

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO –
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DURANTE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2019**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

DE LA CRUZ GUILLINTA BRIAN MARTIN

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MEDICO CIRUJANO**

CHINCHA – PERÚ

2020

ASESOR

HARRY RAÚL LEVEAU BARTRA *Ph. D.*

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por darme la vida, por darme todo lo que tengo, por ser quien soy y por estar
donde estoy

A la universidad Privada San Juan Bautista

Por ayudarme a crecer como persona y formarme profesionalmente.

Al Hospital San José de Chincha

Por brindarme el apoyo para poder realizar mi trabajo de tesis dentro de sus
instalaciones donde también realicé mis prácticas de pregrado.

A mi Asesor

Por su apoyo constante y guía lo que me permitió culminar la tesis.

DEDICATORIA

A mi esposa Verónica y mi hijo Brian, quienes son mi más valioso tesoro en la vida.

De igual manera a mis padres Zaida y Martín, mis hermanos Ralph y Olenka, quienes me apoyaron constantemente a lo largo del tiempo que estuve en la facultad de Medicina Humana.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados de riesgo para la pre eclampsia en paciente atendida en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de Chincha en el 2019

Metodología. Observacional, transversal, retrospectiva, analítica. En 40 gestantes que presentaron preeclampsia durante su gestación y comparadas con 40 gestantes que no presentaron preeclampsia con las mismas características de los gestantes casos.

Resultados. Las edades de riesgo para preeclampsia son las gestantes menores de 20 años y las mayores de 35 años, con una probabilidad de error de 4,1%. La primiparidad es un factor de riesgo para presentar preeclampsia con una probabilidad de error de 3,6%. La hipertensión crónica es un factor asociado de riesgo para la pre eclampsia, con una probabilidad de error de 4,8%. La raza mestiza es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia, con una probabilidad de error de 1,4% siendo la limitación de esta conclusión que el tamizaje de las pacientes fue realizado por observación y no a propósito de la investigación.

Conclusiones. Los factores asociados a la preeclampsia son edad de la gestante menor de 20 años o mayor de 35 años, primiparidad y antecedente de hipertensión arterial crónica. Se recomienda mejorar el diseño de obtención de datos respecto a la raza.

Palabras clave: Factores riesgo, preeclampsia

ABSTRACT

Objective: To determine the associated risk factors for pre-eclampsia in a patient treated in the Gynecology - Obstetrics service of the San José de Chincha Hospital in 2019

Methodology. Observational, transversal, retrospective, analytical. In 40 pregnant women who presented preeclampsia during pregnancy and compared with 40 pregnant women who did not present preeclampsia with the same characteristics as pregnant women.

Results The risk ages for preeclampsia are pregnant women under 20 years and over 35 years, with a probability of error of 4.1%. Primiparity is a risk factor for presenting preeclampsia with a probability of error of 3,6%. Chronic hypertension is an associated risk factor for pre eclampsia, with a probability of error of 4,8%. The mestizo race is a risk factor associated with preeclampsia, with a probability of error of 1,4% being the limitation of this conclusion that the screening of the patients was performed by observation and not on the subject of research.

Conclusions The factors associated with preeclampsia are pregnant women under 20 years of age or over 35 years, primiparity and a history of chronic arterial hypertension. It is recommended to improve the design of obtaining data regarding race.

Keywords: Risk factors, preeclampsia

INTRODUCCIÓN

El trastorno hipertensivo es una de las principales complicaciones que afectan el embarazo, lo que la convierte en una de las causas más importantes de alta morbilidad y mortalidad materna y fetal. Los trastornos hipertensivos se clasifican según las características y criterios clínicos establecidos. Clásicamente, las pre-eclámpticas se han definido como la presencia de proteinuria e hipertensión arterial 20 semanas después de la gestación.¹

Aproximadamente el 80% de los casos ocurren durante la gestación, y el resto ocurre temprano en la gestación. Esto afecta el pronóstico y el resultado final. Cuanto mayor es la edad del embarazo, mejor es el pronóstico, pero cuanto menor es la edad, mayor es el riesgo y menos favorable es el resultado.

Durante las pruebas prenatales, a través de historias médicas y obstétricas, cada mujer embarazada es evaluada por factores de riesgo que predisponen a este y otros trastornos, comenzando así las medidas preventivas de la manera correcta. Actualmente, cuando se usan terapias, es necesario distinguir que los pacientes tienen criterios de gravedad, y luego determinar diferentes controles definitivos con estos criterios. El manejo posparto incluye una estrecha vigilancia de los signos vitales, síntomas e incluso pruebas de laboratorio. Las mujeres que sufren de preeclampsia tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, por lo que se mantiene el control durante un período prolongado. El propósito de este estudio es presentar una visión de los factores de riesgo para pacientes con este trastorno.²

La investigación está estructurada en cinco capítulos. La primera trata sobre la problemática, objetivos, justificación y propósito del estudio. La segunda trata del marco teórico, antecedentes de la investigación, bases teóricas, marco conceptual, hipótesis y variable. El tercero el diseño metodológico con población muestra, técnicas e instrumentos, así como los aspectos éticos. En el cuarto se presentan los resultados y se discute. En el quinto capítulo se presenta las conclusiones y recomendaciones, bibliografía y los anexos

ÍNDICE	Pág
CARATULA	
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA	
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	2
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	4
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.6. OBJETIVOS	5
1.6.1. OBJETIVO GENERAL	5
1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.7. PROPÓSITO	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	7
2.2. BASES TEÓRICAS	13
2.3. MARCO CONCEPTUAL	24
2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	26
2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL	26

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA	26
2.5. VARIABLES	26
2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE	26
2.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES	26
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	27
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1.- DISEÑO METODOLÓGICO	28
3.1.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	28
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
3.2.1. POBLACIÓN	28
3.2.2. MUESTRA	28
3.2.2.1 TIPO DE MUESTREO	29
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
3.3.1. TÉCNICAS	29
3.3.2. INSTRUMENTOS	29
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	29
3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	30
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	30
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	30
CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	
4.1. RESULTADOS	32
4.2. DISCUSIÓN	36
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. CONCLUSIONES	38
5.2. RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	43
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	44
MATRIZ DE CONSISTENCIA	46
INSTRUMENTO	49

LISTA DE TABLAS

- TABLA N° 1:** Edad de la gestante como factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de ginecobstetricia del hospital San José de Chíncha en el 2019 32
- TABLA N° 2:** La paridad como factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de ginecobstetricia del hospital san José de Chíncha en el 2019 33
- TABLA N° 3:** La hipertensión crónica como factor de riesgo asociado a la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha durante enero a diciembre del 2019 34
- TABLA N° 4:** La raza como factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha en el 2019 35

LISTA DE GRÁFICOS

- GRAFICO N°1:** La edad asociada a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San José de chincha 32
- GRAFICO N°2:** La paridad asociada a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital san José de Chincha 33
- GRAFICO N°3:** La hipertensión arterial crónica asociada a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital san José de Chincha 34
- GRAFICO N°4:** La raza asociada a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital san José de Chincha 35

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1. Operacionalización de las variables	44
ANEXO N° 2. Matriz de consistencia	46
ANEXO N° 3. Instrumento	49
ANEXO N° 4. Confiabilidad de instrumento – estudio piloto	50

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pre eclampsia es una patología multisistémica de gravedad variable, de causas múltiples, y desconocidas, y complica frecuentemente el embarazo de manera muy grave, que aumenta la mortalidad materna y perinatal. Su presencia puede causar secuelas en las madres y los recién nacidos, lo que aumenta los días de hospitalizaciones y muchas veces de manera repetidas, además causa en las familias perjuicios económicos, y de los centros médicos y, en general, los sistemas nacionales de salud aumentando costos por atención de pacientes.

Se caracteriza por una perfusión sistémica reducida producida debido al espasmo vascular y la apuesta en marcha del sistema de coagulación. Manifestaciones clínicas caracterizadas por proteinuria, edema (que son considerado signos frecuentes), manifestada a las 20 semanas de gestación, al nacer o en las primeras 6 semanas posteriores, caracterizadas por hipertensión de 140/90 mmHg o más, dolor de cabeza, Tinnitus, escotomas, dolor de abdomen y trastornos sanguíneos.¹

Un informe reciente de la OMS estima que la pre eclampsia es una causa directa de 70,000 muertes de las madres cada año a nivel mundial. En 2015, se estima que 303,000 madres murieron durante o después del embarazo y en el parto. En los países del primer mundistas, ocurren alrededor de 12 muertes materna por cada 100.000 nacidos vivos, en contraste que en los países que están en desarrollo, las tasas de mortalidad materna más altas en las zonas rurales y más pobres y en mayor riesgo en las adolescentes donde las complicaciones muchas veces le llevan a la muerte.²

En América Latina, el 80% de la mortandad materna es por sangrado severo, infección, enfermedad pre-ecláptica y parto que no culmina por obstrucción.

En Perú, la pre eclampsia es la 2° causa principal de mortandad maternas, el 17-25% de la mortalidad prenatal, la restricción del crecimiento intrauterino y la segunda causa de bebés prematuros. En el Instituto Nacional Perinatal Materno representa una incidencia entre 10 y 15% de todas las gestaciones. Del mismo modo, otros estudios, especialmente aquellos con hipertensión crónica, encontraron el riesgo de mostrar una expulsión precoz de placenta normo inserta.³

El hospital de atiende paciente que presentan riesgo para tener esta enfermedad, de allí el interés de conocer los principales factores que favorecen la presencia de esta grave patología en esta zona del País.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál son los factores de riesgo asociados a la pre eclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de chincha durante el 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

¿La edad de la gestante es un factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chincha en el 2019?

¿La paridad es un factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chincha en el 2019?

¿La hipertensión crónica es un factor de riesgo asociado a la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de Ginec Obstetricia del Hospital San José de Chíncha durante enero a diciembre del 2019?

¿La raza es un factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de Ginec Obstetricia del Hospital San José de Chíncha en el 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Esta enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) es una afección médica frecuente que complica el embarazo y perjudica la salud materna y fetal, especialmente cuando aparece temprano. Los estudios han demostrado una asociación entre la incidencia de preeclampsia severa y el nacimiento prematuro, así como de desprendimientos prematuros de la placenta. Sin embargo, no se ha determinado la importancia de otras enfermedades hipertensivas, como la hipertensión arterial crónica, la hipertensión transitoria del embarazo y cuadros episódicos de hipertensión, que también son causales de complicaciones de la gestante sobre todo en el trabajo de parto.

El pronóstico fetal es bueno en el embarazo a término o cerca, pero no si el EHE ocurre antes del final del embarazo. La inmadurez es un desafío serio para los médicos, especialmente si el parto ocurre 32 semanas antes. En nuestro país, una octava parte del embarazo se complica por trastornos hipertensivos.⁴

Este estudio constituye un elemento fundamental para determinar la asociación entre EHE durante el embarazo o el parto y las principales complicaciones maternas o fetales. Es interesante dejar la base científica para realizar otras investigaciones similares que basen más claramente las complicaciones de estas condiciones y

contribuir a un mejor conocimiento del medio ambiente sobre EHE, que es de creciente interés.

Importancia

Actualmente, se sabe poco sobre las causas de la enfermedad pre-eclámpsica. Sin embargo, se han propuesto una serie de teorías, que incluyen cambios como la infiltración del trofoblasto, el estrés oxidativo, la disfunción endotelial y los daños a los endotelios vasculares y al espasmo vascular es su evento fisiopatológico definitivo y la placenta. Son fuentes de patogenicidad y el tratamiento final es la culminación del parto sea este por vía vaginal o más frecuente por vía cesárea.⁵

Actualmente, no existe formas de prevenir esta patología, pero sin embargo la gran mayoría de los episodios de pre eclampsia ocurren en mujeres embarazadas sanas, por lo que las que tienen más riesgo de tener esta enfermedad se les debe hacer un seguimiento exhaustivo. Es esencial identificar durante el manejo prenatal y posnatal para prevenir la recurrencia y posibles complicaciones en futuros embarazos.

Viabilidad.

Se cuenta con el acceso a los registros clínicos de la gestante atendida en dicho periodo de estudio así mismo con el financiamiento del trabajo por el propio autor.

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- Delimitación espacial. El presente es una investigación que se desarrolló en el Hospital “San José” de Chincha.
- Delimitación temporal. La investiga se desarrolló en el mes de enero sobre las historias clínicas de gestantes que tuvieron parto entre enero y diciembre del 2019

- Delimitación social. La investigación es sobre las gestantes y sus productos de la concepción.
- Delimitación conceptual. El estudio se limitó a conocer los factores de riesgo que se asocian a la preeclampsia.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

No se presentaron limitaciones en el estudio pues se contó con el autofinanciamiento por parte del investigador, y se pudo acceder a los datos, así como de las asesorías metodológicas y científicas dadas por la Universidad San Juan Bautista de Ica.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados de riesgo para la preeclampsia en paciente atendida en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de Chíncha en el 2019

1.6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si la edad de la gestante es un factor asociado de riesgo para la preeclampsia en paciente atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha en el 2019
- Valorar si la paridad es un factor asociado de riesgo para la preeclampsia en pacientes atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha en el 2019
- Especificar si la hipertensión crónica es un factor asociado de riesgo para la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricias del Hospital San José de Chíncha en el 2019

- Identificar si la raza es un factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha en el 2019

1.7. PROPÓSITO

El trabajo determina aquellos aspectos que están asociados a la pre eclampsia en pacientes atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha durante el 2019

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Valdés Y, Hernández N. (2014) "Factores de riesgo para preeclampsia Cuba. Resultados: Los aspectos que influyen en la pre eclampsia fueron la edad de las madres de 35 años o más, el sobre peso de las madres en el embarazo temprano, el parto múltiple y Antecedentes familiares de madres con pre eclampsia o hermanas con el mismo antecedente. No es una condición de embarazo, aumento de peso general o antecedentes desfavorables obstétricos. Conclusión: Dado que casi todos los factores de riesgos para la morbilidad infantil no son posible de modificar, se requieren cuidado prenatal cuidadoso para asegurar la detección temprano y un correcto tratamiento del mismo.⁶

Garcés, F. (2014). Factor de riesgos y condiciones perinatales de la pre eclampsia-eclampsia. Cuba. Resultados: El cincuenta por ciento de los casos la pre eclampsia había empeorado el trabajo de parto, y el ochenta por ciento estaban en el grupo de edad 18-25. El 60% de las mujeres nulíparas exacerbaron la enfermedad pre-eclamptica. En condiciones perinatales adversas, predominaba el bajo peso, con un 56,3%. Nacimiento prematuro, 53,8%, parto difícil, 35,7% de pacientes asociados a otros factores de riesgo. Conclusión: la enfermedad pre-eclamptica fue predominantemente mas común entre las edades de 18 y 25 años, preferiblemente primerizas. Los factores de riesgo más comunes fueron antecedentes de partos múltiples, HTA crónica y preeclampsia. La pre eclampsia incrementa de manera significativas las complicaciones durante el parto terminando este en su mayoría como cesáreas.⁷

Álvarez Ponce, V. (2017). El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para la preeclampsia. Cuba. Objetivos: Evaluar las complicaciones a que induce la preeclampsia en gestantes con obesidad. Métodos: descriptivo de corte transversal en el Gyneco-Obstetric Teaching Hospital en Guanabacoa entre 2014 y 2015. El universo consistió en 101 pacientes diagnosticados con pre-lámparas con niños que completaron el parto. El grupo de control consistió en 96 pacientes que no desarrollaron la enfermedad en una muestra aleatoria. Resultados: 197 pacientes, 101 tenían partos pre-maturos (51,3%) y 96 controles no tenían pre-morbilidad (48,7%). Del número total de pacientes, el 86,1% mostró factores que exacerban la preeclampsia. El IMC fue significativamente mayor en pacientes con niños pre-maturos que en el grupo control ($p = 0.002$). Hay una prevalencia de obesidad entre pacientes con pre eclampsia (48,5% de los pacientes cuyo aumento de peso fue exagerado; la preeclampsia se asoció significativamente con complicaciones maternas o perinatales (64,8% vs. 46,2%) Conclusión: el aumento del IMC afecta el riesgo de descendencia prematura con resultados adversos maternos y perinatales.⁸

Garrido E. (2014). Caracterización de los trastornos hipertensivos inducidos por la gestación. Guatemala. Resultados: Dentro de los 10 meses de estudios ginecológicos y obstétricos, se encontró un total de 224 pacientes con enfermedad preeclampsia grave y 20 pacientes con partos prematuros en una proporción de 11: 1. La mayoría de los pacientes provenían de áreas metropolitanas, la mayoría de los pacientes con preeclampsia grave eran primogénitos, y la mayoría de los pacientes tenían antecedentes familiares de esta patología. En un gran número las gestantes eran con grado de instrucción de solo primaria, el 63% de los pacientes tenían HTA y eran obesas o con sobre peso. Conclusión: el 80% de los pacientes con ambas patologías

hipertensivas y obesos tenían entre 15 y 35 años de edad, y la tasa de alfabetización para patologías hipertensivas fue del 6%. La solución fue la cesárea en la gran mayoría de los casos. El sufrimiento fetal agudo fue la complicación más común que presentaron los fetos, con una tasa de mortalidad de 8,9 por 1000 nacidos.⁹

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Acosta, M. (2013). Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el hospital Regional de Loreto. Resultados: Las variables identificadas como factores de riesgo para la prevalencia de preeclampsias fueron la edad de la madre de menos de 19 años y la edad materna de 34 años o más sobre peso y Obesidad, edad gestacional, embarazos múltiples, diabetes existente o gestacional, HTA. Conclusiones: Los factores de riesgo de enfermedad preecláptica fueron la edad de la madre con menos de 19 años, la edad de la madre con más de 34 años, el sobre peso, la obesidad, la edad de la gestación, el parto y el embarazo múltiple, diabetes, embarazo preexistente o gestacional e hipertensión arterial.¹⁰

Aliaga, E. (2017). Factores asociados a preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital III Iquitos de Es salud julio 2015 a junio 2016. Resultados: Los adolescentes tenían el mayor riesgo de desarrollar pre-eclápticas. Primíparas, mujeres embarazadas obesas, mujeres embarazadas obesas aumentan de, las mujeres embarazadas con sobrepeso tienen un gran aumento de peso y atención prenatal inadecuada. Las mujeres embarazadas en edad fértil tenían un riesgo significativamente menor de desarrollar pre eclampsia, No se encontró asociación con la procedencia, antecedentes familiares de enfermedad preecláptica, antecedentes personales de enfermedad preecláptica anteriores.¹¹

Vargas, L. (2015). Factor predictor de eclampsias en pacientes con pre eclampsia atendida en el hospital nacional docente madre niño "San Bartolomé" en el 2010 – 2014 Lima Perú. Resultados: Los factores de riesgo personal para la eclampsia y preecláptica fueron hipertensión arterial 37 semanas antes de la gestación e IMC para obesidad con sobre peso, historial de consumo de tabaco. Tener una pareja sexual fue un factor protector para la enfermedad hipertensiva. El bajo peso al nacer fue un factor de riesgo para las eclámpticas. factores de riesgo clínico para las eclámpticas fueron los niveles de aspartato aminotransferasa ≥ 44 UI, niveles de ácido úrico $> 5,3$ mg / y bilirrubina total . $> = 1,2$ mg / dl. El predictor de la preeclampsia y eclampsia es bajo peso al nacer y los niveles de aspartato aminotransferasa son > 44 UI / L. Conclusión: El bajo peso al nacer y los niveles de aspartato aminotransferasa fueron predictivos de la descendencia en pacientes pre-eclampsia tratados en el Hospital Nacional Materno Infantil San bartolome entre 2010 y 2014.¹²

Huamán, M. (2016). Factor de riesgo para pre eclampsia severa en el hospital Nacional PNP Luis N. Saenz en el 2015. Lima Perú. Resultados: Se descubrió que las edades mayores de 35 años, la presión arterial alta, el embarazo múltiple y las primigravidas son factores de riesgo para la preeclampsia con signos de gravedad. A mayores de 35 años, el riesgo de gravedad 5 veces a más, la hipertensión 4 veces a más, el embarazo múltiple es 12 veces y Primigravidez aumenta el riesgo de gravedad 6 veces a más. Conclusiones: Los factores de riesgo investigados y significativamente asociados con preeclampsia severa fueron: la edad de las madres mayores de 35 años como una característica general de los pacientes. Embarazo múltiple como Primigravidez, y una condición relacionada con el embarazo actual. Y la HTA crónica, como se estudió la historia

personal patológica de mujeres embarazadas con preeclampsia severa.¹³

Heredia, I. (2014). Factor de riesgo asociado a pre eclampsia en el hospital Regional de Loreto 2010 a 2014. Trujillo. Resultados: el 58,2% de los niños con enfermedad preeclámpsica tenían entre 20 y 34 años, y tenían menos de 20 años y mayores de 34 años. El 1,8% tenía un IMC bajo, el 62,7% tenía un IMC, el 24,5% tenía sobrepeso y el 10,9% tenía obesidad, con un OR mayor a 1 en individuos obesos. La EC prenatal se asoció con la edad gestacional en el momento del diagnóstico < 37 semanas y, embarazo múltiple, diabetes pre existente, HTA crónica; hipertensión de antecedentes familiares. Conclusiones: los factores que se asociarían con preeclampsia son <20 años,> 34 años, obesidad, diagnóstico de menos de 37 semanas de edad gestacional, muerte fetal, embarazo múltiple, preexistente o fértil Diabetes, hipertensión arterial crónica e historia familiar de Hipertensión.¹⁴

Fernández, C. (2017). Factor de riesgo que influyen en pre eclampsia ocurridas en el hospital San Juan de Lurigancho – 2016 Lima Perú. Resultado: el 11,2% son adolescentes y el 14,9% son específicos de la edad. La mayoría son 79,9% y 50,7% son secundarios completos. Se encontraron preclámpsicas leves en 22,4% y 77,6% severas. El 17,3% no tenía atención prenatal y el 30,8% era inadecuado, causando preeclampsia severa. La obesidad se encontró en pre eclampsia severa (24%) y pre eclampsia leve (16,7%). Los primeros nacimientos se encontraron en el 38,5% de las pre-eclámpsicas severas. La extensión del período intergénico fue del 19,2% de los niños prematuros. Aquellos que completaron el parto vaginal el 16,3% y la cesárea 83,7% tenían preeclampsia severa. Conclusiones: Los factores que afectaron a la pre eclampsia incluyen la edad extrema, el grado de

educación secundaria, el estado del cónyuge que conviviente, la atención prenatal inadecuada, la obesidad, la primipara y el tiempo intergénico prolongado.¹⁵

Romero, M. (2016). Factor de riesgo en gestante con pre eclampsia severa atendida en el hospital amazónico 2016. Pucallpa. Resultados: se observan características sociodemográficas: la población más representativa es el 60% de mujeres entre las edades de 20 y 34 años, el 36,6% de secundaria incompleta, el 69,4% del estado civil y las ocupaciones 81,3% Ama de casa Las características obstétricas más destacadas fueron el tipo distrofico / cesárea de 78,8%, el manejo prenatal de más de 6 controles en 56,9% y el primer parto en 55%. En cuanto a los factores relevantes, las patologías más frecuentes fueron la obesidad al 15,6%, seguida de infección del tracto urinario al 12,5%, anemia al 12%, líquido hipoamniótico al 11,9% y embarazo gemelar al 10%. Conclusiones: Los riesgos para embarazadas con enfermedad pre-eclámpsica severa en el nosocomio de Yarinacocha son: obesidad, infecciones urinarias, anemia, líquido amniótico escaso y embarazos múltiples.¹⁶

2.1.2. ANTECEDENTES LOCALES

Quispe R. (2013). Complicación materna y fetal de la pre eclampsia diagnosticada en un hospital del Sur del Perú, 2013. Objetivo: Conocer los riesgos para pre eclampsia. Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal, con un grupo de 62 mujeres que presentaron los resultados de preeclampsia ectópica: 19-34 años (60%) de pacientes con características sociodemográficas. Hay la frecuencia más alta entre El estado civil más frecuente fue la convivencia (58%) y el nivel de educación secundaria (52%). Las características de obstetricia y ginecología fueron más altas que las que mostraron embarazo durante el embarazo (80%). Paridad (66%); manejo prenatal adecuado (94%) y

interrupción del embarazo por cesárea (81%). Las complicaciones maternas encontradas son prematuridad (3%) y rotura placentaria (3%). No se observaron muertes maternas. Entre las complicaciones fetales, retraso del crecimiento intrauterino (13%), SFA (5%), muerte fetal (2%).¹⁷

2.2. BASES TEÓRICAS

SÍNDROME HIPERTENSIVO INDUCIDO POR EL EMBARAZO

GESTANTE HIPERTENSA: Gestante, que tiene una PA > 140 mmHg o una presión arterial diastólica > 90 mmHg, tomando al menos dos dosis al menos cada 4 horas y sentado y descansando. Si la presión arterial diastólica > 110 mmHg.

La hipertensión durante el embarazo es una causa principal de mortalidad materna y morbilidad y mortalidad fetales en todo el mundo. Las pacientes embarazadas con presión arterial alta están predispuestas a desarrollar complicaciones potencialmente mortales: sangrado placentario repentino, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática, insuficiencia renal.

La hipertensión del embarazo es una forma de hipertensión durante el embarazo. Ocurre en alrededor del 5 al 8% de embarazos. Otro tipo de hipertensión es la HTA crónica (presión arterial alta que ocurre antes del inicio del embarazo).

La hipertensión del embarazo produce prematuridad infantil. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres jóvenes. Es más común en mujeres embarazadas, mayores de 35 años, hipertensión crónica, diabetes preexistente, afro americanas y aquellas que han sufrido presión arterial alta en un embarazo anterior.

El número de mujeres con presión arterial alta durante el embarazo se estima en aproximadamente el 10%, con una incidencia de hasta el 20% si la paciente es materna. Del mismo modo, la prevalencia de la

HTA crónica en el embarazo puede variar del 1 al 5%, según el origen étnico y la región geográfica.¹⁸

La presión arterial generalmente cae temprano en el embarazo, incluso alcanzando un valor de 15 mm Hg, mas bajo que los valores previos. Estas fluctuaciones de tensión ocurren tanto en pacientes normales como ansiosas, y en pacientes con hipertensión crónica. La hipertensión durante el embarazo se puede definir en función de la presión arterial absoluta, media o elevada del embarazo tardío en función de la presión arterial basal del embarazo temprano.

De todas estas opciones, los criterios para tomar valores absolutos de la presión arterial sistólica y diastólica lo impresionan como el más razonable y práctico. Los valores de presión sistólica absoluta por encima de 140 mm Hg son un nivel razonable para comenzar a monitorear a la madre y al feto, pero la presión diastólica está por encima de 90 mm. Hg y define la hipertensión durante el embarazo que es una manera práctica de identificar la patología hipertensiva. De hecho, este nivel de presión arterial diastólica es el punto de corte en el cual la mortalidad perinatal aumenta significativamente.¹⁹

Es esencial verificar el registro de la presión arterial al menos dos veces a intervalos de 4 horas. Y cuando el valor numérico puede confirmarse mediante la medición de presión en forma de autocontrol con tensiómetros manuales. La hipertensión generalmente se define como una lectura de 140/90 o superior, incluso si solo uno de los números es alto. Por lo general, no hay síntomas a menos que la presión sea muy alta.

La presión arterial de las mujeres embarazadas puede continuar aumentando a pesar del tratamiento con ciertos medicamentos y debe administrarse antes de dar a luz para evitar problemas de salud graves como derrames cerebrales, daño hepático y convulsiones. Algunas mujeres pueden requerir una cesárea. Los bebés que nacen antes de la madurez pueden tener problemas porque son prematuros, como

dificultad para respirar. A la mayoría de estos bebés les resulta más conveniente permanecer en la unidad de cuidados intensivos neonatales que permanecer en el útero.

Aprox. el 20% de gestantes con pre eclampsia severa también desarrollan síndrome HELLP. Los síntomas hepáticos incluyen náuseas y vómitos, dolor de cabeza, dolor epigástrico y malestar general. Las gestantes con enfermedad Hellp terminan el parto por lo general por cesárea.¹⁹

SÍNTOMAS DE LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

- Aumento de la PA
- Proteína en orina
- Edema (hinchazón)
- Fuerte aumento de peso
- Visión borrosa y visión doble.
- Náusea, vómito.
- Dolor en el abdomen superior derecho o alrededor del estómago.
- Una pequeña cantidad de Orina u oliguria
- Cambios en las pruebas de función hepática y del riñón.²⁰

Clasificación de la hipertensión arterial:

- hipertensión crónica

Se define como hipertensión arterial (> 140/90) y se observa antes del embarazo o se diagnostica 20 semanas antes del embarazo. La hipertensión que se diagnostica desde el comienzo del embarazo y que persiste hasta 42 días después del parto también debe clasificarse como hipertensión crónica. Es importante no confundir la hipertensión crónica con la preeclampsia, dados los niveles más bajos de presión arterial que ocurren en pacientes hipertensos al comienzo del embarazo.

El nivel en el que una persona se define como hipertensa se ha modificado con el tiempo a medida que surge más información científica. La presión arterial sistólica y diastólica está continuamente relacionada con el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, como lo describe un nivel de riesgo que sube a un valor de PA considerado normal.

Por lo tanto, una persona se define como hipertensa si la PA es mayor de 140 mmhg, o la presión arterial diastólica es mayor de 90 mmhg, o si hay consideraciones especiales como los diabéticos o pacientes sometidos a tratamiento antihipertensivo.²⁰

- **hipertensión del embarazo**

Si no hay síntomas o cambios significativos en los valores de laboratorio o pruebas de salud fetal en mujeres embarazadas con un período de gestación de 20 semanas o más, se definen como una TA sistólica y diastólica de 140/90 mm Hg o más, respectivamente y la presencia de Historia de hipertensión crónica.

Si el valor de la presión arterial es 160/100 mm Hg o más, la condición se considera grave, incluso en ausencia de proteinuria, y se trata como se indica cuando se refiere a la preeclampsia.

El manejo obstétrico clínico se realiza cada 15 días de forma ambulatoria e implica realizar los estudios maternos y fetales mencionados anteriormente. En este grupo de pacientes, no hay signos de interrupción del embarazo antes del final del semestre a menos que el cuadro clínico empeore o haya complicaciones obstétricas que lo justifican.

- **hipertensión transitoria**

La hipertensión transitoria se denomina aparición de hipertensión durante el embarazo o las primeras 24 horas. Postparto sin otros signos de hipertensión preexistente. La hipertensión transitoria se considera la "etapa pre-proteica de la preeclampsia" y se puede considerar como

una recurrencia de la hipertensión crónica, que disminuye en número durante el segundo trimestre.

La hipertensión transitoria a menudo impresiona la manifestación de la hipertensión arterial oculta, que se manifiesta por el embarazo. La hipertensión transitoria es altamente recurrente en embarazos sucesivos y es probablemente la base del diagnóstico erróneo de pre eclampsia en gestantes de difícil diagnóstico.²¹

FISIOPATOLOGÍA

Modificaciones de los vascularidad uterina

La placenta humana está perfundida por varias arteriolas placentarias, que convierten el lecho de la arteria uterina placentaria en un sistema de baja resistencia, baja presión y alto flujo a través de la acción del estroma migratorio y los trofoblastos endovasculares.

En el embarazo normal, la infiltración definitiva de las vellosidades vellosas cambia las arterias espirales, reemplazando el músculo y las capas elásticas con fibrina y citotrofoblasto. Los vasos sanguíneos son gruesos y retorcidos, lo que aumenta la irrigación placentaria. El cambio luego se extiende a la vasculatura miometrial hasta llegar a la porción radial del hueso de la arteria uterina.

En la preeclampsia, la deformidad está restringida a la parte decidua de la arteria espiral, el miometrio que retiene la elasticidad y las fibras musculares, y la arteria espiral del miometrio es capaz de responder contráctilmente a la estimulación de líquidos o nervios. La sangre requerida por la unidad uterina placentaria durante las etapas más avanzadas del embarazo, donde el flujo está restringido, implica una contribución constante que no responden a la demanda de la isquemia resultante.²²

Prostaglandinas y embarazo

En la gestación normal el nivel de prostaglandina aumenta sobre todo las prostaciclina, y aumenta también los antiagregantes plaquetarios

que intervienen el proceso de la coagulación, pero en una gestación con pre eclampsia esta producción de prostaglandinas disminuye y aumenta la agregación plaquetaria, con formación de trombos intravasculares.

Homeostasis

Durante el I° trimestre, el volumen de sangre aumenta hasta un 40% en la semana 30, y los volúmenes de glóbulos rojos y plasma aumentan después de los cambios en el sistema de renina angiotensina aldosterona. SHIE generalmente observa una disminución en el volumen plasmático, lo que resulta en un aumento de los niveles sanguíneos y una mayor viscosidad de la sangre.²³

Fisiología del riñón

En el embarazo normal, el flujo plasmático renal y la tasa de filtración glomerular aumentan en aproximadamente un 50%. Es por eso que los niveles sanguíneos de urea, creatinina y ácido úrico en el embarazo normal en sangre son bajos.

Los pacientes con SHIE muestran perfusión leve a moderada y filtración glomerular reducida según lo indicado por el aumento de creatinina y ácido úrico.

La serotina es una sustancia vascular activa natural que se encuentra principalmente en el cerebro, el tejido de heterocromatina y las plaquetas.

Es una amina derivada principalmente de las células de la captura de amina precursora y pasa a través del sistema de descarboxilación del tracto gastrointestinal hacia la sangre. Las plaquetas intravasculares se unen localmente a las aminas y las almacenan, por lo que hay poca o ninguna cantidad libre en el plasma.

Efectos de la serotonina en las paredes de los vasos sanguíneos:

Contracción:

-Activación de s2 de MLV (músculo liso vascular)

- Potencial para otros mediadores vaso constrictores (α_2)
- Activaciones adrenérgicas de MLV
- Desplazamientos de otro vasoconstrictor endógeno.

Relajación:

- Inhibición de la actividad del MLV dependiente del endotelio.
- Activación del receptor α_2 antes de la unión.
- Secreción de transmisores peptidérgicos neurosupresores.
- Efecto inhibitorio directo sobre MLV (músculo liso vascular).²³

ESTRÉS OXIDATIVO

En una investigación sobre el estrés fisiológico oxidativo se verificó que intervino en la secuencia fisiopatológica de la preeclampsia. Se midieron la capacidad antioxidante total, la acidemia úrica, los niveles de isoprostano F-2 libre, el 43% y el 29% más de carbonilación de proteínas.

En conclusión, la causa principal de preeclampsia sigue siendo desconocida.²³

Prueba solicitada para pacientes embarazadas con hipertensión arterial 20 semanas después de la gestación.

Hemoglobina y hematocrito:

Los niveles en sangre son útiles para diagnosticar la enfermedad previa a la lámpara y son un indicador de gravedad. La hemólisis puede reducir el nivel.

Frotis de sangre:

Los signos de anemia hemolítica y Puede haber un ligero aumento en los niveles de presión arterial.

Recuento de plaquetas:

Una disminución en este número sugiere que la preeclampsia es grave.

Exámenes de orina:

Evaluación de proteinuria de 24 horas.

Creatinina:

Los niveles anormales (superiores a 0,8 mg) o un aumento asociado de oliguria son indicativos de una preeclampsia-severa.

Urémica:

Ayuda con niveles inusualmente altos (> 4.5-6 mgr)

Son indicadores fieles de la gravedad de la enfermedad.

Lactato deshidrogenasa:

Los altos niveles están asociados con la hemólisis y la afectación del hígado, lo que sugiere una enfermedad preeclámpsica grave.²³

Tratamiento de la hipertensión del embarazo.

El médico determina el tratamiento específico para la hipertensión gestacional en función de:

Su embarazo, salud general e historial médico.

- gravedad de la patología
- Su tolerancia a ciertos fármacos.
- Expectativas para la evolución de la patología.

La terapia de estas patologías está destinada a evitar que este trastorno empeore y provoque otras complicaciones incluyen:

Descanso (se puede recomendar en el hospital o en el hogar).

Hospitalización (porque puede requerirse personal y equipos especializados).

Administración de sulfato de magnesio (u otros antihipertensivos para la hipertensión del embarazo).

Control fetal (para controlar la salud fetal si la madre sufre de hipertensión gestacional)

o Conteo de movimiento fetal (seguimiento de patadas y movimiento fetal). Los cambios en el volumen o la frecuencia pueden significar que el feto está experimentando estrés.

o Prueba sin estrés (Miden la frecuencia cardíaca fetal de acuerdo con el movimiento del feto).

o Perfiles biofísicos (pruebas que examinan al feto utilizando una combinación de pruebas sin estrés y ultrasonido).

o Estudios de flujo Doppler (un tipo de ultrasonido que mide el flujo sanguíneo en los vasos sanguíneos usando ondas sonoras).

- Pruebas de laboratorio periódicas de orina y sangre (para ver si hay cambios que puedan indicar una peor hipertensión en el embarazo).

- Medicamentos llamados corticosteroides que ayudan a los pulmones fetales a madurar.

- Inducir o provocar el parto (si el tratamiento no es efectivo para controlar la hipertensión del embarazo o si el feto o la madre están en riesgo). Se puede recomendar una cesárea.²⁴

Tratamiento no farmacológico

La supervisión médica continua es esencial para controlar a las mujeres embarazadas con hipertensión crónica. Siempre que sea posible, el manejo nomedicamentoso de la PA es muy conveniente. La estrategia comúnmente utilizada en pacientes hipertensas no embarazadas no se ha demostrado en mujeres embarazadas previamente hipertensas.

Limitar la actividad física es útil durante la gestación porque ayuda a disminuir la PA, promueve la diuresis y reduce la probabilidad de partos prematuros.

Tratamiento medicamentoso

Casi todas las mujeres embarazadas con HTA crónica leves a moderadas tienen una incidencia escasa de complicaciones cardiovascular durante el embarazo y dan a luz principalmente a adolescentes y de término del parto completo. Sin embargo, los pacientes con pre eclampsia tienen un mayor riesgo de desarrollar pre eclampsia y tienen una alta morbilidad y mortalidad fetal.

Por lo tanto, el objetivo es minimizar el riesgo inicial de hipertensión materna y prevenir el desarrollo de pre eclampsia, para no ocasionar daños fetales.

Una vez que la presión arterial materna alcanza o supera el nivel de presión arterial diastólica de 100 mm Hg, la terapia farmacológica antihipertensiva debe comenzar sin duda. Si los niveles bajos de presión arterial diastólica deben tratarse es un tema de debate.

El único fármaco que ha demostrado ser útil a este respecto es la alfa-metildopa a una dosis de 500-2000 mg / día. No altera la monitorización fetal y no se han descrito casos teratogénicos. En cualquier caso, debe señalarse que, con la excepción de las convertasas y los inhibidores de la clonidina (primer trimestre), desde un punto de vista teórico, los medicamentos restantes generalmente utilizados para la terapia de la HTA crónica no muestran contraindicación absoluta. No se ha demostrado un aumento en la morbilidad y mortalidad fetales. La siguiente es una lista de medicamentos antihipertensivos que se consideran para su uso como una alternativa o suplemento al uso de alfa metildopa.

Bloqueadores beta

Existe una amplia evidencia acumulada del uso y la seguridad de los betabloqueantes. Algunos estudios que sugieren el retraso del crecimiento fetal, la reducción de la frecuencia cardíaca fetal y la capacidad del estrés hipóxico fetal para superar el uso a largo plazo de los betabloqueantes requieren atención como medida de precaución.

Bloqueadores de calcio

El uso de bloqueadores de calcio se usa relativamente raramente para el tratamiento a largos plazos de la hipertensión durante el embarazo. Las recomendaciones explícitas para su uso durante el embarazo son inapropiadas.²⁵

Diurético

Los diuréticos no son un medicamento de primera línea para tratar la hipertensión crónica con el embarazo. Sin embargo, dosis más bajas de diuréticos, si están indicadas, pueden ayudar a aumentar los efectos de otros medicamentos antihipertensivos. Se debe tener especial

cuidado en situaciones donde la perfusión uterina placentaria se reduce, como la infancia prelamina y el retraso del crecimiento uterino franco.

Vasodilatador

La combinación de hidralazina y betabloqueantes ha demostrado seguridad y eficiencia en el tratamiento de la HTA crónica durante el embarazo, pero no debe usarse como terapia de 1° línea.

En resumen, varias conclusiones consensuadas con respecto a la HTA en la gestación no hay evidencia concluyente para mejorar la supervivencia fetal. Se ha demostrado claramente que solo el tratamiento con alfa metildopa reduce las pérdidas estacionales hacia la mitad de la gestación.

En situaciones donde la presión sanguínea de la madre está aumentando, ya sea de forma aguda o crónica, se requiere monitoreo y monitoreo fetal.

El monitoreo fetal implica determinar el crecimiento fetal apropiado.

El método para tomar esta decisión está más allá de un examen médico interdisciplinario especializado.²⁶

MANEJO DE LA ECLAMPSIA

Es incorrecto asociar una posible convulsión con un cierto nivel de presión arterial.

Las administraciones de 4-6 grs de sulfato de magnesio aumenta la concentración del fármaco en plasma, pero el tratamiento debe mantenerse durante al menos 12 a 24 horas después del parto por dos razones: El paciente puede tener convulsiones durante ese tiempo.

Si tiene una convulsión, debe diferir el trabajo hasta que la afección se maneje razonablemente. Controla la presión arterial a niveles inferiores a 110 mm. La presión arterial diastólica por hora y el equilibrio apropiado de electrólisis del agua se implementaron mediante control diurético por hora. Los episodios de HTA aguda inducida por el

embarazo generalmente disminuyen rápidamente en el parto o poco después. Si la hipertensión persiste durante más de tres a cinco días, el mantenimiento de la terapia antihipertensiva intravenosa se ve obligado hasta que se logre un control completo.²⁷

La Cesárea o parto abdominal es preferida para PA severa con sufrimiento fetal en la gran mayoría de los casos.²⁷

2.3. MARCO CONCEPTUAL

La hipertensión del embarazo

Aparición de hipertensión y proteinuria 20 semanas después del embarazo.

Pre eclampsia leve:

Existencia de:

- Presión arterial de 140/90 mmHg o más, o presión arterial sistólica aumentada en 30 mmHg o más, y presión arterial diastólica aumentada en la línea de base en 15 mmHg o más.
- 0.3-5 g / L de proteinuria en orina durante 24 horas, o 1 (+) traza de proteinuria cualitativa (prueba de ácido sulfosalicílico).

Hipertensión en el embarazo. Es un aumento de la PA de 160/110 mmHg o una presión arterial sistólica de 60 mmHg o más y / o un aumento de la presión arterial diastólica de 30 mmHg o más (en relación con el valor basal).

- Proteína en orina ≥ 5 gr / lit. Orina de 24 horas o proteinuria cualitativa 2-3 (prueba de ácido sulfosalicílico).
- Oliguria, creatinina sérica elevada, afectación de los órganos manifestada por edema pulmonar.

Disfunción hepática, trastornos de la coagulación, ascitis.

Eclampsia:

Complicaciones agudas de la enfermedad preecláptica con convulsiones generalizadas.

Síndrome HELLP

Síndrome que tiene las siguientes características

- Anemia hemolítica microangiopática. Definido por cambios en los frotis de sangre (células en esquistosoma) o hiperbilirrubinemia con una prevalencia indirecta de más de 1.2 gr / dl.
- Aumente el TGO por encima de 70 UI o LDH por encima de 600 UI.
- Plaquetopenia: menos de 100,000 plaquetas por ml.

Tratamiento temporal de la hipertensión

Diagnosticados retrospectivamente, los criterios son:

HTA leve sin proteinuria (140/90 mmHg o menos). Aparece al final del embarazo y desaparece después del embarazo (hasta 10 días después del nacimiento).

Hipertensión crónica

- Presión arterial alta (> 140/90 mmHg) antes del embarazo.
- Se detectó presión arterial alta (140/90 mmHg o más) 20 semanas antes del embarazo.
- Hipertensión persistente hasta 12 semanas después del parto después de la gestación

HTA crónica con Preeclampsia

El diagnóstico requiere un registro de la hipertensión subyacente crónica con proteinuria adicional después de 20 semanas de gestación.

Nacimiento prematuro

Según la fecha de la última regla o examen físico del recién nacido, nacimientos con menos de 37 semanas de gestación. Los nacimientos prematuros se clasifican según la semana de gestación al nacer.

- Nacimiento prematuro leve: 34-36 sem. + 6 días de embarazo.
- Nacimiento prematuro moderado: 32-33 sem. + 6 días de embarazo.
- Parto prematuro extremo: 28-31 sem. + 6 días de embarazo.
- Nacimiento prematuro: 22-27 sem. + 6 días de embarazo.

Raza: Según RAE: *“Comunidad Humana definida por afinidades raciales, lingüísticas y culturales. Etc “* ²⁹

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existen factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de Chíncha durante enero a diciembre del 2019

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

He1: La edad de la gestante es un factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en paciente atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha durante el 2019

He2: La paridad es un factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en paciente atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha durante el 2019

He3: La hipertensión crónica es un factor asociado de riesgo para la pre eclampsia en paciente atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha durante el 2019

He4: La raza es un factor asociado de riesgo a la pre eclampsia en paciente atendida en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital San José de Chíncha durante el 2019

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

- Preeclampsia

2.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Paridad
- Hipertensión crónica
- Raza

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMICOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- Preeclamsia. Presencia de hipertensión (PAS>140/PAD>90) después de las 20 semanas de gestación asociada a proteinuria, presente incluso en el puerperio hasta antes de las 12 semanas.
- Edad. Espacio temporal que transcurre desde el nacimiento del sujeto
- Paridad. Números de partos con producto de más de 20 semanas de gestación que presenta una mujer
- Hipertensión crónica. Hipertensión (140 / 90 mmHg o más) que precede al embarazo.
- Raza. Características físicas y culturales de un grupo de personas que hacen que se distingan un grupo de otros.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

- Preeclamsia. Variable multidimensional categorizada en escala nominal dicotómica
- Edad. Variable numérica medida en escala de razón
- Paridad. Variable numérica medida en escala de razón
- Hipertensión crónica. Variable numérica medida en escala nominal dicotómica
- Raza. Variable nominal dicotómica

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. TIPO

Estudio no experimental u observacional.

Transversal. Estudio con una sola medida

Retrospectiva. Estudio con datos secundarios

Analítica. Estudio relacional de casos y controles

3.1.2. NIVEL

correlacional

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN. Constituida por pacientes gestantes con pre eclampsia atendidas en el hospital San José de Chincha, entre enero a diciembre del 2019 que son aprox. 96 gestantes con preeclampsia.

3.2.2. MUESTRA: Fórmula para estudio de casos y controles

$$n = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} * \sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta} * \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right]^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$Z_{1-\alpha/2}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\alpha/2}$ =	1.96
$Z_{1-\beta}$ = Valor tipificado	$Z_{1-\beta}$ =	0.84
P_1 = Exposición más frecuente en casos	P_1 =	0.50
P_2 = Exposición en controles	P_2 =	0.20
P_0	P	0.35
Tamaño de cada grupo	n =	40

Muestreo. Aleatorio 40 casos y 40 controles

DEFINICIÓN DE CASO

Gestante que presento enfermedad hipertensiva del embarazo entre enero a diciembre del 2019 en el Hospital San José de Chíncha y que presente historias clínicas completas.

DEFINICIÓN DE CONTROL

Gestante que no presento enfermedad hipertensiva del embarazo entre enero a diciembre del 2019 en el Hospital San José de Chíncha y que presente historias clínicas completas.

3.2.2.1 TIPO DE MUESTREO:

Intencionada, las historias clínicas seleccionadas incluyendo a pacientes que presenten la preeclampsia para los casos, para los controles pacientes sin preeclampsia, pero con los factores de riesgo.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA

Documental pues se revisaron registros como historias clínicas y reportes operatorios junto con exámenes que confirmasen la enfermedad.

3.3.2. INSTRUMENTO

Ficha de recolección de datos

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1 Criterios de Inclusión de casos:

Pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia que fueron atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital San José de Chíncha durante el periodo de enero a diciembre del 2019

3.4.2 Criterios de Inclusión controles:

Pacientes gestantes sin diagnóstico de preeclampsia pero que cuenten con los factores de riesgo y que hayan sido atendidas en el servicio de

Ginecoobstetricia del Hospital San José de Chíncha durante el periodo de enero a diciembre del 2019

3.4.3 Criterios de Exclusión de Casos y controles

Pacientes con análisis clínicos incompletos y perdidos en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital San José de Chíncha.

Pacientes que no hayan gestado.

Pacientes atendidas en años distintos al 2019

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Corresponde a un estudio de casos y controles. Formula Odds Ratio. $B \cdot C / A \cdot D$

	casos	controles	Total
expuestos	a	b	a+b
no expuestos	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+b+c+d

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos previa autorización del paciente fueron tabuladas en el programa estadístico SPSS v22 de donde se obtuvieron los estadísticos descriptivos y de inferencia.

El grado de relación entre las variables se estimó sobre la base del cálculo de la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, el cual se consideró significativo cuando tenía un valor $p < 0.05$.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS.

El estudio en salud incluye la participación humana apartándolos del riesgo a la vida e integridad de acuerdo a la declaración de Helsinki.

Confidencialidad: la información recopilada se almacena absolutamente y solo es útil para fines de investigación y mantiene el anonimato de los

participantes de la publicación al no tener registrado nombres, DNI, de aquellas pacientes en la recolección de datos.

No se empleó la utilización del consentimiento informado por ser un estudio en el cual se realizó una revisión de historias clínicas y no se tuvo contacto con las pacientes.

La información recopilada es responsabilidad del investigador para garantizar la protección de la información.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

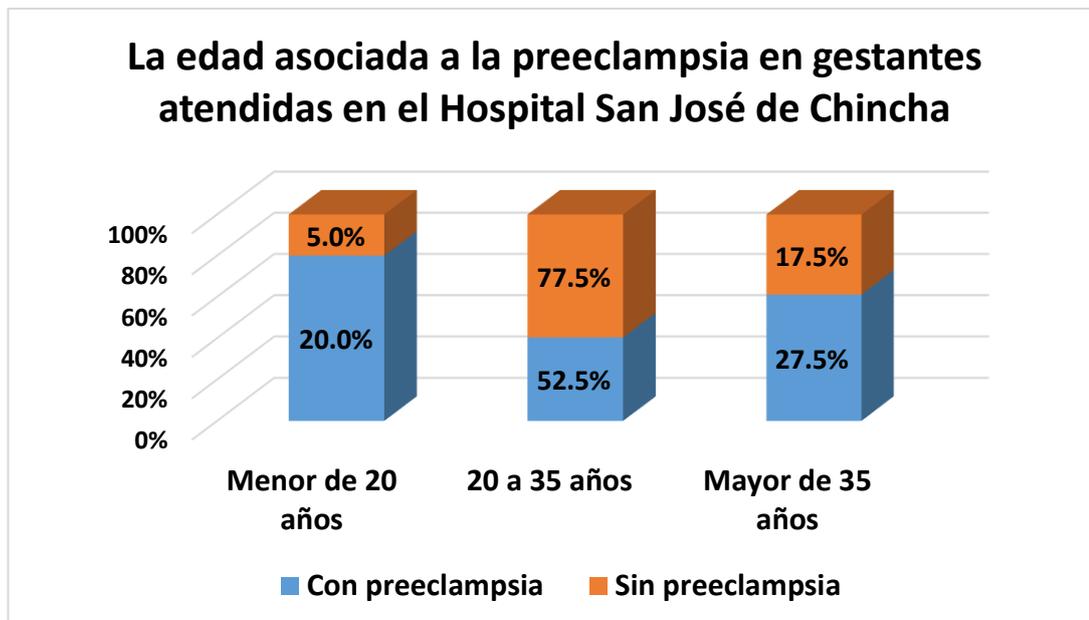
EDAD DE LA GESTANTE COMO FACTOR ASOCIADO DE RIESGO PARA LA PRE ECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDA EN EL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA EN EL 2019

TABLA N° 1

Edad	PREECLAMPSIA		Total
	SI	NO	
Menor de 20 años	8 20%	2 5%	10 12.5%
20 a 35 años	21 52,5%	31 77,5%	52 65,0%
Mayor de 35 años	11 27,5%	7 17,5%	18 22,5%
Total	40 100%	40 100%	80 100%

Fuente: Hospital San José de Chincha

Gráfico N° 1



La tabla muestra una mayor proporción de pacientes con preeclampsia en las edades de menos de 20 años y mayores de 35 años.

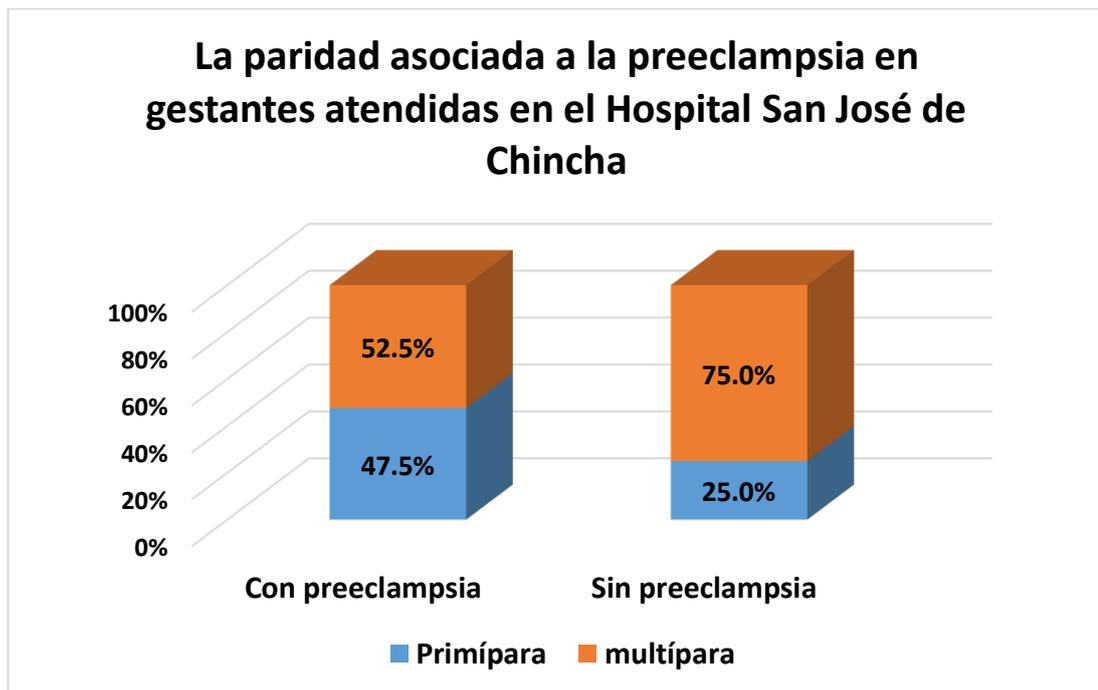
**LA PARIDAD COMO FACTOR ASOCIADO DE RIEGO PARA LA PRE
ECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDA EN EL SERVICIO DE
GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA EN EL
2019**

TABLA N° 2

Paridad	PREECLAMPSIA		Total
	SI	NO	
Primípara	19 47,5%	10 25%	29 36,3%
multípara	21 52,5%	30 75%	51 63,7%
Total	40 100%	40 100%	80 100%

Fuente: Hospital San José de Chincha

Gráfico N° 2



La tabla muestra una mayor proporción de pacientes primíparas con preeclampsia 47.5% en comparación de solo 25% en el grupo de las multíparas. OR: 2,7 (1,4 – 5,3)

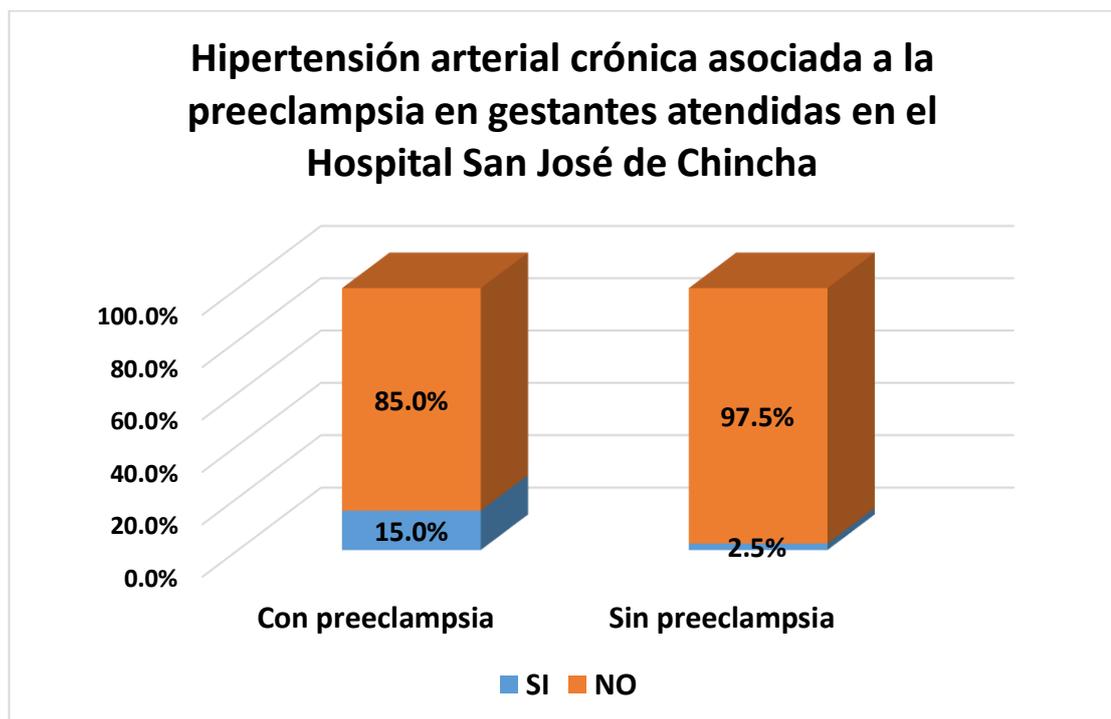
**LA HIPERTENSIÓN CRÓNICA COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO
A LA PRE ECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDA EN EL SERVICIO DE
GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA
DURANTE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019**

TABLA N° 3

Hipertensión arterial crónica	PREECLAMPSIA		Total
	SI	NO	
SI	6 15%	1 2,5%	7 8,7%
NO	34 85%	39 97,5%	73 91,3%
Total	40 100%	40 100%	80 100%

Fuente: Hospital San José de Chincha

Gráfico N° 3



La tabla muestra una mayor proporción de pacientes con hipertensión arterial crónica con preeclampsia 15% en comparación de solo 2.5% de pacientes con hipertensión arterial crónica en el grupo de las sin preeclampsia. OR: 6,9 (1,5 – 31,8)

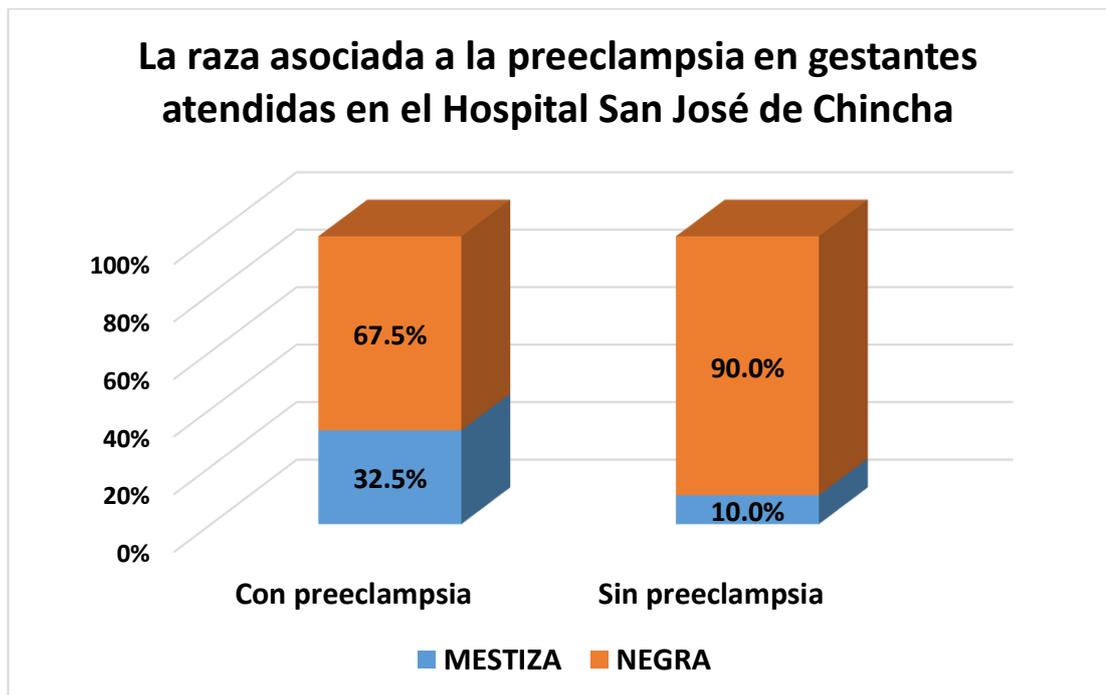
**LA RAZA COMO FACTOR ASOCIADO DE RIESGO PARA LA PRE
ECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDA EN EL SERVICIO DE
GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA EN EL
2019**

TABLA N° 4

Raza	PREECLAMPSIA		Total
	SI	NO	
MESTIZA	13 32,5%	4 10,0%	17 21,3%
NEGRA	27 67,5%	36 90%	63 78,8%
Total	40 100%	40 100%	80 100%

Fuente: Hospital San José de Chincha

Gráfico N° 4



La tabla muestra una mayor proporción de pacientes de raza mestiza con preeclampsia 32,5% en comparación de solo 10% de pacientes mestizas en el grupo de las que no tuvieron preeclampsia. OR: 4,3 (1,8 – 10,3)

4.2. DISCUSIÓN

La Tabla N° 1 nos demuestra que las edades ideales para procrear son las de 20 a 35 años, pues como muestra la existe riesgo aumentado de desarrollar preeclampsia cuando la gestante tiene menos de 20 años o más de 35 años, al parecer en el caso de las gestantes menores de 20 años, porque es mayormente su primera gestación y se encuentra en inmadurez física y mental, y en el caso de las añosas porque aumenta otros factores de riesgo que hacen que el riesgo en estas edades se incremente. Valdés⁶ en su estudio en Cuba determina que la preeclampsia es más frecuente en madres de más de 35 años y sobre todo cuando existe preeclampsia como antecedente en sus familiares de 1° o 2° orden. Garcés⁷ determina en su investigación que presentar preeclampsia es más riesgo cuando la edad es de 18 a 25 años o que sufran hipertensión arterial crónica; resultados concordantes con lo encontrado en el estudio. Incluso Álvarez⁸ determinó en su estudio que la obesidad es también un factor que aumenta el riesgo de presentar preeclampsia. Acosta¹⁰ también indica en su estudio que la edad materna menor de 19 años es un riesgo que incrementa la posibilidad de presentar esta patología hipertensiva. Aliaga¹¹ indica en su estudio que las mujeres en edad fértil son las que tienen menor riesgo de presentar preeclampsia, con lo que se deduce que las edades extremas son de riesgo.

La tabla N° 2 concluye que la condición de primípara es un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia durante su gestación, pues al parecer no se tomaron las medidas preventivas pues la enfermedad se manifiesta por primera vez y habitualmente son las que menos controles prenatales tienen lo que aumenta su riesgo de presentar enfermedades sobre todo la preeclampsia. Garrido⁹ en su investigación concluye que la gran mayoría de las gestantes con preeclampsia eran en su primogénito. Fernández¹⁵ en Lima indica en su estudio que la condición de primípara es un factor de riesgo como lo demostramos para presentar preeclampsia. Del mismo modo

el estudio de Romero¹⁶ refuerza esta posición que la preeclampsia es más frecuente en el primer parto. Del mismo modo concluye Quispe¹⁷ en su estudio.

La tabla N° 3 demuestra que la condición de tener hipertensión arterial crónica incrementa significativamente el riesgo de preeclampsia, debido a que los factores que condicionan la hipertensión arterial se incrementan en el embarazo que como es sabido no existen evidencias concluyentes sobre las causas de la preeclampsia pues en ellas están involucrados factores fetales, placentarias y maternas. Así lo demuestra Vargas¹² en su estudio en el Hospital San Bartolomé donde indica que presentar previamente hipertensión arterial crónica incrementa el riesgo de presentar preeclampsia. Huamán¹³ en su investigación encuentra resultados similares a los encontrados en el estudio pues concluye que el antecedente de tener hipertensión arterial crónica, tener edad mayor de 35 años ser primípara son factores de riesgo para tener preeclampsia. Heredia¹⁴ así lo demuestra en su estudio donde precisa que el tener antecedente de hipertensión arterial incrementa el riesgo de presentar esta patología.

Finalmente evaluamos la raza como factor asociada a la preeclampsia determinándose que la raza mestiza se encuentra más en riesgo que la raza negra, contrario a lo referido por las teorías, que se debería a que las combinaciones de raza en la ciudad de Chincha son diversas de tal manera que encontrar raza negra pura no es posible determinarlo con solo la observación por lo que se requiere un tamizaje más estricto a la hora de seleccionar a la gestante según su verdadera raza.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Las edades de riesgo para preeclampsia son las gestantes menores de 20 años y las mayores de 35 años, con una probabilidad de error de 4,1% ($p=0,041$; Significancia estadística: 0,05)

La primiparidad es un factor de riesgo para presentar preeclampsia con una probabilidad de error de 3,6% OR: 2,7 (1,4 – 5,3) ($p=0,036$; Significancia estadística: 0,05)

La hipertensión crónica es un factor asociado de riesgo para la preeclampsia, con una probabilidad de error de 4.8% OR: 6,9 (1,5 – 31,8) ($p=0.048$; Significancia estadística: 0,05)

La raza mestiza es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia, con una probabilidad de error de 1.4% siendo la limitación de esta conclusión que el tamizaje de las pacientes fue realizado por observación y no a propósito de la investigación. OR: 4,3 (1,8 – 10,3) ($p=0,014$; Significancia estadística: 0,05)

5.2. RECOMENDACIONES

1.- Al ser la edad un factor de riesgo no modificable, se debe realizar medidas preventivas de embarazos en estas edades, para ello es necesario intervenir en los colegios y universidades promoviendo sexo seguro a fin de evitar embarazos precoces, así mismo informar a las madres que las edades más saludables para tener procreación es la de 20 a 35 años, tratando de evitar embarazos en edades mayores con un buen uso de los métodos anticonceptivos.

2.- Controlar adecuadamente y estrictamente a las gestantes primerizas pues en ellos es más frecuente la presencia de estas enfermedades la que es posible lograr ampliando la cobertura de atenciones prenatales y captación de gestantes a través del radar de la gestante.

3.- Tratar adecuadamente controlando la presión arterial a aquellas gestantes que tienen antecedentes de hipertensión arterial, para ello la dieta y el tratamiento farmacológico son las herramientas fundamentales para un tratamiento oportuno.

4.- Controlar a toda gestante de cualquier raza de manera estricta pues en todas las razas se puede presentar preeclampsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- B Sibai, G Dekker, M Kupferminc - The Lancet,– Elsevier. [Publicación en línea] 2005. [consultado 26 feb 2020) Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17987-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17987-2)
- 2.- Organización Mundial de la salud. OMS: Centro de prensa, Mortalidad Materna: Nota descriptiva. [Internet]. Septiembre 2016 [consultado 27 feb 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es>
- 3.- Chirinos J. Incidencia y características de la enfermedad hipertensiva en el embarazo: Estudio retrospectivo a nivel del mar y en la altura. Acta Andina. [Publicación en línea] 1995. [Citada: 2018 febrero 27]; 4 (1): 25 – 34.
- 4.- Bonifacio S. Factores Relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre preeclampsia en gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo-julio 2015. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
- 5.- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Ginebra: OMS; [Publicación en Línea] 2015. [citada: 2018 febrero 28]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 6.- Valdés Yong Magel, Hernández Núñez Jónathan. Factores de riesgo para preeclampsia. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014 Sep [citado 2020 Feb 26] ;43(3):307-316.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572014000300005&lng=es.
- 7.- Garcés, F. (2014). Factores de riesgo y condiciones perinatales de la preeclampsia-eclampsia. Rev Estudiantil [En línea] 2020 Feb [citado 2020 Feb 26] v. 53, n. 254, p. 17-27, jul. 2014. ISSN 1729-6935. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/26

- 9.- Garrido E. (2014). Caracterización de los trastornos hipertensivos inducidos por la gestación. Guatemala [en Línea] 2020 Feb [citado 2020 Feb 26] Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9599.pdf
- 10.- Acosta, M. (2013). Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el hospital Regional de Loreto
- 11.- Aliaga, E. (2017). Factores asociados a preeclampsia en las gestantes atendidas en el hospital iii Iquitos de Es salud julio 2015 a junio 2016
- 12.- Vargas, L. (2015). Factores predictores de eclampsia en pacientes con preeclampsia atendidas en el hospital nacional docente madre niño "San Bartolomé" durante el periodo 2010 – 2014 Lima Perú
- 13.- Huamán, M. (2016). Factores de riesgo para preeclampsia severa en el hospital Nacional PNP Luis N. Saenz en el periodo enero a setiembre del 2015. Lima Perú
- 14.- Heredia, I. (2014). Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el hospital Regional de Loreto de enero 2010 a diciembre 2014. Trujillo.
- 15.- Fernández, C. (2017). Factores de riesgo que influyen en preeclampsia ocurridas en el hospital San Juan de Lurigancho – 2016 Lima Perú
- 16.- Romero, M. (2016). Factores de riesgo en gestantes con preeclampsia severa atendidas en el hospital amazónico durante el año 2016. Pucallpa.
- 17.- Quispe R. (2013)11. Complicaciones maternas y fetales de la preeclampsia diagnosticadas en un hospital del Sur del Perú, 2013
- 18.- Rosas-Peralta, M. Borrayo-Sánchez, G. Madrid-Miller, A. Ramírez-Arias, E. Pérez-Rodríguez, G. Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016, 54 Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457746536007>> ISSN 0443-5117
- 19.- Saona-Ugarte, P. (2015). Clasificación de la enfermedad hipertensiva en la gestación. Disponible en: sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/a05v52n4.pdf

- 20.- Veliz S.et al. Análisis de situación de salud hospitalario: Instituto de gestión de servicios de salud. Hospital San Juan de Lurigancho. Perú. 2016.
- 21.- Instituto Nacional Materno Perinatal Directorio Institucional. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa – 2017
- 22.- Sepúlveda Martínez, A. (2015). Actualización en el diagnóstico y manejo del daño hepático agudo grave en el embarazo. Rev Med Chile 2015; 143: 627-636
- 23.- Pacheco J. Preeclampsia en la gestación múltiple. Rev Peru Ginecol Obstet. 2015;61(3): 269-280
- 24.- Guevara Ríos, E. (2015). Manejo de la preeclampsia / eclampsia en el instituto nacional materno perinatal. Rev Perú Investig Matern Perinat 2015;4(1):38-45.
- 25.- De Cherney, A; Laufer, NÑ Nathan, & Roman, A. (2014). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetricos. XI edición. Nueva York: Lange Medical Book. Mc Graw-Hill.
- 26.- Herrera K. Preeclampsia Revista Médica Sinergia Vol.3 Num:3 Marzo 2018 pp: 8–12ISSN:2215-4523EISSN:2215-5279
- 27.- Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstetrics & Gynecology: January 2019 - Volume 133 - Issue 1 - p e1-e25
doi: 10.1097/AOG.0000000000003018
- 28.- Zuñiga Ramirez L. (2018) Factores de riesgo asociado a preeclampsia y eclampsia en gestantes de 18 a 40 años atendidas en el Hospital Nacional Luis N. Saenz enero 2015 – junio 2017. Lima – Perú
- 29.- Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). «raza». Diccionario de la lengua española (23.^a edición). Madrid: Espasa. ISBN 978-84-670-4189-7.

ANEXOS

Anexo 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

ALUMNO: BRIAN MARTIN DE LA CRUZ GUILLINTA

ASESOR. Dr. HARRY LEVEAU BARTRA PH.D.

LOCAL: HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA

TEMA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DURANTE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Fuente
V. Independiente Preeclampsia	Aparición de hipertensión después de las 20 semanas de gestación más proteinuria.	Variable multidimensional categorizada en escala nominal dicotómica	Presente Ausente	Nominal	Ficha de recolección de datos
V. Dependiente Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Variable numérica medida en escala de razón	Menores de 20 años 20 a 35 años Más de 35 años	Razón	Ficha de recolección de datos
Paridad	Números de partos con producto de más de 20 semanas de gestación que presenta una mujer	Variable numérica medida en escala de razón	Primípara multipara	Razón	
Hipertensión arterial crónica	Hipertensión (140/90 mmHg o más) que precede al embarazo.	Variable numérica medida en escala nominal dicotómica	Si No	Nominal	

Raza	Grupos étnicos en que se divide la especie humana teniendo en cuenta ciertas características físicas distintivas, como el color de la piel o el cabello, que se transmiten por herencia de generación en generación.	Variable nominal dicotómica	Mestiza Negra	Nominal	
------	--	-----------------------------	------------------	---------	--

Anexo 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNO: BRIAN MARTIN DE LA CRUZ GUILLINTA

ASESOR. Dr. HARRY LEVEAU BARTRA PH.D.

LOCAL: HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA

TEMA: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DURANTE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Indicadores
<p>Problema general ¿Cuál son los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019?</p> <p>Problemas específicos ¿La edad de la gestante es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante</p>	<p>Objetivo General • Determinar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019</p> <p>Objetivos Específicos Precisar si la edad de la gestante es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el</p>	<p>Hipótesis general Ha: Existe factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019</p> <p>Hipótesis específicas La edad de la gestante es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital</p>	<p>Variable dependiente Preeclampsia</p> <p>Variables independientes •Edad •Paridad •Hipertensión crónica</p>	<p>Presente Ausente</p> <p>Menores de 20 años 20 a 35 años Mas de 35 años</p> <p>Primípara Multipara</p> <p>Si No</p>

<p>enero a diciembre del 2019? ¿La paridad es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019? ¿La hipertensión crónica es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019? ¿La raza es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019?</p>	<p>servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019 Valorar si la paridad es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019 Especificar si la hipertensión crónica es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019 Identificar si la raza es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el</p>	<p>San José de chincha durante enero a diciembre del 2019 La paridad es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019 La hipertensión crónica es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019 La raza es un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco – obstetricia del Hospital</p>	<p>•Raza</p>	<p>Mestiza Negra</p>
--	---	--	--------------	---------------------------

	servicio de Gineco – obstetricia del Hospital San José de chincha durante enero a diciembre del 2019	San José de chincha durante enero a diciembre del 2019		
--	--	--	--	--

Diseño metodológico	Población y muestra	Técnicas e instrumentos
<p>-Nivel Relacional</p> <p>-Tipo Observacional, transversal, prospectiva, analítica</p>	<p>Población: 96 gestantes con preeclampsia.</p> <p>DEFINICIÓN DE CASO Gestante que presento enfermedad hipertensiva del embarazo entre enero a diciembre del 2019 en el Hospital San José de Chincha y que presente historias clínicas completas.</p> <p>DEFINICIÓN DE CONTROL Gestante que no presento enfermedad hipertensiva del embarazo entre enero a diciembre del 2019 en el Hospital San José de Chincha y que presente historias clínicas completas.</p> <p>Tamaño de muestra 40 casos y 40 controles</p> <p>Muestreo Aleatorio simple</p>	<p>Técnica Documental</p> <p>Instrumento Ficha de datos donde fueron consignados los datos necesarios para la investigación.</p>

Anexo 3. INSTRUMENTO



Título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA DURANTE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019

Autor: DE LA CRUZ GUILLINTA BRIAN

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha de recolección de datos N ° FICHA_____HC:_____

Variable dependiente

Preeclampsia

(Presente) (Ausente)

Variables independientes

Edad

(Menores de 20 años)

(20 a 35 años)

(Mas de 35 años)

Paridad

(Primípara)

(multípara)

Hipertensión crónica

(SI) (NO)

Raza

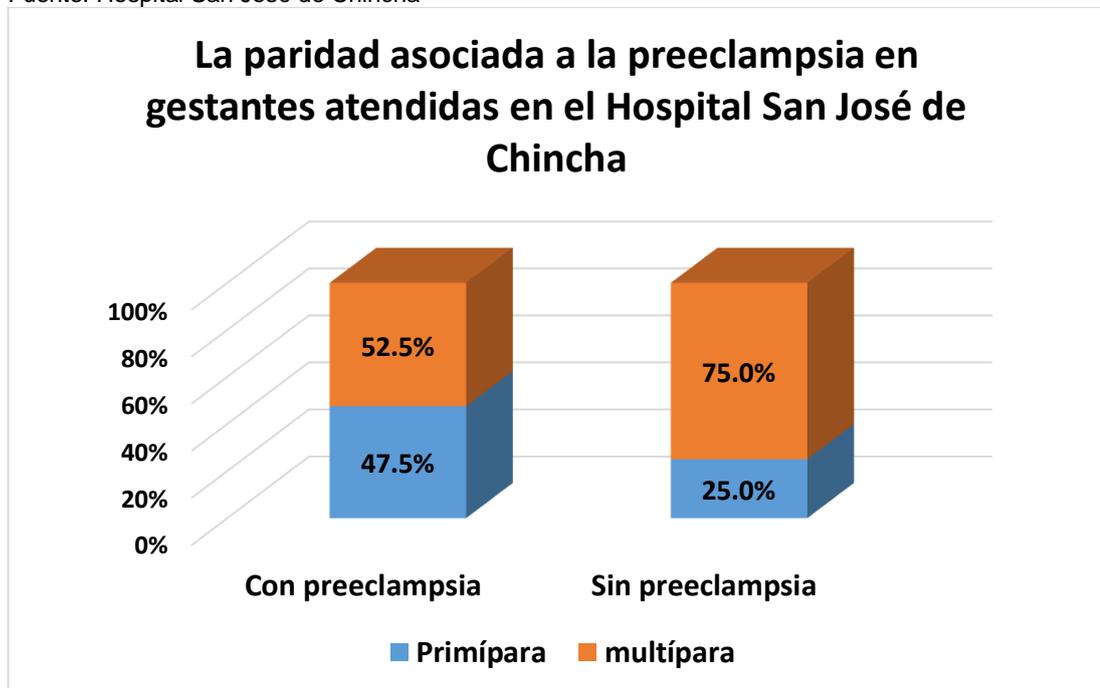
(Mestiza) (Negra)

Adaptado de: *Factores de riesgo asociado a preeclampsia y eclampsia en gestantes de 18 a 40 años atendidas en el hospital nacional luis n. saenz enero 2015 – junio 2017*²⁸

Anexo 4. CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO – ESTUDIO PILOTO

Paridad	PREECLAMPSIA		Total
	SI	NO	
Primípara	19 47,5%	10 25 %	29 36,3%
multípara	21 52,5%	30 75 %	51 63,7%
Total	40 100%	40 100%	80 100%

Fuente: Hospital San José de Chíncha



($p=0,036$; Significancia estadística: 0,05)

OR: 2,7 (1,4 – 5,3)