

TITULO:

**“FACTORES PREDISPONENTES ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN
GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL**

“EL CARMEN” 2018”

UNIVERSIDAD PRIVADA DE HUANCAYO “FRANKLIN ROOSEVELT”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“FACTORES PREDISPONENTES ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN
GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL**

“EL CARMEN” 2018

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

Presentado por:

Bach. INOCENTE CHAHUAYLACC, Roxana Milagros

Bach. SANDOVAL GONZALES, Ritha Celia

Huancayo – Perú

2019

ASESORA

Mg. GRACIELA CERRON HUAMAN

DEDICATORIA

Este proyecto va dedicado a Dios quien nos ha guiado toda la trayectoria de nuestra vida profesional, a nuestros padres que siempre nos brindaron su apoyo y consejos para hacernos personas de bien, así como también a los docentes por ser partícipes de nuestra formación profesional. Gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos.

AGRADECIMIENTO

A Dios por el don de la vida, gracias a esa existencia podemos realizar nuestros sueños, metas y objetivos. A nuestros padres quienes, con su apoyo incondicional, sus esfuerzos, su comprensión y afecto nos ayudaron a culminar nuestros estudios universitarios. A nuestra universidad por habernos acogido durante nuestra formación académica y por darnos la oportunidad de superarnos. A nuestro asesor quien nos guio durante la elaboración de la tesis. A los docentes quienes nos compartieron y nos transmitieron sus conocimientos y experiencias profesionales. Al Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” por su apoyo incondicional en el desarrollo de nuestra investigación.

ÍNDICE

TITULO:	1
ASESORA	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
ÍNDICE	6
RESUMEN.....	8
SUMMARY	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. -Descripción del problema	13
1.2.- Formulación del problema	14
1.2.1.-Problema general:	14
1.3.- Objetivos de la investigación	14
1.3.1.-Objetivos generales.....	14
1.3.2.-Objetivos específicos	14
1.4.-Justificación de la investigación.....	15
1.5.-Limitación de la investigación	15
CAPITULO II	17
MARCO TEÓRICO	17
2.1.-Antecedentes	17
2.1.1.-Internacionales	17
2.1.2.-Nacionales	19
2.1.3.-REGIONAL	21
2.1.4.-Bases Teóricas de la Investigación	24
2.1.5.-Marco conceptual.	31

2.2. Hipótesis	32
2.2.1. Hipótesis General:	32
2.2.2. Hipótesis Especifico:	33
2.3.-Variables.....	33
2.3.1. Tipos de variable	33
CAPITULO III.....	34
METODOLOGIA.....	34
3.1.-Método de la investigación	34
3.2.-Tipo y nivel de investigación	34
3.3.-Diseño de la investigación	34
3.4.-Población de estudio.....	35
3.5.-Muestra.....	35
3.6.-Técnicas e instrumentos de recolección de datos	35
3.7.-Técnicas de procesamiento de la investigación.....	36
CAPITULO IV	37
4.1. RESULTADO	37
5. DISCUSIONES.....	53
6. CONCLUSIONES	55
7. RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	57
ANEXOS	59
MATRIZ DE CONSISTENCIA	62

RESUMEN

EL objetivo del estudio es determinar los “FACTORES PREDISPONENTES ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2012 indicó que diariamente fallecen aproximadamente 800 mujeres debido a complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. La preeclampsia es la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la segunda en los países en vía de desarrollo, precedida por las hemorragias graves y las infecciones. A nivel mundial, su incidencia oscila entre 8 – 10% de los embarazos¹.

En América del Sur, el 80% de la mortalidad materna es causada por hemorragias graves, Infecciones, preeclampsia-eclampsia, y parto obstruido². En el Perú, la preeclampsia constituye la segunda causa de muerte materna con un 32%, aunque a nivel de establecimientos de Essalud y de Lima ciudad, la preeclampsia representa la primera causa, en el Instituto Nacional Materno Perinatal representa el 43%³. Su incidencia va desde un 10 a 15%⁴. La preeclampsia es un síndrome multisistémico de causa multifactorial (para algunos autores de causa desconocida) que se puede manifestar desde las 20 semanas de gestación, en el parto o en el puerperio.

La preeclampsia comúnmente se divide en leve y severa, y esta clasificación se basa en criterios clínicos objetivos. Sin embargo, hace algunos años ha surgido una nueva clasificación la cual se basa en el momento del surgimiento de las manifestaciones de la patología: preeclampsia de inicio precoz (PIP) y preeclampsia de inicio tardío (PIT).

El punto de corte que se toma para esta clasificación es 34 semanas¹³, probablemente debido al diferente mecanismo fisiopatológico que ambas presentan. La preeclampsia tardía es la más frecuente y generalmente está asociada a una placentación adecuada o levemente comprometida.

Se caracteriza por la ausencia o leve resistencia al flujo en las arterias uterinas, menor compromiso del crecimiento fetal, y resultados perinatales más favorables.

En la región Junín, el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, constituye un centro de referencia, por lo cual se puede suponer que posee una buena Casuística en cuanto a preeclampsia, y más aún de preeclampsia de inicio

tardío debido a que se estima que su prevalencia es de 75 a 85% de todos los casos de preeclampsia.

Se ha visto que la preeclampsia suele presentarse más en mujeres con ciertos factores de riesgo. Si existen factores comunes a PIP y PIT, se ha visto que la PIT tiene mayor asociación con antecedentes familiares de preeclampsia, edad materna menor de 20 años o mayor de 35 años, multiparidad, obesidad, diabetes pregestacional, diabetes gestacional, anemia materna y tabaquismo.

En cuanto al manejo de la preeclampsia, es esencial identificar a aquellas mujeres con alto riesgo de desarrollar preeclampsia en futuras gestaciones, así se puede prevenir recurrencias y complicaciones.

Ante ello es oportuno de saber cuáles son los Factores Asociados a Preeclampsia en Gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2018”, el cual representará el objetivo general del presente trabajo.

SUMMARY

The objective of the study is to determine the “PREDISPONENT FACTORS ASSOCIATED WITH PREECLAMPSY IN MANAGERS OF THE CHILD MATERNAL TEACHING REGIONAL HOSPITAL “EL CARMEN”2018”. The World Health Organization (WHO) in 2012 indicated that approximately 800 women die daily due to preventable complications related to pregnancy and childbirth. Preeclampsia is the leading cause of maternal death in developed countries and the second in developing countries, preceded by severe hemorrhages and infections. Globally, its incidence ranges from 8-10% of pregnancies.

In South America, 80% of maternal mortality is caused by severe bleeding, Infections, preeclampsia-eclampsia, and obstructed labor. In Peru, preeclampsia constitutes the second cause of maternal death with 32%, although at the level of establishments in Essalud and Lima city, preeclampsia represents the first cause, in the National Maternal Perinatal Institute it represents 43% . Its incidence ranges from 10 to 15%. Preeclampsia is a multisystemic syndrome with a multifactorial cause (for some authors of unknown cause) that can be manifested from the 20 weeks of gestation, in childbirth or in the puerperium. Preeclampsia is commonly divided into mild and severe, and this classification is based on objective clinical criteria. However, a few years ago a new classification has emerged which is based on the time of the manifestation of pathology manifestations: early onset preeclampsia (PIP) and late onset preeclampsia (PIT).

The cut-off point taken for this classification is 34 weeks¹³, probably due to the different pathophysiological mechanism that both present. Late preeclampsia is the most frequent and is usually associated with an appropriate or slightly compromised placentation.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una patología multisistémica de gravedad variable, de múltiples causas, de origen desconocido, siendo una de las complicaciones más frecuentes y más graves del embarazo y contribuye de manera significativa a la mortalidad materna y perinatal, cuyo tratamiento definitivo es culminar con la gestación. Es motivo de secuelas en la madre y en el neonato, trayendo como consecuencia hospitalizaciones recurrentes, perjudicando económicamente a la familia, centros de salud y en general al sistema de salud de cada país. Se caracteriza por reducción de la perfusión sistémica, generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se manifiesta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posteriores a éste, con un cuadro clínico caracterizado por hipertensión arterial igual o mayor de 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, edema (no se considera un signo discriminatorio), cefalea, acúfenos, fosfenos, dolor abdominal y alteraciones de laboratorio.

Informes recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que la preeclampsia es directamente responsable de 70 000 muertes maternas anualmente en todo el mundo.

En Latinoamérica, el 80% de la mortalidad materna es causada por hemorragias graves, infecciones, preeclampsia-eclampsia, y parto obstruido. En el Perú, la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna, responsable del 17 a 25% de las muertes perinatales y la segunda causa de restricción de crecimiento intrauterino y prematuridad, aunque a nivel de establecimientos de Essalud y de Lima ciudad, la preeclampsia representa la primera causa, en el Instituto Nacional Materno Perinatal representa el 43%. Asimismo, se ha encontrado en otros estudios el riesgo de presentar desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, sobretodo en pacientes que son hipertensas crónicas.

En la Región de Salud Puno, en el año 2016, se reporta como primera causa de muerte materna en el periodo 2002-2011 la hemorragia obstétrica, siendo su razón de mortalidad materna (RMM) de 46.1 por 100 000 nacidos vivos y los trastornos Hipertensivos del Embarazo, Parto y Puerperio como la segunda causa de mortalidad. En el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón (HRMNB), durante el año 2016, se reporta como principal causa de morbilidad en hospitalización en la

atención integral de salud del joven (18-29 años) al aborto incompleto con 98 casos, seguido de inercia uterina secundaria con 86 casos y en tercer lugar como causa de morbilidad a la preeclampsia severa con 76 casos, seguida de contracciones primarias inadecuadas. Para el grupo etario (30-59 años), la Preeclampsia severa sigue siendo la tercera causa de morbilidad en hospitalización, con 50 casos.

En la actualidad se conoce muy poco acerca de las causas que desencadenan la preeclampsia. Sin embargo, se han propuesto numerosas teorías, incluida la alteración en la invasión trofoblástica, estrés oxidativo, disfunción endotelial entre otras, en las que el daño del endotelio vascular y el vasoespasmo son el evento fisiopatológico final de cada una de ellas, considerándose a la placenta como el foco patogénico de origen, siendo el tratamiento definitivo la culminación del parto. Aunque en la actualidad no existe una profilaxis para evitar esta enfermedad, la mayoría de los casos de preeclampsia ocurren en gestantes saludables, es por ello esencial la identificación de aquellas mujeres con alto riesgo de desarrollar esta patología, los mismos que permitirán hacer un seguimiento más estrecho durante el control pre y postnatal y así prevenir recurrencias y posibles complicaciones en futuras gestaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. -Descripción del problema

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2019 indica que diariamente fallecen alrededor de 800 mujeres por complicaciones prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. La preeclampsia constituye la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en vía de desarrollo, precedida por las hemorragias graves y las infecciones. A nivel mundial, el 99% de la mortalidad materna se da en países de ingresos bajos y medios. Asimismo, el 10% de las mujeres tienen presión arterial elevada durante el embarazo, y la preeclampsia se presenta sólo en el 5 al 10% de todos los embarazos. (1)

En Latinoamérica, el 80% de la mortalidad materna es causada por hemorragias graves, infecciones, preeclampsia-eclampsia, y parto obstruido. En el Perú, la Preeclampsia es la segunda causa de muerte materna, responsable del 17 a 25% de las muertes perinatales y la segunda causa de restricción de crecimiento intrauterino y prematuridad, aunque a nivel de establecimientos de Essalud y de Lima ciudad, la preeclampsia representa la primera causa, en el Instituto Nacional Materno Perinatal representa el 43%. Su incidencia oscila entre 10 a 15%. Asimismo, se ha encontrado en otros estudios el riesgo de presentar desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, sobre todo en pacientes que son hipertensas crónicas.

En la actualidad se conoce muy poco acerca de las causas que desencadenan la preeclampsia. Sin embargo, se han propuesto numerosas teorías, incluida la alteración en la invasión trofoblástica, estrés oxidativo, disfunción endotelial entre otras, en las que el daño del endotelio vascular y el vasoespasmo son el evento fisiopatológico final de cada una de ellas, considerándose a la placenta como el foco patogénico de origen, siendo el tratamiento definitivo la culminación del parto. Aunque en la actualidad no existe una profilaxis para evitar esta enfermedad, la mayoría de los casos de preeclampsia ocurren en gestantes saludables, es por ello esencial la identificación de aquellas mujeres con alto riesgo de desarrollar esta patología.

En el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”, el 2018 se tuvo 02 muertes maternas por trastornos hipertensivos (preeclampsia, síndrome hellp), mensualmente ingresan al Hospital de 25 a 30 gestantes con trastornos hipertensivos. Razón por la cual se genera el presente trabajo, con fines de permitir hacer un seguimiento más estrecho durante el control pre y postnatal y así prevenir recurrencias y posibles complicaciones en futuras gestaciones.

1.2.- Formulación del problema

1.2.1.-Problema general:

¿Cuáles son los factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2018?

1.3.- Objetivos de la investigación

1.3.1.-Objetivos generales

Determinar los factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2018.

1.3.2.-Objetivos específicos

Determinar factores sociodemográficos entre edad materna y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen” - 2018

Describir factores obstétricos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen” – 2018.
Conocer la asociación entre el factor patológico y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”- 2018.

1.4.-Justificación de la investigación

El estudio tiene la finalidad de poder establecer los principales factores de riesgo que se encuentran relacionados a preeclampsia en mujeres gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2018.

Sabemos que es un problema de salud pública a pesar de que va disminuyendo a nivel mundial en nuestro país sigue siendo la segunda causa de causa de muerte materna y 5 veces más el feto por tal motivo la presente investigación se justifica por su naturaleza de querer contribuir al estudio de los factores de riesgo que contribuyen a que se presente esta patología y de esta manera poder prevenir a la población de sus grandes riesgos y complicaciones y la manera de la identificación de estos factores de riesgo pero de una manera precoz y no tardía. Por su magnitud ya que es una patología que se presenta a nivel mundial y es de suma importancia su estudio, así como su prevención, pero para esto es importante el estudio de los más comunes factores de riesgo que la población está expuesta y así contribuir a la disminución de muertes maternas y fetales. Además, la presente investigación es factible realizarlo ya que se ejecutará las coordinaciones pertinentes y los permisos que se requieran, a su vez se cuentan con los recursos humanos, económicos y técnicos para poder llevarlo a cabo.

Nos motivó a realizar tal estudio e investigación con el único propósito de beneficiar a la población y al hospital para que de esta manera pueda establecer medidas para su prevención.

1.5.-Limitación de la investigación

La limitación que se tuvo durante la ejecución del proyecto fueron:

- Dificultad en el programa del Sistema Informático Perinatal 2000 (SIP 2000) para el diagnóstico de población y muestra.

- Limitado tiempo para la revisión de históricas clínicas.
- Restringido préstamo en la cantidad de historias clínicas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.-Antecedentes

2.1.1.-Internacionales

Suárez G. en su estudio de investigación “Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual 2014 la habana” Introducción: el antecedente de pre eclampsia anterior constituye un riesgo importante de recurrencia.

Objetivo: identificar la repercusión de la preeclampsia anterior como factor de riesgo. Método: estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Materno Provincial "Mariana Grajales" de Santa Clara en los años comprendidos entre 2011 y 2013, se seleccionó una muestra aleatoria simple de 238 gestantes. Se les aplicó una encuesta. Resultados: en la mayoría de los casos, las edades oscilan entre los 20 y 34 años. La pobre ingesta previa de calcio y durante la gestación; la obesidad; y los antecedentes patológicos familiares de primera línea resultaron los principales factores de riesgo. En 99 gestantes, se diagnosticó pre eclampsia. Conclusiones: el antecedente de pre eclampsia/eclampsia constituye un factor de riesgo en toda gestante que inicie un embarazo, por las complicaciones maternas y perinatales que pueden ocurrir. (2)

Valdés E. 2014, realizaron un estudio, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia. Estudio de casos y controles realizado en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" entre enero de 2012 y diciembre de 2013. Con una muestra de 128 pacientes, divididos en dos grupos; 64 con preeclampsia (grupo estudio) y 64 sanas (grupo control) escogidas al azar. Se recogieron los datos mediante una encuesta y la revisión de la historia clínica. Encontrándose que los factores de riesgo que influyeron en la preeclampsia son: la edad materna de 35 años o más (OR= 4,27), el sobrepeso materno al inicio de la gestación (OR= 2,61), la nuliparidad (OR= 3,35) y el antecedente familiar de madre con preeclampsia (OR= 7,35) o hermana (OR= 5,59); no así las afecciones propias de la gestación, la ganancia global de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables. Concluyeron que la mayoría de los factores de riesgo para preeclampsia no son modificables, por lo que se requiere una esmerada atención prenatal que garantice el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta entidad. (3)

Lavalle E. realizaron un estudio en el 2013 sobre los factores de riesgo clínico y epidemiológico de preeclampsia en adolescentes que consultan la E.S.E clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena entre junio de 2012 y 17 junio de 2013. El estudio fue de tipo analítico, Casos y Controles, prospectivo, en donde se estudiaron a las pacientes adolescentes que cumplieran criterios de inclusión y que desarrollaron preeclampsia (caso) y aquellas sin complicación en su gestación (control), tomándose en cuenta 62 pacientes adolescentes; 22 casos y 40 controles. Obteniendo como resultado una edad promedio de $16,9 \pm 1,2$ años para los casos y $17,2 \pm 1,6$ para los controles ($p:0,4589$); la convivencia en unión libre se presentó en el 90,9% de los casos y 87,5% en los controles, los niveles socioeconómicos de estrato 1 en el 86,4% de casos y estrato 2 en el 13,6%. Mientras que en los controles el 75% fueron de estrato 1. En los casos se encontró el 86,4% tuvieron nivel secundario y el 13,6% primario, en los controles solo hubo 1 caso de nivel superior y el 67,5% fue de nivel secundario. Encontraron

además como factor determinante para la presentación del preeclampsia, antecedentes personales de preeclampsia ($p:0,0001$) y entre los antecedentes familiares influye la presentación de preeclampsia ($p: 0,0490$) (OR 3,90, IC 95% 1,13 – 13,77); sin embargo otras variables como antecedentes de alcoholismo y tabaquismo, sin control prenatal, primiparidad, multiparidad, antecedente de embarazo múltiple, embarazo múltiple actual y el índice de masa corporal tienen una distribución uniforme en ambos grupos de estudio, por tanto no presentaron asociación a preeclampsia en dicho estudio. (4)

Gordon Z. en el 2015, Los países en vías de desarrollo continúan registrando tasas comparativamente más elevadas de muertes maternas y perinatales por embarazos complicados debido a la hipertensión como resultado de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia.(2-3) ;Los problemas con el manejo de la hipertensión en el embarazo se encuentran no solo en su etiopatogenia desconocida, sino también en la variación en sus definiciones, medidas y clasificaciones utilizadas para categorizar la hipertensión en las embarazadas. (5)

2.1.2.-Nacionales

Moreno E, en el año 2014 realizaron un trabajo de investigación, cuyo objetivo principal fue evaluar la raza negra como factor de riesgo independiente 18 de preeclampsia, ya que dichos investigadores sostenían que la raza negra se asocia a elevados niveles de pobreza, malnutrición, hipertensión, obesidad y control prenatal inadecuado. El estudio fue prospectivo, analítico y de casos y controles. Se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo e Instituto Materno Perinatal, Lima. Participantes: Gestantes normotensas 338 y gestantes preeclámpticas 338. La raza fue determinada mediante el fenotipo de la paciente y su reporte de las características de sus antepasados. Encontraron que la preeclampsia fue más frecuente en gestantes con antecedente de

preeclampsia (OR: 12,9), obesidad previa al embarazo (OR: 2,2), edad mayor o igual a 35 años (OR 2,5) y en gestantes fenotípicamente de raza negra o cuando reportaron padres o abuelos negros (OR: 2,21); Sin embargo, esta última asociación fue marginal ($p=0,047$). Concluyeron que la raza negra es un factor de riesgo independiente de preeclampsia. (6)

Cabeza N, en el 2014 realizó un estudio, cuyo objetivo fue determinar si la edad, paridad e hipertensión arterial crónica son factores de riesgo asociados al desarrollo de la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo de Sullana durante el año 2013. El estudio fue observacional, analítico, de casos y controles donde evaluó 162 gestantes; 54 casos y 108 controles. Identificó una edad promedio para los casos de $21,37 \pm 3,99$ y para el grupo control $23,59 \pm 4,91$ años; el 42,59% de los casos correspondieron al grupo ≤ 20 años y en el grupo control solo 26,85%; la edad gestacional promedio para el grupo de casos fue $37,63 \pm 1,19$ y para el grupo control fue $39,17 \pm 1,21$ semanas. En relación a la paridad se observó que el 40,74% de los casos correspondieron al grupo de nulíparas y en el grupo control solo 33,33% ($p < 0,05$). El 46,30% de los casos tuvieron parto por cesárea y en el grupo control se observó que lo presentaron en el 31,48% ($p < 0,05$). Con respecto a la presencia de hipertensión arterial crónica, el 11,11% de los casos lo presentaron y en el grupo control solo el 2,78% ($p < 0,05$), con un OR = 4,38 IC 95% [1,05 – 18,23]. Concluyo que la edad ≤ 20 años, la primiparidad y la hipertensión arterial resultaron ser factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia. (7)

Castillo A. en el 2018, La preeclampsia es una patología multisistémica de gravedad variable, de origen desconocido, siendo una de las complicaciones más frecuentes y más graves del embarazo, cuyo tratamiento definitivo es culminar con la gestación. La preeclampsia es la tercera causa principal de morbilidad y mortalidad materna y fetal en el mundo. En la actualidad no existe una profilaxis, es por ello esencial la identificación de aquellas mujeres con alto riesgo de desarrollar esta patología, lo que permitirá hacer un seguimiento más estrecho durante

el control pre y postnatal y así prevenir recurrencias y posibles complicaciones en futuras gestaciones. El objetivo del estudio fue Identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados con la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el periodo enero a diciembre de 2017. El estudio fue observacional, de casos y controles, de tipo transversal y retrospectivo. La muestra fue de 116 casos y 116 controles para el análisis estadístico. Se empleó como técnica de recolección de datos, la revisión de historias clínicas, las cuales se registraron en la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de Microsoft Excel y del paquete estadístico SPSS v. 22.0. El factor de riesgo más frecuente fue el número de controles prenatales < 6; este junto a una edad materna >35 años, paridad, procedencia rural y obesidad, mostraron una asociación significativa ($p < 0.05$) en el desarrollo de PE. Se concluye que la edad materna > 35 años, el estado civil conviviente, el nivel de instrucción secundaria, la residencia en zona rural, la edad gestacional < 36 semanas, la nuliparidad, las gestantes sin PI, controles prenatales < 6 y la obesidad, son factores de riesgo asociados a preeclampsia. (8)

2.1.3.-REGIONAL

Pinto S. en el 2016 En su estudio sobre Factores de riesgo asociado a preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, en el período enero a marzo 2016

El presente estudio fue planteado con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Enero a Marzo del 2016. Material y métodos: Es un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal y retrospectivo. La muestra fue de 272 casos, los datos se obtuvieron del sistema informático perinatal (SIP 2000) en primera instancia y se corroboró con las historias clínicas de cada paciente atendida en el servicio de gineco - obstetricia en el periodo establecido. Los resultados muestran que el grupo etáreo que

concentra la mayoría de los casos es el de 20 a 34 años con una frecuencia de 66.2%, el estado civil más frecuente es conviviente con un 89.3%, el grado de instrucción alcanzado en promedio es secundaria con un 65.4%, los casos mayormente proceden del distrito de Yarinacocha con un 57.7%, y la ocupación mayormente es ama de casa con un 90.1%. La edad gestacional más frecuente al momento del diagnóstico de preeclampsia es de 31 a 41 semanas con un 7.7%, en los casos de multigesta son más frecuentes, con un 67.3%, el período intergenésico adecuado tuvo mayor porcentaje con un 41.2%, la mayoría de los casos si tuvieron atenciones prenatales con un 93.4%, el número de atenciones prenatales con mayor frecuencia fue el grupo con seis a más atenciones con un 45,2%, el trimestre de inicio de atención prenatal más frecuente es al segundo trimestre con un 39.3%, el tipo de embarazo más frecuente es el Embarazo único con un 96.3%. En lo referente al índice de masa corporal, el mayor número de casos, se concentran en el grupo de normosómicos, con un 52.9%. Del total de casos del estudio, la preeclampsia corresponden a un 9.6%, siendo la preeclampsia severa, la más frecuente, con el 7% de los casos y la preeclampsia leve con el 2.2%. La complicación asociada a preeclampsia fue muerte intrauterina con un 0.7% Se concluye que de todos los factores propuestos en el estudio, solo el antecedente de preeclampsia se constituye como factor de riesgo para preeclampsia en el embarazo. (9)

Romo F. en su estudio de “Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el hospital nacional ramiro priale priale 2015-2016”
Objetivo: 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. La recolección de datos se realizó a través de un instrumento en base a estudios previos, historia clínica y cartón perinatal. Se revisó 140 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Todos los datos se analizaron vía estadística descriptiva. La información

recogida se tabuló en una base de datos de Microsoft Excel 2010, luego se analizó a través del programa SPSS v19.0 para Windows, para obtener estadísticas descriptivas. Resultados: Se observó que el mayor porcentaje de edad estuvo comprendido entre los 19 y 34 años (53,57%). Las más afectadas fueron las nulíparas (57,86%), aquellas con edad gestacional mayor de 37 semanas (52,86%); recibiendo cuidados prenatales adecuados según la norma vigente (51,43%). Dentro de los antecedentes de aborto previo a la gestación, solo 06 casos presentaron un aborto anterior (4,29%), 08 casos tenían antecedentes familiares de hipertensión arterial (5,8%) y 08 pacientes presentaron antecedentes personales de preeclampsia (2,8%). Los síntomas más comunes fueron cefalea (60%), escotomas o visión borrosa (8,57%), epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho (20%), acúfenos (2,8%). La vía de culminación de parto en su mayoría fue abdominal (94,2%) e inducido (5,7%). En el diagnóstico la mayoría de pacientes (81,43%), presentó hipertensión asociada a uno o más de los criterios de severidad. El pilar fundamental del manejo incluye en todas las pacientes el control de la presión arterial, cesárea de emergencia en un 94,29%, nifedipino (85,71%), sulfato de magnesio (10%). El pronóstico asociado a preeclampsia recurrente, sólo un 5,6%. Conclusiones: La mayoría de pacientes con preeclampsia, se consideraron dentro de los rangos normales y/o adecuados de las variables investigadas (edad, edad gestacional, paridad, número de atenciones prenatales, etc.); la cefalea fue el síntoma premonitorio predominante, el control de la presión arterial es fundamental en el manejo, solo se encontró un bajo porcentaje de preeclampsia recurrente en embarazos futuros. (10)

Rodríguez C., 2017 en su revista de anestesiología en ginecología y obstetricia manifiesta que, A lo largo de los años, se ha definido como una «patología propia de la gestación, que se manifiesta por hipertensión, proteinuria y edema a partir de la semana 20 de la gestación». Recientemente grupos de expertos han considerado la

necesidad de suprimir la presencia de edema como parte de la definición. (11)

2.1.4.-Bases Teóricas de la Investigación

Fisiopatología

Los factores inmunitarios pueden tener un papel importante en la aparición de PEE, provocados por la ausencia de anticuerpos bloqueadores, disminución de la reacción inmunitaria mediada por células, activación de neutrófilos, y participación de citocinas, es que la PEE podría ser una alteración en el reconocimiento de la unidad feto placentaria por la madre. (9)

Esto ha sido sustentado por muchas observaciones que subrayan, la respuesta anormal de la madre hacia los antígenos feto-placentarios. En el embarazo normal se aprecia un mecanismo de adaptación que actúa a tres niveles.

- a) **Nivel trofoblástico:** los antígenos linfocitarios humanos (HLA), antígenos ABO, y antígenos placentarios específicos del embarazo, tienen un bajo grado de antigenicidad.
- b) **Nivel fetal:** una disminución de la respuesta inmune basada en un déficit relativo de sus componentes.
- c) **Nivel materno:** Se acepta una disminución de la respuesta inmunológica, bien por las hormonas propiamente gestacionales (gonadotrofina coriónica, lactógeno placentario, progesterona, y prolactina), o bien por la mediación de otras sustancias, de aparición durante el embarazo, con propiedades inmunosupresoras.

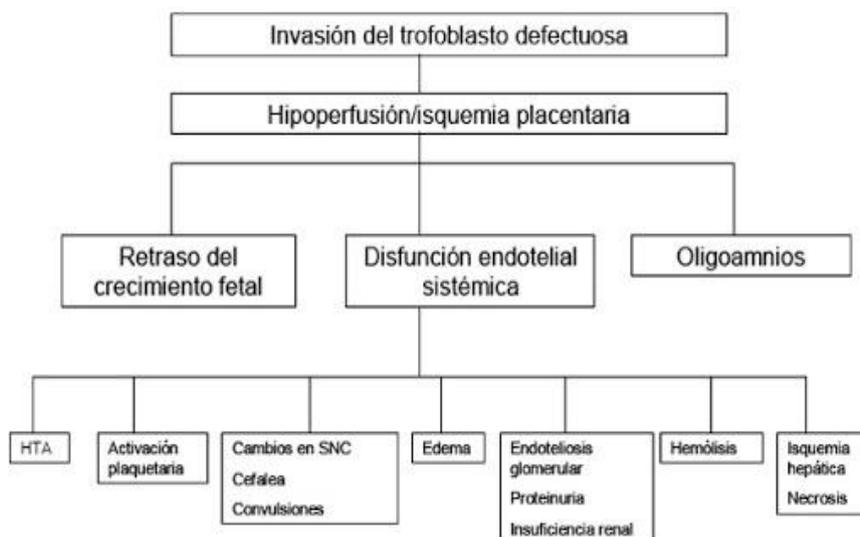
Una intolerancia inmunológica mutua entre el injerto fetal (paterno) y el tejido materno. El concepto de injerto fetal indica que la reacción inmunitaria materna contra el feto es potencialmente destructiva, y algunos investigadores proponen que el reconocimiento inmunitario del embarazo es indispensable para su éxito ya que produce importantes cambios morfológicos y bioquímicos en la circulación sistémica

y uteroplacentaria materna.
Actualmente existen dos teorías:

1. La primera indica que debe ocurrir reconocimiento para que se presente una respuesta inmunosupresora adecuada y se evite el rechazo inmunitario.
2. La segunda señala que el reconocimiento inmunitario actúa como estímulo para la secreción localizada de citokinas en el lecho placentario, que a su vez promueven la producción de factores que favorecen el crecimiento de la placenta.

Ambas hipótesis sugieren que la mayor diferencia de histocompatibilidad entre la madre y el feto predispondría a una pérdida gestacional temprana, lo cual tiene su importancia cuando se consideran causas inmunitarias de aborto espontáneo y recidivante. Los antígenos fetales podrían inducir una reacción típica mediada por células. Así una respuesta inmunitaria celular decidua, sería componente esencial para limitar la invasión de las células trofoblásticas, condicionando la PEE. La decidua es el tejido donde con seguridad se hace el reconocimiento del trofoblasto inmunitario. Se ha identificado un antígeno de histocompatibilidad HLA-G, el cual se expresa en el citotrofoblasto y podría proteger a la placenta del rechazo. En el primer trimestre las células asesinas naturales, y grandes linfocitos granulares citolíticos que atacan a leucocitos sin inmunización previa, constituyen casi el 45% de todas las células del estroma. Tal vez las funciones inmunitarias de la decidua, son importantes para la supervivencia del feto. Los macrófagos pueden inhibir la proliferación de linfocitos, la expresión de receptores de interleukina 2 y la producción de ésta citokina. Esta interleukina 2 tiene un importante papel en el rechazo de injertos y la reacción de anticuerpo-receptor de antiinterleukina 2, quizás permita una supervivencia prolongada del injerto. El aumento de las concentraciones de interleukina 2 que se encuentra en el embarazo normal

1. El embarazo normal conlleva a una disminución cuantitativa y cualitativa de los linfocitos circulantes.
2. se sintetizan leucotrienos, productos del metabolismo del Ac. Araquidónico, que pudieran provocar aumento de la permeabilidad capilar, vasoconstricción y activación secuencial de neutrófilos y de moléculas de adhesión.
3. Los inhibidores inespecíficos, también llamados «Anticuerpos bloqueadores», incluyen hormonas vinculadas con el embarazo y otras sustancias de producción local a partir de células deciduales, trofoblásticas y otras partes fetales. En el embarazo normal habría un estado de equilibrio entre la cantidad de anticuerpos bloqueadores maternos y la carga antigénica fetal, y el desequilibrio entre ellos, (el déficit) causarían la enfermedad.
4. Activación de neutrófilos desde la placenta, y se sabe que se restringe sólo al territorio materno. Estos neutrófilos secretan distintas sustancias tóxicas; elastasas, y otras proteasas que pueden lesionar células endoteliales, membrana basal y matriz subendotelial. Además, se liberan radicales libres de oxígeno, tóxicos que producen peroxidación lipídica de las membranas, lisis celular, fragmentación del endotelio, y aumento de la permeabilidad y reactividad vascular.



TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

La hipertensión o presión arterial alta:

Según ACOG. Puede causar problemas de salud en cualquier momento en la vida. Durante el embarazo, cuando se tiene hipertensión grave o descontrolada pueden ocurrir complicaciones para usted y su feto. Un trastorno grave de presión arterial alta que se llama PREECLAMPSIA también puede ocurrir durante el embarazo o al poco tiempo del nacimiento. (12)

Gestante hipertensa: Se define como la presencia de una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg antes de la gestación o que se presenta al menos en dos ocasiones antes de la semana 20 de gestación o si persiste por más de 12 semanas postparto. (13)

Hipertensión gestacional: Se trata de una HTA inducida por la gestación y se define como la detección de una PAS = 140 mmHg o PAD = 90 mmHg que aparece después de las 20 sem de embarazo en una mujer previamente normotensa. Generalmente cursa sin proteinuria y para algunos autores representa una fase preproteinuria de la preeclampsia o la recurrencia de una hipertensión arterial crónica. Puede evolucionar a la preeclampsia. En su forma severa puede ser causa importante de prematuridad y retardo del crecimiento. Cuando se presenta una HTA aislada o transitoria en el último trimestre del embarazo, y particularmente en las primeras horas del posparto, sin elementos de preeclampsia con normalización de la PA antes de las 12 sem de posparto hablamos de HTA transitoria. En este caso, el diagnóstico es retrospectivo y lo mismo puede ocurrir en embarazos subsecuentes, por lo cual se le considera como predictiva de futura HTA crónica y de hecho se señala que la persistencia de la elevación de la PA pasadas las 12 semanas del Trastornos hipertensivos del embarazo posparto, pudieran categorizarla como crónica. (14)

Preeclampsia - eclampsia

Cuadro clínico que presentan algunas gestantes con PAS = 140 o PAD = 90 mmHg el cual se acompaña de proteinuria (> 300 mg en 24 h), después de las 20 sem de embarazo y que puede evolucionar a una etapa superior de eclampsia (convulsiones). La preeclampsia constituye un síndrome complejo donde la HTA y la afectación renal representan solo 2 elementos relevantes de este cuadro.

PREECLAMPSIA

Etimología:

La palabra preeclampsia es un neologismo médico el cual se compone del vocablo latino: "Pre" (antes, previo) y "Eclampsis" (relámpago). De esta forma el significado etimológico es: "previo al relámpago". Se refiere a una complicación que se presenta en la embarazada y cursa con hipertensión, proteinuria y edema.

Definición: La preeclampsia es definida actualmente por el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con afectación multisistémica. Suele ocurrir después de las 20 semanas de gestación, con mayor frecuencia a corto plazo, y puede superponerse a otro trastorno hipertensivo. y que puede manifestarse tanto en la segunda mitad del embarazo, como en el parto o en el puerperio.

El riesgo de presentar preeclampsia aumenta en las mujeres que:

- Están embarazadas por primera vez
- Han tenido preeclampsia en embarazos previos o tienen un historial familiar de preeclampsia.
- Tienen un historial de hipertensión crónica, enfermedades de los riñones o ambos.
- Tiene 40 años de edad o más.
- Están embarazadas con más de un feto.
- Son obesas

Señales y síntomas: Una mujer tiene preeclampsia cuando tiene presión arterial alta además de otras señales de que los sistemas de órganos no están funcionando normalmente. Una de esas señales es PROTEINURIA (una cantidad anormal de proteína en la orina).

También la mujer con preeclampsia presentara otras señales y síntomas:

- Cifras bajas de plaquetas en la sangre
- Dolor en la parte superior del abdomen
- Alteraciones de la vista
- Dolor de cabeza intenso.
- Presión arterial sistólica es 160 mmHg o mayor y la diastólica es de 110 mmHg o mayor.

Otras señales y síntomas de preeclampsia: Si presenta cualquiera de los siguientes síntomas, especialmente si ocurren en la segunda mitad del embarazo, debe comunicarse de inmediato con el profesional de atención médica

- Hinchazón en la cara o las manos.
- Dolor de cabeza que no se alivia
- Ver manchas o alteraciones de la vista
- Dolor en la parte superior del abdomen o el hombro
- Náuseas y vomito (en la segunda mitad del embarazo)
- Aumento de peso repentino
- Dificultad para respirar

Diagnóstico: Una lectura alta de presión arterial puede ser la primera señal de preeclampsia. Si su lectura de presión arterial es alta, se podría repetir la medida de la presión para confirmar los resultados. Se le hará una prueba de orina para medir la proteinuria. Si se diagnostica preeclampsia, se pueden hacer otras pruebas para determinar cómo están funcionando el hígado y los riñones y medir la cantidad de plaquetas en la sangre. También le preguntarán si presentaron algunos de los síntomas de preeclampsia:

- PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg
- proteinuria ≥ 0.3 g/24 horas o relación proteína/creatina ≥ 0.3 (mg/mg) (30mg/mmol)
- Plaquetas $< 100,000/\mu\text{L}$.¹⁹

Factores de riesgo asociados: Se debe tener en cuenta que muchos de los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia son comunes para las enfermedades cardiovasculares. A continuación, se mencionan los principales:

- Antecedente de preeclampsia en gestación anterior
- Hipertensión arterial crónica
- Obesidad
- Hiperlipidemias
- Diabetes mellitus
- Embarazos múltiples
- Antecedente de enfermedad renal

- Edad materna en los extremos de la vida reproductiva (menor de 19 años o mayor a los 35 años)
- Nuliparidad
- Gestación en multigestas con una nueva pareja sexual
- Depresión y la ansiedad
- Control prenatal inadecuado
- Intervalo internatal largo
- Antecedente de parto de recién nacido pequeño para la edad gestacional

Clasificación:

- **Preeclampsia leve o sin criterios de severidad:** Gestante hipertensa que presenta una presión arterial sistólica <160 mmHg y diastólica < 110 mmHg y proteinuria cualitativa de 1 + (test de ácido sulfosalicílico)(TASS) o 2+ (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg en orina de 24 horas, y que no presenta daño en otro órgano blanco.
- **Preeclampsia severa (pes):** Aquella preeclampsia asociada a uno de los siguientes criterios clínicos:
 - Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg
 - Deterioro de la función hepática, con concentraciones de enzimas hepáticas (TGO) dos veces el valor normal, severa persistente de dolor en el cuadrante superior derecho o en epigastrio que no se controla con medicamentos.
 - Trombocitopenia $< 100,000/mm^3$
 - Creatinina >1.1 mg/dl
 - Edema pulmonar
 - Trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales
 - Disfunción utero-placentaria (como restricción del crecimiento fetal, análisis anormal de la forma de onda Doppler de la arteria umbilical o muerte fetal) (según FIGO May 2019). (15)

Riesgos: La preeclampsia es una de las causas principales de la muerte entre las mujeres y los bebés en todo el mundo. La preeclampsia puede causar

convulsiones, un problema médico que se llama ECLAMPSIA. También puede causar el SINDROME DE HELLP.

Cuando ocurre preeclampsia durante el embarazo, podría ser necesario dar a luz al bebe de inmediato aun si él o ella no se ha desarrollado completamente.

Los bebes prematuros corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones graves, como problemas respiratorios, problemas con la alimentación o para mantener la temperatura tibia del cuerpo, y problema de la vista o de la audición.

Tratamiento:

Preeclampsia sin características graves: Le pueden pedir llevar un control del movimiento fetal por medio de un recuento de patadas diario y medir su presión arterial en la casa. Deberá acudir a su profesional de atención médica por lo menos una vez a la semana, se pueden realizar los siguientes exámenes:

- Medida de presión arterial
- Pruebas de sangre para determinar la función del hígado y los riñones y la cantidad de plaquetas.
- Examen en reposo para examinar el estado general del feto
- Examen por ecografía (ultrasonido) para examinar el crecimiento fetal y medir la cantidad de líquido amniótico.
- Una vez que tenga 37 semanas de embarazo, le podrían recomendar dar a luz a su bebe.

Preeclampsia con características graves: el tratamiento es más probable que reciba en el hospital.

- Si tiene por lo menos 34 semanas de embarazo, a menudo se recomienda dar a luz al bebe en cuanto se estabilice su situación médica.
- Si tiene menos de 34 semanas de embarazo y su problema médico está estable, podría ser posible esperar a dar a luz. Se pueden administrar CORTICOESTEROIDES para promover el desarrollo de los pulmones del feto y es probable que usted reciba medicamentos para reducir su presión arterial y evitar que presente convulsiones.

2.1.5.-Marco conceptual.

Presión arterial: Cada vez que el corazón se contrae (se encoge), bombea sangre a los vasos sanguíneos que se llaman arterias. Las arterias

transportan la sangre a los órganos del cuerpo. La presión arterial se expresa en “milímetros de mercurio” (mm Hg).

Preeclampsia: Síndrome multisistémico de causa multifactorial (y para alguna desconocida) que ocurre después de las 20 semanas de gestación y que puede manifestarse tanto en la segunda mitad del embarazo, como en el parto o en el puerperio.

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o explosión de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad.

Preeclampsia de inicio tardío: Es aquella preeclampsia que se diagnostica a partir de las 34 semanas de gestación¹³.

Antecedentes familiares: Historia de casos de preeclampsia en la familia.

Edad materna: Periodo comprendido entre el nacimiento y el momento del diagnóstico.

Diabetes gestacional: Es aquella diabetes que se diagnostica por primera vez en la gestación actual.

Multiparidad: Cualidad de la mujer que ha tenido dos o más partos.

Obesidad: Acumulación anormal o excesiva de grasa (según la OMS), definida de acuerdo al valor de Índice de Masa Corporal (IMC).

Eclampsia: Se refiere a la presencia de convulsiones tónico-clónicas en una mujer con preeclampsia en la ausencia de condiciones neurológicas que puedan explicar el evento convulsivo.

Síndrome hellp: (Hemólisis, Enzimas hepáticas elevadas, trombocitopenia), es controversial la aseveración de que probablemente represente una forma severa de preeclampsia; HELLP puede ser una enfermedad independiente.

Infección del Tracto Urinario: La infección de orina está provocada por la invasión de microorganismos en el tracto urinario.

2.2. Hipótesis

2.2.1. Hipótesis General:

Hi: ¿Existen factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018?

Ho: No existen factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018.

2.2.2. Hipótesis Especifico:

Hi: ¿Existen factores sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018?

Ho: No existen factores sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018.

Hi: ¿Existe la asociación entre factores obstétricos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018?

Ho: No existe la asociación entre factores obstétricos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018

Hi: ¿Existe la asociación entre factores patológicos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018?

Ho: No Existe la asociación entre factores patológicos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018.

2.3.-Variables

2.3.1. Tipos de variable

- **Variable independiente:**
Gestantes
- **Variable dependiente:**
Factores predisponentes asociados a preeclampsia.
- **Variable Interviniente:**
 - ✓ **V. Interviniente Espacio:** Hospital Regional Docente Materno Infantil “ El Carmen”
 - ✓ **V. Interviniente Tiempo:** Enero- diciembre 2018

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1.-Método de la investigación

Se realizó un estudio descriptivo que se describen los datos y características de la población o fenómeno en estudio. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. Aquí se describe los factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes. También es retrospectivo porque se trabajarán con hechos que se dieron en la realidad.

3.2.-Tipo y nivel de investigación

El tipo de investigación es descriptiva. Retrospectivo, por qué se analizará datos del año 2018, con datos recopilados de las historias clínicas, ya que nos permitió determinar cuántos preeclampsias ocurrieron durante el mes de Enero a Diciembre 2018 en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen.

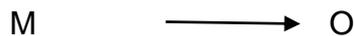
El nivel de investigación es básico.

3.3.-Diseño de la investigación

Este presente estudio presenta un diseño de investigación descriptiva.

- Descriptivo: porque se va a observar y describir factores asociados en el problema de una variable.

Se representa el diseño en forma gráfica:



Donde:

M= Gestante.

O= Factores predisponentes asociadas a la preeclampsia.

3.4.-Población de estudio

Nuestra población de estudio es de 5780 pacientes gestantes con atención de preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “el Carmen”- 2018.

3.5.-Muestra

La muestra estudiada correspondió a todas las pacientes gestantes que fueron atendidas por preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” de Enero a Diciembre 2018, total de muestra 117.

Tipo Muestra: Se usará el tipo de muestra por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia el 2018.
- Gestantes que tienen diagnóstico de Preeclampsia en su historia clínica.

Criterios de exclusión:

- Gestantes con historia clínica incompleta
- Gestantes con otro tipo de enfermedad hipertensiva del embarazo.

Criterios de eliminación:

- Gestantes que no tienen preeclampsia.

3.6.-Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: La técnica de recolección de datos que se empleará es el análisis documental de historias clínicas de gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo, 2018.

Instrumento: El instrumento es una ficha de datos.

Procedimiento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se tendrá en cuenta los siguientes pasos:

1. Se coordinó con las autoridades del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen para la respectiva autorización en la ejecución del proyecto.
2. Se realizó la revisión de historias clínicas de las gestantes, para el registro de los datos en la ficha de recolección de datos.
3. Se preparó los datos para su procesamiento a través de la codificación y tabulación en una matriz de datos.

3.7.-Técnicas de procesamiento de la investigación

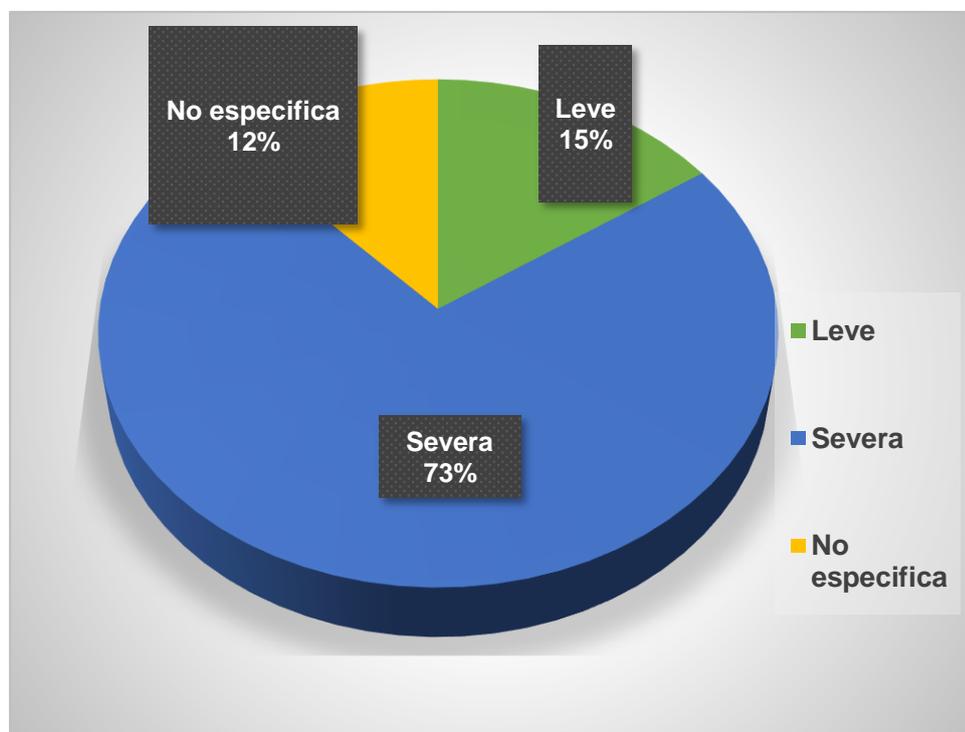
- Se recolecto datos de las historias clínicas de las gestantes con preeclampsia dentro de este periodo.
- Luego procesamiento de datos al Spss 20, Excel, PowerPoint.
- Se coordinó con el Área de Capacitación del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. a fin de obtener autorización para el acceso a las Historias clínicas.
- Se elaboró el instrumento para la recolección de datos.
- Luego para obtener los números de historias clínicas de las pacientes se utilizó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se realizó la revisión de las historias clínicas seleccionadas mediante la ficha de recolección de datos, organizando los casos y controles.
- Con la información obtenida se elaboró una base de datos, transfiriendo dicha información a un Software Estadístico donde las diferentes variables fueron tabuladas, resumidas y representadas en cuadros de distribución de frecuencia, procediéndose al análisis estadístico.
- Se realizó el análisis y la redacción del informe final de la Tesis.

CAPITULO IV

4.1. RESULTADO

Durante el periodo de estudio (01 de enero al 31 de diciembre de 2018) se hospitalizaron 5780 gestantes con diferentes patologías ya sea de la primera y segunda mitad del embarazo y se revisaron un total de 117 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de preeclampsia entre leve, con criterios de severidad y no especificada, de las cuales solo estas 117 historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión. De los 117 pacientes con diagnóstico de preeclampsia; el 73 % fueron severas (n = 85), el 15 % fueron no especificadas (n = 18) y el 12 % fueron leves (n = 14), tal como se aprecia en el grafico

Prevalencia de la Preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen" 2018

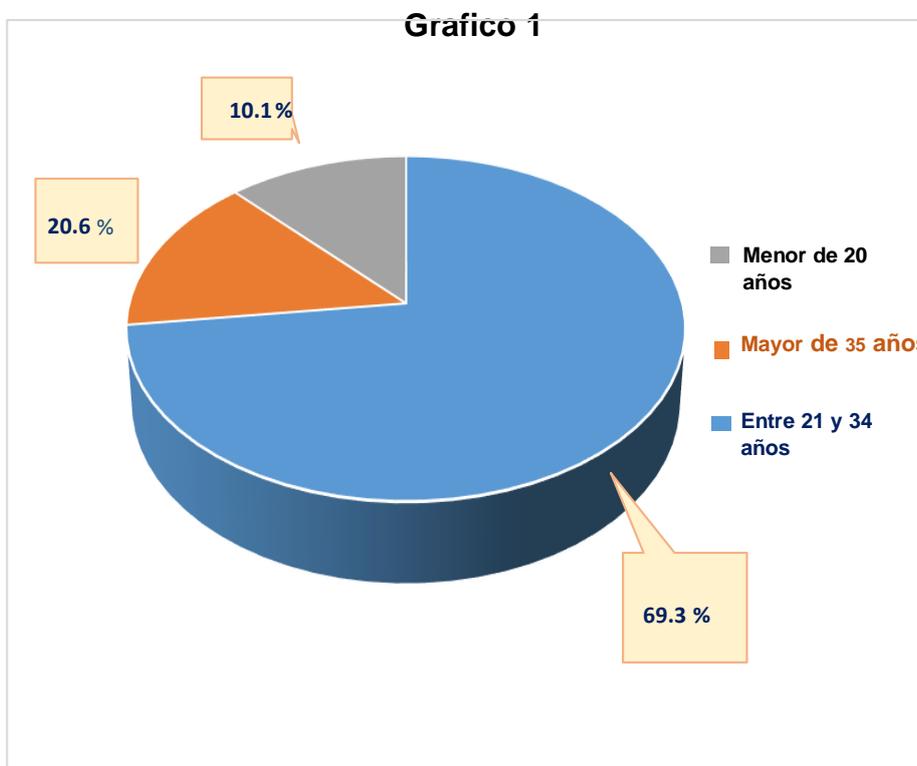


Fuente: Elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil "el Carmen"-2018

FACTOR SOCIODEMOGRAFICO

Tabla n° 1: ASOCIACIÓN ENTRE EDAD MATERNA Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

EDAD MATERNA	Sí	
	n	%
Menor de 20 años	17	10.1%
Entre 21 y 34 años	72	69.3%
Mayor de 35 años	28	20.6%
Total	117	100.0%



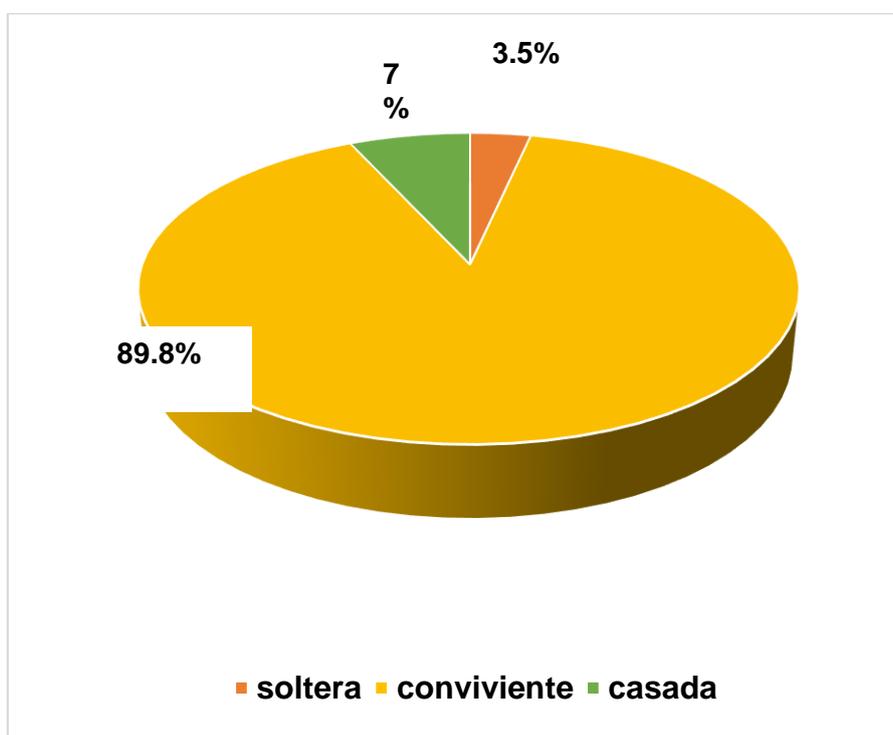
Fuente: Elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: En el presente gráfico muestra que el 10.1 % tienen una edad < 20 años, el 69.3 % tienen una edad entre 21 a 34 años y el 20.6 % tienen una edad > 35 años; Asimismo, podemos observar que existe una asociación significativa entre la Edad materna y la preeclampsia de 21 a 34 años (69.3%), en comparación con las gestantes entre otras edades.

Tabla nº 2: ASOCIACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

ESTADO CIVIL	Sí	
	n	%
Soltera	4	3.5%
Conviviente	105	89.5%
Casada	8	7%
Total	117	100.0%

Gráfico 2



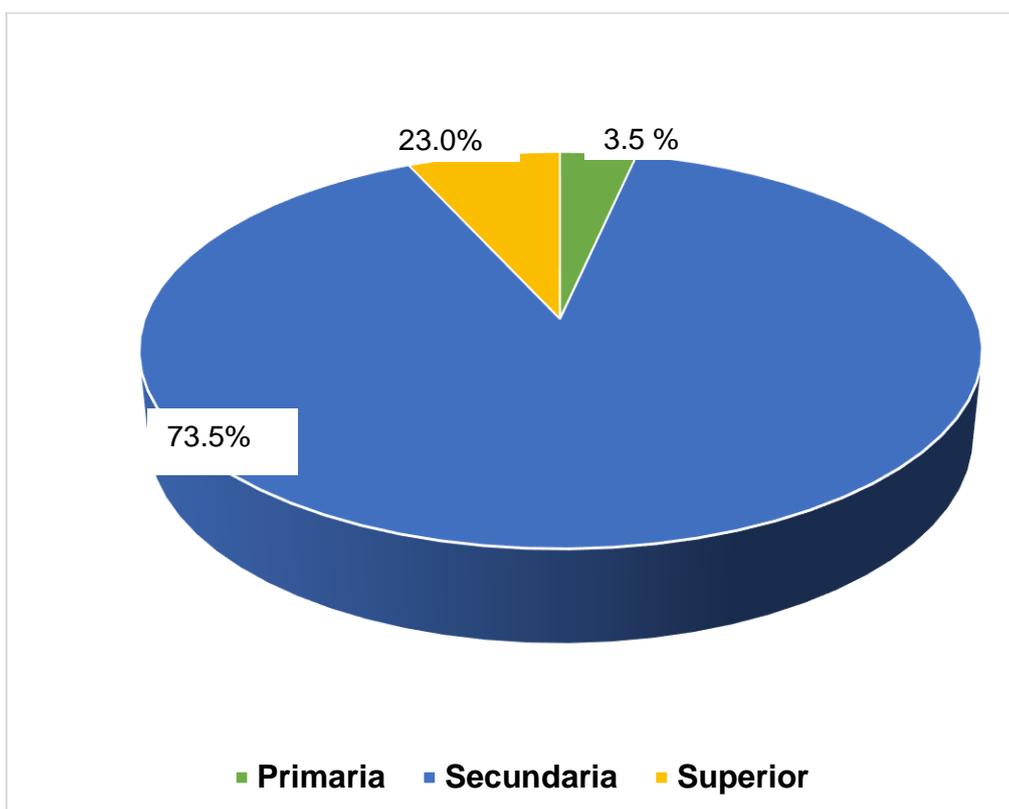
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: se observa que las gestantes con preeclampsia, el 3.5 % son gestantes solteras, el 89.8 % son convivientes y el 7 % son casadas. Asimismo, se observa que existe una asociación significativa entre el estado civil y la Preeclampsia, siendo más frecuente el estado civil de convivencia en las gestantes con preeclampsia (89.8 %), en comparación con las gestantes de estado civil casada (7 %) y soltera (3.5 %).

Tabla n°3: ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE ESTUDIOS Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

NIVEL DE ESTUDIOS	Sí	
	n	%
Primaria	4	3.5%
Secundaria	86	73.5%
Superior	27	23.0%
Total	117	100.0%

Grafico 3



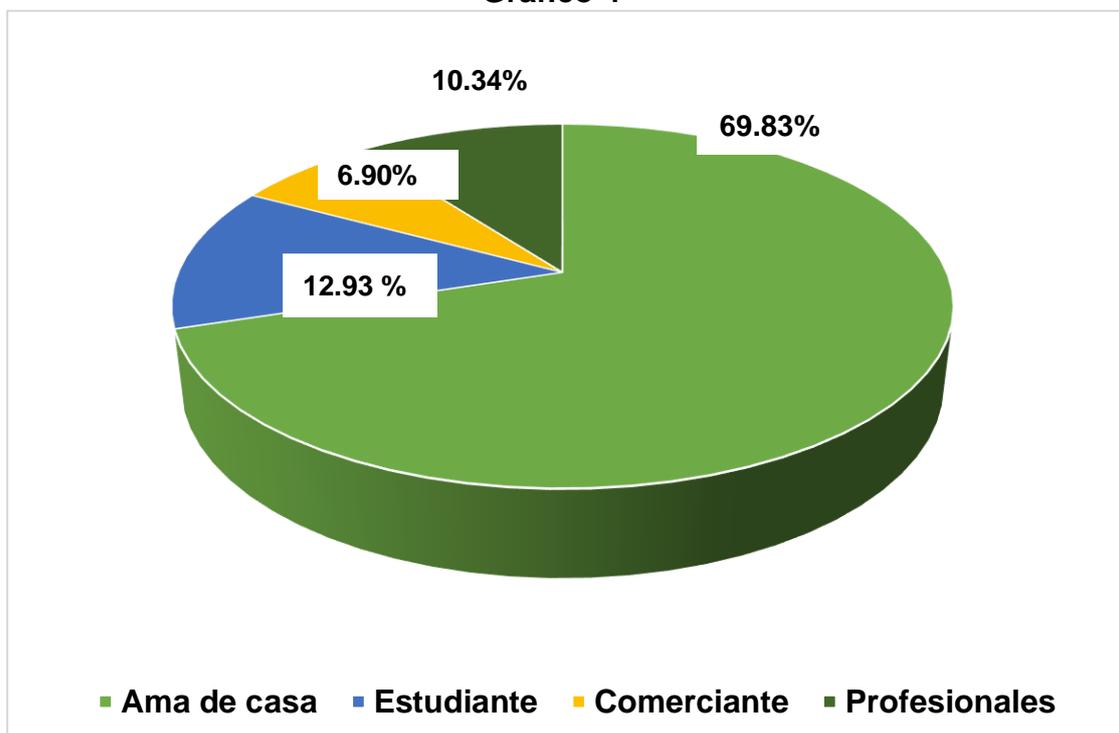
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: Se observa que de las gestantes con preeclampsia, el 3.5 % tienen educación primaria, el 73.5 % tienen educación secundaria y el 23.0 % tienen educación superior. Asimismo, se observa que existe una asociación significativa entre el nivel de estudios y la preeclampsia siendo más frecuente la preeclampsia en gestantes con educación secundaria (73.5 %), en comparación con las gestantes con educación superior y primaria.

Tabla n°4: ASOCIACIÓN ENTRE OCUPACIÓN Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

OCUPACIÓN	Sí	
	n	%
Ama de casa	82	69.83%
Estudiante	15	12.93%
Comerciantes	8	6.90%
Profesional	12	10.34%
Total	117	100.0%

Gráfico 4



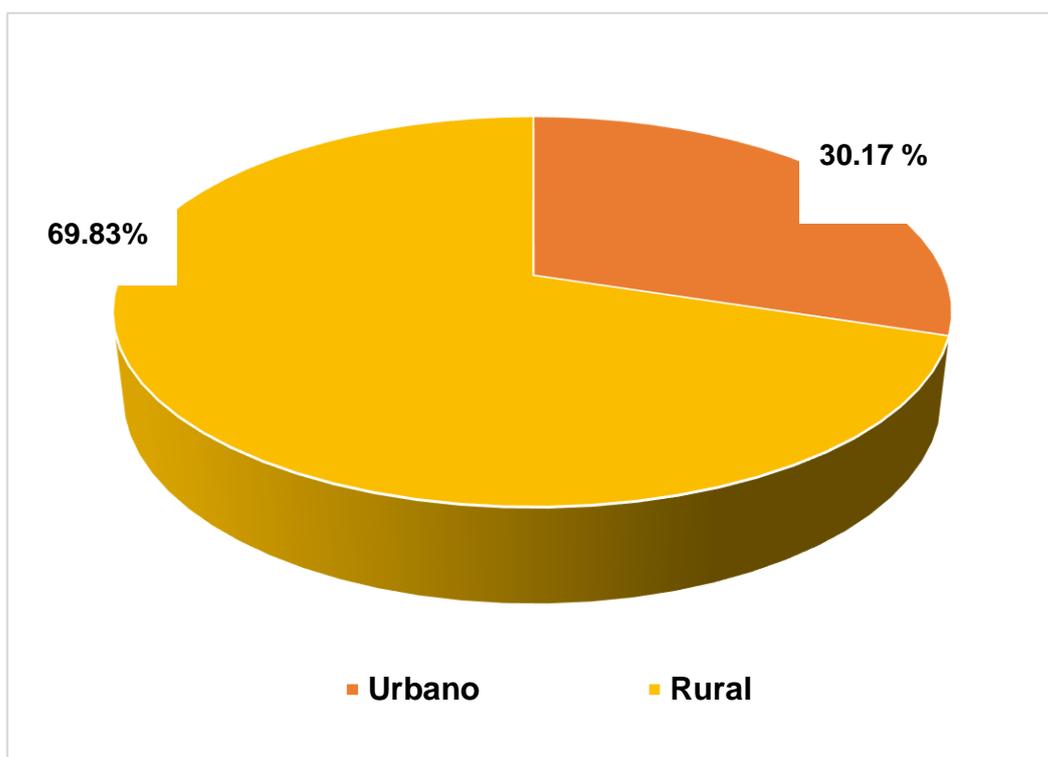
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: Se observa que de las gestantes con preeclampsia, el 69.83 % son amas de casa, el 12.93 % son estudiantes de educación superior, el 6.90 % son comerciantes y el 10.34 % laboran en su profesión; Asimismo, podemos observar que es más frecuentes las gestantes con preeclampsia de ocupación amas de casa (69.83 %).

Tabla n° 5: ASOCIACIÓN ENTRE LUGAR DE PROCEDENCIA Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

LUGAR DE PROCEDENCIA	Sí	
	n	%
Urbano	35	30.17%
Rural	82	69.83%
Total	117	100.0%

Grafico 5



Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

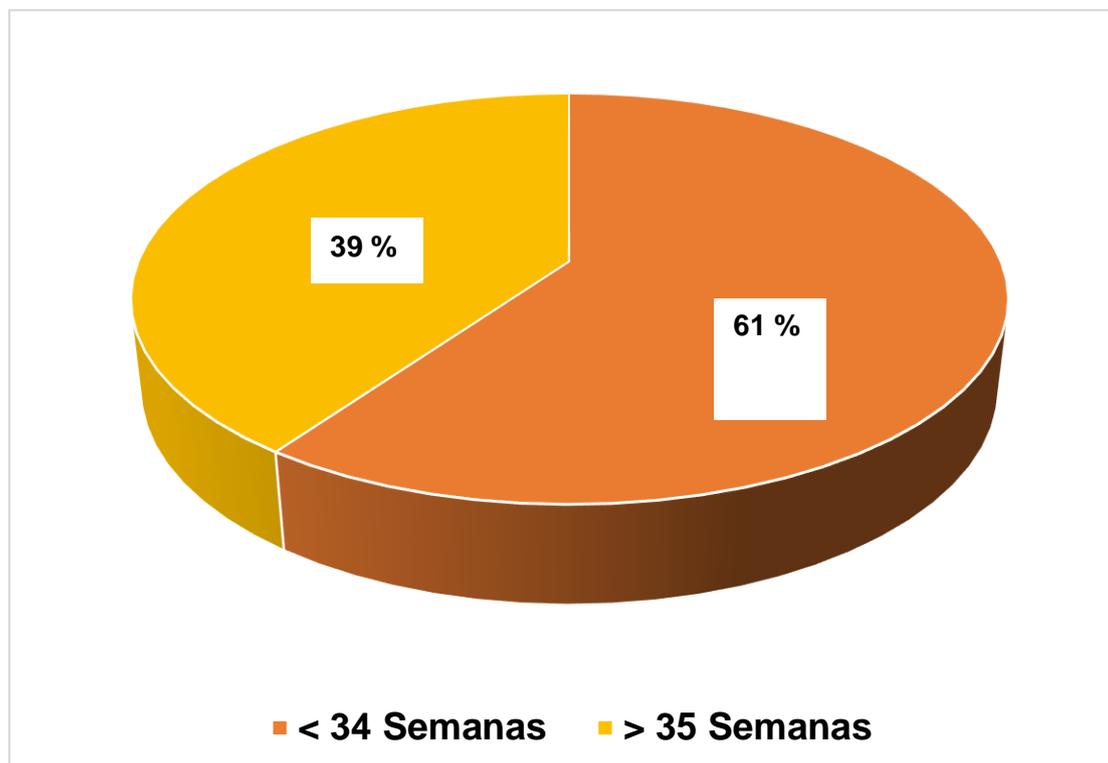
Interpretación: se observa que de las gestantes con preeclampsia, el 69.83 % son de procedencia rural y el 30.17 % son de procedencia urbana; Con respecto al lugar de procedencia y la preeclampsia, podemos establecer que la procedencia rural se asocia significativamente a mayor ocurrencia de PE.

FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS

Tabla nº 6: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA EDAD GESTACIONAL Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

EDAD GESTACIONAL	Sí	
	n	%
Menor de 34 semanas	70	61%
Mayor de 35 semanas	47	39%
Total	117	100.0%

Grafico 6



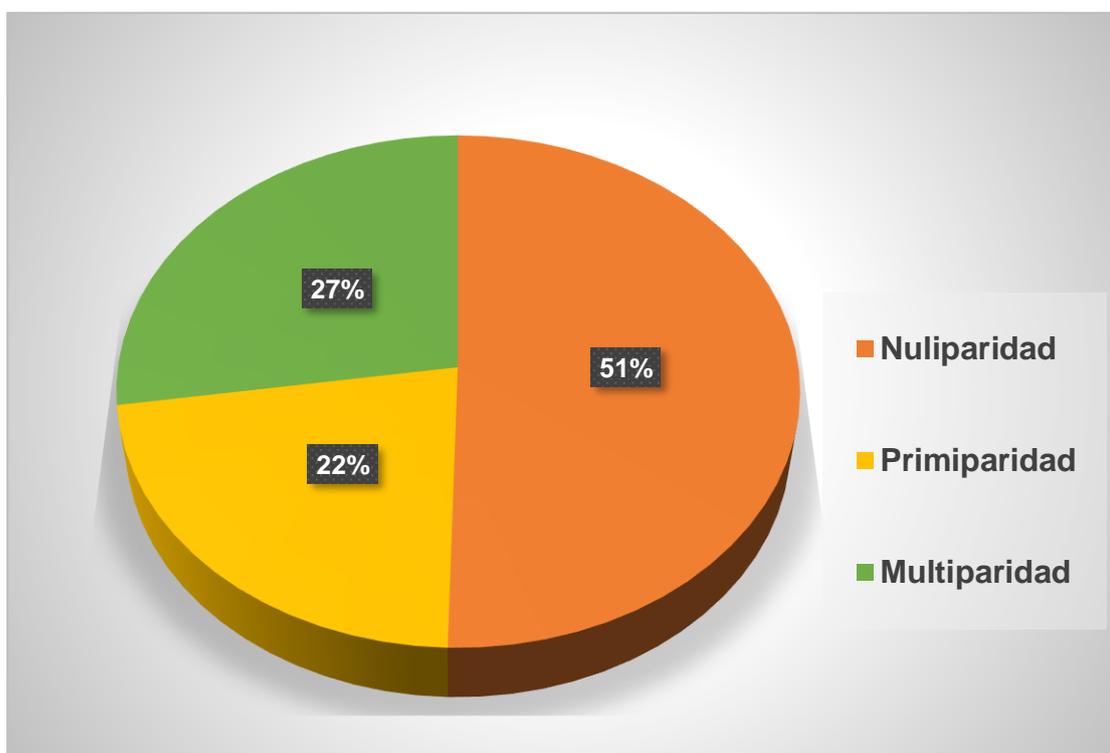
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: Se observa que 61% desarrollan preeclampsia en gestante menores de 34 semanas y menor gestante con edad gestacional mayor de 35 semanas. Asimismo, se observa que existe una asociación significativa en EG menor.

Tabla nº 7: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PARIDAD Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

PARIDAD	Sí	
	n	%
Nuliparidad	59	51 %
Primiparidad	26	22 %
Multiparidad	32	27 %
Total	117	100.0%

Grafico 7



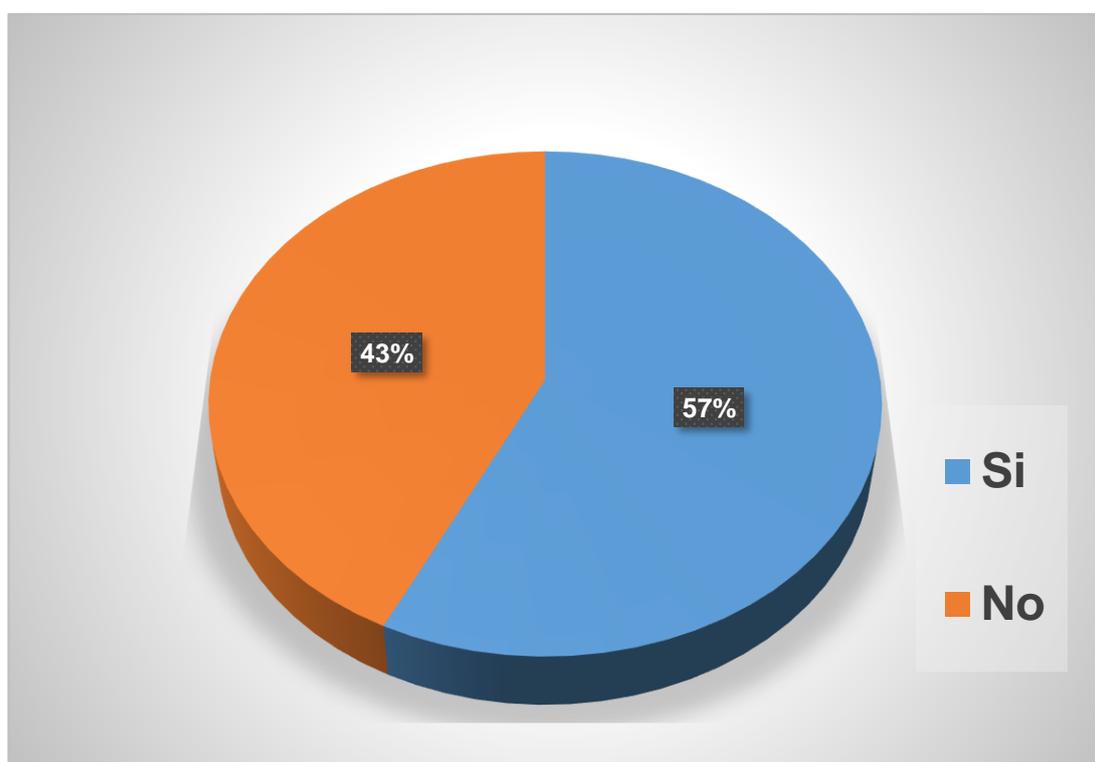
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: Se observa que de las gestantes nulíparas desarrollan preeclampsia, en 51%, primíparas 22%, múltipara 27%. Asimismo, se evidencia que no existe una asociación significativa entre el número de gestaciones entre Primiparidad y Multiparidad. Siendo más frecuente en las nulíparas con diagnóstico de preeclampsia (51 %).

Tabla nº 8: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A ANTECEDENTES DE ABORTO Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

ANTECEDENTES DE ABORTOS	Sí	
	n	%
SI	67	57%
NO	50	43%
Total	117	100.0%

Gráfico 8



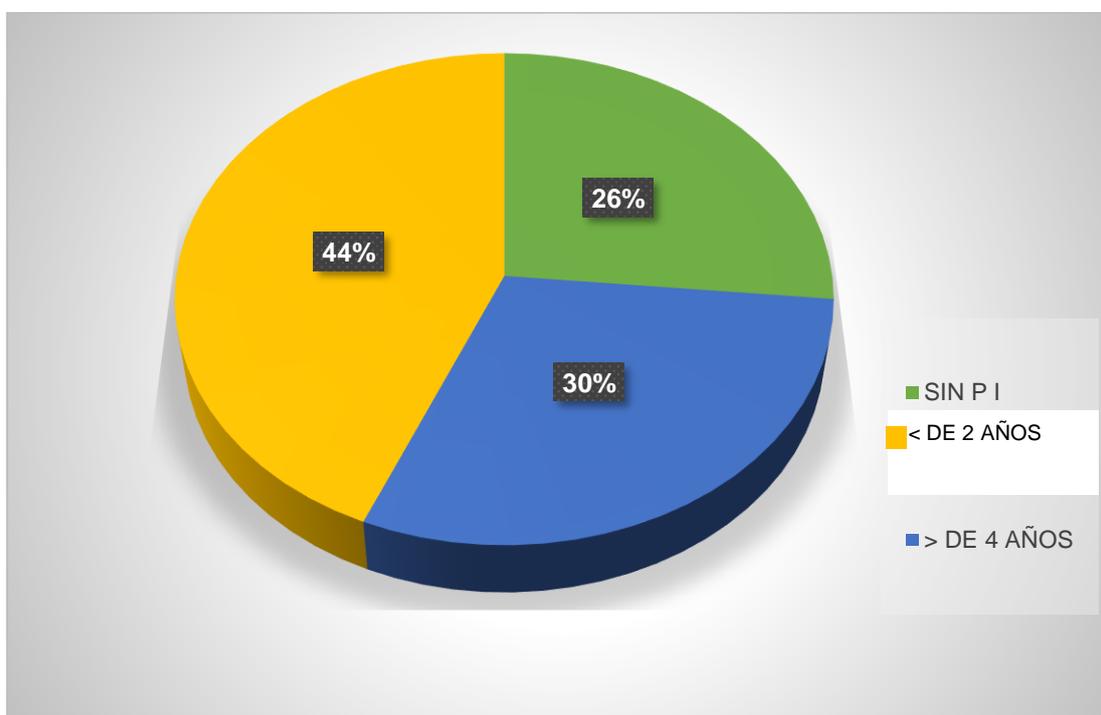
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: Se aprecia que en las gestantes con preeclampsia, el 57 % si presentaron antecedentes de aborto y el 43% no presentaron antecedentes de aborto.

Tabla nº 9: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A PERIODO INTERGENÉSICO Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONALDOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

PERIODO INTERGENÉSICO	Sí	
	n	%
< DE 2 AÑOS	51	44%
> DE 4 AÑOS	35	30%
Sin Periodo Intergenésico	31	26%
Total	117	100.0%

Gráfico 9



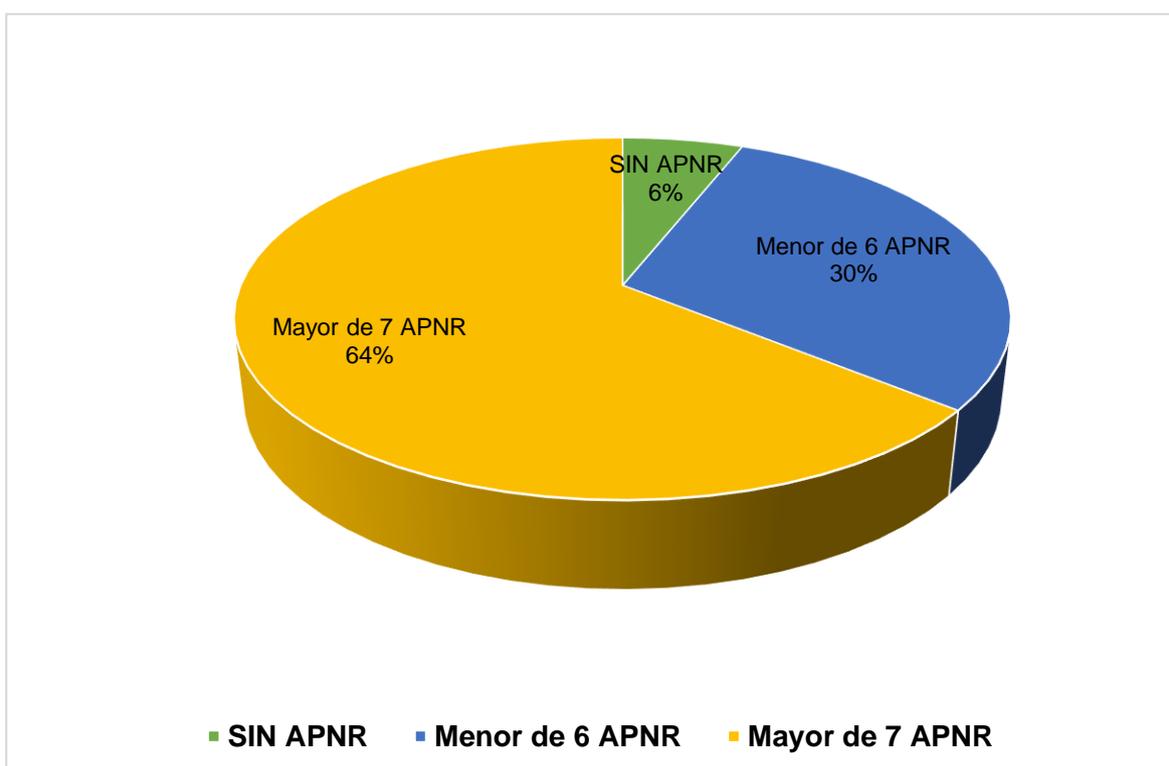
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: Se observa que las gestantes con preeclampsia, el 44 % tuvieron periodo intergenésico corto menor de 2 años, el 30 % tuvieron un periodo intergenésico > 4 años y el 26 % no presentaron periodo intergenésico, Asimismo, se aprecia que existe una asociación significativa las gestantes con periodo intergenésico menor de 2 años.

Tabla nº 10: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA ATENCIÓN PRENATAL REEFOCADA Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

ATENCIÓN PRENATAL REEFOCADA	Sí	
	n	%
Sin Atención Prenatal Reenfocada	7	6 %
Menor de 6 APNR	35	30 %
Mayor de 7 APNR	75	64%
Total	117	100.0%

Gráfico 10



Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

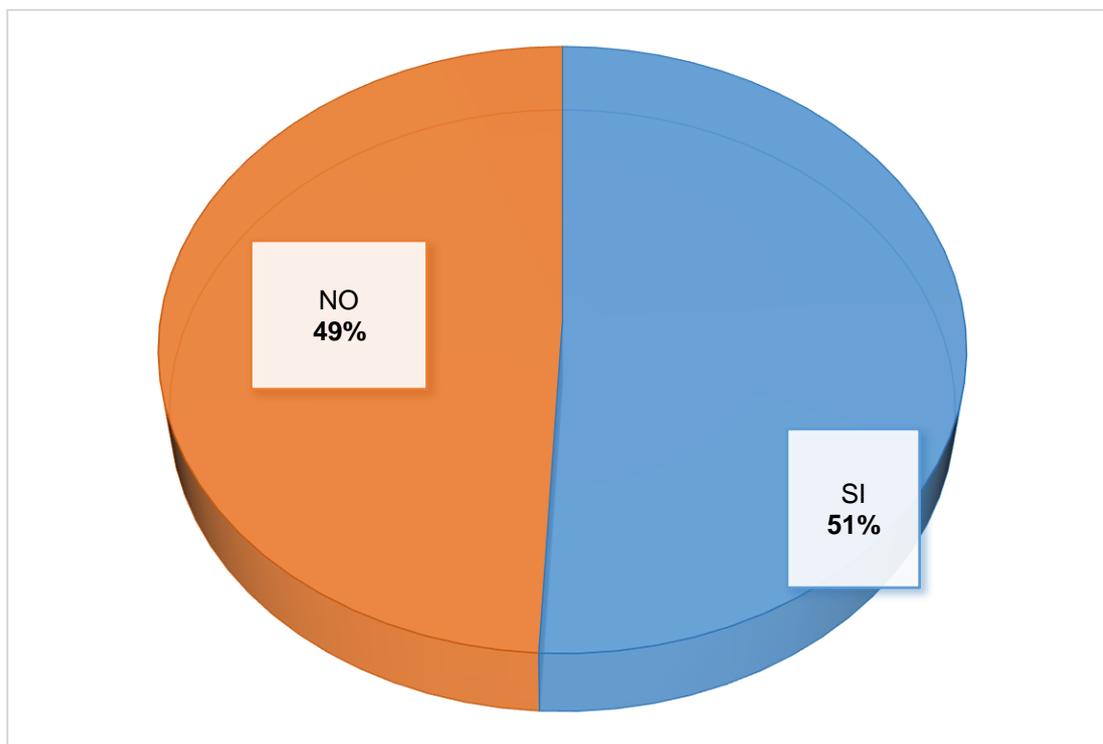
Interpretación: Se observa que las gestantes con preeclampsia, el 64%, tuvieron más de 7 APNR, menor de 6 APNR el 30%, no tuvieron APNR 6%. Respecto al número de APNR y la preeclampsia, se establece que el mayor número de APNR se asocia significativamente a mayor ocurrencia de preeclampsia.

FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS

Tabla nº 11: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA OBESIDAD Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

OBESIDAD	Sí	
	n	%
SI	60	51%
NO	57	49%
Total	117	100.0%

Gráfico 11



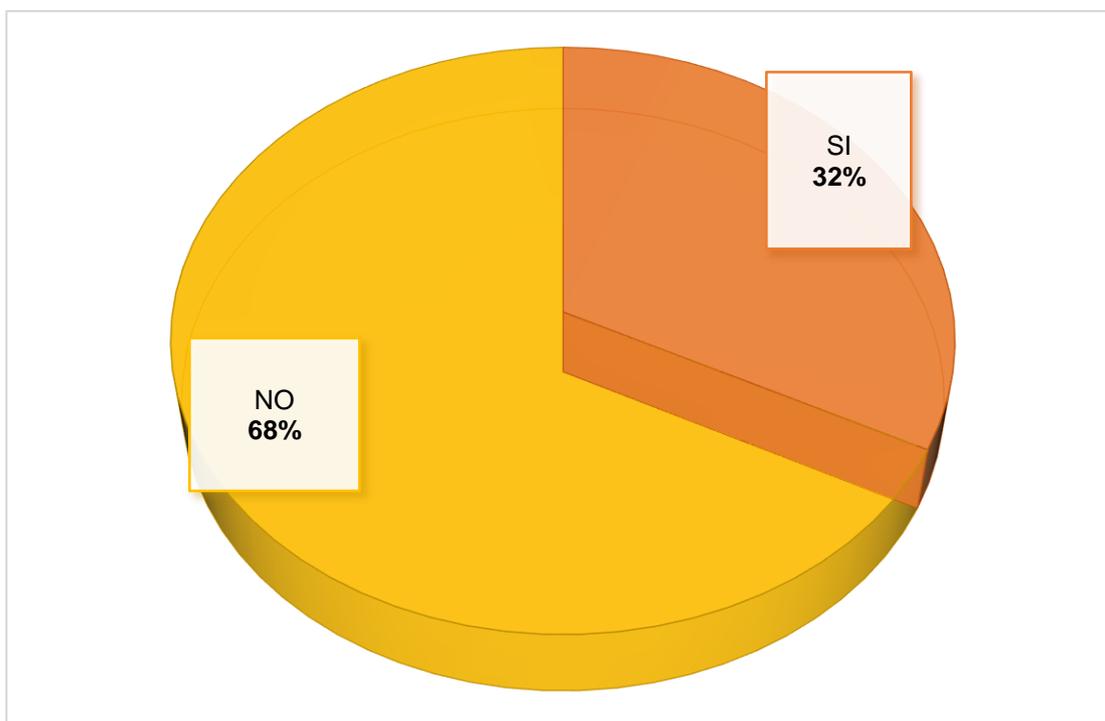
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: Se observa que las gestantes con Preeclampsia, el 51% tenían obesidad, factor de riesgo, mientras que en las gestantes con Preeclampsia el 49% no presentaron obesidad. Asimismo, podemos observar que existe una asociación significativa entre la obesidad y la Preeclampsia, podemos inferir que la obesidad se asocia significativamente a mayor ocurrencia de Preeclampsia.

Tabla nº 12: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	Sí	
	n	%
SI	38	32%
NO	79	68%
Total	117	100.0%

Gráfico 12



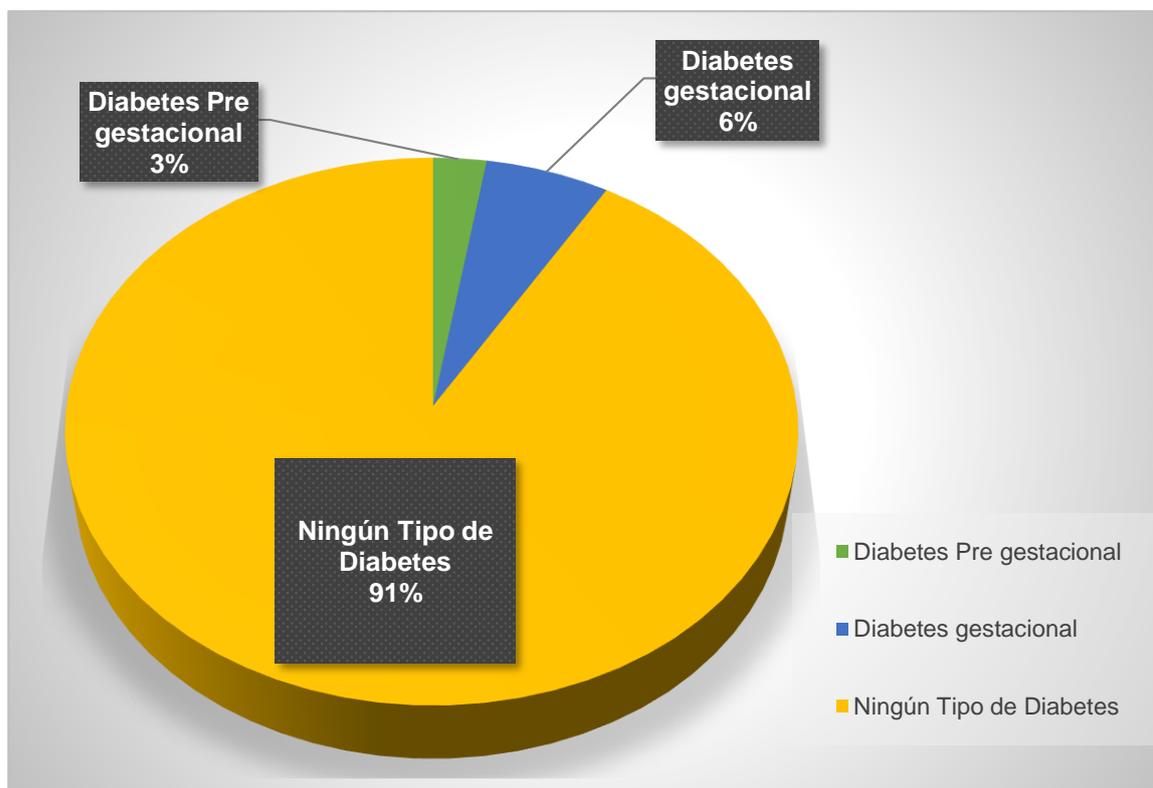
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: Se observa que de las gestantes con preeclampsia, el 68% de pacientes no presentaron infección urinaria al momento del diagnóstico y el 32% si presentaron; Asimismo, podemos observar que no existe una asociación entre la infección urinaria y la preeclampsia, es decir no sería un factor de riesgo condicionante de ocurrencia de preeclampsia.

Tabla nº 13: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA DIABETES PREGESTACIONAL - GESTACIONAL Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

DIABETES	Sí	
	n	%
Diabetes Pre Gestacional	03	3%
Diabetes Gestacional	07	6%
Ningún Tipo de Diabetes	107	91%
Total	117	100.0%

Gráfico 13



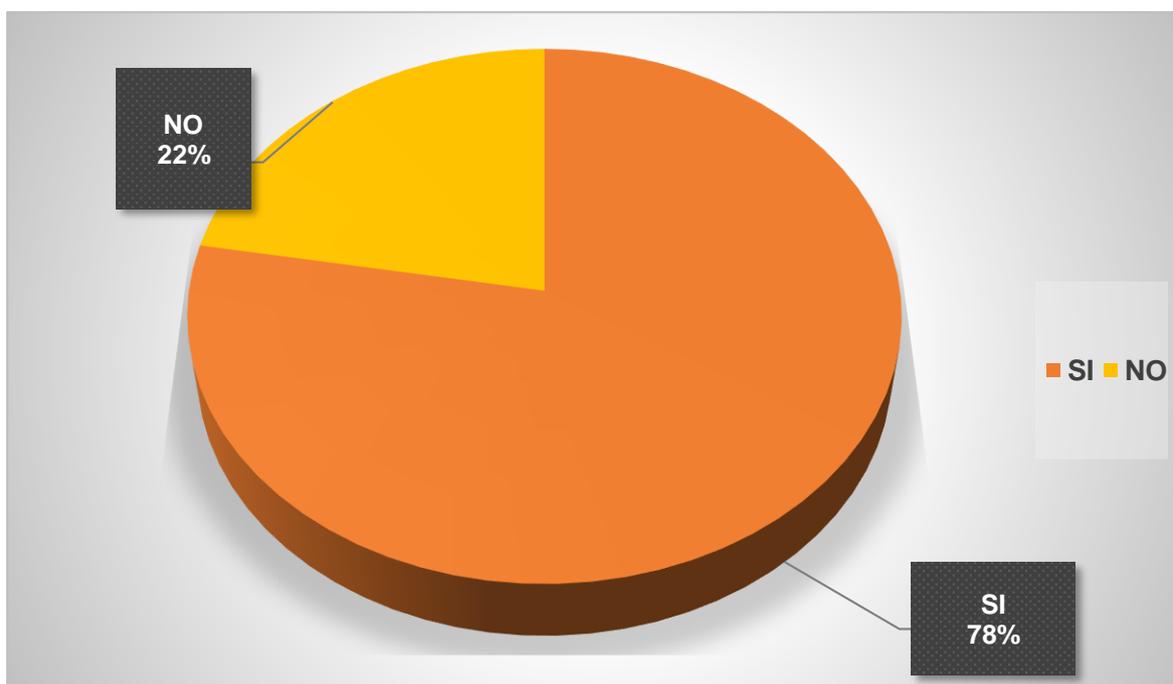
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: se observa que de las gestantes con preeclampsia, el 91% no tuvieron diabetes pregestacional y/o gestacional, mientras que el 3% pregestacional y el 6% gestacional, quiere decir para esta investigación los casos presentados en total si presentaron preeclampsia.

Tabla nº 14: FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LA ANEMIA PREGESTACIONAL - GESTACIONAL Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

ANEMIA	Sí	
	n	%
SI	91	78%
NO	26	22%
Total	117	100.0%

Gráfico 14



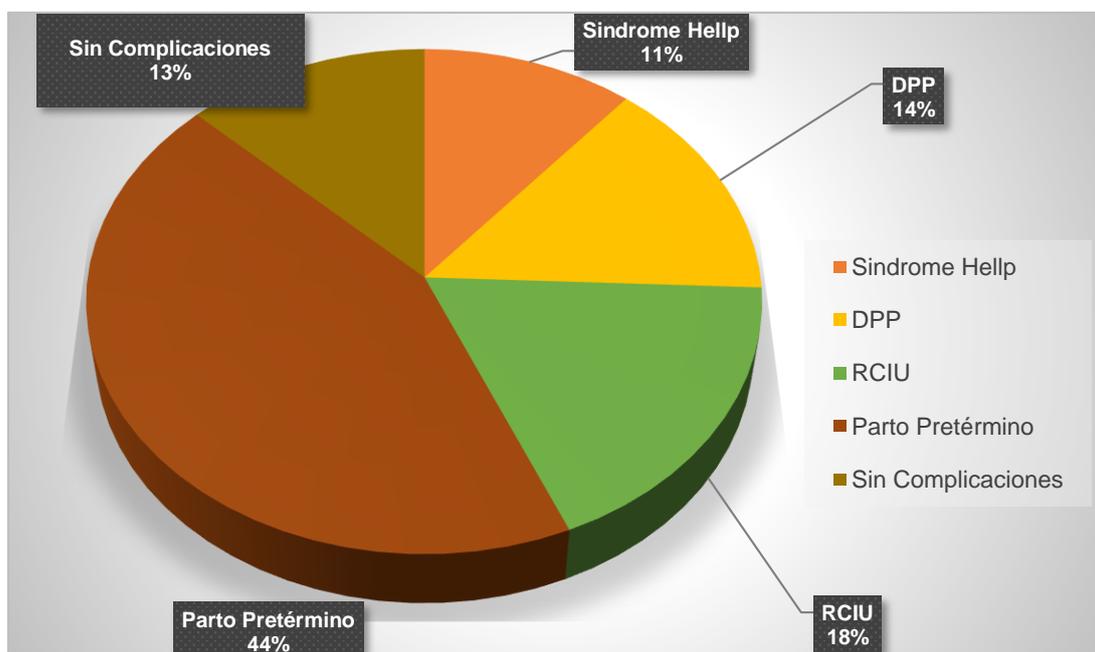
Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: se observa que de las gestantes con preeclampsia, el 78% tuvieron Anemia, mientras que el 22% no tuvieron anemia, quiere decir que si se asocia el factor de riesgo anemia con preeclampsia.

Tabla nº 15: COMPLICACIONES PARA LA MADRE Y EL FETO CON PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL “EL CARMEN” 2018.

COMPLICACIONES FRECUENTES	Sí	
	n	%
Síndrome Hellp	13	11%
DDP	17	14%
RCIU	21	18%
Parto Pretérmino	51	44%
Sin complicaciones	15	13%
Total	117	100.0%

Gráfico 15



Fuente: elaboración propia, ficha de observación de historias clínicas del hospital materno infantil “el Carmen”-2018

Interpretación: Se observa que de las gestantes con preeclampsia, desarrollaron complicaciones como Síndrome Hellp 11%, DPP 14%, RCIU 18%, Parto Pretérmino 44%, cabe resaltar que influyen los factores de riesgo vistos anteriores para estas complicaciones.

5. DISCUSIONES

- En nuestro estudio realizado en el HRDMI “El Carmen” en gestantes con preeclampsia, el factor de la preeclampsia más frecuente fue en la edad materna entre 21 y 34 años con el 69.3%, el cual coincide con el estudio realizado por **Suarez G.** que en su estudio manifestó que la edad de 20 y 34 años es más frecuente.
- En nuestro estudio realizado, más frecuente la preeclampsia fue en el nivel de estudio secundaria con un 73.5%, el cual coincide con el estudio realizado por **Lavalle E.** que el factor más frecuente de preeclampsia en su estudio manifestó el nivel de secundaria con un 86.4%.
- En nuestro estudio realizado, en la paridad se presentó en nulíparas con un 51%, siendo un factor para presentar la preeclampsia más frecuente en gestantes, lo cual difiere con el estudio realizado por **Cabeza N.**, quien indica que el principal factor para la preeclampsia fue el grupo de nulíparas con un 40.74%.
- Con respecto a la ocupación, en nuestro estudio se registró el factor más frecuente de preeclampsia en ama de casa con un 69.83%, el resultado difiere con el estudio de **Pinto S.**, ya que el 90.1% fue en ama de casa como un factor más frecuente para presentar preeclampsia.
- En nuestro estudio realizado el factor más frecuente de preeclampsia fue en nulíparas, el cual coincide con el estudio realizado por **Valdés E.**, reportó que la nulípara es el factor de riesgo más frecuente de preeclampsia.

- En el presente estudio de investigación coincide con **Pinto S.** ya que manifestó en su estudio el estado civil, como un factor de preeclampsia fue en convivientes con un 89.3%, en nuestro estudio en el estado civil se presentó en convivientes con un 89.8% como un factor más frecuente. El cual difiere con nuestro resultado, pero cuyas cifras son similares.

6. CONCLUSIONES

- Los factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes: leve, criterios de severidad y no específica.
- La característica sociodemográfica en la edad materna de la gestante atendida se presentó de 21 y 34 años con 69.3%.
- Los factores obstétricos se desarrollaron en la edad gestacional con mayor porcentaje en menor de 34 semanas con el 61%, nulíparas con 51%, periodo intergenésico menor de 2 años con 44%, atención prenatal reenfocada mayor de 7 con 64%.
- El factor patológico se asoció con la obesidad con el 51% y anemia con 78%, son factores de riesgo para la ocurrencia de preeclampsia.

7. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que se propone con respecto al estudio son:

- Regir a la Norma de la Historia Clínica: letra legible, datos completos.
- La captación precoz de la gestante para una Atención Prenatal oportuna y precoz.
- Identificar factores de riesgo de preeclampsia en gestantes con antecedentes familiares.
- Identificar factores de riesgo de preeclampsia en gestantes controlando la evolución de ganancia de peso y registrar el grafico.
- Se sugiere que para lo posterior se realice estudios caso control del tema en el HRDMI El Carmen.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. sitio web mundial. [Online].; 2019 [cited 2019 noviembre 22. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González MDMGMMDVCGMDYMTDLRRDMVM. Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual. Revista Cubana Obstetricia Ginecologia. 2014 Diciembre; VOL.40(Nº 4).
3. MSc. Magel Valdés Yong IMJHN. Factores de riesgo para preeclampsia. Revista Cuban Medicina Militar. 2014 JULIO,-SETIEMBRE; VOL,43(Nº3).
4. CAPCHA ICH. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPسيا. TESIS PREGRADO. TRUJILLO: UNIVERSIDAD ANTENOR NORUEGO, TRUJILLO; 2015. Report No.: UAN.
5. Gordon Zamora EJ. Factores de riesgo asociados a preeclampsia. tesis. ecuador: UNIANDÉS, ambato; 2015. Report No.: tesis-UNIANDÉS.
6. Zoila Moreno1 aJCSSBZHKGMMC. Raza negra como factor de riesgo independiente para preeclampsia. Revista. peruana. ginecologia. obstetricia. 2014 Octubre - Diciembre; vol 60(nº4).
7. Cabeza Acha JA. Repositorio Digital de la Universidad Privada Antenor Orrego . [Online].; 2014 [cited 2018 junio 24. Available from: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/473>.
8. Castillo Apaza YP. Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón en el periodo enero – diciembre 2017. infome final de tesis. puno: Universidad Nacional del Altiplano : Facultad de Medicina Humana, juliaca; 2018. Report No.: tesis una- puno.
9. Pintado salazar FS. Repositorio institucional. [Online].; 2018 [cited 2018 julio 13. Available from: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/7725>.
10. OSCAR RF. repositorio.uncp.edu.pe. [Online].; 2017 [cited 2018 julio 26. Available from: <https://scholar.google.com/scholar?um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:Mw42dSszNLsb8M:scholar.google.com/>.

11. Rodríguez-Valenzuela* DC. Actualidades en el manejo de la preeclampsia. ANESTESIOLOGÍA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 2017 1 Abril-Junio 2017; Vol. 40. (S14-S15).
12. ginecologos CAdOy. ACOG. [Online].; 2018 [cited 2018 MARZO 5. Available from: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-preeclampsia-y-la-presion-arterial-alta-durante-el-embarazo?IsMobileSet=false>.
13. OBSTETRICIA W. Ttranstornos Hipertensivos. 24th ed. Cunnigham L, editor. MEXICO: Mc Graw Hill Education; 2015.
14. Vázquez Vigoa Alfredo RGGRRPGPRMRA. Rev cubana med [Internet]. [Online].; 2015 [cited setiembre 2018 11. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000400010&lng=es.
15. Gynecologist ACoOa. [boletin de practica].; 2013 [cited 2018 febrero 7. Available from: <http://www.spog.org.pe/web/phocadownloadpap/HypertensioninPregnancy.pdf>.

ANEXOS



PROMEDIO DE VALORACIÓN

Muy buena

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) buena e) Muy buena

Nombres y apellidos: LUISA MODESTA VALERIO VEGA

DNI N° : 19445432 Teléfono/celular: 964716507

Dirección domiciliaria: AV. GUITA MIENTO 935 - Urb. Alborada

Título profesional : OBSTETRA

Grado académico : MAESTRA

Mención : ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD

 COLEGIO REGIONAL DE OBSTETRAS DEL PERU
CONSEJO REGIONAL V. ICA
Luisa Modesta Valerio Vega

Firma

Lugar y fecha: Hyc - 19-10-2019

PROMEDIO DE VALORACIÓN

Muy Buena

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) buena e) Muy buena

Nombres y apellidos: Melva Medaline Vera De la Cruz

DNI N° : 20419480 Teléfono/celular: 945690326

Dirección domiciliaria: Av. Parra n° 785 - Pilcomayo

Título profesional : OBSTETRA

Grado académico : MAGISTER

Mención : Gestión en Servicios de Salud

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
MATERNAL INFANTIL "EL CARMEN"
Obst. Medaline Vera De La Cruz
COP 15432
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Firma

Lugar y fecha: Hlyo - 14.10.19

PROMEDIO DE VALORACIÓN

Regular

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy buena

Nombre y Apellidos

Maria J. Romero Santillana

DNI N°

20053150

Dirección Domiciliaria:

La Boliver # 324 - Concepción

Título profesional :

Lic en Obstetricia

Grado académico :

Lic en Salud Pública

Mención

Salud Pública



Maria L. Romero Santillana
COP 2904
Firma

Lugar y Fecha: Hgo. 19. 10. 2019

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema general	Objetivo general	Hipótesis	Variable independientes:	Método:
<p>¿Cuáles son los factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2018?</p>	<p>Determinar los factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Determinar factores sociodemográficos entre edad materna y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen” el 2018? 	<p>Hipótesis General:</p> <p>Hi: ¿Existen factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018?</p> <p>Ho: No existen factores predisponentes asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018.</p> <p>Hipótesis Especifico:</p> <p>Hi: ¿Existen factores sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018?</p> <p>Ho: No existen factores sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes del</p>	<p>gestantes</p> <p>Variable dependientes: factores predisponentes asociados a preeclampsia. V. intervinientes.</p> <p>Espacio: Hospital Docente Materno Infantil El Carmen</p> <p>Tiempo: enero-diciembre 2018</p>	<p>Científico y descriptivo.</p> <p>Tipo de investigación: descriptiva</p> <p>Nivel de investigación: basico</p> <p>Diseño: descriptivo</p> <p>Cuyo esquema es:</p> <p style="text-align: center;">M → O</p> <p>Donde:</p> <p>M= Gestante</p> <p>o= Factores predisponentes asociadas a la preeclampsia.</p> <p>poblacion: estará conformado por 5780 gestantes con preeclampsia</p> <p>Muestra:</p> <p>Estará conformado por 117 gestantes</p> <p>Tipo muestra: Por conveniencia.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Determinar factores obstétricos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “El Carmen” el 2018? • ¿Determinar la asociación entre el factor patológico y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2018? 	<p>Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018.</p> <p>Hi: ¿Existe la asociación entre factores obstétricos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018?</p> <p>Ho: No existe la asociación entre factores obstétricos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018</p> <p>Hi: ¿Existe la asociación entre factores patológicos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018?</p> <p>Ho: No Existe la asociación entre factores patológicos y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Docente Materno Infantil “EL CARMEN” 2018.</p>		<p>Técnica de recolección de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos. <p>Instrumento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos. <p>Procesamiento de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spss. • Excel.
--	--	---	--	--

OPERACIONES DE VARIABLES

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable	Escala de medida		
VARIABLE INDEPENDIENTE : <p style="text-align: center;">Gestante</p>	El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Según oms. Son los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer.	Unidimensional	1. menor 20 años	Cuantitativo	Nominal		
			2. 21 y 34 años				
			3. mayor 35 años				
			FACTOR SOCIODEMOGRAFICO				
VARIABLE DEPENDIENTE: Factor predisponente asociado a preeclampsia	Un factor es cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión Aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación. Según las guías de emergencias obstétricas.	Grado de instrucción	1. Inicial	Cuantitativo	Nominal		
			2. primaria				
			3. secundria				
			4. superior				
			5. sin instruccion				
		Estado civil	1. soltera	Cuantitativo	Nominal		
			2. conviviente 3. casado				
		FACTOR OBSTETRICO		Numero de gestaciones	1. primigesta	Cuantitativo	Nominal
					2. segundigesta		
					3. multigesta		
		Edad gestacional	1. menor 34 semanas	Cuantitativo	Nominal		
			2. mayor 35 semanas				
		Periodo intergenesico	1. menor 2 años	Cuantitativo	Nominal		
2. mayor 4 años							
3. sin periodo intergenesico							
FACTOR PATOLOGICO		anemia	1. si	Cuantitativo	Nominal		
			2.. No				

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Tipo de variable	Escala de medida
		obesidad	1. si 2. no	Cuantitativo	Nominal
		ITU	1. si 2. no	Cuantitativo	Nominal

