



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

“Características clínicas y epidemiológicas de la preeclamsia en pacientes gestantes
atendidas en el Hospital III EsSalud Puno - 2020”

AUTOR:

Bach. USEDA HUANCA, IVONE GUICHI

ASESORA:

Dra. FELIZA CHIPANA BELTRAN

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA

Huancayo -Perú

2020

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada en primer lugar a Dios por darme la vocación de servicio a la persona sana o enferma y ser mi fortaleza en todos los momentos de mi vida. A mi familia por haberme apoyado en mi carrera, por todo su amor y por la confianza que depositaron en mí.

AGRADECIMIENTO

A Dios que me protege y me cuida siempre en cada momento.

A la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt por darme la oportunidad de lograr mi anhelada titulación.

A mis docentes de Obstetricia por compartir sus conocimientos y experiencias para lograr hacer de mí una profesional de calidad.

PAGINA DE JURADO

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
PAGINA DE JURADO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	v
ÍNDICE.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
I. INTRODUCCION.....	9
II. METODO.....	22
2.1. Tipo de investigación.....	22
2.2. Diseño de investigación.....	22
2.3. Operacionalización de variables.....	23
2.4. Población y muestra.....	24
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	24
2.6. Procedimiento.....	24
2.7. Métodos de análisis de datos.....	24
2.8. Aspectos éticos.....	25
III. RESULTADOS.....	26
IV. DISCUSION.....	30
V. CONCLUSIONES.....	33
VI. RECOMENDACIONES.....	34
VII. REFERENCIAS.....	35
VIII. ANEXOS.....	39

RESUMEN

La preeclampsia es una patología gestacional cada vez más frecuente asociada a morbimortalidad materna y neonatal. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Es salud Puno 2020. **Material y Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia, el estudio fue de tipo descriptivo simple, de diseño sin intervención, transversal, retrospectivo. La población estuvo conformada por 65 historias clínicas de gestantes atendidas por cuadros de preclamsia durante el 2020, verificando que cumplieran criterios de selección; se muestran resultados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Entre las características epidemiológicas de las gestantes con preeclamsia fueron la edad entre 19 a 34 años, con un 73,8%, Nulípara con 63,1%, con 37 a más semanas de gestación, sin antecedente de aborto 72,5%, en cuanto a las características clínicas de encontró un 50,8% de gestantes con controles adecuados, entre los síntomas premonitorios de eclampsia se registraron cefaleas con un 58,5%, seguido con un 31,0% de gestantes que no registraron síntomas ni signos de alarma, el 94,2% de gestantes con preclamsia registraron vía de parto abdominal o cesárea. **Conclusión:** La preeclampsia se presenta de manera frecuente y las características epidemiológicas y clínicas pueden ser prevenibles a través de un cuidado prenatal adecuado y prácticas de autocuidado de la gestante.

Palabra clave: Preclamsias, características clínicas y epidemiológicas

ABSTRACT

Preeclampsia is an increasingly frequent gestational disease associated with maternal and neonatal morbidity and mortality. **Objective:** To determine the clinical and epidemiological characteristics of preeclampsia in pregnant patients treated at the Hospital III EsSalud Puno 2020. **Material and Methods:** The medical records of pregnant women with a diagnosis of preeclampsia were reviewed; the study was of a simple descriptive type, without design, intervention, cross-sectional, retrospective, the population consisted of 65 medical records of pregnant women treated for preeclampsia during 2020, verifying that they met selection criteria; results are shown through descriptive statistics. **Results:** Among the epidemiological characteristics of the pregnant women with preeclampsia were the age between 19 to 34 years, with 73.8%, nulliparous with 63.1%, with 37 or more weeks of gestation, without a history of abortion, 72.5%, regarding the clinical characteristics, 50.8% of the shelves were found with adequate controls, among the premonitory symptoms of eclampsia, headaches were registered with 58.5%, followed by 31.0% of pregnant women who did not register symptoms or warning signs, 94.2% of pregnant women with preeclampsia had an abdominal or cesarean delivery route. **Conclusion:** Preeclampsia occurs frequently, and the epidemiological and clinical characteristics can be preventable through adequate prenatal care and self care practices of the pregnant woman.

Key word: Preeclampsia, clinical and epidemiological characteristics.

I. INTRODUCCION.

La preeclampsia es considerada como el desorden hipertensivo más persistente en el embarazo, manteniendo una incidencia entre 2% y 25% en diferentes partes del mundo. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que, la preeclampsia se presenta en países desarrollados como también en los en vías de desarrollo, notándose más incidencia en el segundo caso. (1) En todo el mundo causa del 10 al 15% de las muertes maternas, algunas fuentes epidemiológicas reportan hipótesis causales inmunológicas, trombóticas, genéticas, mala adaptación placentaria y estrés oxidativo. (2) De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de preeclampsia oscila entre el 2 y 10% del total de embarazos, y su prevalencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo (2.4%) que en los países desarrollados (0.4%). (3)

Análisis a nivel latinoamericano, nos muestra que el 80% de la mortalidad materna es causada por hemorragias graves, infecciones, preeclampsia - eclampsia, y parto obstruido.

En nuestro país, la mortalidad perinatal ha ocurrido en 1% y 7% de los recién nacidos de madres con preeclampsia leve y severa, respectivamente. (4) Sumado a ello, Rojas (5) halló que la preeclampsia fue la tercera causa de muerte y fue responsable del 13% de los casos de muerte fetal.

En Colombia, la preeclampsia aparece en un 50,3% en primigestas, debutando con valores superiores de 140/90 mm Hg (50,4%) de presión arterial. Lo relevante del estudio es que el 91.8% tiene secundaria completa, aquello está directamente relacionado con el estrato socioeconómico y demográfico (6). Los síntomas de preeclampsia predominantes fueron: Edema (56,2%) y cefalea (47,6%), manteniendo gran similitud con lo descrito en la literatura mundial y regional. Las complicaciones maternas fueron menores a lo esperado: Síndrome HELLP (10,9%) y la eclampsia (1,8%); la complicación perinatal se evidenció en 38,7% de los casos presentando bajo peso al nacer. En nuestro país, los casos de preeclampsia leve a severa han sido estimados de 4,11% hasta 10,8% en gestantes que acuden a centros de salud. Siendo hallada en 2,8% a 7,9% por 1000 nacidos vivos. (7) La enfermedad hipertensiva en el embarazo se encuentra entre las primeras tres causas más relevantes de mortalidad maternal iniciando la década de 1990. Durante el periodo 2002 al 2011, la mortalidad materna asignada a preeclampsia fue de 24,6% en 100 000 nacidos vivos, obteniendo el segundo puesto como causa de mortalidad materna

en nuestro país. No obstante, a nivel urbano, la preeclampsia superó a los problemas hemorrágicos durante ese periodo, posicionándose como la principal causa de mortalidad materna hasta el 2014. En el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo 2012 al 2016, se dejó en evidencia que la preeclampsia severa es la presentación más frecuente de la enfermedad (67.77 %), presentando edema el 77.43 % de los casos estudiados y teniendo como complicación más relevante el síndrome HELLP (5.43%). La media de edad de las gestantes es de 26.47, de las cuales solo el 55.54% cuenta con un grado de instrucción de secundaria completa y 70.08 % porta un estado civil de conviviente. (8)

En la Región de Salud Puno, en el 2016 se reporta como primera causa de muerte materna la hemorragia obstétrica, siendo su razón de mortalidad de 46.1 por 100 000 nacidos vivos, a su vez los trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio se registran como la segunda causa de mortalidad (9). A nivel del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Fernández J. et.al. (HRMNB), durante el año 2017, se reportó como causa principal de morbilidad en hospitalización de jóvenes entre los (18 - 29 años) al aborto incompleto con 98 casos, secundado por inercia uterina secundaria con 86 casos, luego continua la preeclampsia severa con 76 casos, agudizada con contracciones primarias inadecuadas.

Lamentablemente, se conoce muy poco acerca de las causas fundamentales 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 (10).

Al respecto se encontramos estudios previos a nivel internacional y nacional:

Antecedentes Internacionales:

Vargas V, Rodríguez M, Reyes L. (2017) Características Sociodemográficas y Clínicas de Pacientes con Preeclampsia en una clínica Materna de Cartagena, 2017; objetivo es comparar las características sociodemográficas y clínicas de las pacientes con y sin preeclampsia de una clínica Materna de Cartagena durante el periodo de junio a diciembre 2017. Materiales y Método: Estudio analítico, retrospectivo. Las variables de estudio fueron extraídas de las historias clínicas contenidas en la Oficina de Archivos Clínicos de una Clínica materna de Cartagena. Resultados: Se realizó un análisis de

regresión logística, las variables que demostraron una relación estadísticamente significativa con la prevalencia de preeclampsia durante el análisis bivariado: Unión libre, antecedente personal de preeclampsia, antecedente de diabetes mellitus y antecedente de obesidad. Se obtuvo un modelo capaz de predecir entre 12.8% - 18.0% de los casos en los cuales prevaleció el diagnóstico de Preeclampsia. Conclusiones: La prevalencia de preeclampsia en la población de estudio fue del 30,3%. Los factores asociados a una mayor prevalencia de la enfermedad fueron en su orden, el antecedente personal de diabetes mellitus, el antecedente personal de preeclampsia en un embarazo previo, el antecedente personal de obesidad y un estado civil de tipo unión libre. (11)

García M., Jiménez D, González P, De la Cruz L. (2016) Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia - eclampsia. Objetivo: describir las características epidemiológicas, clínicas y antecedentes Obstétricos de las pacientes con diagnóstico de pre eclampsia-eclampsia de la unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA). Métodos: estudio descriptivo transversal retrospectivo, se incluyeron 20 expedientes clínicos de las pacientes entre 13 y 45 años de edad, con embarazo ≥ 20 semanas de gestación de la unidad de cuidados intensivos adultos, con diagnóstico confirmado de pre eclampsia - eclampsia. Se aplicó un instrumento diseñado para el estudio. Resultados: Edad promedio de 28 años. El 55% presentó pre eclampsia severa y síndrome de HELLP el 60%. Con estancia en la UCIA. Conclusiones: Aunque los datos no fueron suficientes para documentar, la proporción de pacientes con hipertensión arterial y antecedentes de pre eclampsia, así como, hipertensión arterial de comorbilidad fue superior a lo referido en un estudio con embarazadas en Colombia de 12.4%. (12)

Ortiz, Y. (2017) realizó el estudio de prevalencia y factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo de diciembre 2015 a junio del 2016, Ecuador 2017. Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso. Material y métodos: El estudio fue Analítico de corte transversal. Resultados: La prevalencia de preeclampsia fue 20,4%. La media de edad 27,31. Los factores de riesgo fueron: Multiparidad OR 9,61 (IC 95%: 4,77 – 19,34, p = 0,000); embarazo pretérmino y postérmino OR 4,90 (IC 95%: 2,26 - 10,61, p = 0.000); bajos y nulos controles prenatales OR 4,95 (IC 95%: 1,70 - 14,36, p

= 0.001); haber tenido más de 1 producto de gestación OR 16,1 (IC 95%: 2,81 - 91,9, p = 0,000) y uso de anticonceptivos hormonales OR 4,16 (IC 95%: 2,15 - 8,06, p = 0.000). (15) La autora concluyó en: Una de cada cinco embarazadas que acude al Hospital Vicente Corral Moscoso tiene pre eclampsia y está asociado a: multiparidad, embarazo pretérmino y postérmino, bajos y nulos controles prenatales, haber tenido un embarazo con más de un producto y uso de anticonceptivos orales. (13)

Antecedentes Nacionales:

Anicama J. Murga A, (2016). Características clínicas y epidemiológicas del Síndrome de Hellp en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - 2016. Presentado por: Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas del Síndrome de HELLP. Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo. Lugar: Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Red Asistencial Almenara, Essalud; Perú. Participantes: 60 pacientes con diagnóstico de Síndrome de HELLP. Intervenciones: Se estudió todos los casos de Síndrome de HELLP ocurridos desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2016. Resultados: Se encontró una frecuencia de 1,69% en relación al total de partos. La frecuencia de HELLP entre las pacientes con preeclampsia severa fue 38,4% y con eclampsia 50%. Se encontró que el 40% de gestantes tuvieron HELLP completo y el 60% HELLP parcial. En cuanto a las características clínicas y epidemiológicas; la edad materna promedio fue 31,7 + 7,3 años con una mínima de 16 y una máxima de 47 años. El 40% fue nulípara. El 40% fue primigesta. En 75% de las gestantes el diagnóstico fue parto y 25% en el puerperio. El 78,3% tenía menos de 37 semanas cuando se culminó el embarazo con una media de 33,3 + 4 semanas. El antecedente médico materno más frecuente fue HIE gestación previa (6,7%). La hipertensión (90%), cefalea (81,7%), edema (73,3%) e hiperreflexia (58,3%) fueron los signos y síntomas más frecuentes. Se encontró una hemoglobina promedio de 11,42 ± 1,87 gr/dl, un recuento plaquetario de 133 617 + 69 734/ mm³, TGO promedio de 202,18 + 214,7 U/L, DHL promedio de 1275,3 + 1306 U/L y una proteinuria de 24 horas promedio de 1452,6 + 1777 mg/dl. El 100% refirió haber tenido 4 o más controles prenatales. El 93,3% de pacientes no tuvo hospitalizaciones previas por preeclampsia. El 50% recibió maduración pulmonar. El 65,4% requirió transfusión de plaquetas, el 53,8% paquete globular y el 38,5% plasma fresco. El 75 % recibió sulfato de magnesio como profilaxis anticonvulsivante. En cuanto al tratamiento

antihipertensivo; el 86,7% recibió nifedipino, el 50% metildopa, el 48,3% utilizó nifedipino asociado a Metildopa. En el XII 5% de gestantes se realizó inducción de trabajo de parto y en el 100% de pacientes se realizó cesárea de urgencia. Conclusiones: La incidencia de síndrome HELLP resultó más elevada que lo reportada en estudios nacionales e internacionales, presentando características clínicas y epidemiológicas que deben ser consideradas para su prevención y diagnóstico precoz. (14)

Minaya M. y Zavala P. (2016). Características clínicas y epidemiológicas de los trastornos hipertensivos en el embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016. objetivo general de determinar las características clínicas y epidemiológicas de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo, hipótesis: Los trastornos hipertensivos del embarazo presentan características clínicas y epidemiológicas en el hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016. Investigación descriptiva transversal, el diseño de investigación fue no experimental descriptivo. La muestra estuvo conformada por 150 historias clínicas de las gestantes que presentaron trastornos hipertensivos durante el embarazo. Se usó como instrumento una ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V22.0 para analizar la confiabilidad se utilizó la prueba de alfa de cronbach. Resultados: Se observó que los síntomas más comunes fueron la cefalea (96%), escotomas(56.67%), edemas(48.00%), acúfenos (20%), epigastralgia (15.33%), dolor en el cuadrante superior derecho (10%), mientras que la edad materna estuvo conformada entre los 19 y 34 años (52.67%), Siendo las más propensas las nulíparas (61.34%), con un índice de masa corporal normal (52.67%), y con un embarazo pretérmino (56%), para el estado civil el mayor porcentaje estuvo conformado por convivientes (59.33%), para grado el instrucción prevalece el nivel secundario (42.67%), en cuanto a la procedencia, la zona rural cuenta con un (67.33%), y de acuerdo a la clasificación, la preeclampsia severa, prevalece con un (67.33%), seguido de preeclampsia leve con (20.67%). (15)

Acosta L. Y Col. (2016). Características epidemiológicas y clínicas que inciden en la mortalidad materna en el Hospital Emblemático La Caleta (HLC) de Chimbote 2016. Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y clínicas que inciden en la mortalidad materna en el Hospital Emblemático La Caleta (HLC) de Chimbote 2000 – 2015. En un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal, la población estuvo constituida por el 100% de los casos presentados. La información se obtuvo de

historias clínicas y libro de partos. Encontrando que de acuerdo a las características epidemiológicas fueron que la edad promedio 41% tenía entre 30 - 34 años; educación secundaria 53%; estado civil: convivientes 29,4%; ocupación: labores del hogar 59%; y procedencia urbana 47%. Las características clínicas fueron: 53% tuvo entre 22-36 semanas de gestación; nulíparas y multíparas en igual porcentaje 33%; el 47% no tuvo abortos; atención prenatal nula o menor de 6: 65%; complicaciones en el parto: eclampsia 6% y patologías en el puerperio: Infección puerperal 17%. El principal tipo de muerte materna fue directa: 64,7%; indirecta: 29,4% y no relacionada: 5,9%. Se concluyó que en los últimos 16 años, la RMM en el HLC ha sido inestable, siendo alta en los II primeros quinquenios y media en el III, con descenso significativo. Existen características epidemiológicas y clínicas que incidieron en la mortalidad materna del HLC. La epidemiológica fue: La ocupación; y las clínicas: Antecedentes personales patológicos, paridad, atención prenatal, planificación familiar, diagnóstico de ingreso, complicaciones en el parto y patologías en el puerperio. (16)

Díaz L, Fernández A., (2013). Realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo para preeclampsia” Objetivo: identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia. Métodos: estudio de casos y controles en el Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto” entre enero del 2012 y diciembre del 2013. Se conformó la muestra con 128 pacientes, divididos en dos grupos; 64 con preeclampsia en el grupo estudio y 64 sanas en el grupo control escogidas al azar. Se recogieron los datos mediante una encuesta y la revisión de la historia clínica para analizar la edad materna, estado nutricional, ganancia de peso, afecciones propias del embarazo, antecedentes obstétricos, paridad y antecedentes familiares. Se emplearon los estadígrafos, media, desviación estándar, porcentaje, prueba t de Student, prueba de independencia chi cuadrado y Odds Ratio. Resultados: Los factores que influyeron en la preeclampsia fueron la edad materna de 35 años o más (OR = 4,27), el sobrepeso materno al inicio de la gestación (OR = 2,61), la nuliparidad (OR = 3,35) y el antecedente familiar de madre con preeclampsia (OR = 7,35) o hermana (OR = 5,59); no así las afecciones propias de la gestación, la ganancia global de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables. Conclusiones: La mayoría de los factores de riesgo para preeclampsia no son modificables, por lo que se requiere una esmerada atención prenatal que garantice el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta entidad. (17)

Chirinos C. (2014). Características clínico - epidemiológicas de las muertes maternas evitadas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2011 - 2014. Objetivo: De identificar las características clínico - epidemiológicas de las muertes maternas evitadas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2011 - 2014. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con una población de 1,078 pacientes cuya muestra estuvo representada por 186 historias clínicas de gestantes, según los criterios de inclusión y exclusión el número de muertes maternas evitadas fue de 22 casos; de los cuales la frecuencia de presentación de hemorragia obstétrica - grado III fue de 5%. La mayor frecuencia la presentó la enfermedad hipertensiva del embarazo de las cuales la preeclampsia severa correspondió al mayor número de casos con 45%, eclampsia 27% y síndrome de HELLP 18%. En cuanto al shock séptico - infección respiratoria aguda fue solo 5% las características epidemiológicas de las MME fueron: El 100% correspondió a una atención médica adecuada oportuna. En la paridad el 32% fueron nulíparas. Según el período intergenésico 41% fue prolongado. Donde se concluyó que las características clínico - epidemiológicas más frecuentes de las gestantes con MME fueron multiparidad ganancia anormal de peso y periodo intergenésico largo. (18)

Enfoques conceptuales:

La existencia de la hipertensión en el embarazo es una de las características de la enfermedad hipertensiva. Por lo que la Hipertensión arterial en el embarazo es definida como una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, o una presión arterial media (PAM) de 105 mmHg, en dos tomas con un intervalo de 6 horas o una sola toma de 160/110 mmHg a partir de las 22 semanas de gestación. (17)

Fisiopatología:

La etiología de la preeclampsia aún se desconoce, es por ello que se le denomina la enfermedad de las teorías ya que alrededor de la búsqueda de su causa se han elaborado infinidad de hipótesis que abarcan prácticamente a todos los órganos maternos y fetales en los que se ubica una alteración de su fisiología a partir de la cual se genera una cascada de eventos que afectan al resto de aparatos y sistemas.

Cualquier teoría satisfactoria sobre la fisiopatología de la preeclampsia debe tener en cuenta la observación de que los trastornos hipertensivos debidos al embarazo se desarrollen en las mujeres que: Están expuestas por primera vez a vellosidades

coriónicas, a una superabundancia de vellosidades coriónicas, como embarazo gemelar o mola hidatiforme, enfermedad renal o cardiovascular preexistente y predisposición genética a la hipertensión que aparece durante el embarazo. (19)

Preeclampsia

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define actualmente la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo. (17)

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo relativamente común durante el embarazo, de presentación progresiva, causa aún desconocida y que acarrea con frecuencia graves complicaciones maternas y perinatales. La preeclampsia se caracteriza por hipertensión (> 140/90 mm Hg) encontrada por lo menos en dos ocasiones (o elevación de la presión sistólica > 30 mmHg y/o diastólica > 15 mmHg con respecto a los niveles basales antes del embarazo) y proteinuria 0,3 g/24 h o más (ó 0,1 g/dL o más, como mínimo en dos muestras de orina al azar o por lo menos 1 + en la prueba de cinta). La preeclampsia se presenta en mujeres embarazadas después de las 20 semanas, pero es más frecuente al final de la gestación. Puede ser clasificada como leve o severa, de acuerdo al nivel de hipertensión arterial y proteinuria; sin embargo, esta clasificación puede a veces ser peligrosa, ya que en algunas oportunidades unas pacientes con preeclampsia clasificada como leve puede pasar rápidamente a ser severa, incluso a presentar convulsiones. (20)

Epidemiología:

La preeclampsia afecta a menudo a mujeres jóvenes y nulíparas, mientras que las pacientes mayores tienen mayor riesgo de hipertensión crónica con preeclampsia agregada. La Preeclampsia afecta cerca del 3 a 5% de gestaciones a nivel mundial, y las enfermedades hipertensivas del embarazo en general afectan del 5 a 10% de gestaciones. (21)

A nivel mundial las enfermedades hipertensivas del embarazo constituyen la segunda causa directa de mortalidad materna, representando el 14% de muertes maternas; en Latinoamérica, es una causa importante de mortalidad materna, representando el 20.1% de muertes maternas.

La preeclampsia, en el Perú, es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21% de muertes; (22) es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en la Ciudad de Lima, se relaciona con 17 a 28% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU).

Factores de riesgo:

Los trastornos hipertensivos del embarazo complican del 2 al 8% de los embarazos. Según reportado por la OMS, la PE es la tercera causa de muerte materna en el mundo. (1) En el Perú constituyó como la primera causa con 21.9% de las muertes maternas directas en el 2018 (trastorno hipertensivo del embarazo). (23)

En una revisión sistemática, 4.6% de las gestaciones en todo el mundo se complicaron por presentar PE. La incidencia oscila entre 2% a 5% para Estados Unidos, Canadá y Europa Occidental (7,8). En Brasil la incidencia es de 4.6 %, en Ecuador 3.5 % y en Perú 3.5 %. (10)

Se han estudiado factores de riesgo, dentro de los cuales tenemos aquellos factores no modificables tales como la nuliparidad, con una incidencia de PE 3 a 10%, mayor que en multíparas. La raza negra tuvo una mayor incidencia de 3%. La edad se relacionó con un riesgo de 1.84 y 2.39 veces con edades de 30-39 y mayores de 40 años, respectivamente. Se han reportado un riesgo de 3.68 veces con embarazo múltiple. (24)

En antecedente de PE aumento el riesgo en 6.3 veces de desarrollar la patología en su segunda gestación. Tener diabetes gestacional se asoció un riesgo de 1.9 veces en población latinoamericana y caribeña, y 2.4 veces el riesgo en población China. Mientras que con el antecedente de hipertensión arterial crónica se asoció de 1.99 hasta 8.22 veces el riesgo de desarrollar PE, siendo la más alta. Tener historia familiar de diabetes mellitus e hipertensión arterial también aumentó el riesgo hasta 3.1 veces.

Dentro de los factores de riesgo modificables tenemos a la obesidad, anemia y otros datos sociodemográficos, incluso estacionales. Contrariamente, en fumadoras hubo un menor riesgo de desarrollar preclampsia.

Manifestación clínica:

Es importante tener en cuenta que la preeclampsia es un proceso dinámico, y el diagnóstico de preeclampsia leve solo se aplica en el momento en que se establece el diagnóstico, porque la preeclampsia por naturaleza es progresiva, aunque a diferente

velocidad. Las complicaciones que afectan al feto en desarrollo incluyen la prematuridad, la restricción del crecimiento fetal intrauterino, oligohidramnios, displasia broncopulmonar y aumento del riesgo de muerte perinatal. Los factores genéticos son por lo menos parcialmente responsables, porque tanto la historia familiar materna o paterna de la enfermedad predisponen a la preeclampsia. (25)

La mayoría de las pacientes son nulíparas y presentan hipertensión de nueva aparición y proteinuria a ≥ 34 semanas de gestación, a veces durante el parto. Aproximadamente el 10 por ciento de las mujeres afectadas desarrollan estos signos y síntomas a las < 34 semanas de gestación y rara vez de 20 a 22 semanas. En aproximadamente el 5%, los signos y síntomas son reconocidos por primera vez postparto, por lo general dentro de las 48 horas del parto. (26)

El grado de hipertensión materna, proteinuria y la presencia o ausencia de otras manifestaciones clínicas de la enfermedad son altamente variables. Aproximadamente el 25 por ciento de las mujeres afectadas desarrollan uno o más de los siguientes síntomas inespecíficos, que caracterizan el espectro severo de la enfermedad e indican la necesidad de una evaluación urgente y posible entrega: Dolor de cabeza persistente y / o severo, Anormalidades visuales (escotomas, fotofobia, visión borrosa o ceguera temporal), Dolor abdominal o epigástrico superior, Alteración del estado mental, Disnea, dolor torácico retroesternal

El dolor epigástrico puede ser el síntoma de presentación de la preeclampsia; por lo tanto, un alto índice de sospecha es importante para hacer el diagnóstico de la preeclampsia en lugar de reflujo gastroesofágico, que es común en las mujeres embarazadas, especialmente en la noche. (27)

La preeclampsia se clasifica en leve y severa no existe la preeclampsia moderada. Se denomina preeclampsia leve cuando existe una 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 29. Mientras que la una de las características principales en la moderada es que la 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. (28)

Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos en el embarazo.

Definición:

Son rasgos que permiten distinguir el estudio de la distribución y los determinantes relacionados a los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo.

La Edad: Número de años vividos o tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio. Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la realización del trabajo.

Paridad: Las mujeres expuestas por primera vez a las vellosidades coriónicas tienen muchas más probabilidades de padecer algún trastorno hipertensivo del embarazo, en los diferentes estudios realizados se ha demostrado que la primigravidez es un factor de riesgo importante para padecer preeclampsia. (29)

Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo: Aumenta desde 4.3% para mujeres con IMC menor de 19.8 kg/m² hasta 13.3% en aquellas con un IMC de más de 35 kg/m², otros autores han encontrado que in IMC > 29.0 kg/m² (mujeres obesas), aumenta 2.5 veces el riesgo de hipertensión gestacional y 2.7 veces el riesgo de preeclampsia, en comparación de aquellas mujeres que tienen un IMC entre 19.8 kg/m² - 26.0 kg/m², Moreno y Col. encontraron que la preeclampsia está fuertemente relacionada al peso incrementado antes de la gestación y a algunos otros factores de riesgo, como la edad madura y el antecedente de preeclampsia en embarazos previos. (30)

Edad gestacional: Duración del embarazo calculado de la edad gestacional, desde el primer día de la última menstruación normal, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. (31)

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

Grado de instrucción: Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos

En mérito a la información recopilada, podemos indicar que en nuestro país y en nuestra región, la pre eclampsia se ha convertido en un problema de salud pública, por tanto, el presente estudio, tiene como finalidad estudiar las complicaciones tanto maternas como perinatales derivadas de la pre eclampsia relacionadas con los agentes gineco obstétricos, con el propósito de crear una data sobre las complicaciones más frecuentes derivadas de esta patología, y así contribuir a prevenir la morbi - mortalidad materno - fetal a futuro, identificando a aquellas mujeres con alto riesgo de desarrollar pre eclampsia.

Partiendo de la siguiente interrogante.

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Essalud Puno 2020?

Justificación:

Dada la prevalencia importante de la preeclampsia en nuestro medio y sus consecuencias en la morbilidad y mortalidad tanto maternas como perinatales, es necesario profundizar en el estudio de la misma.

La finalidad de la presente investigación es estudiar las complicaciones tanto maternas como perinatales derivadas de la preeclampsia relacionadas con los agentes gineco obstétricos, con el propósito de brindar una data, con información actualizada sobre las complicaciones materno - perinatales de la preeclampsia así como de sus principales características sociodemográficas, obstétricas y neonatales en gestantes atendidas en el Hospital III de Essalud Puno, en el periodo 2020, el mismo que se constituye en el único hospital en la provincia que atienden a pacientes asegurados, que cuenta con una amplia casuística en relación a preeclampsia, es por esto que se espera encontrar un buen número de casos en los cuales se pueda identificar las complicaciones materno - perinatales derivadas de esta patología, relacionadas con los agentes gineco - obstétricos.

La relevancia social del estudio radica en justificar desde su valor práctico ya que ayudara a implementar con Guías de Prácticas Clínicas y propuestas de detección de los factores de riesgo y el manejo oportuno de esta patología, que muchas veces, el diagnóstico temprano es imposible, la importancia de identificar a las mujeres que con mayor probabilidad desarrollarán este síndrome. Por otro lado, no existe una forma

estandarizada para evaluarlos. A la vez este trabajo servirá para las autoridades, personal de salud y las gestantes, especialmente en el primer nivel que labora el Obstetra, donde realiza actividades preventivo promocionales, al concientizar a las gestantes, la familia y comunidad a tomar responsabilidad para el control prenatal oportuno a fin de detectar de manera inmediata los THE y evitar mayores complicaciones que afecten al binomio madre niño, a la familia, por ende, a la sociedad.

Pocos son los estudios de la región que evalúan las estadísticas de las complicaciones materno - perinatales relacionadas con preeclampsia, por lo cual la magnitud de esta situación se desconoce, por ello se realizó este estudio para abrir camino a otras investigaciones. El no disponer de esta información en nuestro medio puede distorsionar los enfoques en las proyecciones de trabajo del sector salud dirigidas a este grupo poblacional, con ello pudiera verse afectada la calidad de la atención médica que se les brinda y por tanto su calidad de vida, afectando a la madre y al feto. Por las características que se dan durante el embarazo a causa de los trastornos hipertensivos en el embarazo se determinó realizar la presente tesis planteándonos como objetivos lo siguiente:

Objetivo general.

Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Essalud Puno 2020.

Objetivos específicos.

Identificar las características clínicas de preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Essalud Puno.

Identificar las características epidemiológicas de preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Essalud Puno.

Variable 1

Características clínicas de la preeclampsia en pacientes gestantes

Características epidemiológicas de la preeclampsia en pacientes gestantes

II. METODO.

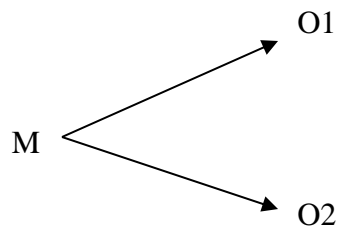
2.1. Tipo de investigación.

El tipo de investigación fue descriptivo simple, porque se estableció las características de las variables a través de la observación.³⁵ De enfoque cuantitativo ya que para la obtención de los datos se utilizaron patrones numéricos. La investigación es retrospectiva debido a que los datos se recolectaron de las historias clínicas del 2020.

2.2. Diseño de investigación.

El diseño de investigación fue no experimental de corte transversal. No experimental porque no se manipularon deliberadamente las variables. Así mismo fue de corte transversal ya que tuvo una sola medición de los sujetos en un determinado punto de tiempo. (32)

El diseño de investigación que corresponde es el modelo de la descripción simple, cuya figura es el siguiente:



Donde:

M : Pacientes con preeclamsia.

O1 : Características clínicas.

O2 : Características epidemiológicas.

2.3. Operacionalización de variables.

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Características clínicas y epidemiológicas de la pre eclampsia	Son cualidades o variables que permiten interpretar una alteración de la salud o el proceso de la enfermedad, basado en signos y síntomas determinados relacionados a preclamsia durante el embarazo.	Características Clínicas.		
		Síntomas:	Manifestaciones clínicas subjetivas que son percibidas por el paciente.	
		Signos:	Cefalea	Nominal
			Epigastralgia	Nominal
			Escotomas	Nominal
			Dolor en el cuadrante superior derecho.	Nominal
			Edema	Nominal
		Características epidemiológicas.	Edad	Razón
			Estado civil	Nominal
			Grado de instrucción	Nominal
Procedencia	Nominal			
Índice de masa corporal	Ordinal			
Edad gestacional	Nominal			
Paridad	Ordinal			

2.4. **Población y muestra.**

La población de estudio estuvo constituida por 65 pacientes atendidas en el Hospital III Essalud Puno, que de acuerdo a su historia clínica hayan presentado preeclampsia durante el periodo gestacional en el año 2020.

El tipo de muestreo fue no probabilístico de modo intencional, ya que se considera trabajar con toda la población que reúna las características por ser pequeña.

2.5. **Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

La técnica que se utilizó fue la revisión documentaria con la finalidad de recoger los datos de los historiales clínicos sobre los indicadores de las variables. El instrumento estuvo constituido por la ficha de recolección de datos. (Anexo 2)

El instrumento fue validado por Días C. (2011) (33) (Anexo 3)

2.6. **Procedimiento.**

Para la ejecución de la investigación se procedió de la siguiente manera:

- ✓ Se presentó la solicitud de autorización del director de Essalud Puno, para la revisión de los historiales clínicos, relacionados con las variables de estudio.
- ✓ Se revisaron los historiales clínicos de las madres diagnosticadas con preeclampsia en el 2020, dicha información se registró en la ficha de recojo de información.
- ✓ Posteriormente se procesaron los datos a través del programa SPSS y el Office Excel, los mismos que fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos

2.7. **Métodos de análisis de datos.**

Una vez obtenidos los datos se procedió a elaborar una base de datos usando, el software estadístico SPSS V22. Para el análisis de variables se hizo uso de la distribución de frecuencias. Para el análisis de datos se utilizó estadísticas descriptivas: porcentajes para variables cualitativas; promedios y desviación estándar en las variables cuantitativas.

2.8. Aspectos éticos.

El instrumento para la recolección de datos se protegió usando las iniciales del paciente, siendo codificado y guardado en medios magnéticos y electrónicos, generando un código distinto al número de Historia clínica.

El presente estudio no implicó ningún riesgo a los participantes ya que se valoró la información obtenida únicamente de historias clínicas

III. RESULTADOS.

Tabla N° 1

Distribución de preeclamsia según severidad en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Essalud Puno 2020.

	N°	%
Leve	26	40,0 %
Severa	39	60,0 %
Total	65	100,0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos del HE.S.P. 2020

Interpretación.

La tabla 1 nos muestra que el 60,0% (39) de estantes atendidas en el Hospital III Essalud Puno preeclamsia severa y 40,0% (26) leve.

Tabla N° 2

Características epidemiológicas de la preeclamsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Puno 2020.

Características		f	%
Edad	< 19 años	6	9,2 %
	Entre 19 y 34 años	49	73,8 %
	> 34 años	10	16,9 %
	Total	65	100.00 %
Paridad	Nulípara	41	63,1 %
	Primipara	13	20,0 %
	Multipara	11	16,9 %
	Total	65	100,0 %
Edad gestacional	31 ss	3	3,8 %
	Entre 32 y 36 ss	13	22,3 %
	> 37 ss	49	73,8 %
	Total	65	100,0 %
Índice de masa corporal, previo a la gestación	Bajo peso	9	15,4 %
	Normal	16	56,9 %
	Sobre peso	8	14,6 %
	Obesa	12	31,1 %
	Total	65	100,0 %
Ganancia ponderal de peso, durante el embarazo	Baja	7	11,5 %
	Adecuada	25	40,0 %
	Alta	17	25,4 %
	Excesiva	16	23,1 %
	Total	65	100,0 %
Antecedente de aborto	Ninguno	48	71,5 %
	1	13	23,1 %
	2	3	3,8 %
	> 3	1	1,5 %
	Total	65	100,0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos del HE.S.P. 2020

Interpretación.

Analizando la tabla 2 en cuanto a las características epidemiológicas de la preeclamsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud Puno encontramos: En cuanto a la edad se registran mayor prevalencia de preeclamsia con un 73,8% (49) entre los 19

a 34 años. Tomando en cuenta la paridad se reporta un 63,1% (41) de gestantes nulíparas; en cuanto a la edad gestacional el 73,8% (49) gestantes registran presencia del síndrome entre las 32 a 36 semanas de gestación; en cuanto al índice de masa corporal previo a la gestación se registraron que el 56,9% (16) tenían peso y talla normal el 14,6% (8) ingresaba con sobrepeso. Con respecto a la ganancia de peso durante el embarazo se registraron como adecuada 40,0% (25), alta 25,5% (17) y como excesiva un 23,1% (16). Finalmente, en relación a antecedente de aborto encontramos un 71,5% (848) sin antecedente.

Tabla N° 3

Características Clínicas de la Preeclamsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Essalud Puno 2020

Características	N°	%
N° Controles Prenatales		
Ausente	10	15,4 %
Deficiente	22	33,8 %
Adecuado	33	50,8 %
Total	65	100,0 %
Síntomas premonitorios		
No hubo	20	31,0 %
Cefalea	38	58,5 %
Escotomas o visión borrosa	2	3,0 %
Epigastralgia o dolor en HCD	5	8,0 %
Total	65	100,0 %
Vía de parto		
Parto inducido	4	5,71 %
Parto abdominal	61	94,29 %
Total	140	100,0 %

Fuente: Ficha de recolección de datos del HE.S.P. 2020

Interpretación.

La tabla 3 en cuanto a las características clínicas de las gestantes identificadas con cuadros de preeclamsias encontramos en cuanto al cumplimiento de los controles prenatales el 50,0% (33) si cumplieron con los 6 a más controles que especifica la norma, el 33,8% (22) de gestantes registraron controles deficientes y el 15,4% (10) no registraron ningún control. Tomando en cuenta la presencia de síntomas premonitorios de preeclamsia encontramos que el 58,5% (38) mencionaron la cefalea, el 31,0% (20) registraron no haber sentido ningún síntoma anormal durante las primeras semanas de embarazo. Así mismo en cuanto a vía de parto se registraron un 94,29% (61) vía abdominal y solo 5,71% (4) parto vaginal inducido.

IV. DISCUSION.

Se abordó el presente estudio debido a que la preeclampsia es una de las patologías obstétricas más severas que complica el embarazo, parto, puerperio y pone en riesgo la vida de la madre y el feto, además que constituye un problema de salud pública a nivel nacional y local. Y no habiendo un estudio similar en el hospital III EsSalud Puno surge la necesidad de conocer las manifestaciones clínicas más frecuentes en las gestantes que presentaron cuadros de preeclampsia durante el 2020 para lo cual se revisaron las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia que cumplieran criterios de selección, y se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

En la tabla 1 se muestra la distribución según la severidad de la preeclampsia donde el 60,0% presentaron cuadros severos de preeclampsia y 40 % con diagnóstico leve. Resultados coincidentes con los reportados por García M., Jiménez D, González P, De la Cruz L. (2016) en México, 12 quien concluye que el 55% presentó preeclampsia severa y síndrome HELLP el 60% a nivel nacional estos resultados coinciden con los de Minaya P. Quien reporta que la incidencia de preeclampsia severa, prevalece con un (67.33%), seguido de preeclampsia leve con (20.67%).

En la tabla 2 respecto a las características epidemiológicas de las gestantes que presentaron cuadros de preeclampsia en el hospital III de EsSalud Puno, encontramos en cuanto a la edad se registran mayor incidencia de preeclampsia en gestantes cuyas edades se encuentran en el rango de edad entre 19 a 34 años con un 73,8% ,en cuanto a la paridad hay predominio de gestantes nulíparas con un 63,1%, considerando la edad gestacional se registraron mayor número de casos en gestantes nulíparas con un 63,1%, en cuanto a la edad gestacional el 73,8% de gestantes registran presencia del síndrome a partir de la 37 semana de gestación; en cuanto al índice de masa corporal previo a la gestación se registraron que el 56,9% tenían peso y talla normal, solo el 14,6% ingresaba con sobrepeso. Con respecto a la ganancia de peso durante el embarazo identificaron como adecuada 40,0%, alta 25,5% y como excesiva un 23,1%. Finalmente, en relación a antecedente de aborto encontramos un 71,5% sin antecedente. Resultados coincidentes encontramos con Anicama J. Murga A, (2016) 14 en Lima, quien concluye que la edad materna promedio fue 31,7 % 7,3 % años con una mínima de 16 y una máxima de 47 años. El 40% fue nulípara. El 40% fue primigesta. En 75% de las gestantes el diagnóstico fue preparto y 25% en el puerperio. El 78,3% tenía menos de 37 semanas cuando se culminó el embarazo con una media de 33,3 + 4 semanas. Así mismo Minaya M. y Zavala P. 15. En el estudio titulado “Características clínicas y epidemiológicas de

los trastornos hipertensivos en el embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016” Concluye que la edad materna de las gestantes que participaron en el estudio estuvo conformada entre los 19 y 34 años (52.67%), siendo las más propensas las nulíparas (61.34%), con un índice de masa corporal normal (52.67%) y con un embarazo pre término (56%), para el estado civil el mayor porcentaje estuvo conformado por convivientes (59.33%), También encontramos coincidencia con los hallazgos reportados por Acosta L. Y Col.16 encontrando que de acuerdo a las características epidemiológicas la edad promedio 41% tenía entre 30 - 34 años; 53% tuvo entre 22 - 36 semanas de gestación; nulíparas, atención prenatal nula o menor de 6.

Los disturbios hipertensivos en el embarazo son responsables por más del 20% de las muertes de embarazadas en América Latina según datos de un estudio de la Organización Mundial de la Salud publicado en 2020. El mismo estudio pone en relieve el protocolo de uso de antihipertensivos durante el embarazo y el uso de sulfato de magnesio con el fin en prevenir la preeclampsia y eclampsia y reducir el impacto sobre la morbimortalidad de las madres y de sus bebés, por lo que se hace necesario fortalecer y optimizar la asistencia sanitaria especialmente en los países en desarrollo para prevenir y tratar los trastornos hipertensivos en las mujeres que representa un paso necesario para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. La OMS ha formulado las presentes recomendaciones basadas en datos de investigación con miras a promover las mejores prácticas clínicas para el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia, con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia de este problema de salud pública considerado como la principal causa de muerte materna, siendo responsable por 20% de admisiones a unidades de cuidados intensivos neonatales. En un estudio realizado por la Organización Mundial de Salud y publicado en el 2020, los disturbios hipertensivos son responsables por aproximadamente 22% de la mortalidad materna en América Latina, 16% en África y 12% en Asia.

En cuanto a las características clínicas de la preeclampsia, la tabla 3 nos presenta que 50,0% si cumplieron con los 6 a más controles que especifica la norma, solo el 33,8% incumplieron asistiendo solo algunas veces, en cuanto a la presencia de signos y síntomas premonitorios de preeclampsia, tenemos que el 58,5 % registraron la cefalea y un porcentaje significativo de 94,2% de gestantes con cuadros de preeclampsia en el Hospital III de Es Salud de Puno terminaron con parto abdominal o cesarí.

Diferentes estudios, como el de Anicama J. Murga A, (2016) (14) en el estudio sobre características clínicas y epidemiológicas del Síndrome Hellp en el servicio de obstetricia

del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima – 2016. Reporta como signos premonitorios a la hipertensión con un 90% y la cefalea con 81,7% como los signos y síntomas más frecuentes en las gestantes que conformaron la población de estudio, Así mismo Minaya M. y Zavala P. (15) observo que los síntomas más comunes fueron la cefalea (96%) y la epigastralgia con un 58% en las gestantes. También encontramos resultados contradictorios a nivel internacional con los reportados por Ortiz, Y. (2017) Ecuador en el estudio titulado prevalencia y factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo de diciembre 2015 a junio del 2016, Ecuador 2017, reporta que la multiparidad como factor de riesgo para la preeclampsia con un 95%: bajos y nulos controles prenatales 95%: y uso de anticonceptivos hormonales 95%: 2,15 – 8,06, $p=0.000$).

La preeclampsia es un problema muy frecuente durante el embarazo que afecta hasta una de cada diez embarazadas. Las embarazadas con preeclampsia tienen síntomas como hipertensión, cefalea, problemas con la visión y edema de las manos, las piernas o los pies. Si no se trata, la preeclampsia grave puede dar lugar a una salud deficiente o incluso la muerte de la embarazada y el feto. Más mujeres en los países de bajos ingresos y en circunstancias económicas difíciles presentan preeclampsia y mueren de esta afección. El único tratamiento definitivo para esta enfermedad es el parto del feto. Por lo tanto, es muy frecuente que el personal de salud y las mismas embarazadas con preeclampsia grave consideren el parto después de las 34 o 37 semanas de embarazo, y que el momento dependa de la salud de la madre y el feto, buscando la forma más segura entre la cesárea programada o el parto vaginal programado para las pacientes con preeclampsia grave y sus fetos.

La preeclampsia grave es uno de los motivos más frecuentes de que las embarazadas tengan un parto temprano. A menudo es necesario que el feto nazca antes de que la madre comience el trabajo de parto. Muchos médicos prefieren realizar cesáreas a las pacientes con preeclampsia grave, incluso cuando el feto está sano. No obstante, estudios observacionales han demostrado que la cesárea puede empeorar el pronóstico de la madre y el feto, con un mayor riesgo de complicaciones. Todavía se desconoce la mejor modalidad del parto para las pacientes con preeclampsia grave.

V. CONCLUSIONES.

1. Se determinó las características clínicas y epidemiológicas de las preeclamsias en gestantes atendidas durante el 2020 en el Hospital III de EsSalud Puno.
2. Las características epidemiológicas de las gestantes con preeclamsia en el hospital III de EsSalud Puno 2020 fueron: Edad entre 20 a 34 años de edad, nulíparas, edad estacional mayor de 37 semanas, ganancia de peso durante el embarazo adecuada y ausencia de aborto.
3. Las características clínicas que presentaron las gestantes con preeclamsia en el hospital III de EsSalud Puno 2020 fueron predominantemente el tipo de parto abdominal o cesárea, control pre natal adecuado y entre los signos y síntomas premonitorios que registraron la mayoría de gestantes es la cefalea e hipertensión igual o mayor a 140/90 mmhg.

VI. RECOMENDACIONES.

1. Al personal de salud fortalecer el Control pre natal incluyendo los programas educativos de prevención de estos factores de riesgo a través del trabajo en equipo Multidisciplinario, que incluya a nutrición, control clínico, psicología, asistencia social etc.
2. Promover durante el proceso de gestación el autocuidado en la gestante, que le permita disfrutar de la dulce espera y un final feliz, sin complicaciones para la madre y el recién nacido.
3. A los estudiantes y profesionales, seguir en la tarea apasionante de la investigación sobre los factores de riesgo durante la gestación a través de estudios de intervención para modificar actitudes y practicas inadecuadas de las madres, especialmente en el primer nivel de atención de salud.

VII. REFERENCIAS.

1. OMS OMdIS. Organización Mundial de la Salud, Muerte Materna. [Online].; 2016 [cited 2021 Enero 08. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf;jsessionid=88F3F6332DC76CA35C09DDD40AAD91BE?sequence=1.
2. al SCe. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012. [Online].; 2016 [cited 2021 Enero 02. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34494>.
3. OMS OMdIS. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Online].; 2017 [cited 2021 Enero 02. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
4. OPS OPdIS. Organización Panamericana de la Salud, Día mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Online].; 2016 [cited 2020 Diciembre 28. Available from: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:da-mundial-de-la-salud-mental:-la-depresion-es-el-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236.
5. Rojas G FR. Rev. Med. Chile, Caracterización de Madres Deprimidas en el Posparto. [Online].; 2010 [cited 2020 Diciembre 31. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500002>.
6. Reyna V BPTC. Rev Obstet Ginecol Venezolana. [Online].; 2010 [cited 2021 Enero 01. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000200011.
7. MINSA Mds. Ministerio de salud, a Mortalidad materna en el Perú 2002 – 2011. [Online].; 2012 [cited 2020 Diciembre 22. Available from: **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..**
8. Rev. Med. Truj., Obesidad Pregestacional y Preeclampsia. Estudio de cohortes en el Hospital Belén de Trujillo. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 25. Available from: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/download/1005/935>.
9. F. L. Repositorio de la Universidad Nacional del Altiplano - Perú, Depresión postparto en puérperas primíparas y multíparas del establecimiento de Salud I – 3 José Antonio Encinas, Puno 2014. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 26. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/2794>.
10. Israel J LMVLAS. Rev. Cubana med. Gen integr., Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 14. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300031.
11. Vargas V AGMM. Rev Chil Obstet Ginecol, La preeclampsia un problema de salud pública mundial. [Online].; 2012 [cited 2020 Diciembre 21. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013>.

12. García M. JDGPDICL. Tesis de Pregrado, Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. [Online]. 2020: Diciembre; 2016 [cited 2020 Diciembre 23. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979924>.
13. Ortiz Y. Prevalencia y factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, periodo de diciembre 2015 a junio del 2016. [Online].; 2016 [cited 2020 Diciembre 22. Available from: <http://dspace.ucacue.edu.ec/handle/reducacue/749>.
14. Anicama J. Murga A. Características clínicas y epidemiológicas del Síndrome de Hellp en el servicio de obstetricia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima – 2016. [Online].; 2016 [cited 2020 Diciembre 21. Available from: <http://repositorio.unjpsc.edu.pe/handle/UNJFSC/1034>.
15. P. MMyZ. Tesis de Pregrado, Características clínicas y epidemiológicas de los trastornos hipertensivos en el embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2016. [Online].; 2016 [cited 2020 Diciembre 19. Available from: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/2722>.
16. Col. ALY. Tesis de Pregrado de la Universidad San Pedro, Características epidemiológicas y clínicas que inciden en la mortalidad materna en el hospital emblemático La Caleta (HLC) de Chimbote 2016. [Online].; 2016 [cited 2020 Diciembre 17. Available from: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/311>.
17. Roberts JM CJ. Artículo científico Scielo, Preeclampsia más que una enfermedad Hipertensión. [Online].; 2008 [cited 2020 Diciembre 18. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000200014>.
18. C. C. Tesis de Pre Grado, Características clínico - epidemiológicas de las muertes maternas evitadas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2011-2014. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 17. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5470>.
19. MD. B. Artículos científicos, Hipertensión arterial asociada el embarazo. México: AIBARRA. [Online].; 2007 [cited 2020 Diciembre 27. Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/058_GPC_Enf.HipertdelEmb/HIPERTENSION_EMBARAZADAS_EVR_CENETEC.pdf.
20. D. C. Tesis de licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego, Severidad de preeclampsia de inicio precoz comparada con preeclampsia de inicio tardío en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 17. Available from: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/416>.
21. L. M. Tesis de licenciatura, Universidad Ricardo Palma, Factores de riesgo de preeclampsia en mujeres de 16 – 20 años atendidas en consultorio externo del Hospital Hipólito Unanue agosto – noviembre del 2015. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 23. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/553>.

22. MINSA MdS. Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 30. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf.
23. Israel J LMVLAS. Rev. Cubana med. Gen integr., Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 16. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300031.
24. Moreno C RTAYSDACL. Artículo científico:La mujer en posparto: Un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. [Online].; 2017 [cited 2020 Diciembre 16. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v5n2/v5n2a05.pdf>.
25. Crisologo J OCUH. Rev. Med. Truj., Obesidad Pregestacional y Preeclampsia. Estudio de cohortes en el Hospital Belén de Trujillo. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 14. Available from: <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/download/1005/935>.
26. Sun LM WMCHYQDTKJ. Revista de Obstet Gynecol., Tecnología de reproducción asistida y resultados adversos del embarazo mediados por placenta. [Online].; 2009 [cited 2020 Diciembre 13. Available from: https://www.flasog.org/static/libros/Medicina_Reproductiva_FLASOG.
27. Paré E PSMFPDNALK. Revista de Obstet Gynecol., Factores de riesgo clínico para la preeclampsia en el siglo XXI. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 12. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf>.
28. Duckitt K HD. Tesis de Post Grado, Factores de riesgo para la preeclampsia en la reserva prenatal: revisión sistemática de estudios controlados. [Online].; 2017 [cited 2020 Diciembre 14. Available from: http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3768/rojo_tir.pdf.
29. Branch DW PFRLCSSBHB. Revista Digital de Ginrecoobstetricia, recopilación de Am J Obstet Gynecol, Anticuerpos antifosfolípidos en mujeres con riesgo de preeclampsia. [Online].; 2011 [cited 2020 Diciembre 11. Available from: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/77/75>.
30. S. S. Rev Perú Ginecológica Obstet., Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 17. Available from: [Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Rev Perú Ginecológica Obstet. 2014; 60\(4\): 309-320., http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007).
31. J. P. Rev. Perú. Ginecol. Obstet., Preeclampsia en la gestación múltiple. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 21. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300011.
32. Sánchez Carlessi H. Metodología y diseños en la investigación Lima: Mantaro; 1998.
33. C. D. Tesis de Pre grado, Características clínicas epidemiológicas de la Preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el

período 2008 – 2009. [Online].; 2009 [cited 2020 Diciembre 25. Available from:
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3026>.

34. Torres R CM. Rev Cubana Obstet Ginecol., Enfermedad hipertensiva del embarazo y el calcio. [Online].; 2011 [cited 2020 Diciembre 29. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400012.

VIII. ANEXOS.

Anexo 1. Matriz de Consistencia.

Autora: Useda Huanca, Ivone Guichi

Tema: “Características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Essalud Puno - 2020?”

Problema General	Objetivo General	Variables y dimensiones	Metodología
¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Es salud Puno-2020?	Determinar las características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Es salud Puno 2020.	Variable 1: Características clínicas de la preeclampsia Dimensiones: ✓ Cefalea ✓ Epigastralgia ✓ Dolor ✓ Edema ✓ Hipertensión	Método: El tipo de investigación que se utilizará será descriptivo simple Diseño de la investigación: No experimental de corte transversal Población: La población de estudio estará constituida por 65 pacientes atendidas en el Hospital III Essalud de Salcedo Puno, Muestra: El tipo de muestreo es no probabilístico de modo intencional, ya que se considera trabajar con toda la población por ser pequeña. Técnicas de recopilación de información: La técnica que se utilizará será la revisión documentaria. El instrumento estará constituido por la ficha de recolección de datos. Técnicas de procesamiento de información: Se usará el modelo estadístico descriptivo
Problemas específicos	Objetivos específicos		
¿Cuáles son las características clínicas de preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Es salud Puno?	Identificar las características clínicas de preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Es salud Puno.	Variable 2: Características epidemiológicas de la preeclampsia Dimensiones: ✓ Edad gestacional ✓ Paridad ✓ Tipo de culminación del parto ✓ Periodo intergenésico	
¿Cuáles son las características epidemiológicas de preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Es salud Puno?	Establecer las características epidemiológicas de preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital III Es salud Puno		

Anexo 2. Ficha de Instrumento de Recolección de Datos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I. Datos Sociodemográficos.

1. Edad de la gestante.

- <19 años
- 19 – 35 años
- >35 años

2. Grado de instrucción de la gestante.

- Sin instrucción
- Primaria
- Secundaria
- Superior Técnico
- Superior Universitario

3. Estado civil de la gestante.

- Soltera
- Conviviente
- Casada
- Viuda

4. Peso _____

5. Talla _____

6. Tipo de Preeclampsia.

- Preeclampsia Leve
- Preeclampsia Severa

II. CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS.

7. Número de controles prenatales.

- De 0-3 CPN
- De 4-6 CPN
- De 7 a más CPN

8. Antecedentes patológicos.

- Preeclampsia Previa
- Hipertensión Crónica

- () Diabetes Mellitus
- () Obesidad
- () Enfermedad Renal
- () Embarazo Múltiple
- () Ninguno

9. Paridad.

- a. Nulípara. _____
- b. 1 hijo. _____
- c. 2 o más. _____

10. Edad gestacional.

- a. < 31 ss: _____
- b. Entre 32 y 36 ss: _____
- c. Más de 37 ss: _____

11. Atenciones prenatales.

- a. Ausente (Ninguna): _____
- b. Deficiente (1 – 5): _____
- c. Suficiente (Más de 6): _____

12. Índice de masa corporal previo a la gestación.

- a. Bajo peso (< 19.8): _____
- b. Normal (19.8 - 26): _____
- c. Sobre peso (26 - 29): _____
- d. Obesa (>30): _____

13. Antecedente de Aborto.

- a. Si _____
- b. No _____

14. Antecedente familiar de HTA.

- a. No tiene: _____
- b. Abuela: _____
- c. Madre: _____
- d. Tía: _____
- e. Hermana: _____
- f. Ninguno: _____

15. Antecedente personal de preeclampsia.

- a. No tiene: _____
- b. Preeclampsia: _____
- c. Preeclampsia severa: _____
- d. Eclampsia: _____
- e. Síndrome HELLP: _____
- f. Ninguno: _____

III. CARACTERISTICAS FISIOLÓGICAS.

16. Ganancia ponderal de peso durante el embarazo.

- a. Baja (< 7 Kg.): _____
- b. Adecuada (7 Kg. - 11.5 Kg.): _____
- c. Alta (11.5 Kg. – 16 Kg.): _____
- d. Excesiva (> 16 Kg.): _____

17. Síntomas premonitorios de eclampsia.

- a. No hubo: _____
- b. Cefalea: _____
- c. Alteraciones visuales: _____
- d. Dolor en cuadrante superior derecho: _____
- e. Dolor en epigastrio: _____

18. Seguimiento de la curva de la presión arterial diastólica en la gestación.

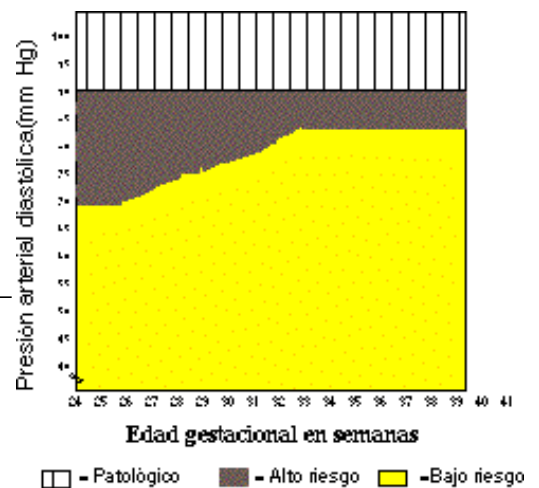
- a. Normal: _____
- b. Plana: _____
- c. Patológica: _____

19. Vía de parto.

- a. Parto eutócico: _____
- b. Parto instrumentado: _____
- c. Parto abdominal: _____

20. Complicaciones.

- a. No hubo _____
- b. Eclampsia _____
- c. Anteparto _____
- d. Intraparto _____
- e. Posparto _____



- f. Síndrome HELLP _____
- g. Coagulación Intravascular Diseminada: _____
- h. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta: _____
- i. Edema pulmonar: _____
- j. Rotura hepática: _____
- k. Cualquier otra complicación _____

Anexo 3. **Validación del instrumento de recolección de datos.**

Criterios	Jueces			Valor de P
	J1	J2	J3	
Item 1	1	1	1	3
Item 2	1	1	1	3
Item 3	1	1	1	3
Item 4	1	1	1	3
Item 5	1	1	1	3
Item 6	1	0	1	2
Item 7	1	1	1	3
Total	7	6	7	20

Prueba de concordancia entre los Jueces

Prueba Binomial

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Donde:

$$b = \frac{20}{20 + 1} \times 100$$

$$b = 95$$

Por lo tanto, el grado de concordancia significativa es de 95% (de acuerdo entre los jueces).

Anexo 4. Alfa de Cronbach.

N° de formulario	Preguntas																				Total	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Filas	
1	2	1	3	3	2	4	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32
2	2	1	3	2	3	3	2	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	35
3	3	2	2	2	3	2	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	33
4	3	3	3	3	4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	36
5	2	1	2	3	3	3	3	1	1	3	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	2	36
6	1	1	2	3	4	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	31
7	3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	35
8	2	1	2	2	2	4	1	1	1	2	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	32
9	2	1	3	3	2	4	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	2	34	
10	2	1	2	3	4	2	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	33	
Promedio	2,2	1,4	2,5	2,6	2,9	2,9	1,5	1,2	1,2	1,9	1,4	2,8	1	1	1,1	1,1	1,1	1,1	1	1,8	Varianza Total	
Desv. Standard	0,63	0,7	0,52	0,51	0,9	0,88	0,71	0,63	0,42	0,6	0,52	0,63	0	0	0,32	0,32	0,32	0,3	0	0,42	Columnas	
Varianza s^2	0,4	0,49	0,27	0,26	0,8	0,77	0,5	0,4	0,18	0,3	0,27	0,4	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,18	Varianza total de Ítems 3,12	
Suma de varianza de los ítems s^2	5,61																					

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{St^2} \right)$$

Donde:

α = Coeficiente de Cronbach

K = N° de ítems utilizados para el cálculo

S_i^2 = Varianza de cada ítem

St^2 = Varianza total de los ítems

Reemplazando

$$\alpha = \frac{20}{20-1} \left(1 - \frac{5,61}{3,12} \right)$$

$$\alpha = 1,052 \times 0,79$$

$$\alpha = 0,831$$

Por lo tanto, la confiabilidad tiene un buen índice de 0,83.