervenciones sanitarias sostenibles que permitan una captación temprana de la gestante, a fin de disminuir los riesgos en el embarazo.

El 57,5% (23) tuvieron de 1 a 5 atenciones prenatales y el 42,5% (17) tuvieron de 6 a más atenciones prenatales. Los resultados difieren de lo hallado por Espinoza et al (12), Vega et al (16), quienes encontraron una mayor proporción de atenciones prenatales. En el estudio el número de atenciones prenatales no fue el adecuado probablemente por limitaciones que impiden el acceso a los servicios de salud; por lo cual es importante que el sistema de salud siga mejorando el acceso a los servicios del primer nivel de atención.

El 5% (2) tuvieron 34 semanas o menos, el 87,5% (35) tuvieron de 35 a 39 semanas y el 7.5% (3) tuvieron de 40 a más semanas. Los resultados fueron similares a lo encontrado por Berrios (15), estos resultados indican que la

mayoría de casos de preeclampsia encontrados en el estudio son preeclampsias de inicio tardío (PIT), que comúnmente tienen una placentación normal. La PIT en su mayoría surgirían de factores de riesgo metabólicos, historia familiar de preeclampsia, edad materna menor de 20 años, obesidad, anemia materna entre otros (27, 29-31).

El 60% (24) tuvieron preeclampsia leve y el 40% (16) preeclampsia severa. Los resultados fueron similares a lo hallado por Vega et al (16), probablemente la preeclampsia leve tenga relación con la preeclampsia de inicio tardío que se encontró en elevada proporción, por lo cual se requiere una investigación mas detallada sobre este aspecto.

Sobre la condición de ingreso al hospital, el 7,5% (3) ingreso en malas condiciones, el 80% (32) ingresaron en regular condición y el 12,5% (5) ingresaron en buenas condiciones. Al 100% (40) de las pacientes se le realizaron exámenes de proteinuria de 24 horas, Urea, Creatinina, Recuento de plaquetas. No se encontró estudios para contrastar estos resultados. Las condiciones regulares de ingreso hospitalario probablemente se expliquen por la condición de preeclampsia de inicio tardío que se relaciona con la preeclampsia leve.

Sobre las comorbilidades que presentaron las pacientes con preeclampsia el 47,5% (19) presentaron anemia, el 20% (8) presentaron infección de tracto urinario, el 5% (2) presentaron parto pretérmino y el 2,5% (1) presentaron COVID 19. No se encontró estudios similares para contrastar este resultado. Las comorbilidades y la preeclampsia comúnmente complican o agravan la condición obstétrica para la madre y el feto; por ello es muy importante prevenir las comorbilidades o detectarlas a tiempo para su tratamiento oportuno o manejo clínico. El parto pretérmino también fue hallado por Espinoza et al (12), Manrique (14), pero en mayores proporciones; comúnmente esta es una condición que se da como una complicación de la preeclampsia.

CONCLUSIONES

- 1 El 67,5% de las pacientes con preeclampsia tuvieron una edad menor o igual a 26 años; esto probablemente por las características socio culturales propias del contexto de estudio donde las mujeres tienden a ser madres a temprana edad.
- 2 Las características personales mas relevantes de las pacientes con preeclampsia fueron ser convivientes, de estudios secundarios completos o superiores, con sobrepeso u obesidad y la anemia leve.
- 3 Los antecedentes personales de las pacientes con preeclampsia fueron el aborto, la preeclampsia, la cesárea anterior y los antecedentes familiares fueron diabetes mellitus, madre o padre hipertenso.
- 4 Las características obstétricas relevantes fueron ser nulíparas, sin periodo intergenésico, con primera atención prenatal después de las 14 semanas, con 5 o menos atenciones prenatales, y edad gestacional mayor de 34 semana.
- 5 Las características clínicas fueron que seis de cada diez pacientes tuvieron preeclampsia leve, ingresaron al hospital en regulares condiciones y a todas les realizaron exámenes de proteinuria de 24 horas, Urea, Creatinina y recuento de plaquetas. Las comorbilidades mas frecuentes fueron la anemia y la infección de tracto urinario.

RECOMENDACIONES

Al gobierno regional.

No alcanzar a tener secundaria completa podría generar limitaciones para la concientización y entendimiento de la importancia de la educación sanitaria para la prevención de riesgos obstétricos como la preeclampsia; por lo cual es importante articular acciones interinstitucionales para contribuir a mejorar el acceso a la educación.

Al sector salud.

El sobrepeso, la obesidad y la anemia; son aspectos no adecuados para la salud, y para disminuir su prevalencia es necesario implementar intervenciones sanitarias, que permitan mantener un estado nutricional adecuado; de esta manera contribuir a que las mujeres inicien un embarazo en condiciones saludables.

Los antecedentes personales y familiares; deben ser tomados en cuenta para las acciones de seguimiento, control y cuidados durante el embarazo en las gestantes.

El inicio tardío de la atención prenatal; limita la detección oportuna de riesgo para la madre y el feto; lo cual indica la necesidad de implementar intervenciones sanitarias sostenibles que permitan una captación temprana de la gestante, a fin de disminuir los riesgos en el embarazo; por otra parte, es importante que el sistema de salud siga mejorando el acceso a los servicios del primer nivel de atención.

Probablemente la preeclampsia leve tenga relación con la preeclampsia de inicio tardío; por lo cual se requiere una investigación mas detallada sobre este aspecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Phipps E, Prasanna D, Brima W, Jim B. Preeclampsia: updates in pathogenesis, definitions, and guidelines. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2016;11(6):1102-13.
2. Staff AC. The two-stage placental model of preeclampsia: an update. *Journal of reproductive immunology*. 2019;134:1-10.
3. Muñoz Rodríguez LL, Estupiñan Ramírez AJ, Torres Yamunaque YA, Cacay Ramos KL. Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. *RECIMUNDO*. 2020;4(4):343-52.
4. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on preeclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *International Journal of Gynecology Obstetrics*. 2019;145:1-33.
5. El-Sayed AA. Preeclampsia: A review of the pathogenesis and possible management strategies based on its pathophysiological derangements. *Taiwanese Journal of Obstetrics Gynecology*. 2017;56(5):593-8.
6. Sáez Cantero VdlC, Pérez Hernández MT. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2014;40(2):155-64.
7. Vargas VM, Acosta G, Moreno MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2012;77(6):471-6.
8. Moquillaza Alcántara V, Munares García O, Romero A. Características de los registros diagnósticos de preeclampsia en el Perú. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*. 2020;80:32-6.
9. Guevara-Ríos E. La preeclampsia, problema de salud pública. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. 2019;8(2):7-8.
10. Flores Oscar R. Características Clínico Epidemiológicas de la Preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015-2016. [Tesis de titulación]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Medicina; 2017.

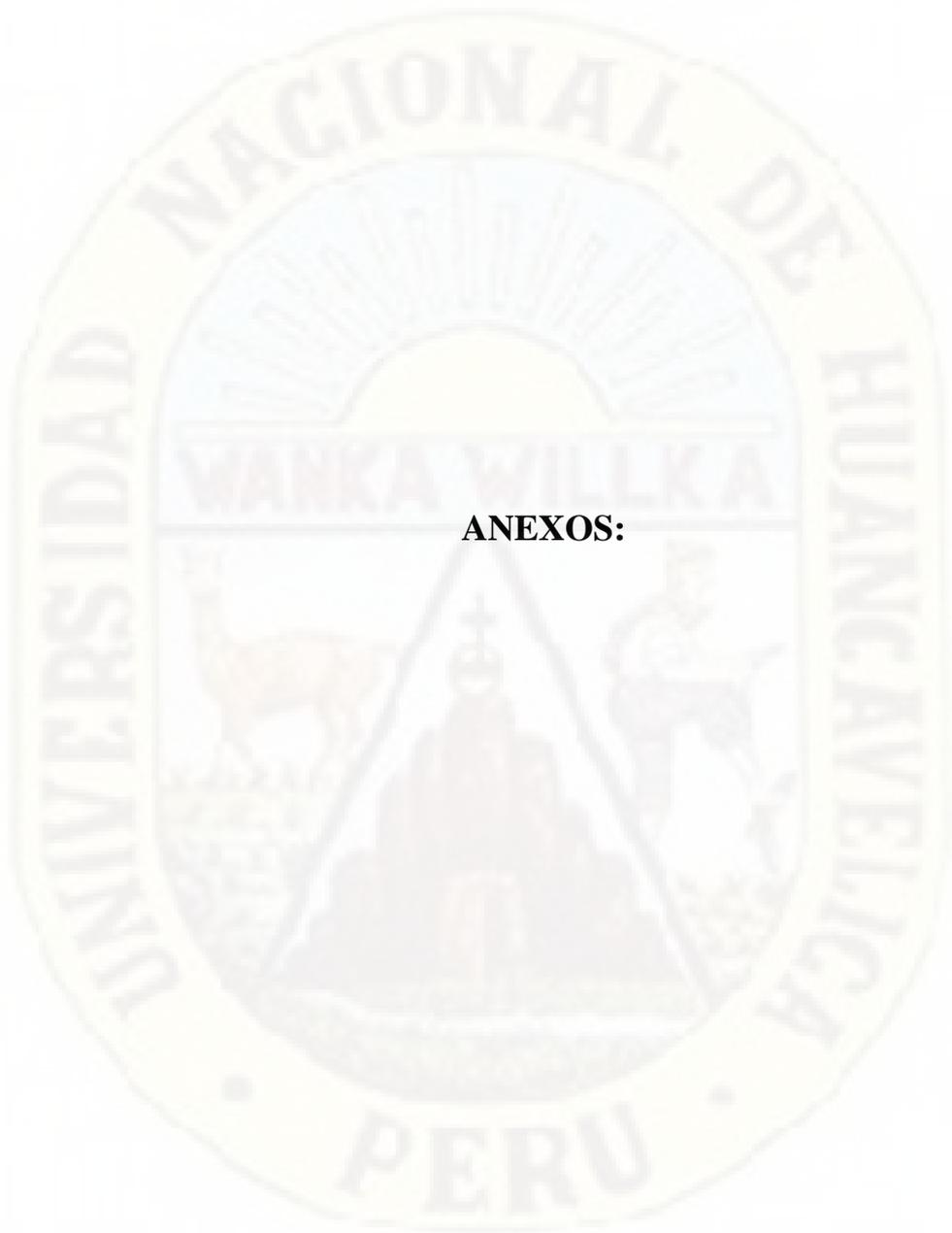
11. Balbín Medina GY. Características Clínicas y Neonatales en Gestantes con Preeclampsia Según Severidad Atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, 2017 al 2019. [Tesis de especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
12. Espinoza Diaz CI, Neira Borja JE, Morocho Zambrano AdlÁ, Falconez Cobeña KA, Freire Wong ME, Córdova Vivas MP, et al. Características clínicas y complicaciones asociadas a preeclampsia y eclampsia en pacientes del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos. *Revista Latinoamericana de Hipertension*. 2019;14(2):201-4.
13. Acosta Aguirre Y, Bosch Costafreda C, López Barroso R, Rodríguez Reyes O, Rodríguez Yero D. Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2017;43(4):53-60.
14. Manrique Cisneros JB. Características de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Ventanilla 2016-2017. [Tesis de titulación]. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2018.
15. Romo Flores O. Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015-2016. [Tesis de Titulación]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú, Facultad de Medicina Humana; 2017.
16. Vega Gonzales EO, Moscol Baca TA, Torres Chauca ML, Díaz Gonzales K. Características de las gestantes con preeclampsia atendidas en los consultorios externos del Hospital Santa Rosa, 2014. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 2018;3(1):18-22.
17. Nirupama R, Divyashree S, Janhavi P, Muthukumar S, Ravindra P. Preeclampsia: Pathophysiology and Management. *Journal of Gynecology Obstetrics Human Reproduction*. 2020:101975.
18. Helmo FR, Lopes AMM, Carneiro ACDM, Campos CG, Silva PB, dos Reis Monteiro MLG, et al. Angiogenic and antiangiogenic factors in preeclampsia. *Pathology-Research*. 2018;214(1):7-14.

19. Wadhvani P, Saha PK, Kalra JK, Gainer S, Sundaram V. A study to compare maternal and perinatal outcome in early vs. late onset preeclampsia. *Obstetrics Gynecology Science*. 2020;63(3):270-7.
20. Wojtowicz A, Zembala-Szczerba M, Babczyk D, Kołodziejczyk-Pietruszka M, Lewaczyńska O, Huras H. Early-and late-onset preeclampsia: a comprehensive cohort study of laboratory and clinical findings according to the New ISHHP criteria. *International journal of hypertension*. 2019;2019.
21. Goswami D, Tannetta D, Magee L, Fuchisawa A, Redman C, Sargent I, et al. Excess syncytiotrophoblast microparticle shedding is a feature of early-onset pre-eclampsia, but not normotensive intrauterine growth restriction. *Placenta*. 2006;27(1):56-61.
22. Sugimoto H, Hamano Y, Charytan D, Cosgrove D, Kieran M, Sudhakar A, et al. Neutralization of circulating vascular endothelial growth factor (VEGF) by anti-VEGF antibodies and soluble VEGF receptor 1 (sFlt-1) induces proteinuria. *Journal of Biological Chemistry*. 2003;278(15):12605-8.
23. Eremina V, Jefferson JA, Kowalewska J, Hochster H, Haas M, Weisstuch J, et al. VEGF inhibition and renal thrombotic microangiopathy. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(11):1129-36.
24. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstetrics Gynecology*. 2003;102(1):181-92.
25. Reis ZSN, Lage EM, Teixeira PG, Porto LB, Guedes LR, Oliveira ÉCLd, et al. Pré-eclâmpsia precoce e tardia: uma classificação mais adequada para o prognóstico materno e perinatal? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2010;32(12):584-90.
26. Sánchez S. Análisis de la mortalidad materna en la Disa V Lima Ciudad. Periodo 2000-2010. Dirección de Epidemiología Disa V Lima Ciudad. 2011.
27. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams Obstetricia*. 25 ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES; 2019. 1346 p.
28. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S. *Obstetricia y Ginecología*. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. 478 p.

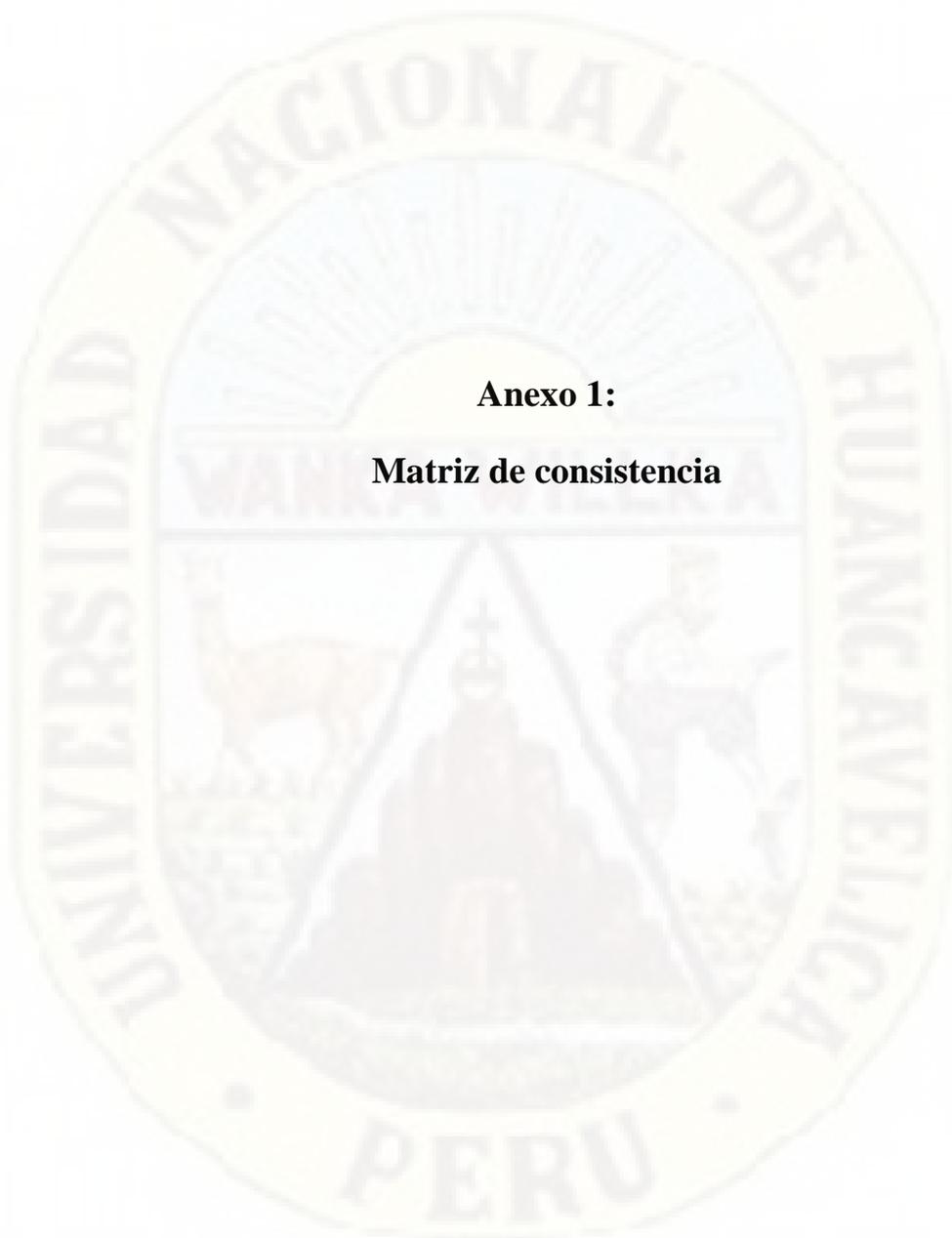
29. Beckmann CR, Ling FW, Casanova R, Chuang A, Goeppert A, Hueppchen NA, et al. *Obstetricia y Ginecología*. 8va ed. España: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.
30. Serra B, Mallafré J, Aguilar E, Álvarez M, Ara C, Barri Soldevila PN, et al. *Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus*. 5ta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2014.
31. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. 8 ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2017. 624 p.
32. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba SR. *Obstetricia y ginecología*. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. 462 p.
33. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore*. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
34. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica: Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Resolución Ministerial 250-2017/MINSA. Jesús María - Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2017.
35. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Bol Ped*. 2000;39(3):1-22.
36. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Santiago*. 2015(128):336-50.
37. Magriples U, Boynton MH, Kershaw TS, Lewis J, Rising SS, Tobin JN, et al. The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015;213(5):688.e1-. e9.
38. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso ML, Boyle JA, Harrison CL, et al. Gestational weight gain across continents and ethnicity: systematic review and meta-analysis of maternal and infant outcomes in more than one million women. *BMC medicine*. 2018;16(1):153.
39. Romero-González B, Caparrós-González R-A, Strivens-Vílchez H, Peralta-Ramírez M-I. ¿Puede el índice de masa corporal pregestacional relacionarse con

- el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? *Nutrición Hospitalaria*. 2018;35:332-9.
40. Sirimi N, Goulis DG. Obesity in pregnancy. *Hormones*. 2010;9(4):299-306.
 41. De la Plata Daza M, Pantoja Garrido M, Frías Sánchez Z, Rojo Novo S. Influencia del índice de masa corporal pregestacional y ganancia ponderal materna en los resultados perinatales materno-fetales. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2018;44(1):1-9.
 42. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
 43. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. NTS N° 105 - MINSA/DGSP.V.01. R.M. N° 827-2013/MINSA, R.M. N° 159-2014/MINSA. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2014.
 44. Navarro Pérez CF, González Jiménez E, Schmidt RioValle J, Meneses Echávez JF, Martínez Torres J, Ramírez Vélez R. Factores sociodemográficos y seguimiento prenatal asociados a la mortalidad perinatal en gestantes de Colombia. *Nutrición Hospitalaria*. 2015;32(3):1091-8.
 45. Wikipedia. Distrito de Pampas. Tayacaja. Wikipedia. The free encyclopedia: Fundación Wikimedia, Inc; 2003 [updated 15 abr 2019; cited 2021 13 enero]. Available from: [https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Pampas_\(Tayacaja\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Pampas_(Tayacaja)).
 46. Artilés Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. *Metodología de la investigación para las ciencias de la salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
 47. Londoño Fernández JL. *Metodología de la investigación epidemiológica*. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
 48. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
 49. Arias Odón FG. *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.

50. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
51. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
52. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
53. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
54. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
55. Pimienta J, De la Orden A. Metodología de la investigación (3a. ed.): Pearson Educación; 2017.



ANEXOS:



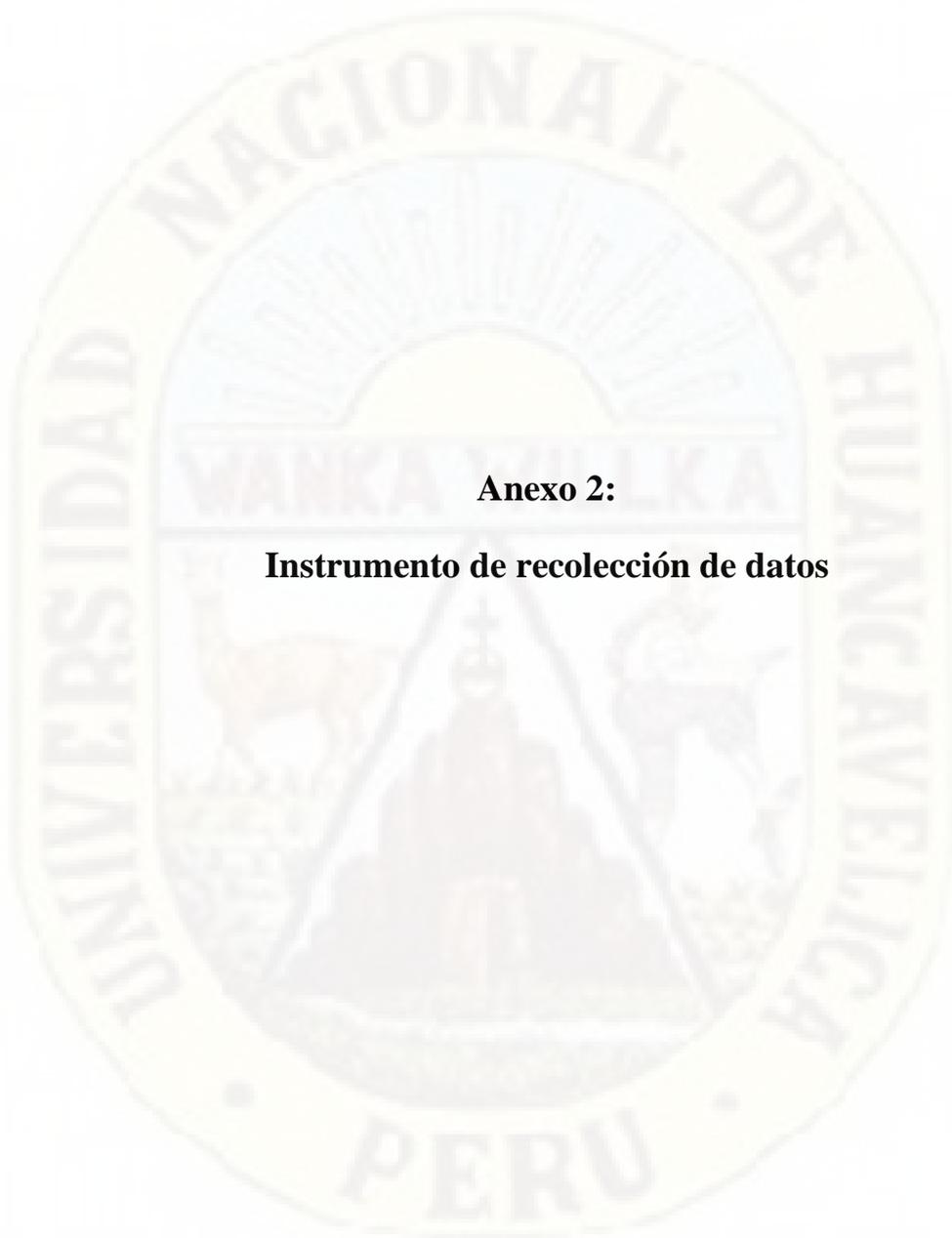
Anexo 1:
Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuáles son las características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características personales de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019?</p> <p>¿Cuáles son las características obstétricas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019?</p> <p>¿Cuáles son las características clínicas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019?</p>	<p>Objetivo general Identificar las características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019</p> <p>Objetivos específicos Identificar las características personales de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.</p> <p>Identificar las características obstétricas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.</p> <p>Identificar las características clínicas de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.</p>	<p>La preeclampsia en el embarazo tiene una incidencia elevada en la morbilidad materna/fetal; esta puede producir una disfunción multiorgánica, que puede convertirse en una eclampsia o un síndrome HELLP.</p> <p>Esto hace que la preeclampsia en el embarazo sea motivo de estudio desde diferentes perspectivas con la finalidad de tener mayores conocimientos no solo de su fisiopatología; si no también relacionados a otros factores que pueden influenciar o complicar este estado.</p> <p>Conocer las diversas características personales, obstétricas, antecedentes, diagnóstico, exámenes auxiliares y comorbilidades; de las pacientes con preeclampsia, permitirán comprender este problema de salud desde un enfoque holístico a fin de realizar intervenciones sanitarias.</p> <p>Los resultados de este estudio contribuirán a implementar intervenciones en educación sanitaria y</p>	<p>Características de las pacientes con preeclampsia</p>	<p>Características personales.</p>	<p>Edad de la paciente en años.</p> <p>Estado civil de la paciente.</p> <p>Nivel de Instrucción de la paciente.</p> <p>Índice de masa corporal pregestacional.</p> <p>Anemia en el embarazo.</p> <p>Antecedentes personales de la paciente.</p> <p>Antecedentes familiares de la paciente.</p> <p>Paridad de la paciente.</p> <p>Periodo intergenésico de la paciente.</p>	<p>Edad de la paciente en años, registrada en la historia clínica.</p> <p>Estado civil de la paciente registrada en la historia clínica.</p> <p>Nivel de Instrucción de la paciente registrada en la historia clínica.</p> <p>Índice de masa corporal pregestacional. (peso/(talla*talla))</p> <p>Tipo de anemia registrada en la historia clínica.</p> <p>Antecedentes personales de la paciente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Antecedentes familiares de la paciente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica.</p> <p>Periodo intergenésico de la paciente, registrada en la historia clínica.</p>	<p>Edad menor o igual a 18 años (1). Edad de 19 a 26 años (2). Edad de 27 a 34 años (3). Igual o mayor a 35 años (4). Soltera (1). Conviviente (2). Casada (3). Viuda (4). Divorciada (5). Sin Instrucción (1). Inicial (2). Primaria incompleta (3). Primaria completa (4). Secundaria incompleta (5). Secundaria completa (6). Superior incompleta (7). Superior completa (8). Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (>30) (4). Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL) (1). Anemia Leve (10,0 - 10,9 g/dL) (2). Sin Anemia (> 11,0 g/dL) (3). Nominal. Nominal. Nulipara (1) Primipara (2) Multipara (3) Sin periodo intergenésico (1). Corto (menor a 18 meses) (2). Normal (de 18 a 60 meses) (3). Largo (mayor a 5 años) (4).</p>	<p>Nivel de investigación. El nivel de investigación fue descriptivo.</p> <p>Tipo de investigación. Investigación transversal, observacional, retrospectiva.</p> <p>Diseño de Investigación. El diseño de la investigación fue descriptiva simple; se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta de la situación (49, 50). Esquema: Donde:</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>M: Pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja. O: Características de las pacientes (personales, obstétricas, clínicas).</p> <p>Población, muestra, muestreo La población. La población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, de la región Huancavelica, en el año 2019; que según registros hospitalarios fueron un total de 40 pacientes. Muestra. La muestra fue censal.</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
		prevención; por personal capacitado acordes al contexto, que contribuyan a controlar o disminuir la incidencia de esta complicación gineco obstétrica.			<p>Edad gestacional de la primera atención prenatal.</p> <p>Numero de atención prenatal.</p> <p>Edad gestacional cuando diagnosticaron la preeclampsia.</p> <p>Tipo de preeclampsia.</p> <p>Condición de ingreso.</p> <p>Exámenes auxiliares.</p> <p>Comorbilidad.</p>	<p>Semanas de gestación en la primera atención prenatal, registrada en la historia clínica.</p> <p>Numero de atención prenatal, registrada en la historia clínica.</p> <p>Edad gestacional cuando diagnosticaron la preeclampsia, registrada en la historia clínica.</p> <p>Tipo de preeclampsia, registrada en la historia clínica.</p> <p>Condición de ingreso, registrada en la historia clínica.</p> <p>Exámenes auxiliares, registrada en la historia clínica.</p> <p>Comorbilidad, registrada en la historia clínica.</p>	<p>Menor o igual a 14 semanas (1). De 15 a 19 semanas (2). De 20 a 24 semanas (3). De 25 a 29 semanas (4). De 30 a más semanas (5).</p> <p>De 1 a 5 atenciones prenatales (1) De 6 a más atenciones prenatales (2)</p> <p>Menor a 37 semanas (1) De 37 a 38 semanas (2) De 39 a 40 semanas (3)</p> <p>Preeclampsia leve: TAS <160 mmHg o TAD <110 mmHg (1). Preeclampsia Severa: PAS ≥ 160 mmHg o PAD ≥ 110 mmHg más resultados anormales de laboratorio (2).</p> <p>Nominal.</p> <p>Nominal.</p> <p>Nominal.</p>	



Anexo 2:

Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

FORMATO Nro. 01

Ficha de recolección de datos sobre características de las pacientes con preeclampsia.

Investigación: Características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

- I. INSTRUCCIONES:** El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención, registro de seguimientos entre otros. El llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, sin adulteración, la ficha no debe contener borrones, ni errores de llenado. Cada ficha tiene un número de orden y un Ítem para las observaciones donde deberá anotar las limitaciones que encuentre como: falta un(os) dato(s); no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada u otra circunstancia.

II. DATOS GENERALES

- 2.1. Ficha Nro. _____
- 2.2. Nombre del investigador de campo _____
- 2.3. Fecha del llenado: ____ / ____ / 2020. Hora del llenado: ____ : ____ horas
- 2.4. Región de procedencia: _____
- 2.5. Provincia de procedencia: _____
- 2.6. Distrito de procedencia: _____
- 2.7. N° de Historia Clínica: _____

III. CARACTERISTICAS PERSONALES

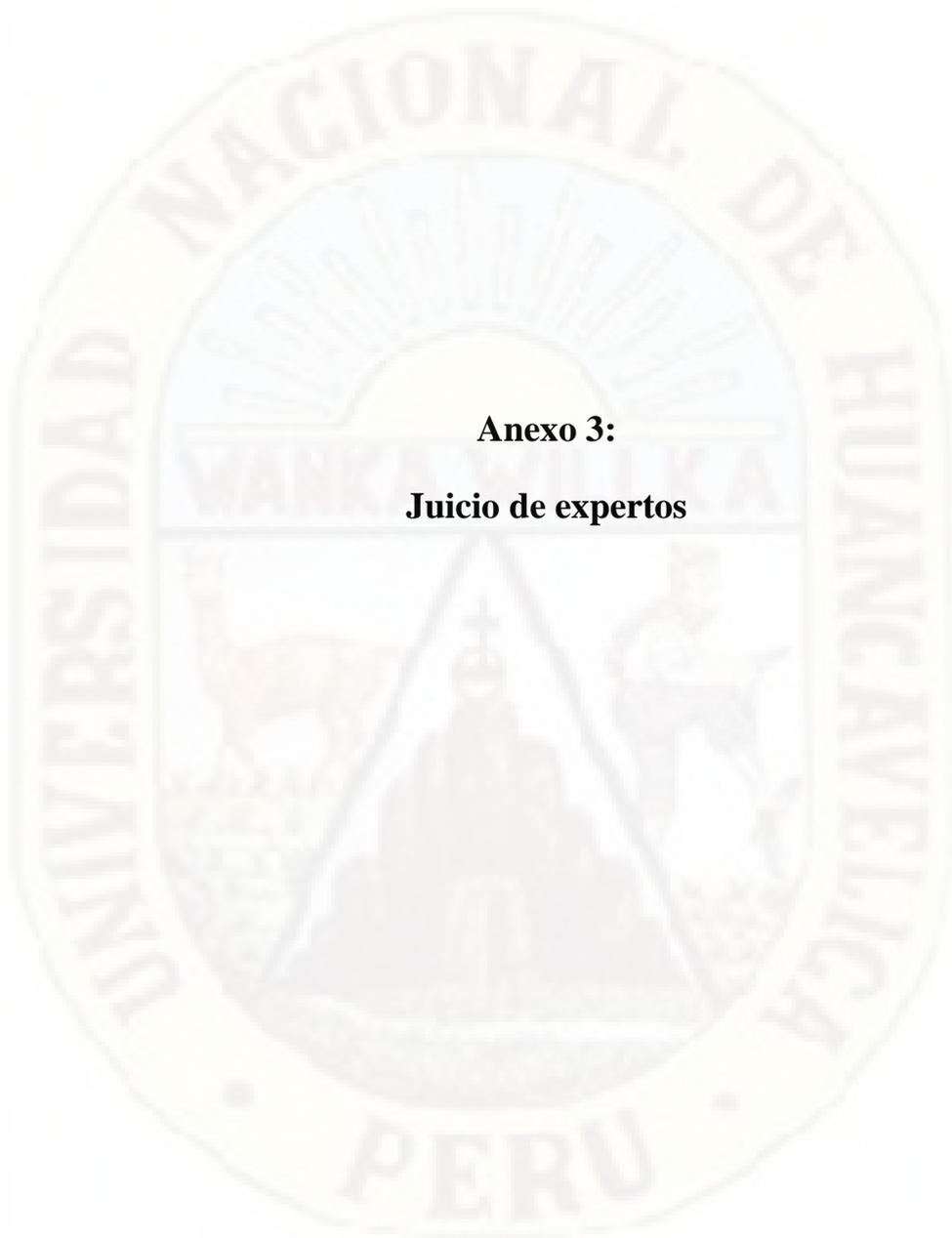
- 3.1. Edad de la gestante: _____ años.
- 3.2. Peso pregestacional: _____ kilogramos
- 3.3. Talla previa al embarazo: _____ metros
- 3.4. Valor de hemoglobina en la gestante: _____ g/dl
- 3.5. Estado civil de la gestante:
 - a) Soltera (1) b) Conviviente (2) c) Casada (3)
 - d) Viuda (4) e) Divorciada (5)
- 3.6. Nivel de instrucción de la gestante:
 - a) Sin instrucción (1)
 - b) Inicial (2)
 - c) Primaria incompleta (3)
 - d) Primaria completa (4)
 - e) Secundaria incompleta (5)
 - f) Secundaria completa (6)
 - g) Superior incompleta (7)
 - h) Superior completa (8)
- 3.7. Paridad de la gestante:
 - a) Nulípara (1) b) Primípara (2) c) Multípara (3)

- 3.8. Periodo intergenésico de la gestante
- a) Sin periodo intergenésico (1)
 - b) Corto (menor a 18 meses) (2)
 - c) Normal (de 18 a 60 meses) (3)
 - d) Largo (mayor a 5 años) (4)
- 3.9. Semanas de gestación en la primera atención prenatal: _____ semanas.

IV. CARACTERISTICAS DE LA PACIENTE CON LA MORBILIDAD

- 4.1. Antecedentes personales de la gestante.
- a) _____
 - b) _____
 - c) _____
- 4.2. Antecedentes familiares de la gestante.
- a) _____
 - b) _____
 - c) _____
- 4.3. Tipo de preeclampsia:
- 4.3.1. Preeclampsia leve: TAS <160 mmHg o TAD <110 mmHg (1)
 - 4.3.2. Preeclampsia Severa: PAS \geq 160 mmHg o PAD \geq 110 mmHg más resultados anormales de laboratorio (2)
- 4.4. Semanas de gestación cuando le diagnosticaron la preeclampsia: _____ semanas.
- 4.5. Número de atenciones prenatales cuando le diagnosticaron la preeclampsia: _____ semanas.
- 4.6. Condición de ingreso de la paciente preecláptica al Hospital:
- a) Buena condición (1)
 - b) Regular condición (2)
 - c) Mala condición (3)
- 4.7. Pruebas diagnósticas realizadas a la gestante:
- 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____
 - 5. No se le realizo ningún examen o prueba diagnóstica (5)
- 4.8. Comorbilidad presente en la paciente con preeclampsia:
- 1. _____
 - 2. _____
 - 3. _____
 - 4. _____
 - 5. No presento ninguna comorbilidad (5)

Observaciones:



Anexo 3:
Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019.

Investigador: *Obsta. Rojas Arroyo Lessly Paola*

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “**Ficha de recolección de datos sobre características de las pacientes con preeclampsia**” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Variable general: Características de las pacientes con preeclampsia.						
Dimensión: Características personales						
1	Edad de la paciente en años					
2	Estado civil de la paciente					
3	Nivel de instrucción de la paciente					
4	Índice de masa corporal pregestacional					
5	Anemia en el embarazo					
6	Antecedentes personales de la paciente					
7	Antecedentes familiares de la paciente					
Dimensión: Características obstétricas						
1	Paridad de la paciente					
2	Periodo intergenésico					
3	Edad gestacional en la primera atención prenatal					
4	Numero de atención prenatal					
5	Edad gestacional cuando diagnosticaron la preeclampsia					
Dimensión: Características clínicas						
1	Tipo de preeclampsia					
2	Condición de ingreso					
3	Exámenes auxiliares					
4	Comorbilidad					

Recomendaciones:

.....
.....

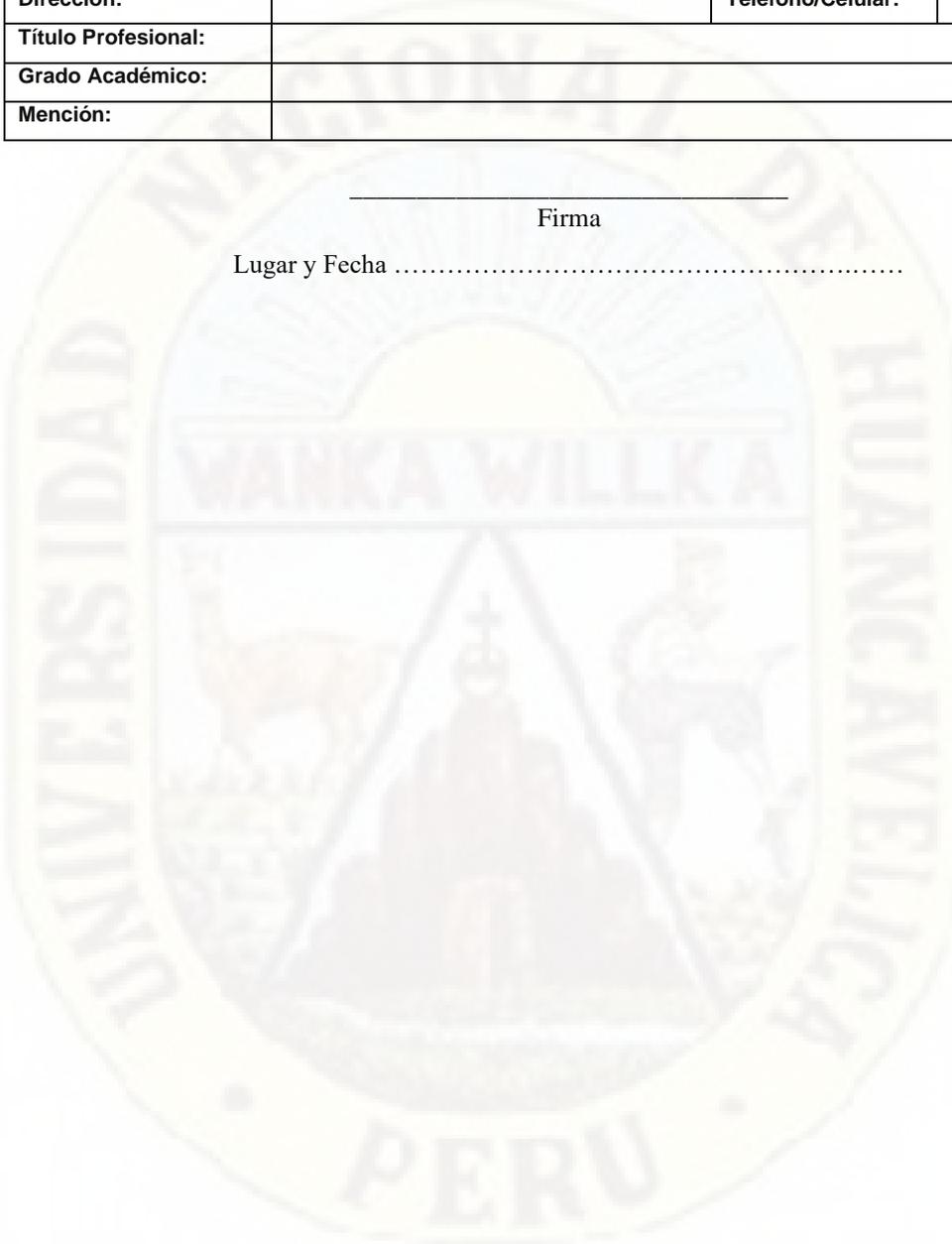
OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

Firma

Lugar y Fecha





Anexo 4:
Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
Director
Hospital de Pampas Tayacaja
Huancavelica

SD.

Yo, Obsta. Rojas Arroyo Lessly Paola identificado (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre los “Características de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital de Pampas Tayacaja, Huancavelica 2019”.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Pampas, 15 de octubre del 2020.

Firma del Interesado