

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA ASOCIADO A
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA,
DURANTE EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DEL
2015**

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

FRANK RORÍQUEZ RAMÍREZ

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

LIMA - PERÚ

2017

ASESOR:
DR. ROY MARTÍN ANGULO REYES

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento infinito a Dios, por haberme dado la oportunidad de culminar esta linda etapa de estudio, por haberme bendecido con unos señores padres maravillosos.

A mi padre quien desde la eternidad y a mi madre pues dedicaron su vida a mí. Y creo que es poco lo que puedo ofrecerles sin embargo es de lo mejor que puedo, mi esfuerzo sincero de toda la vida.

A mi querida esposa agradecerle por todo su apoyo absoluto a diario, su sacrificio y su corazón de madre. Y a mí menor hijo verlo crecer día a día es la satisfacción más grande.

Mi gratitud eterna a la UPSJB, alma mater y aureola de nuestra profesión donde hemos compartido nuestros esfuerzos, formándonos y orientándonos en sus aulas para llegar a ser dignos representantes en el futuro.

Así mismo expreso mi reconocimiento y gratitud a mi asesor Dr. Roy Martín Angulo Reyes por su disposición, comprensión y paciencia, que hicieron posible la realización del presente estudio.

DEDICATORIA

A Dios por haberme brindado sabiduría,
fortaleza, salud y no dejarme solo
en los momentos más difíciles y haberme
permitido que mi sueño se ha realidad,
además por su infinita bondad y amor.

A mi padre Jorge Rodríguez Bravo quien
desde la eternidad fue mi más grande
inspiración, porque su ejemplo siempre se
vera plasmado en cada uno de mis logros.

A mi madre, esposa y a mi hijito a
quienes les debo todo mi esfuerzo.
Con mucho cariño y amor para ellos.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de Preeclampsia asociado a características sociodemográficas en gestantes atendidas en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se desarrolló un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos mediante las historias clínicas de emergencia. Se trabajó con 126 gestantes con cuadro clínico de Preeclampsia, determinadas por las características sociodemográficas. Las variables del presente estudio se estudiaron mediante la prueba Chi cuadrado en el programa estadístico SPSS versión 23 y el programa Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS: La edad media fue de $29.2 \pm 6,7$ (IC 95% 22.5-35.9); el 71.4% (90/126) tienen estudios secundarios y el 15.18% (19/126) estudios primarios; el estado civil con mayor frecuencia es "conviviente" con un 56.3% (71/126). La preeclampsia se manifestó con más frecuencia en el tercer trimestre de gestación en un 85.7% (108/126), 80.2% tienen preeclampsia Leve y 19.8% Preeclampsia Severa. El grado de instrucción ($p = 0,155$), y el estado civil ($p = 0,086$) no mostro asociación significativa con el cuadro clínico de Preeclampsia Leve o Severa, sin embargo la edad ($p = 0,000$) si mostro asociación significativa con el cuadro clínico de Preeclampsia Leve y Severa.

CONCLUSIONES: Este trastorno hipertensivo está relacionada con una diversidad de factores de riesgo. La prevalencia del hospital es del 10%. Las gestantes deben tener una atención integral de calidad y ser controladas minuciosamente durante toda la gestación, para así poder disminuir la incidencia y sus complicaciones graves de esta patología.

Palabras claves: Prevalencia, Preeclampsia, Presión Arterial, Proteinuria.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence of preeclampsia associated with sociodemographic characteristics in pregnant women attended at the emergency service of the Hospital María Auxiliadora during the period from March to July 2015.

MATERIALS AND METHODS: A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out at the María Auxiliadora Hospital in San Juan de Miraflores. The instrument used was the data collection form using emergency medical records. We worked with 126 pregnant women with clinical signs of preeclampsia, determined by sociodemographic characteristics. The variables of the present study were studied using the Chi-square test in the statistical program SPSS version 23 and the program Microsoft Excel 2010.

RESULTS: The mean age was 29.2 ± 6.7 (95% CI 22.5-35.9); 71.4% (90/126) have secondary studies and 15.18% (19/126) primary studies; The civil status is most often "cohabiting" with 56.3% (71/126). Preeclampsia manifested more frequently in the third trimester of gestation in 85.7% (108/126), 80.2% had mild preeclampsia and 19.8% had severe preeclampsia. The degree of education ($p = 0,155$), and the marital status ($p = 0.086$) showed no significant association with the clinical picture of mild or severe preeclampsia, however age ($p = 0.000$) showed a significant association with the clinical picture Mild and Severe Preeclampsia.

CONCLUSIONS: This hypertensive disorder is related to a variety of risk factors. The prevalence of the hospital is 10%. Pregnant women should have comprehensive quality care and be carefully monitored during pregnancy to reduce the incidence and serious complications of this condition.

Key words: Prevalence, Preeclampsia, Blood Pressure, Proteinuria.

PRESENTACIÓN

La investigación se realizó en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores – Lima, en el servicio de emergencia durante el período de tiempo de Marzo a Julio del 2015, recolectando información detallada de las historias clínicas de todas las pacientes que se atendieron en emergencia.

La preeclampsia es un problema prioritario de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que este trastorno hipertensivo afecta las tasas de morbilidad materna y perinatal a nivel mundial.

La preeclampsia es un síndrome multiorgánico específico del embarazo después de las 20 semanas de gestación, acompañada de hipertensión arterial y proteinuria significativa, siendo una patología multiorgánica, por lo general la preeclampsia afecta a mujeres jóvenes y al primer embarazo, aunque también ocurre en pacientes multíparas sobre todo si tienen factores de riesgo predisponentes.

El comité de Terminologías del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), define la Preeclampsia como un síndrome que ocurre de manera exclusiva durante el embarazo y cursa con hipertensión arterial ($TA \geq 140/90\text{mmHg}$) Y proteinuria significativa, en pacientes con edad gestacional mayor igual a 20 semanas, sin embargo solo se ha identificado casos de preeclampsia con menos de 20 semanas de gestación en enfermedad trofoblástica, mola hidatiforme o hidrops fetal.⁽⁴⁾

Este trastorno hipertensivo complica entre 8 y 25% de todas las gestaciones y se le considera como la segunda causa de mortalidad materna a nivel nacional en un 35%, y en el INMP es considerada la primera causa de mortalidad materna en un 44%, información encontrada por Guevara⁽¹⁾ en el “Manejo de la Preeclampsia en el Perú”.

También podemos definir como síndrome multisistémico presente clínicamente después de la semana 20 de gestación (excepto en enfermedad del trofoblasto); caracterizado por proteinuria e hipertensión. Es una patología que generan mayor mortalidad y morbilidad materna y perinatal, se caracteriza por ser una enfermedad progresiva, conforme va avanzando el embarazo se van agregando criterios de severidad, el único tratamiento definitivo es detener la gestación, extrayéndose la placenta para evitar complicaciones severas.

La preeclampsia se conoce como la “enfermedad de las teorías” porque se han propuesto como causas diversos factores genéticos, inmunológicos, vasculares, hormonales, nutricionales y conductuales

La preeclampsia es un síndrome multisistémico caracterizado por hipoxia o isquemia placentaria y se atribuye a la falta de los citotrofoblastos para invadir de manera adecuada las arterias uterinas espirales. Se ha informado que la isquemia útero placentaria da lugar a un estrés oxidativo que lleva a cabo la síntesis y liberación de toxinas que ingresan a la circulación y ocasionan una inflamación generalizada, disfunción endotelial y activación del sistema de coagulación.

Según la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según el nivel de capacidad resolutive, documento redactado por el Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2012, la preeclampsia a nivel mundial compromete del 5-10% de todas las gestaciones, y es la primera causa de mortalidad materna a nivel mundial. A nivel nacional es considerada como la segunda causa de muerte materna responsable del 41% de los partos prematuros y aumenta 5 veces la mortalidad perinatal.

Esta investigación busca dar a conocer este trastorno hipertensivo, evitando sus complicaciones, promoviendo mediante programas de prevención e impulsar a la gestante lo fundamental o primordial que es asistir estrictamente a todos sus controles prenatales.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	
ASESOR	II
AGRADECIMIENTOIII
DEDICATORIAIV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACIÓN	VII
ÍNDICE	IX
LISTA DE TABLAS	XII
LISTA DE GRÁFICOS	XIV
LISTA DE ANEXOS.....	XVI
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.4 OBJETIVOS.....	5
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.5 PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES.....	6
2.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	8
2.2 BASES TEÓRICAS.....	10
2.2.1 DEFINICIÓN.....	10

2.2.2	CLASIFICACIÓN.....	13
2.2.2.1	PREECLAMPSIA LEVE.....	13
2.2.2.2	PREECLAMPSIA SEVERA.....	13
2.2.3	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA..	14
2.2.4	ETIOPATOGENIA.....	15
2.2.5	FISIOPATOLOGÍA.....	16
2.2.6	CUADRO CLÍNICO.....	18
2.2.6.1	PREECLAMPSIA LEVE.....	18
2.2.6.2	PREECLAMPSIA SEVERA.....	18
2.2.7	DIAGNÓSTICO.....	19
2.2.8	TRATAMIENTO.....	20
2.3	HIPÓTESIS.....	22
2.4	VARIABLES.....	22
2.4.1	VARIABLE DEPENDIENTE.....	22
2.4.2	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	23
2.5	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	24

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	TIPO DE ESTUDIO.....	24
3.2	ÁREA DE ESTUDIO.....	24
3.3	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	24
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
3.5	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	25
3.6	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	25

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1	RESULTADOS.....	26
4.1.1	PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA.....	42
4.2	DISCUSIÓN.....	43

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.....	44
5.2 RECOMENDACIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
ANEXOS	50

LISTA DE TABLAS

	Pág.
TABLA Nº 1 Estadísticos de la edad materna Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	26
TABLA Nº 2 Edad de gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	27
TABLA Nº 3 Grado de instrucción de las gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	28
TABLA Nº 4 Estado civil de las gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	29
TABLA Nº 5 Trimestre de gestación y Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	30
TABLA Nº 6 Clasificación de la Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	31
TABLA Nº 7 Trimestre de gestación y clasificación de la Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	32
TABLA Nº 8 Preeclampsia y edad de gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	33
TABLA Nº 9 Preeclampsia y grado de instrucción de gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	34
TABLA Nº 10 Preeclampsia y estado civil de gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	35

TABLA Nº 11	Trimestre de embarazo y edad en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	36
TABLA Nº 12	Trimestre de embarazo y grado de instrucción en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	37
TABLA Nº 13	Trimestre de embarazo y estado civil en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	38
TABLA Nº 14	Clasificación de Preeclampsia asociado a la edad de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	39
TABLA Nº 15	Prueba de Chi Cuadrado para asociación de clasificación de preeclampsia asociado a la edad de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	39
TABLA Nº 16	Clasificación de preeclampsia asociado al grado de instrucción de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	40
TABLA Nº 17	Prueba de Chi Cuadrado para asociación de clasificación de preeclampsia asociado al grado de instrucción de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	40
TABLA Nº 18	Clasificación de preeclampsia asociado al estado civil de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	41
TABLA Nº 19	Prueba de Chi Cuadrado para asociación de clasificación de preeclampsia asociado al estado civil de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	41

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO Nº 1	Distribución de la edad de las gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015. 27
GRÁFICO Nº 2	Distribución del grado de instrucción de las gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015. 28
GRÁFICO Nº 3	Distribución del estado civil de las gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015. 29
GRÁFICO Nº 4	Clasificación de la Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015. 30
GRÁFICO Nº 5	Distribución de la clasificación de la Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015. 31
GRÁFICO Nº 6	Distribución del trimestre de gestación y clasificación de la Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015. 32
GRÁFICO Nº 7	Distribución de la preeclampsia y edad de gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015. 33
GRÁFICO Nº 8	Distribución de la preeclampsia y grado de instrucción en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015. 34
GRÁFICO Nº 9	Distribución de la preeclampsia y estado civil de gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015. 35

GRÁFICO N° 10	Distribución del trimestre de embarazo y edad en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio 2015.	36
GRÁFICO N° 11	Distribución del trimestre de embarazo y grado de instrucción en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	37
GRÁFICO N° 12	Distribución del trimestre de embarazo y estado civil en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.	38

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	51
ANEXO N° 2: INSTRUMENTO.....	53
ANEXO N° 3: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO.....	54
ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	57

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad hipertensiva del embarazo se clasifica en cuatro categorías de hipertensión en el embarazo: a) Preeclampsia - Eclampsia, b) Hipertensión crónica (de cualquier causa), c) Preeclampsia agregada a hipertensión crónica y d) Hipertensión transitoria o inducida por el embarazo⁽²⁾⁽³⁾.

Si bien la causa de la preeclampsia se desconoce, una de las alteraciones fisiopatológicas subyacentes principales es el vasoespasmo generalizado. Sin embargo no se ha identificado ninguna “causa” única y definitiva, y el origen del trastorno se considera multifactorial.

La preeclampsia ocurre entre el 5 a 20% de los embarazos, A nivel mundial, es la causa directa de muerte materna en un 15%. En los EE.UU varía entre 1,6% a 12,6% y es la cuarta causa de muertes maternas.

Este trastorno hipertensivo en América Latina, es la primera causa de muerte materna representado en un 30%. Sin embargo. También es causa importante de morbilidad neonatal, responsable de más del 41% de partos prematuros ya sea directamente causando Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) aumentando 5 veces la mortalidad perinatal.

En la población de gestantes con nivel socio económico bajo, nutricional y cultural suele ser más frecuentes a la presentación de la preeclampsia. Las gestantes que residen en lugares parcialmente urbano marginales tienen 3 veces mayor riesgo de manifestar preeclampsia que las que viven en lugares no urbanos marginales⁽⁵⁾.

Según las nuevos protocolos de este trastorno hipertensivo en el embarazo el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), define a este trastorno hipertensivo como un síndrome multisistémico después de las 20 semanas de gestación (excepto en enfermedad trofoblástica como

mola hidatiforme o hidrops fetal); caracterizado por hipertensión arterial y proteinuria, dentro de los cambios relevantes se encuentra la eliminación del edema como un criterio estricto para preeclampsia, este signo se puede observar en la paciente embarazada convencional y se correlaciona poco con el nivel de complicación de la preeclampsia.

Ante la carencia de proteinuria, la presentación de la preeclampsia es caracterizada por hipertensión arterial asociado a una disminución de las plaquetas (trombocitopenia), insuficiencia renal, insuficiencia hepática, edema agudo de pulmón y de una manifestación brusca de hemorragia, accidente cerebrovascular o trastornos visuales⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

La disfunción endotelial causa un desequilibrio entre las diferentes clases de vasoconstrictores (endotelina, tromboxano, angiotensina II) y vasodilatadores (óxido nítrico, prostaciclina) de producción local, lo cual ocurre un recubrimiento del endotelio vascular, que influyen la regulación del tono vascular, la modulación de la inflamación, la promoción e inhibición del crecimiento vascular y la promoción e inhibición de la agregación plaquetaria y la coagulación⁽⁸⁾.

En el mundo, la incidencia de este trastorno hipertensivo varía entre 8% al 20% de todas las gestaciones⁽⁹⁾. La (OMS) plantea que la incidencia de este trastorno hipertensivo es superior en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados.⁽¹⁰⁾; y en América Latina, la mortalidad materna por este trastorno hipertensivo es casi la cuarta parte.⁽⁹⁾⁽¹¹⁾

La incidencia en el Perú oscila entre el 10% y 20%.⁽¹²⁾ Las defunciones maternas por este trastorno hipertensivo representan la segunda causa de mortalidad materna, en segundo de las hemorragias e incrementaron en un 19% en el año 2007, en el año 2010 a 30% y en el año 2012 a 32%.⁽¹³⁾ La prevalencia de este trastorno hipertensivo del embarazo es superior en la Costa que en la Sierra, sin embargo en la sierra es mayor la mortalidad materna por este trastorno hipertensivo⁽¹⁴⁾. En la Dirección de

Salud de Lima Ciudad es la primera causa de mortalidad materna a mediados de los años 2000 - 2010, con un 34%⁽¹²⁾⁽¹⁵⁾.

La OMS considera la manifestación de este trastorno hipertensivo durante el tercer control prenatal a las 32 semanas de gestación, especialmente en lugares con bajo nivel socioeconómico, cultural y nutricional (deficiencia alimentaria) donde las gestantes por el mismo nivel educativo no son conscientes de esta patología. Las gestantes en su primer control prenatal debe ser informadas de los diferentes factores de riesgo de este trastorno hipertensivo, entre ellas: primigravidez, edad menor de 17 y mayor de 35 años, nuliparidad, IMC aumentado, embarazo gemelar, hipertensión arterial crónica, embarazo con pareja diferente a gestación, antecedente de restricción del crecimiento intrauterino, antecedente familiar de preeclampsia, diabetes gestacional, dislipidemia, obesidad e hipertensión arterial gestacional⁽¹⁰⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

Por todo lo expuesto antes, se plantea la presente investigación en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015, según lo observado en las diferentes bibliografías podemos afirmar que hay un componente esencialmente social en su presentación, y debido a ello se encuentra dentro de una línea de investigación.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a lo planteado, nos hacemos la siguiente pregunta ¿Cuál es la prevalencia de preeclampsia asociado a características sociodemográficas en gestantes atendidas en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Se justifica la realización del presente estudio sobre la prevalencia de preeclampsia asociado a características sociodemográficas en gestantes atendidas, ya que hay diversas preguntas de este trastorno hipertensivo que es muy común en la población de las gestantes que se atendieron en el departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores.

Sin embargo, de esta patología se conocen sus causas, clínica y tratamiento, pero todavía siguen habiendo muertes maternas por este trastorno hipertensivo, en efecto ocasiona una serie de consecuencias sociales por la defunción de una gestante.

La preeclampsia a nivel nacional, representan un 35% colocándose en el segundo lugar después de las hemorragias e infecciones. La incidencia hospitalaria fluctúa entre 8% al 18% siendo la primera causa de (RCIU), constituyendo una enfermedad que involucra a la madre y al feto generando una alta demanda de morbimortalidad perinatal.

A través del tiempo ha habido demasiados estudios que plantean la detección anticipadamente de preeclampsia, sin embargo todavía no hay un marcador específico. La medida de prevención de este trastorno hipertensivo es una atención integral minuciosa y exhaustiva, que nos permita reconocer las diferentes complicaciones; debido a eso considero de importancia realizar esta investigación, para reconocer las diferentes complicaciones y facilitarles un tratamiento adecuado integral que nos permita disminuir las complicaciones, tanto como para la madre y para el perinato.

Dicho esto, lo que se busca es contribuir con actuales conocimientos brindando una atención prenatal detallada de calidad de manera organizada, mediante programas de prevención e impulsando lo fundamental a la gestante acudir oportunamente a todos sus consultas prenatales.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Determinar la prevalencia de preeclampsia asociado a características sociodemográficas en las gestantes atendidas en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Determinar las características sociodemográficas de las gestantes con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.
- ✓ Identificar el trimestre de inicio de la preeclampsia con mayor frecuencia en las gestantes atendidas en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.
- ✓ Estimar la frecuencia de preeclampsia leve y/o severa de las gestantes en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.

1.5 PROPÓSITO

El propósito del presente estudio es dar a conocer los datos estadísticos de la prevalencia de preeclampsia en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora, así como también reconocer los diferentes factores de riesgo; por lo cual considero interesante realizar el presente estudio y facilitarles un tratamiento precoz y oportuno que nos permita disminuir las complicaciones maternas y fetales de este trastorno hipertensivo, lo cual servirá como remanente teórico para el desarrollo de futuras investigaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Los trabajos de investigación relacionados al presente estudio, están determinadas a nivel nacional e internacional, las cuales presentaron concordancia y relación con los objetivos y resultados de la investigación.

2.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES:

La preeclampsia un problema prioritario de salud pública a nivel mundial – Víctor Manuel Vargas H et al. Concluyeron que la preeclampsia debe ser reconocida como un problema prioritario para disminuir la morbilidad materna y perinatal en los diferentes países, especialmente en los lugares marginados subdesarrollados, fortaleciendo los sistemas de salud pública y mejorando el acceso a la atención integral de la gestante⁽¹⁰⁾.

Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú – Enrique Guevara Ríos, Luis Meza Santibañez. Se realizó un estudio donde nos facilita los datos epidemiológicos de este trastorno hipertensivo en el Perú. La complicación de la preeclampsia es del 5 al 25% de las gestantes y es la segunda causa de mortalidad materna en el Perú con un 33% y en el Instituto Nacional Materno perinatal es la primera causa de mortalidad materna con un 44%. También, se realiza un estudio donde nos muestra nuevos aportes en el manejo de la preeclampsia severa, eclampsia y de las complicaciones más graves, que es la rotura hepática⁽²¹⁾.

Repercusión de la preeclampsia/eclampsia en la mujer peruana y su perinato⁽²²⁾- José Pacheco Romero en un artículo publicado en el Perú en el 2014. El objetivo fue determinar las características maternas de la preeclampsia y eclampsia en los hospitales a nivel nacional y las repercusiones en las madres y sus perinatos. Se realizó un estudio de 310,795 gestantes y sus 314,078 neonatos. El total de gestantes, 295,075

no manifestaron preeclampsia ni eclampsia (94,9%) y 15,720 sufrieron de preeclampsia y eclampsia (5,1%) [14,993 (4,8%) preeclampsia y 727 (0,24%) eclampsia]. Se asociaron a la manifestación de Preeclampsia de manera significativa la edad materna avanzada \geq de 35 años, el embarazo gemelar, el desprendimiento prematuro de la placenta y el parto por cesárea; y se relacionaron a eclampsia edad materna $<$ de 20 años, solteras, analfabetismo/educación incompleta, el embarazo múltiple, desprendimiento prematuro de la placenta y el parto por cesárea.

Preeclampsia: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia –Manuel Salviz Salhuana et al. Se realizó un estudio prospectivo, de tipo caso – control en 88 gestantes con preeclampsia e igual número de controles. Se concluyó que los factores de riesgo asociados a este trastorno hipertensivo fueron: antecedente previo de preeclampsia, índice de masa corporal aumentado, tipo de etnia raza blanca, historia familiar de hipertensión arterial crónica, ausencia de controles prenatales y nuliparidad. La incidencia hospitalaria de este trastorno hipertensivo fue del 4%⁽²³⁾.

Actualización en la epidemiología de la preeclampsia- Sixto Sánchez. Se realizó un estudio donde se determinan los factores de riesgo que están asociados a este trastorno hipertensivo son la Primigesta, cambio de paternidad, preeclampsia previa, antecedente familiar de preeclampsia, tipo de etnia raza negra, antecedente de hipertensión arterial crónica, edad materna $<$ de 20 años, edad materna $>$ de 35 años, IMC incrementado, embarazo múltiple, antecedente de diabetes mellitus y resistencia a la insulina⁽²⁴⁾.

2.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Prevalencia de los síndromes hipertensivos específicas del embarazo⁽²⁵⁾ – Brito, Karen Krystine Gonçalves en un trabajo de investigación de Brazil en el 2015. El objetivo fue identificar la prevalencia de síndromes específicos hipertensivos del embarazo y diseñar el perfil epidemiológico de las gestantes. Se realizó un estudio, descriptivo. Se estudiaron 1,874 registros e identificaron 9,1% (170) registros con diagnóstico de Síndrome Hipertensivo Específico de la Gestación. Entre ellos el 12% eran adolescentes y el 41% primigestas. En el 100% (170) de los registros de este trastorno hipertensivo sucedió después de la vigésima semana de gestación. Se reconocieron complicaciones: preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, crisis hipertensiva, muerte fetal intrauterina, mortalidad neonatal y prematuridad.

Reducción de la Mortalidad Materna por preeclampsia⁽²⁶⁾ – Julián Herrera et al. en un trabajo de investigación publicado en Colombia en el 2014. Se introdujo en Colombia un programa de cuidado prenatal que incluyó componentes biopsicosociales. El objetivo fue mostrar las tendencias de tasas de muerte materna antes y después de la implementación del programa. Se controló por 9 años consecutivos, se comparó tendencias de cambios en las tasas de mortalidad nacional y el impacto atribuido a la introducción del modelo. Se realizó un estudio multivariado para evaluar la asociación entre las intervenciones. 5 años después de la introducción del programa (2002-2006) la tasa de mortalidad materna disminuyó significativamente en un 23%. La implementación del programa redujo la incidencia de este trastorno hipertensivo en un 22%.

Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia⁽²⁷⁾ - Sáez Cantero, Viviana de la Caridad en un trabajo de investigación en Cuba en el 2014. El objetivo fue comparar los resultados maternos y perinatales en las embarazadas que manifestaron preeclampsia

en sus diversas manifestaciones clínicas. Se realizó un estudio, descriptivo, de tipo transversal. De las gestantes con trastornos hipertensivos (N=293), se escogieron gestantes con preeclampsia (N=89) y se dividieron en tres grupos: preeclampsia leve (N=30), preeclampsia grave (N=48) y preeclampsia sobreañadida (N=11). En los resultados predominó la edad materna menor de 20 años en la preeclampsia grave (25%), la obesidad también prevaleció en la preeclampsia sobreañadida (54,5%, $p=0,01$). La mayoría del grupo con preeclampsia leve (60%) y preeclampsia grave eran nulíparas (64,6%, $p=0,009$). Mostro asociación significativa con el índice de prematuridad de la preeclampsia grave (43,8%, $p=0,005$).

Características demográficas de mujeres con preeclampsia en Macedonia ⁽²⁸⁾-Jasovic-Siveska, Emilija; Jasovic Vladimir en un artículo publicado en Chile en el 2011. El objetivo fue investigar los factores de riesgo demográficos y los valores de presión arterial predictores de preeclampsia. Se analizaron las características demográficas y clínicas de 300 gestantes con una presión arterial normal de 28 ± 5 años y 100 gestantes con preeclampsia de 28 ± 6 años. Resultados: Las gestantes con bajo nivel de instrucción manifestaron tener mayor riesgo de presentar preeclampsia moderada o severa. El aumento de peso durante el embarazo en gestantes con preeclampsia y presión normal fue de 20 ± 5 kg y 14 ± 3 , respectivamente ($p < 0,01$). Las gestantes con preeclampsia severa tuvieron gestaciones significativamente más cortas que el resto de los grupos. En comparación con las gestantes normotensas, a las 6 a 12 semanas de gestación, las gestantes con preeclampsia manifiestan tener mayor presión arterial sistólica (102 ± 7 y 113 ± 9 mmHg respectivamente), diastólica (64 ± 5 y 74 ± 10 mmHg respectivamente) y presión arterial media (77 ± 5 y 87 ± 8 mmHg respectivamente).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 DEFINICIÓN:

Es un síndrome específico del embarazo presente clínicamente después de las 20 semanas de gestación (excepto en enfermedad trofoblástica, mola hidatiforme o hidrops fetal) caracterizado por hipertensión y proteinuria acompañada por signos y síntomas, es de carácter progresivo e irreversible que puede afectar a todos los sistemas orgánicos, siendo la principal causa de mortalidad materna y perinatal.

La preeclampsia representa unas de las patologías más importantes que generan mayor morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Este trastorno hipertensivo está caracterizada por hipertensión arterial (Presión Arterial \geq 140/90mmHg) acompañada de proteinuria \geq a 300mg en una recolección de orina de 24 horas, que se manifiesta posterior a las vigésima semana de gestación.

A nivel nacional, es la segunda causa de mortalidad materna en un 32%. En la Dirección de Salud de Lima Ciudad es la primera causa de mortalidad materna, entre los años 2000 - 2010 en un 34%⁽²⁹⁾. En el INMP también es la primera causa de mortalidad materna, entre los años 2004 y 2014, en un 44%. Durante el año 2014, se atendieron 17,024 partos, de los cuales 1,468 (9%) manifestaron problemas de hipertensión arterial y 997 (6%) con preeclampsia⁽³⁰⁾.

Las gestantes con preeclampsia rápidamente pueden progresar a eclampsia de horas o incluso en días, por ello la eclampsia es un proceso convulsivo de tipo tónico clónico en una mujer con preeclampsia y en quien se han descartado otras casusas.

En el Perú existe una diversidad de trabajos de investigación sobre la prevalencia de la preeclampsia. En el Perú se realizó un estudio por la Dirección General de Epidemiología donde nos da a conocer un cuadro de

análisis, las principales causas de mortalidad materna: Entre los años 2002-2011 la primera causa fueron las hemorragias obstétricas con un 52.9% mientras que los trastornos hipertensivos en el embarazo quedo en segundo lugar con un 20.2%, pero a la actualidad la preeclampsia se encuentra dentro de las primeras causas más importantes de mortalidad materna y perinatal.

La preeclampsia es una enfermedad aguda que se corresponde a la trílogía sinológica hipertensión arterial, edema y proteinuria que se manifiesta posterior a las vigésima semana de gestación, el síntoma clínico edema no es un sistema fácilmente valorable por lo general se valora con base en la impresión clínica, aunque las publicaciones de series de casos en los últimos años le restan importancia como elemento de clasificación debido a que la mayoría de las gestantes lo presenta durante la gestación. Los edemas pretibiales son frecuentes grávidas normales y por lo tanto no son características de un síndrome pre eclámpico. Pueden considerarse signos indicativos, bien la persistencia de los edemas en miembros inferiores al levantarse la cama después de por lo menos ocho horas de reposo o bien un aumento rápido de peso (entre 0.5 y 1 Kg por semana).

Representan unas de las patologías más importantes siendo la primera causa de mortalidad materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países subdesarrollados (4 muertes por 100,000 recién nacidos y 150 o más muertes por 100,000 recién nacidos, respectivamente. En las gestantes pretérmino la complicación de la Preeclampsia es mucho mayor, ya que es causa de mortalidad perinatal.

El síndrome de preeclampsia complica a 10% de del total de embarazos y existe una recurrencia de 20 a 50% cuando ha existido alguna forma de preeclampsia en embarazos previos. La preeclampsia es el síndrome que ocurre de manera exclusiva durante el embarazo y cursa con hipertensión (presión arterial $\geq 140/90$ mmHg) medidas en dos ocasiones con

un intervalo de tiempo de 4 a 6 horas y proteinuria significativa, que se manifiesta después de la vigésima semana de gestación, cuando aparece antes del primer trimestre deben considerarse enfermedad trofoblástica, mola hidatiforme o hidrops fetal.

Esta patología es altamente peligrosa, ya que influye a tener mayor riesgo de morbimortalidad materno perinatal. Cuando más severa es la hipertensión arterial y la proteinuria más certero es el diagnóstico de preeclampsia.

La preeclampsia-eclampsia ocupa un lugar importante entre las causas obstétricas directas de mortalidad materna. Los determinantes de muerte son múltiples, como accidentes cerebro vasculares de tipo hemorrágico, encefalopatía hipertensiva, choque hipovolémico secundario a desprendimiento prematuro de placenta o rotura hepática, síndrome de coagulación intravascular diseminada, originado en problemas hemorrágicos, o secundario al sustrato fisiopatogénico de la enfermedad, insuficiencia renal irreversible o complicaciones cardiopulmonares.

La morbilidad mediata y tardía se relaciona con la persistencia de hipertensión arterial o insuficiencia renal crónica; estas dos últimas complicaciones tardías se presentan con mayor frecuencia en los casos de hipertensión preexistente o de aparición durante la gestación.

El Hospital María Auxiliadora (HMA) es el principal hospital de referencia nivel III del cono Sur de Lima, donde se presentan a diario una diversidad de patologías Gineco-obstétricas así como en consultorio externo y emergencia respectivamente, este trastorno hipertensivo es una problema grave y peligroso que se observa frecuentemente en las gestantes y es una de las principales causas de internamiento de las gestantes y en casos más severos la muerte materna e perinatal.

2.2.2 CLASIFICACIÓN:

2.2.2.1 PREECLAMPSIA LEVE:

- ✓ Presión sistólica mayor o igual 140mmHg.
- ✓ Presión diastólica mayor o igual a 90mmHg.
- ✓ Presión arterial media mayor a 106mmHg.
- ✓ Proteinuria \geq 2g/24h cualitativa más 1 traza + (Test de ácido sulfosalicílico).
- ✓ Creatinina sérica normal.

2.2.2.2 PREECLAMPSIA SEVERA:

Presencia de preeclampsia acompañado de algunos criterios de daño de órgano blanco o criterios de severidad:

- ✓ Cefalea, náusea, vomito, acufenos, fosfenos, epigastralgia, hiperreflexia.
- ✓ Presión arterial sistólica \geq a 160mmHg.
- ✓ Presión arterial diastólica \geq 110mmHg.
- ✓ Presión arterial media $>$ 126mmHg.
- ✓ La hipertensión debe ser evaluada en 2 o más ocasiones con un intervalo de tiempo de 4-6horas.
- ✓ Proteinuria \geq 5g/24h cualitativa de más 3 + (Test de ácido sulfosalicílico).
- ✓ Creatinina $>$ 1,2mg/dL.
- ✓ Oliguria $<$ 500cc/24hr.
- ✓ Compromiso de órganos que se manifiestan por insuficiencia renal, alteraciones cardiovasculares, edema agudo de pulmón, disfunción hepática (elevación de las enzimas hepáticas), trastorno hemorrágicos.

2.2.3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA:

Aún no se ha esclarecido con exactitud su fisiopatología, pero dentro de los factores conocidos de preeclampsia están⁽³¹⁾:

- ✓ Antecedente familiar de preeclampsia.
- ✓ Presencia de preeclampsia en gestación anterior.
- ✓ Edad menor de 18 y mayor de 35 años.
- ✓ Raza negra.
- ✓ Primigesta.
- ✓ Embarazos múltiples.
- ✓ Polihidramnios.
- ✓ Obesidad.
- ✓ Anormalidades por estudio Doppler de arterias uterinas anormales entre las 16 a 22 semanas de gestación.
- ✓ Hipertensión Arterial crónica.
- ✓ Enfermedad renal crónica.
- ✓ Antecedente de enfermedad renal.
- ✓ Periodo Intergenésico Prolongado
- ✓ Diabetes mellitus gestacional.
- ✓ Hiperlipidemias.
- ✓ Enfermedad Trofoblástica Gestacional.
- ✓ Presencia de anticuerpos antifosfolípidos.
- ✓ Multigesta con nueva pareja sexual.
- ✓ Antecedente de restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)
- ✓ Vasculopatías.
- ✓ Pobreza extrema en caso de eclampsia.
- ✓ Control prenatal inadecuado.
- ✓ Estrés crónico.
- ✓ Macrosomía Fetal.
- ✓ Presencia de trombofilias.
- ✓ Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

2.2.4 ETIOPATOGENIA:

En la actualidad, la preeclampsia, más que una enfermedad, se considera un síndrome, y como tal puede estar producido de diversas causas. Se conocen varios factores de riesgo de padecerla, que pueden agruparse en los siguientes: factores genéticos o hereditarios, factores relacionados con el sistema inmunitario, factores maternos y factores asociados a la gestación.

A la luz de los conocimientos actuales, podríamos deducir que la etiopatogenia de la preeclampsia comienza por un fallo de la implantación ovular en la decidua. Este puede estar motivado por factores genéticos, por una mala adaptación inmunitaria de la madre, por alteraciones vasculares, uterinas, o por factores desconocidos de otra índole.

A partir de este defecto en la implantación, se produce una isquemia útero placentaria que genera una serie de agentes citotóxicos que, circulando en el plasma, producen primero una disfunción y después una lesión generalizada del endotelio. Como consecuencia de la alteración endotelial se produce un desequilibrio en la síntesis de agentes vasoactivos, que tiene como resultado final un vasoespasmo generalizado.

La disfunción endotelial puede también provocar la activación de las plaquetas con agregación plaquetaria y producción de microtrombos. Éstos dificultan aún más la perfusión de diferentes parénquimas, tales como: placenta, riñón, hígado y sistema nervioso central. La afectación de estos órganos en mayor o menor grado explicaría el cuadro clínico.

De una u otra forma siempre hay una isquemia placentaria a partir de la cual, con la implicación de uno o varios de los cambios descritos, se desencadena la cascada de la coagulación que conduce al vasoespasmo generalizado, responsable en última instancia del cuadro clínico de la preeclampsia.

2.2.5 FISIOPATOLOGÍA:

Uno de los territorios en los que se aprecia un particular efecto es a nivel de la unidad uteroplacentaria, donde hay insuficiencia placentaria, presencia de infartos múltiples y cambios arteriolares. Este fenómeno circulatorio repercute en el crecimiento fetal y es motivo de (RCIU) y muerte fetal.

En su fisiopatología, los órganos con circulación más rica son los que tiene mayor repercusión funcional. Los principales cambios a nivel cardiovascular, renal, pulmonar, hepático y encefálico. Según estudios dinámicos de imagen de la circulación encefálica con base en resonancia magnética se ha demostrado que en la Preeclampsia hay incremento de flujo a nivel de la arteria coronaria media, aunado a edema encefálico vasógeno de localización preponderante en los lóbulos parietal y occipital; en casos graves se detectan áreas de infarto, hallazgos todos que se magnifican cuando los estudios se realizan luego de haberse presentado convulsiones.

Uno de los territorios en los que se aprecia un particular efecto es a nivel de la unidad útero placentaria, donde ha hipotrofia placentaria, presencia de infartos múltiples, y cambios arteriolas importantes observados al microscopio. Este fenómeno circulatorio repercute en el crecimiento fetal y es causa de (RCIU) y muerte fetal. La teoría fisiopatogénica que prevalece en la actualidad se relaciona con una anomalía a nivel de la unidad uteroplacentaria, en la que hay penetración normal, lo cual no se ha observado en la preeclampsia⁽³²⁾.

Lo mencionado anteriormente origina una circulación anormal carente de turbulencias, fenómeno que se ha demostrado en forma parcial mediante estudio de flujometría Doppler, la consecuencia local es una mayor producción de tromboxano tipo A2, que tiene acción vasoconstrictora afecta a las arteriolas renales y activa el sistema renina-angiotensina, lo cual es la razón de la hipertensión arterial.

En lo sucesivo se establece el círculo vicioso vasoespasmo-hipoxia hipovolemia- vasoespasmo; en este proceso la disfunción de las células endoteliales tienen acción preponderante para varios autores.

Las múltiples explicaciones fisiopatológicas de la preeclampsia han llevado a la búsqueda de alteraciones biológicas a nivel celular y molecular, sobre las cuales la literatura es extensa, aunque no está claro el papel de las proteínas angiogénicas, angioespásticas, los activadores del sistema inflamatorio y sustancias específicas del mismo y en consecuencia la disfunción microvascular generalizada⁽³³⁾.

El incremento de factores proteicos de acción angiogénica y de adherencia celular; activadores de la respuesta inflamatoria sistémica, producen un incremento de citocinas y disminución en la producción del (FNT- α) inductores de hipertensión arterial, trombocitopenia y lesiones histológicas renales.

Niveles bajos en la circulación de óxido nítrico y nitratos que inhiben la expresión de moléculas de acción antiagregante plaquetaria, favorece la formación de microtrombos en el territorio microvascular placentario y uterino.

En circunstancias anormales estos mecanismos fallan y entra en juego un segundo nivel de acción a cargo de fenómenos compensatorios, los cuales aun con preeclampsia propician que esta se mantenga compensada. Por último cuando los fenómenos compensatorios se tornan insuficientes y fallan dan lugar al mismo padecimiento pero descompensado.

En la atención clínica cotidiana para el adecuado diagnóstico y tratamiento de esta complicación es oportuno entender su concepto, más que conocer a fondo y en detalle la fisiopatología. Un planteamiento acertado es durante el embarazo normal se ponen en juego mecanismos de adaptación que al cumplir en forma adecuada su función establecen un equilibrio que permite la evolución armónica de la gestación.

2.2.6 CUADRO CLÍNICO:

2.2.6.1 PREECLAMPSIA LEVE:

Es la presencia de:

- Presión Arterial sistólica ≥ 140 mmHg
- Presión Arterial diastólica ≥ 90 mmHg
- Proteinuria de 0.3 a 2gr/litro en recolección de orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) (test de ácido sulfosalicílico).

2.2.6.2 PREECLAMPSIA SEVERA:

Es la presencia de:

- Presión Arterial sistólica ≥ 160 mmHg
- Presión Arterial diastólica ≥ 110 mmHg
- Proteinuria \geq de 3gr/litro en recolección de orina de 24 horas, o proteinuria cualitativa de trazas de más 3 (+) (test de ácido sulfosalicílico).
- Presencia de cefalea, náusea, vómitos, tinnitus, fosfenos, hiperreflexia, somnolencia e epigastralgia.
- Oliguria < de 600ml/24h
- Creatinina > de 1.2mg/dl.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia hepática.
- Trastorno de la coagulación.
- Trastornos cerebrales o visuales.
- Oligohidramnios.
- Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU).
- Ascitis.
- Hiperuricemia.

2.2.7 DIAGNÓSTICO:

El cuadro clínico de la preeclampsia puede evolucionar rápidamente de leve a severa o eclampsia en cuestión de días o incluso de horas. En la mayoría de las gestantes, la manifestación clínica es progresiva y hay que pensar siempre en esta evolución cuando los síntomas y signos mencionados no desaparecen⁽³⁴⁾.

La preeclampsia es una de las entidades más frecuentes de la práctica obstétrica en que el laboratorio proporciona, mediante diversas determinaciones bioquímicas, un necesario e indispensable campo en el diagnóstico, debido a que en la práctica un número importante de casos ofrece datos de descompensación inicial o de agravamiento a nivel de compuestos bioquímicos cuantificados en líquidos biológicos.

Los grupos de estudios en general se encaminan a evaluar las funciones de acuerdo con la repercusión multisistémica (neurológica, cardiopulmonar, renal, pulmonar y hematológica).

Es importante establecer un diagnóstico oportuno e integral que incluya diferentes niveles concéntricos e individuales a saber:

- ✓ Presencia de la preeclampsia.
- ✓ Clasificación de la preeclampsia.
- ✓ Edad gestacional en que se presenta.
- ✓ Fase compensada o descompensada.
- ✓ Repercusión general multiorgánica materna.
- ✓ marcadores bioquímicos de descompensación.

En los casos de gestantes con factores de riesgo de preeclampsia se han realizado estudios prospectivos en que las determinaciones seriadas de ácido úrico muestran elevación desde la primera mitad del embarazo y persisten hasta hacerse presente la enfermedad. Puede o no acompañarse de una cuantificación de creatinina sérica en límites superiores a lo normal.

2.2.8 TRATAMIENTO

No existe tratamiento etiológico para la preeclampsia que no sea el nacimiento, por lo que el enfoque del mismo es sintomático y sindrómico; su objetivo radica en mantener quiescente el padecimiento en su fase compensada el tiempo que sea necesario, hasta alcanzar la viabilidad con seguridad.

Es útil el uso de medicamentos antihipertensivos de acuerdo con lo señalado en hipertensión arterial y embarazo; el más usado es alfametildopa de acción corta, que ofrece seguridad desde el punto de vista de sus efectos fetales. En forma alternativa se puede utilizar Nifedipino e Hidralazina parenteral de acción rápida en casos de mayor severidad⁽³⁵⁾.

Es importante subrayar la contraindicación formal de diuréticos, ya que si bien alguna vez ocuparon un lugar preponderante en la farmacoterapia de la preeclampsia, hoy es bien sabido que en tal complicación está presente una hipovolemia como parte del sustrato fisiopatológico. Bajo dicha circunstancia, los medicamentos referidos agudizan el ya de por sí grave padecimiento.

La administración de dosis bajas de aspirina (60 a 80mg/día, a partir de la vigesimosexta semana de edad gestacional), en estudios de metaanálisis controlados y con método doble ciego, han demostrado disminución de la prevalencia de la enfermedad, así como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). La contraparte es una mayor prevalencia de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en los grupos en que se utilizó aspirina, en comparación con los grupos sin aspirina. Por ello, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) recomienda que este tratamiento se utilice sólo en mujeres gestantes con uno o más factores de riesgo de desarrollar preeclampsia⁽³⁶⁾.

Hay trabajos epidemiológicos que demuestran una relación inversa entre la ingestión de calcio y la incidencia de preeclampsia, y por ello se ha sugerido la posibilidad de administrar un suplemento de calcio para prevenir su aparición. En este sentido, se han realizado varios trabajos con resultados que, se llega a la conclusión de que la administración diaria de calcio a partir del primer trimestre, disminuye el riesgo de padecer preeclampsia.

En los casos de preeclampsia grave y eclampsia, deberán mantenerse los signos vitales, controlar o prevenir las convulsiones y evitar su recurrencia, corregir la hipovolemia y la acidosis, controlar la hipertensión arterial, y proceder a la resolución de la gestación mediante el procedimiento que el caso en particular indique, como inducción del trabajo de parto o la operación cesárea.

El manejo debe ser multidisciplinario, hospitalario y en unidad de cuidados intensivos, e incluir tratamiento farmacológico fetal de inducción de madurez pulmonar fetal con corticoides cuando las condiciones lo permitan.

La prevención secundaria es la que actúa sobre la fisiopatología del síndrome; para ello son necesarias tres condiciones: conocer el mecanismo fisiopatológico, detectar precozmente a las gestantes de riesgo y, por último, disponer de métodos para actuar lo antes posible sobre los cambios de la fisiología de la embarazada. Sobre el conocimiento de la fisiopatología y los métodos de detección de la población de riesgo se ha tratado anteriormente.

Es importante subrayar la contraindicación formal de diuréticos, ya que si bien alguna vez ocuparon un lugar preponderante en farmacoterapia de la preeclampsia, hoy es bien sabido que en tal complicación está presente una hipovolemia como parte del sustrato fisiopatogénico. Bajo dicha circunstancia, los medicamentos referidos agudizan el ya de por sí grave padecimiento.

2.3 HIPÓTESIS

El presente estudio es de tipo descriptivo, por lo cual no se ha formulado hipótesis de investigación.

2.4 VARIABLES

Las variables del presente estudio son:

2.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

PREECLAMPSIA: Para el estudio, clasificamos a la Preeclampsia en Leve y Severa, en las dos manifestaciones clínicas fueron medidas por la Presión Arterial y el nivel de Proteinuria.

2.4.2 VARIABLE INDEPENDIENTE:

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: En el estudio se consideró las siguientes características:

- ✓ **EDAD:** Es el tiempo transcurrido en años de un ser vivo desde que uno nace.

- ✓ **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** Es el grado de estudio más elevado de las gestantes.

- ✓ **ESTADO CIVIL:** Condición de la gestante relacionada con el registro civil.

- ✓ **TRIMESTRE DE GESTACIÓN:** Etapa del embarazo en la cual se manifestó dicho trastorno hipertensivo.

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Preeclampsia:** Hipertensión acompañada de proteinuria significativa que se manifiesta después de la vigésima de gestación. en una mujer antes normotensa.
- **Hipertensión Arterial:** Se define como un incremento por encima de 140mmHg para sistólica y 90mmHg para diastólica; es importante considerar que las mediciones deben tomarse en forma estandarizada, y con la paciente en posición sentada.
- **Proteinuria:** Es la pérdida de proteínas por la orina, en la que predomina la albúmina; se considera como tal a la presencia de 300mg/24horas.
- **Preeclampsia sobreagregada:** Preeclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente o hipertensión arterial gestacional.
- **Trimestre de gestación:** Definida como el periodo o etapa del embarazo.
- **Hipertensión Gestacional:** Se manifiesta después de la vigésima de gestación y no se acompaña de proteinuria; se normaliza después de las primeras 12 semanas posteriores al parto.
- **Control Prenatal (CPN):** Son las visitas programadas para vigilar la evolución del embarazo y obtener una evaluación integral de la gestante y el feto.
- **Eclampsia:** Convulsiones tipo tónico clónicas en una mujer con preeclampsia y en quien se han descartado otras causas.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Debido al propósito de la presente investigación es de tipo descriptivo, transversal, observacional y por el inicio del estudio es retrospectivo.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital María Auxiliadora, está ubicado en la Av. Miguel Iglesias N° 968 del distrito de San Juan de Miraflores en el Cono Sur de Lima, es una Unidad Ejecutora del Ministerio de Salud y forma parte de la Red de Servicios de la Dirección de Salud (DISA II Lima Sur), es un hospital de alta complejidad, categoría III-1.

El presente estudio se ejecutó en el departamento de emergencia durante el período de Marzo a Julio del 2015, utilizando las historias clínicas de emergencia de todas pacientes que asistieron al Hospital María Auxiliadora con diagnóstico de preeclampsia, transcribiendo lo encontrado en la ficha de recolección de datos.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo fue 126 gestantes con diagnóstico de preeclampsia que recibieron atención en el departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015.

La muestra lo constituyen todas las gestantes que recibieron atención en el departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015 que fueron 126.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La principal metodología aplicada en el presente estudio fueron todas las historias clínicas de las gestantes que asistieron al departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora en el período de Marzo a Julio del 2015.

Para la recolección de datos del presente estudio se creó una ficha de recolección de datos, acorde con los objetivos y variables planteadas en el presente estudio. Ver Anexo N° 02: Instrumentos de Recolección de Datos.

3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método que se realizó en la presente investigación fue por intermedio de unas fichas de recolección de datos conseguidos de todas las historias clínicas de las pacientes que asistieron al departamento de emergencia del Hospital María Auxiliadora en el período de Marzo a Julio del 2015.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizará el vaciado de la información obtenida de las fichas de recolección de datos, para ello se realizará un proceso que consiste en digitar dos veces la información y posteriormente se realizó un estudio detallado para así poder observar si existen algunos errores en dicho proceso.

Se realizó un estudio descriptivo donde se estudiarán cada una de las variables. En el cual se analizarán las características comunes de las variables como Preeclampsia Leve y Severa. Los programas a emplear para llenado de información del presente estudio son:

- Microsoft Excel 2010
- SPSS Versión 23.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 01

Estadísticos de la edad materna en el Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

Estadísticos de la edad materna

	N	Válido	Perdidos
		126	0
Media		29,21	
Mediana		28,50	
Moda		28	
Desviación estándar		6,706	
Rango		28	
Mínimo		16	
Máximo		44	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación:

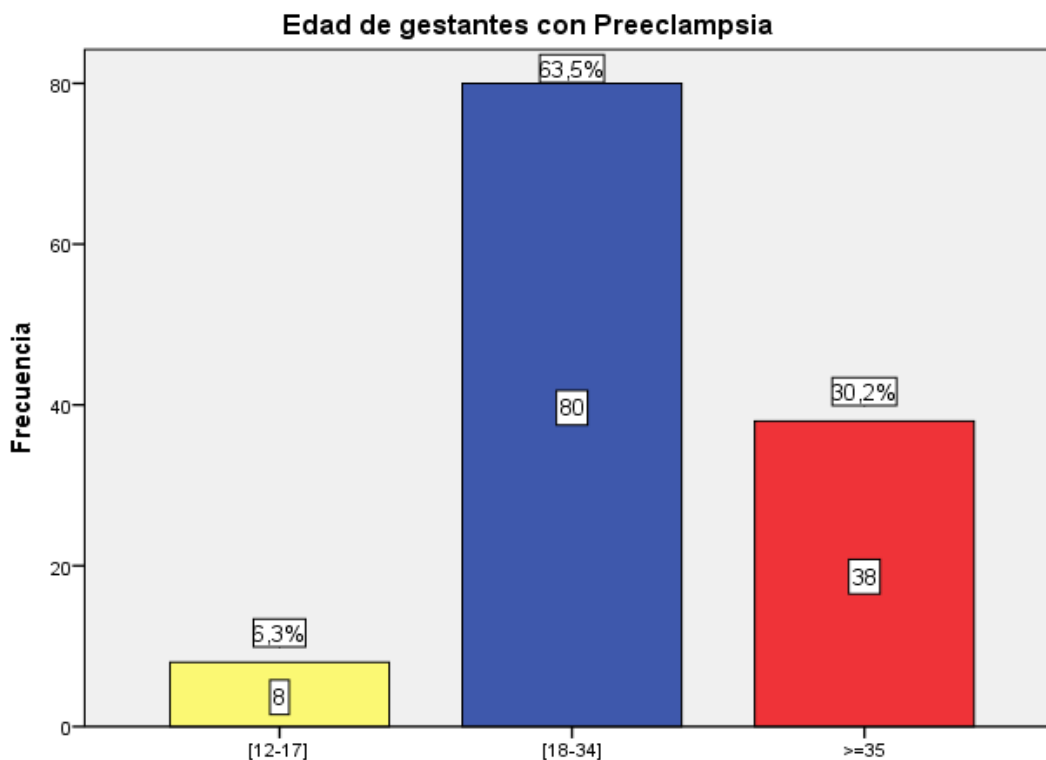
Analizando los estadísticos de la tabla N° 01 de la edad materna en estudio, concluimos que el promedio de las edades es 29 años \pm 6,7 (22,3 – 35,7); la mediana (que es el punto medio) es 28 años, la edad moda (que más se repite) es 28 años, la mínima edad es 16 años y la máxima edad es 44 años, la diferencia de las edades entre la mayor y la menor edad fue de 28 años.

TABLA N° 02
Edad de gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital María
Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos [12-17]	8	6.3%	6.3%	6.3
[18-34]	80	63.5%	63.5%	69.8
[>=35]	38	30.2%	30.2%	100.0
Total	126	100.0%	100.0%	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 01
Distribución de la edad de las gestantes con Preeclampsia atendidas
Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015



Interpretación:

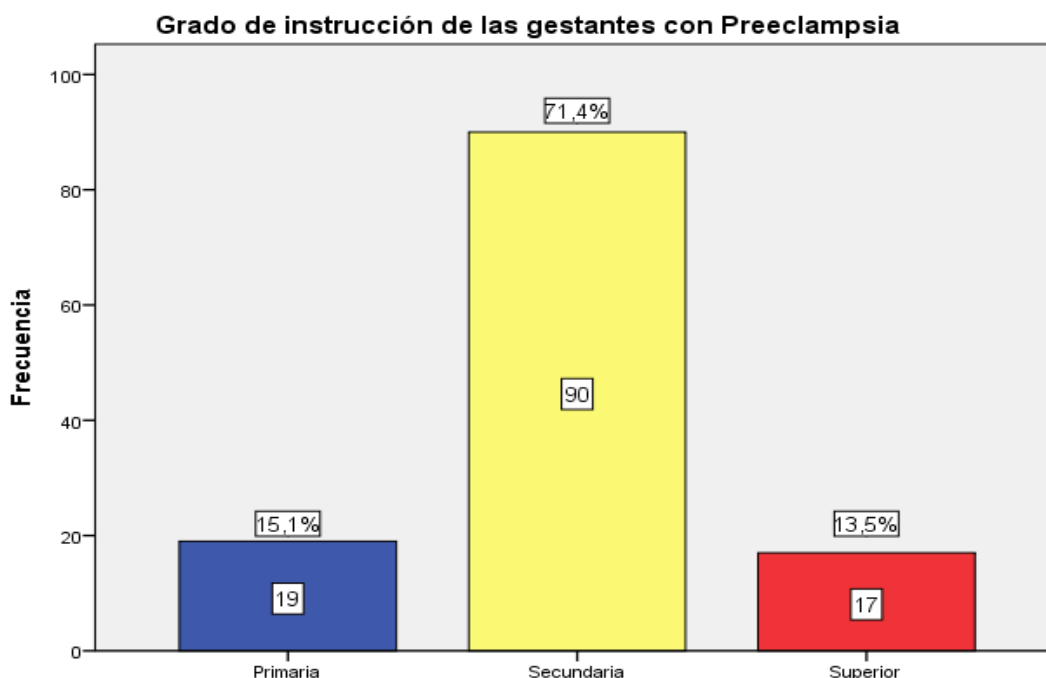
En la tabla N° 02 y del gráfico N° 01 se puede observar que de la totalidad de las gestantes atendidas, la gran mayoría se encuentran en edad fértil con un 63.5%, con un 30.2% gestantes añosas, mientras que las gestantes adolescentes representan solo un 6.3%.

TABLA N° 03
Grado de instrucción de las gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	19	15,1	15,1	15,1
	Secundaria	90	71,4	71,4	86,5
	Superior	17	13,5	13,5	100,0
	Total	126	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 02
Distribución del grado de instrucción de las gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015



Interpretación:

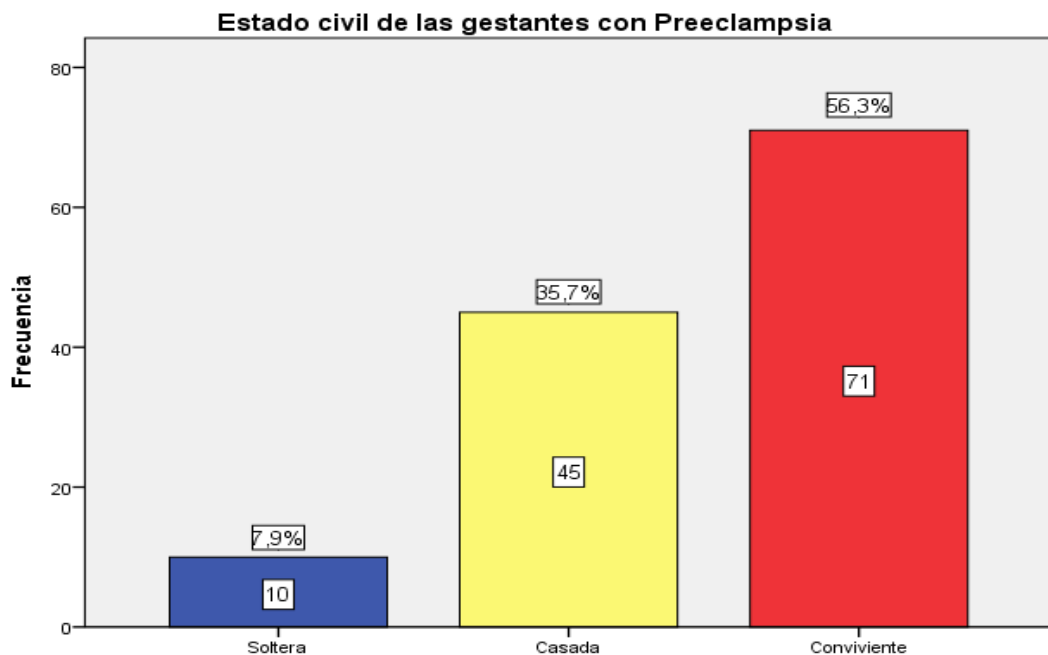
En la tabla N° 03 y del gráfico N° 02 se puede observar que de la totalidad de las gestantes se halló solo un 13.5% (17/126) tienen estudios superiores, un 71,4% (90/126) estudios secundarios y un 15.1% (19/126) estudios primarios.

TABLA N° 04
Estado civil de las gestantes con Preeclampsia atendidas Hospital
María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	10	7,9	7,9
	Casada	45	35,7	43,7
	Conviviente	71	56,3	100,0
	Total	126	100,0	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 03
Distribución del estado civil de las gestantes con Preeclampsia
atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a
Julio del 2015



Interpretación:

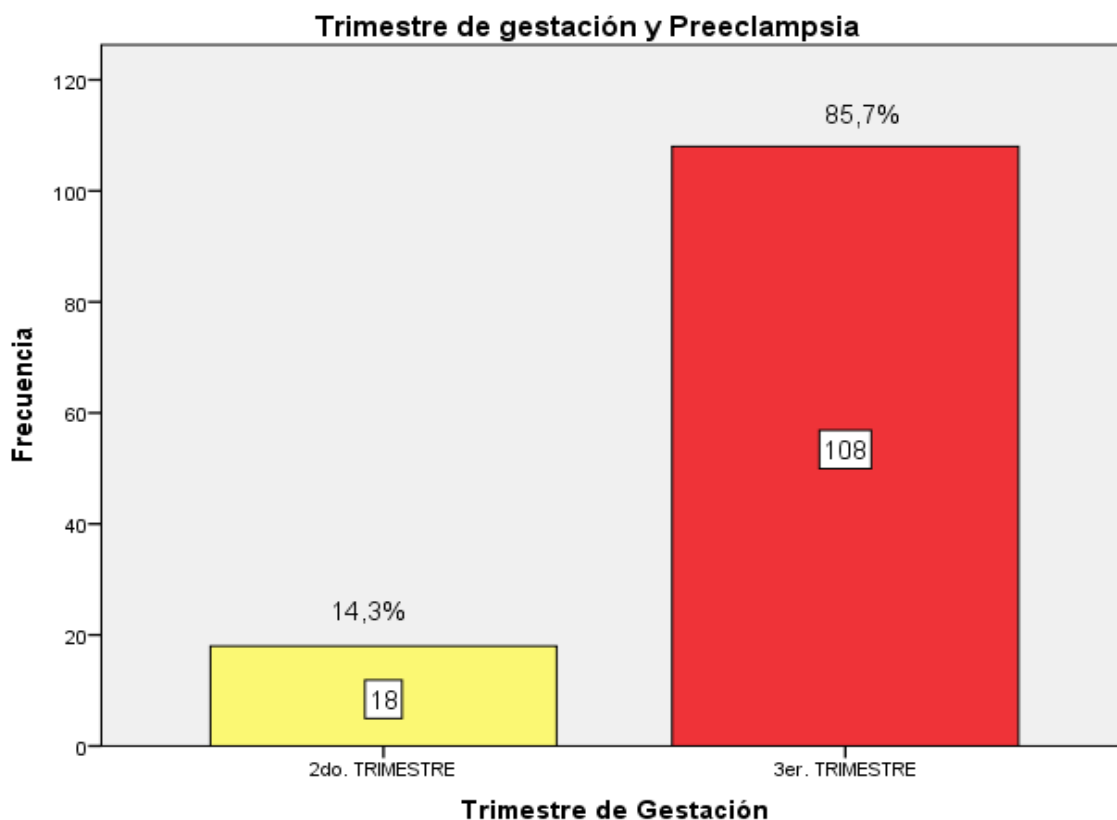
En la tabla N° 04 y del gráfico N° 03 se puede observar que de la totalidad de las gestantes se halló que el estado civil con mayor frecuencia fue convivencia con un 56.3% (71/126), asimismo se observa que un 35.7% (45/126) de las participantes refieren estar casadas y un solo 7.9% (10/126) refieren estar soltera.

TABLA N° 05
Trimestre de gestación y Preeclampsia en gestantes atendidas
Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

TRIMESTRE DE GESTACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20-26 semanas	18	14,3	14,3	14,3
Válidos 27 semanas	108	85,7	85,7	100,0
Total	126	100,0	100,0	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 04
Trimestre de gestación y Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital
María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015



Interpretación:

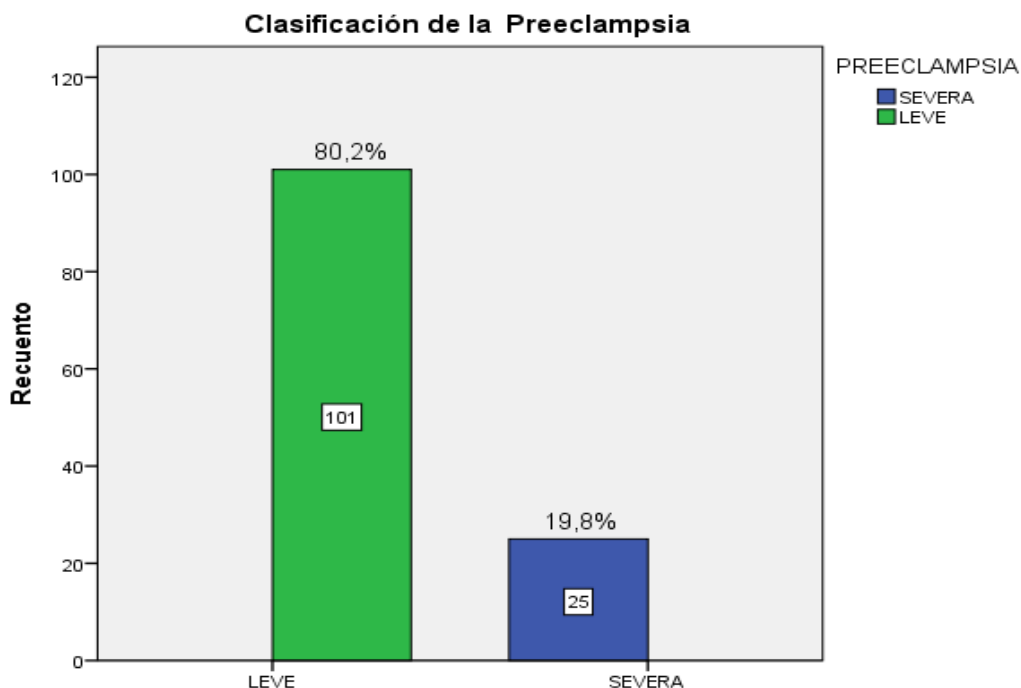
En la tabla N° 05 y del gráfico N° 04 se puede observar que de la totalidad de las gestantes atendidas, se halló que el inicio de la Preeclampsia se dio en la mayoría de gestantes en el tercer trimestre de gestación con un 85.7% (108/126) y un 14.3% (18/126) en el segundo trimestre.

TABLA N° 06
Clasificación de la Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

PREECLAMPSIA		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Leve	101	80,2	80,2	80,2
Perdidos	Severa	25	19,8	19,8	100,0
Total		126	100,0		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 05
Distribución de la clasificación de la Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015



Interpretación:

En la tabla N° 06 y del gráfico N° 05 se puede observar que de la totalidad de las gestantes atendidas con preeclampsia, se halló que el 80.2% (101/126) tuvo Preeclampsia Leve y un 19.8% (25/126) tuvo Preeclampsia Severa.

TABLA N° 07

Trimestre de gestación y clasificación de la Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

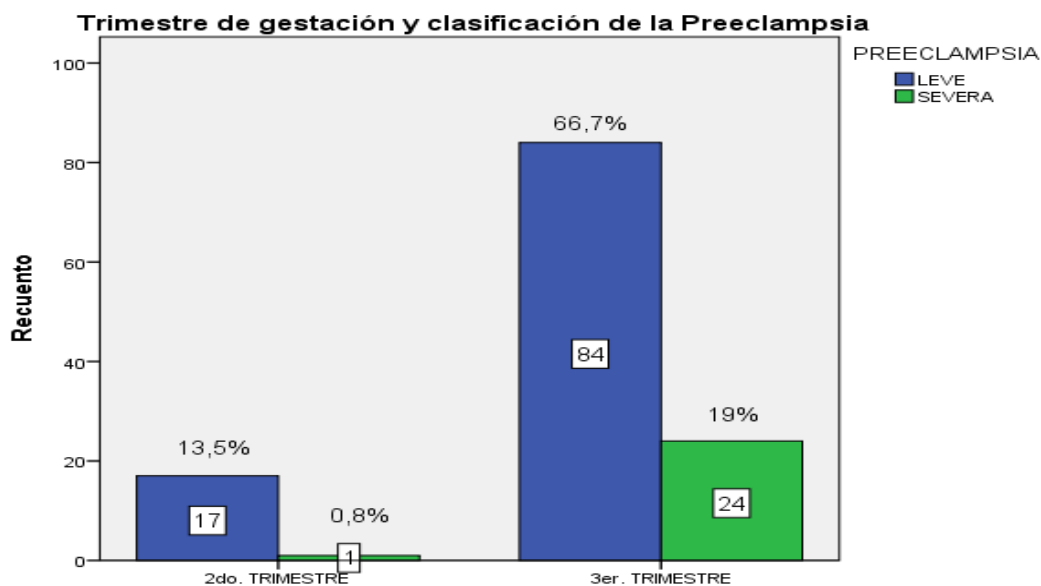
Tabla de contingencia - Trimestre de gestación – Preeclampsia

			Preeclampsia		Total
			Leve	Severa	
Trimestre de Gestación	[2do. Trimestre]	Recuento	17	1	18
		% del total	13,5%	0,8%	14,3%
	[3er. Trimestre]	Recuento	84	24	108
		% del total	66,7%	19,0%	85,7%
Total		Recuento	101	25	126
		% del total	80,2%	19,8%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 06

Distribución del trimestre de gestación y clasificación de la Preeclampsia en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015



Interpretación:

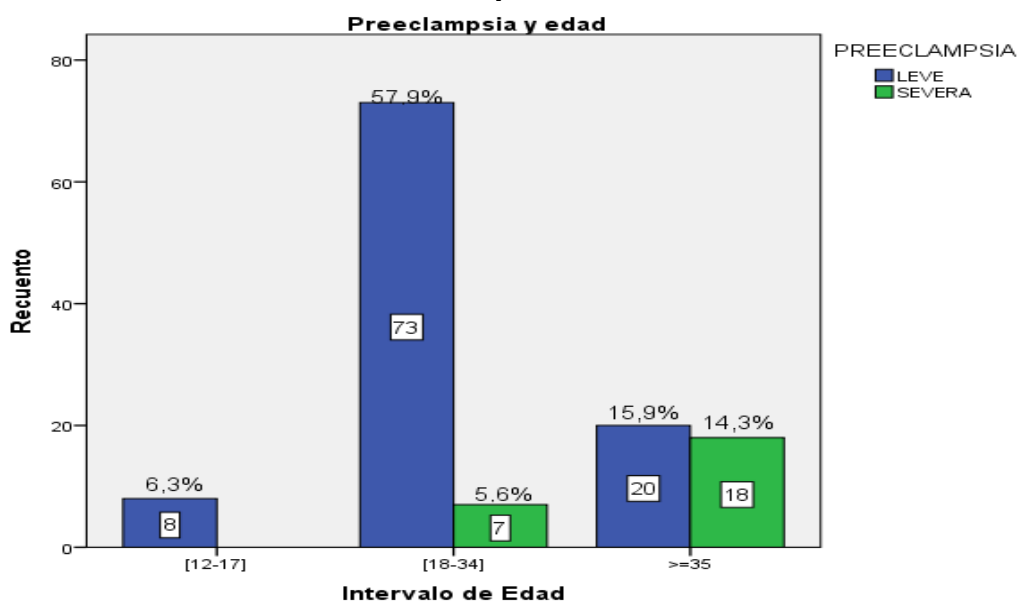
En la tabla N° 07 y del gráfico N° 06 se puede observar que de la totalidad de las gestantes, referente a la clasificación de la Preeclampsia y al trimestre de gestación, observamos que hubo menos gestantes en el segundo con diagnóstico de Preeclampsia Leve, en cambio en el tercer trimestre la presentación de Preeclampsia Severa se manifestó en su mayoría.

TABLA N° 08
Preeclampsia y edad de gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora
durante el período de Marzo a Julio del 2015
Tabla de contingencia – Preeclampsia - Edad

Intervalo de edades		Preeclampsia		Total	
		Leve	Severa		
Edad	[12-17]	Recuento	8	0	8
		% del total	6,3%	0,0%	6,3%
	[18-34]	Recuento	73	7	80
		% del total	57,9%	5,6%	63,5%
	[>=35]	Recuento	20	18	38
		% del total	15,9%	14,3%	30,2%
Total		Recuento	101	25	126
		% del total	80,2%	19,8%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 07
Distribución de la Preeclampsia y edad de gestantes atendidas Hospital
María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015



Interpretación:

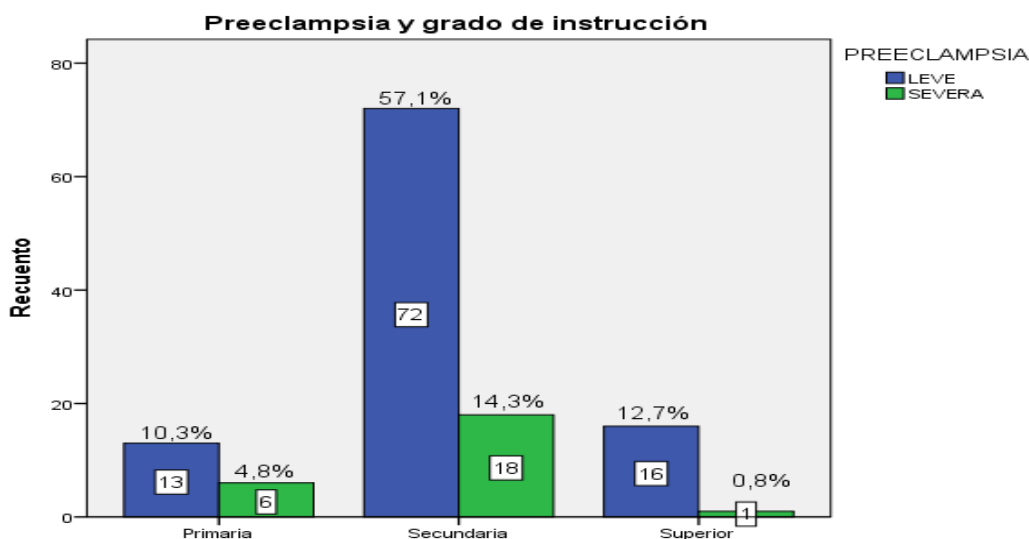
Teniendo en cuenta las características sociodemográfica, según lo observado en la tabla N° 08 y en el gráfico N° 07, la Preeclampsia Leve se presentó en su mayoría en gestantes en edad fértil con un 57.9% (73/126), mientras que en la Preeclampsia Severa fue más frecuente en las gestantes añosas 14.3% (18/126).

TABLA N° 09
Preeclampsia y grado de instrucción en gestantes atendidas Hospital
María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015
Tabla de contingencia – Preeclampsia - Grado de instrucción

			Preeclampsia		Total
			Leve	Severa	
Grado de Instrucción	Primaria	Recuento	13	6	19
		% del total	10,3%	4,8%	15,1%
	Secundaria	Recuento	72	18	90
		% del total	57,1%	14,3%	71,4%
	Superior	Recuento	16	1	17
		% del total	12,7%	0,8%	13,5%
Total		Recuento	101	25	126
		% del total	80,2%	19,8%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 08
Distribución de la Preeclampsia y grado de instrucción en gestantes
atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a
Julio del 2015



Interpretación:

Tomando en cuenta las características sociodemográfica, según lo observado en la tabla N° 09 y en el gráfico N° 08, observamos que tanto en la Preeclampsia Leve y la Preeclampsia Severa se presentó en la mayoría de las gestantes con grado de instrucción secundaria con un 57.1% (72/126) y un 14.3% (18/126) respectivamente.

TABLA N° 10
Preeclampsia y estado civil en gestantes atendidas Hospital María
Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

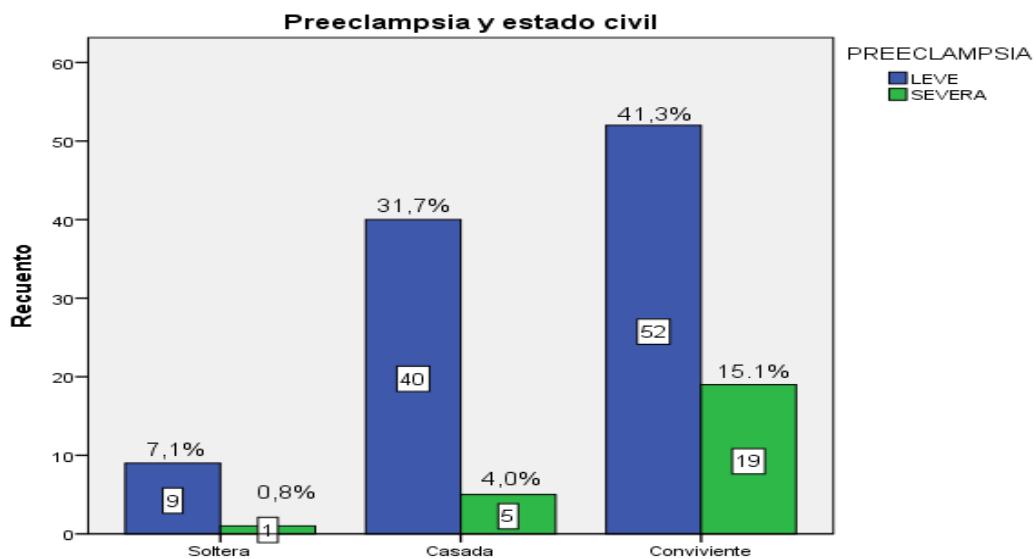
Tabla de contingencia – Estado civil

Estado civil		Preeclampsia		Total	
		Leve	Severa		
Soltera	Recuento	9	1	10	
	% del total	7,1%	0,8%	7,9%	
Casada	Recuento	40	5	45	
	% del total	31,7%	4,0%	35,7%	
Conviviente	Recuento	52	19	71	
	% del total	41,3%	15,1%	56,3%	
Total		Recuento	101	25	126
		% del total	80,2%	19,8%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 09

Distribución de la Preeclampsia y estado civil en gestantes atendidas
Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015



Interpretación:

Tomando en cuenta las características sociodemográfica, según lo observado en la tabla N° 10 y en el gráfico N° 09, observamos que tanto en la Preeclampsia Leve y la Preeclampsia Severa se presentó en la mayoría de las gestantes con estado civil “Conviviente” con 41.3% (52/126) y un 15.1% (19/126) respectivamente.

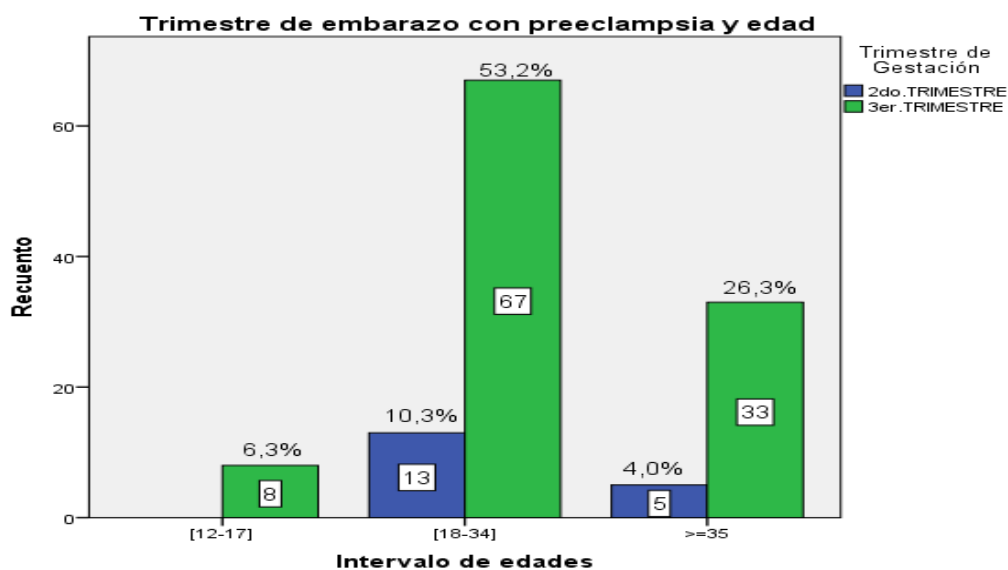
TABLA Nº 11
Trimestre de gestación y edad en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

Tabla de contingencia – Trimestre de gestación – Edad

Intervalo de edad		Trimestre de Gestación		Total	
		2do. Trim.	3er. Trim.		
Edad	[12-17]	Recuento	0	8	8
		% del total	0,0%	6,3%	6,3%
	[18-34]	Recuento	13	67	80
		% del total	10,3%	53,2%	63,5%
	[>=35]	Recuento	5	33	38
		% del total	4,0%	26,2%	30,2%
Total		Recuento	18	108	126
		% del total	14,3%	85,7%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO Nº 10
Distribución del trimestre de gestación y edad en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015



Interpretación:

Tomando en cuenta las características sociodemográfica, según lo observado en la tabla Nº 11 y en el gráfico Nº 10, observamos que en el segundo trimestre y tercer trimestre de gestación la Preeclampsia se manifestó en su totalidad en gestantes en edad fértil con un (10.3%) y un (53.2%) respectivamente.

TABLA N° 12

Trimestre de gestación y grado de instrucción en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

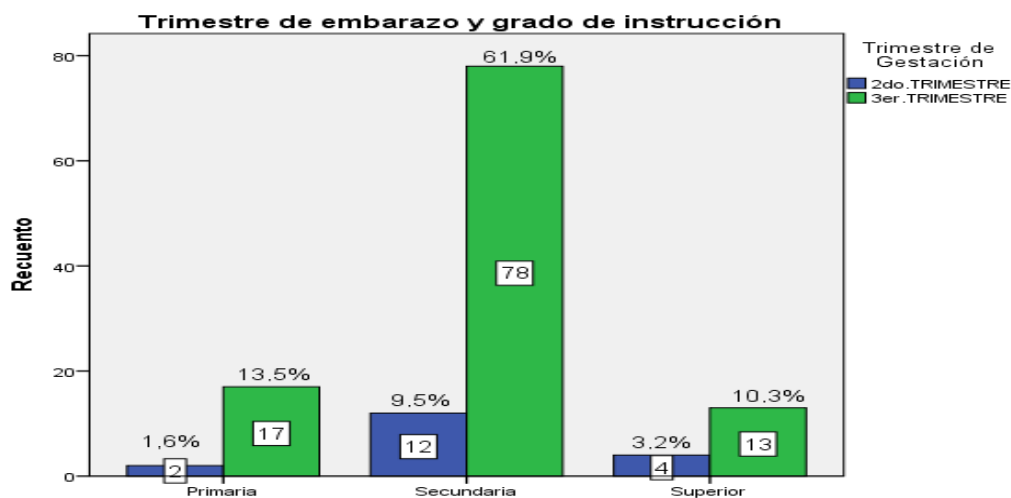
Tabla de contingencia – Trimestre embarazo- Grado de instrucción

Grado de instrucción		Trimestre de Gestación		Total
		2do. T	3er. T	
Primaria	Recuento	2	17	19
	% del total	1,6%	13,5%	15,1%
Secundaria	Recuento	12	78	90
	% del total	9,5%	61,9%	71,4%
Superior	Recuento	4	13	17
	% del total	3,2%	10,3%	13,5%
Total		Recuento	18	108
		% del total	14,3%	85,7%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO N° 11

Distribución del trimestre de gestación y grado de instrucción en gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015



Interpretación:

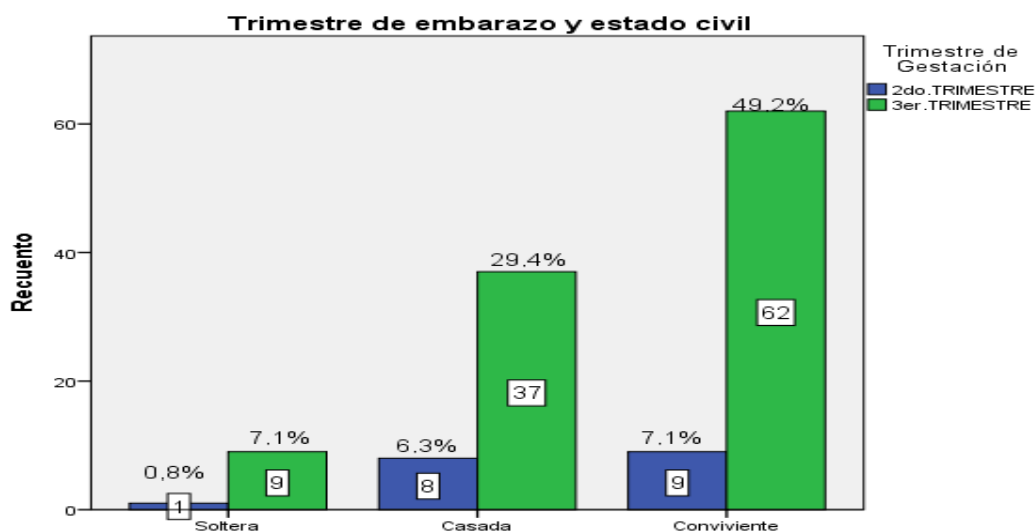
Tomando en cuenta las características sociodemográfica, según lo observado en la tabla N° 12 y en el gráfico N° 11, en el segundo trimestre y tercer trimestre de gestación la Preeclampsia se manifestó en su totalidad en gestantes con grado de instrucción secundaria con un (9.5%) y un (61.9%) respectivamente.

TABLA Nº 13
Trimestre de gestación y estado civil en gestantes atendidas Hospital
María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015
Tabla de contingencia – Trimestre - Estado civil

Estado civil		Trimestre de Gestación		Total
		2do. T	3er. T	
Soltera	Recuento	1	9	10
	% del total	0,8%	7,1%	7,9%
Casada	Recuento	8	37	45
	% del total	6,3%	29,4%	35,7%
Conviviente	Recuento	9	62	71
	% del total	7,1%	49,2%	56,3%
Total		Recuento	18	108
		% del total	14,3%	85,7%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

GRÁFICO Nº 12
Distribución del trimestre de gestación y estado civil en gestantes
atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a
Julio del 2015



Interpretación:

Tomando en cuenta las características sociodemográfica, según lo observado en la tabla Nº 13 y en el gráfico Nº 12, que en el segundo trimestre y tercer trimestre de gestación la Preeclampsia se manifestó en la mayoría de las gestantes con estado civil “Conviviente” con un (7.1%) y un (49.2%) respectivamente.

TABLA N° 14
Clasificación de la Preeclampsia asociado a la edad de las gestantes
atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a
Julio del 2015

Intervalo de edades* Preeclampsia- tabulación cruzada

		PREECLAMPSIA		Total	
		LEVE	SEVERA		
EDAD	[12-17]	Recuento	8	0	8
		% del total	6,3%	0,0%	6,3%
	[18-34]	Recuento	73	7	80
		% del total	57,9%	5,6%	63,5%
	[>=35]	Recuento	20	18	38
		% del total	15,9%	14,3%	30,2%
Total		Recuento	101	25	126
		% del total	80,2%	19,8%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA N° 15
Prueba de Chi Cuadrado para la asociación de la clasificación de la
Preeclampsia con la edad de las gestantes atendidas Hospital María
Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	26,272 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	25,497	2	,000
Asociación lineal por lineal	23,300	1	,000
N de casos válidos	126		

Interpretación:

En la tabla N° 14, observamos que la Preeclampsia Leve se manifestó en su mayoría a las gestantes en edad fértil con un (57.9%), mientras que en la Preeclampsia Severa fue más frecuente en edad materna > 35 años (14.3%). Según la tabla N° 15 la asociación entre la edad y el tipo de Preeclampsia Leve o Severa es estadísticamente significativa, es decir que la edad ($p=0,000$) está asociado al grado de severidad de la Preeclampsia. El nivel de confianza tomado es de 95% por lo que el nivel de significancia es del 5% (0,05) ($p<0.05$).

TABLA N° 16
Clasificación de la Preeclampsia asociado al grado de instrucción de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015
Grado de Instrucción*Preeclampsia- tabulación cruzada

		PREECLAMPSIA		Total	
		LEVE	SEVERA		
Grado de Instrucción	Primaria	Recuento	13	6	19
		% del total	10,3%	4,8%	15,1%
	Secundaria	Recuento	72	18	90
		% del total	57,1%	14,3%	71,4%
	Superior	Recuento	16	1	17
		% del total	12,7%	0,8%	13,5%
Total		Recuento	101	25	126
		% del total	80,2%	19,8%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA N° 17
Prueba de Chi Cuadrado para la asociación de la clasificación de la Preeclampsia con el grado de instrucción de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,730 ^a	2	,155
Razón de verosimilitud	4,167	2	,124
Asociación lineal por lineal	3,675	1	,055
N de casos válidos	126		

Interpretación:

En la tabla N° 16, observamos que la Preeclampsia Leve se manifestó casi en su totalidad de las gestantes con grado de instrucción secundaria con un (57.1%), al igual que en la Preeclampsia Severa fue más frecuente en las gestantes con grado de instrucción secundaria con un (14.3%). Según la tabla N° 17 la asociación entre el grado de instrucción y el tipo de Preeclampsia Leve o Severa no es estadísticamente significativa, es decir que el grado de instrucción ($p=0,155$) no está asociado al grado de severidad de la Preeclampsia. El nivel de confianza tomado es de 95% por lo que el nivel de significancia es del 5% (0,05) ($p<0.05$).

TABLA Nº 18
Clasificación de la Preeclampsia asociado al estado civil de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

Estado Civil*Preeclampsia- tabulación cruzada

		PREECLAMPSIA		Total	
		LEVE	SEVERA		
Estado Civil	Soltera	Recuento	9	1	10
		% del total	7,1%	0,8%	7,9%
	Casada	Recuento	40	5	45
		% del total	31,7%	4,0%	35,7%
	Conviviente	Recuento	52	19	71
		% del total	41,3%	15,1%	56,3%
Total		Recuento	101	25	126
		% del total	80,2%	19,8%	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA Nº 19
Prueba de Chi Cuadrado para la asociación de la clasificación de la Preeclampsia con el estado civil de las gestantes atendidas Hospital María Auxiliadora durante el período de Marzo a Julio del 2015

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	4,903 ^a	2	,086
Razón de verosimilitud	5,166	2	,076
Asociación lineal por lineal	4,214	1	,040
N de casos válidos	126		

Interpretación:

En la tabla Nº 18, observamos que la Preeclampsia Leve y Preeclampsia Severa se manifestó en la mayoría de las gestantes con esta civil "Convivientes" con un (41.3%) y un (15.1%) respectivamente. Según la tabla Nº 19 la asociación entre el estado civil y el tipo de Preeclampsia Leve o Severa no es estadísticamente significativa, es decir que el grado de instrucción ($p=0,086$) no está asociado al grado de severidad de la Preeclampsia. El nivel de confianza tomado es de 95% por lo que el nivel de significancia es del 5% (0,05) ($p<0.05$).

4.1.1 PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA:

Según los datos del presente estudio y la información obtenida de la ficha de recolección de datos de las historias clínicas de las gestantes que se atendieron en el departamento de emergencia del Hospital donde se llevó a cabo el presente estudio, podemos estimar la que **Prevalencia Hospitalaria de Preeclampsia fue:**

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Todas las gestantes con preeclampsia en un período de tiempo}}{\text{Total de la población de gestantes atendidas en ese tiempo}} \times 100$$

- Todas las gestante con Preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia durante el período de Marzo a Julio del 2015 = 126.
- Número de personas atendidas en el servicio de emergencia durante el período de Marzo a Julio del 2015 = 1 318.
- Resultando que la Prevalencia Hospitalaria de preeclampsia en el servicio de emergencia del Hospital María Auxiliadora fue del 10%.

4.2 DISCUSIÓN

- 4.2.1 La Preeclampsia representa una de las patologías más importantes del embarazo. En el INMP es la primera causa de mortalidad materna entre los años 2004 y 2014. A nivel nacional ocupa el segundo lugar como causa de muerte materna, y está considerada entre las tres causas más importantes de morbimortalidad materna y fetal.
- 4.2.2 En el período comprendido entre Marzo a Julio del 2015, la prevalencia de preeclampsia en el Hospital María Auxiliadora fue del 10%, información que guardan correlación con la Organización Mundial de la Salud donde la prevalencia de este trastorno hipertensivo fluctúa entre el 3% al 10% de todos los embarazos.
- 4.2.3 En la presente investigación las características sociodemográficas tales como el grado de instrucción y el estado civil no muestran asociación significativa con el cuadro clínico de Preeclampsia Leve o Severa, en cambio la edad se encuentra asociada al cuadro clínico de Preeclampsia Leve y Severa, las cuales guardan correlación con el estudio de **José Pacheco Romero y Sixto Sánchez**.
- 4.2.4 En el presente estudio, el número de gestantes con Preeclampsia Leve y Severa presentaron una mayor frecuencia durante el tercer trimestre de gestación en un (66.7%) y un (19%) respectivamente, datos que se correlacionan con el estudio de **Enrique Guevara Ríos**.
- 4.2.5 A pesar de no haber asociación significativa se ha observado que la Preeclampsia Leve (41.3%) y Severa (15.3%) respectivamente se observa mayor frecuencia en las gestantes con estado civil "Convivientes".

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- 5.1.1 Las gestantes participantes del estudio tienen una edad media de $29.2 \pm 6,7$ (IC 95% 22.5 – 35.9); una edad mínima y máxima de 16 y 44 años respectivamente; del total de las gestantes se halló que el 13.5% (17/126) tienen estudios superiores, el 71.4% (90/126) estudios secundarios y el 15.1% (19/126) estudios primarios; y en la mayoría de casos de las gestantes refieren tener estado civil “Convivientes” en un 56.3% (71/126), un 35.7% (45/126) de participantes refieren estar “casada” y un 7.9% (10/126) ser solteras.
- 5.1.2 Se presentó la manifestación de la preeclampsia con mayor frecuencia en tercer trimestre con un 85.7% (108/126) y un 14.3% (18/126) en el segundo trimestre.
- 5.1.3 El presente estudio, de la totalidad de las gestantes con cuadro clínico de Preeclampsia Leve presentaron un 80.2% y un 19.8% Preeclampsia Severa, ambas patologías fueron clasificadas según el criterio de presión arterial y proteinuria.
- 5.1.4 Este trastorno hipertensivo está asociada con una diversidad de factores de riesgo, la prevalencia Hospitalaria de Preeclampsia fue del 10%.
- 5.1.5 Las gestantes deben tener una atención integral de calidad y ser controladas minuciosamente durante toda la gestación, para así poder disminuir la incidencia y sus complicaciones graves de esta patología.

5.2 RECOMENDACIONES

- 5.2.1 Capacitar al personal de salud bajo un esquema estricto cuando este frente a este problema de salud pública, tenga un mejor conocimiento para detectar tempranamente la evolución de esta patología, y así evitar las complicaciones y disminuir la morbimortalidad materna y/o perinatal.
- 5.2.2 Para la práctica clínica se requiere orientar a la gestante asistir a todos sus controles prenatales y brindarles una atención integral, destacando primordialmente los aspectos psicosociales, debido a que estas están asociado al cuadro clínico de Preeclampsia para así evitar posibles complicaciones. Enfatizar en el grupo etario conformado por las mujeres en edad fértil [18-34] años ya que se encuentra asociado al cuadro clínico de Preeclampsia Leve o Severa.
- 5.2.3 Concientizar a todo personal de salud acerca de la importancia de los aspectos psicosociales, con el fin de fomentar una atención integral, mediante escalas prediseñadas y validadas para su utilización durante toda la gestación.
- 5.2.4 Se tiene que dar gran relevancia a la alimentación como medio de prevención para reducir sus complicaciones y la tasas de Preeclampsia.
- 5.2.5 Profundizar la presente investigación, a otras sedes hospitalarias y a la población de madres gestantes con características semejantes, para comprobar el comportamiento de las variables estudiadas en el presente estudio, desde el principio hasta el término de la gestación y posteriormente evaluar la asociación de dichas variables como factores de riesgos en la manifestación de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Guevara Ríos E, Meza Santibañez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014 Octubre; 60 (4).
2. Gary Cunningham F, J. Leveno K, L. Bloom C. Williams. Obstetricia. 24th ed.: McGraw - Hill Education; 2014.
3. Saona Ugarte P. Clasificación de la enfermedad hipertensiva en la gestación. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(4).
4. Sibai B.M. Immunologic Aspects of preeclampsia. Clin Obstet Gynecol. 1991; 34: 27-33.
5. Sánchez S. Análisis de la mortalidad materna en la DISA V Lima Ciudad. Período 2000-2004. Dirección de Epidemiología. DISA V Lima Ciudad.
6. Gynecologists ACoOa. Hypertension in Pregnancy Washington: Library of Congress Cataloging – in – Publication Data; 2013.
7. Pacheco J, Wagner P, Williams N, Sánchez S. Enfermedad hipertensiva de la gestación. Segunda ed. Lima; 2007.
8. Oudejans CB, Van Dijk M, Oosterkam M, Lachmeijer A, Blankenstein MA. Genetics of preeclampsia: paradigm shifts. Hum Genet. 2007 Jan; 120 (5): 607 – 12.
9. Jeyabalan A. Epidemiology of preeclampsia: impact of obesity. Nutrition Reviews. 2013 Oct; 71 (12055).
10. Vargas H. V, Acosta A. G, Moreno E. M. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2012; 77 (6).
11. Salud OMdl. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. 2014.
12. Guevara Ríos E, Meza Santibañez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014 Octubre; 60 (4).

13. Pacheco J. Aproximación bioinformática a la genética de la preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 60 (2).
14. Pacheco J. Preeclampsia/eclampsia: reto para el Gineco-obstetra. *Acta Medica Peruana*. 2006; 23(2).
15. E. Sánchez S. Epidemiología de la Preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2006; 52 (4).
16. Ylave G, Gutarra R. Diabetes Mellitus Gestacional. Experiencia en el Hospital Militar Central. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2009; 55 (2).
17. Sánchez S, Ware – Jauregui S, Larrabure G, Bazul V, Ingar H. Factores de riesgo preeclampsia en mujeres. *Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2001; 47 (2).
18. Rosell Juarte E, Brown Bonora R, Pedro Hernández A. Factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. *Archivo Médico de Camagüey*. 2006; 10 (5).
19. Suárez González J, Gutiérrez Machado M. Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 40 (4).
20. Valdés Yong M, Hernández Núñez J. Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2014; 43 (3).
21. Guevara Ríos E, Meza Santibañez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014 Octubre; 60 (4).
22. José Pacheco Romero. Repercusión de la preeclampsia/eclampsia en la mujer peruana y su perinato. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*; 2014, 24 (9): 279 – 289.
23. Salviz Salhuana M, Cordero Muñoz L, Saona Ugarte P. Preeclampsia: Factores de riesgo. Estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Revista Médica Herediana*. 1996; 7 (1).

24. E. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la Preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2014; 60 (4).
25. Brito, Karen Krystine Gonçalves. Prevalencia de los síndromes hipertensivos específicos del embarazo. *Revista Brasileña*; 2015, 7 (3): 2117 – 2125.
26. Herrera, Julián A.; Herrera – Medina, Rodolfo; Herrera – Escobar. Reducción de la Mortalidad Materna por preeclampsia en Colombia *Revista Colombiana Médica*, Volumen 45, N° 1, 2014, pp. 25 – 31.
27. Sáez Cantero, Viviana de la Caridad. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con Preeclampsia. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*; 2014, 40 (2): 155 - 164.
28. Jasovic – Siveska, Emilija; Jasovic Vladimir. Características demográficas de mujeres con Preeclampsia en Macedonia. *Revista Médica de Chile*; 2011, volumen 139 N° 6.
29. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Módulo de capacitación en Preeclampsia/Eclampsia. Diciembre 2012: 1 -53.
30. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Reporte Epidemiológico de la Mortalidad Materna en el Perú 2012- 2013.
31. Matías de la Cruz Rocío Pamela. Factores Predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde setiembre del 2012 a febrero del 2013. Tesis. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia. 2012.
32. Palei A, Spradley F, Warrington J, George E, Granger J. Pathophysiology of hypertension in preeclampsia: a lesson in integrative physiology. *Acta Physiol*. 2013 Jul; 208 (3): 224 – 233.
33. Uzan J, Carbonnel M, Piconne O, Asmar R, Ayoubi JM. Preeclampsia, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento *Vasc Health Risk Management*. 2011; 7 : 467 – 74.

34. Pacheco J. Preeclampsia/Eclampsia: reto para Gineco-Obstetra. Acta Médica Peruana. 2006; 23 (2): 100 – 11.
35. Pacheco J, Wagner P, Williams N, Sánchez S. Enfermedad hipertensiva de la gestación. En: Pacheco J (ed). Ginecología, Obstetricia y Reproducción. Segunda Edición. Lima: REP SAC, 2007.
36. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. 2014; 69 – 83.

ANEXOS:

ANEXO Nº 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR		FUENTE
DEPENDIENTE							
Preeclampsia Leve							
Presión Arterial	Presión que ejerce la sangre al circular por los vasos sanguíneos	Presión arterial mayor o igual a 140/90mmhg y menor a 160/110mmhg	Cuantitativa continua	Razón	SI	NO	Ficha de recolección de datos
Proteinuria cualitativa	Presencia de proteínas en orina	Prueba selectiva de ácido sulfosalicílico, basada en la turbidez comparada por la precipitación de las proteínas al unirse al reactivo. (1 + en pruebas con tira reactiva)	Cualitativa	Ordinal	SI	NO	Ficha de recolección de datos
DEPENDIENTE							
Preeclampsia Severa							
Presión Arterial	Presión que ejerce la sangre al circular por los vasos sanguíneos	Presión arterial mayor a 160/110mmhg	Cuantitativa continua	Razón	SI	NO	Ficha de recolección de datos
Proteinuria cualitativa	Presencia de proteínas en orina	Prueba selectiva de ácido sulfosalicílico, basada en la turbidez comparada por la precipitación de las proteínas al unirse al reactivo. (3 + en pruebas con tira reactiva)	Cualitativa	Ordinal	SI	NO	Ficha de recolección de datos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
INDEPENDIENTE						
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS						
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha, expresado en años.	[12-17] [18-34] [>=35]	Cuantitativa Discreta	Intervalo	Años cumplidos	Ficha de recolección de datos
Grado de Instrucción	Nivel de instrucción de la gestante	Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Ordinal	Ultimo año aprobado	Ficha de recolección de datos
Estado Civil	Condición de la gestante relacionada con el código civil	Soltera Casada Conviviente	Cualitativa	Nominal	Convivencia con pareja o no según declaración de la gestante	Ficha de recolección de datos
Trimestre de gestación	Etapas del embarazo	2do. Trimestre de gestación 3er. Trimestre de gestación	Cuantitativa continua	Ordinal	20-26 semanas. 27 semanas	Ficha de recolección de datos

ANEXO Nº 2: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº HISTORIA CLINICA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.- EDAD:

--	--

 años

12-17

18-34

≥35

2.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR

3.- ESTADO CIVIL:

SOLTERA

CASADA

CONVIVIENTE

4.- TRIMESTRE DE INICIO DE PREECLAMPSIA:

20-26 SEMANAS (SEGUNDO TRIMESTRE)

27 SEMANAS-PARTO (TERCER TRIMESTRE)

5.- PREECLAMPSIA LEVE:

✓ PRESIÓN ARTERIAL: $\geq 140/90$ mmHg SI NO

✓ PROTEINURIA: TRAZAS 1+ SI NO

6.- PREECLAMPSIA SEVERA:

✓ PRESIÓN ARTERIAL: $\geq 160/110$ mmHg SI NO

✓ PROTEINURIA: TRAZAS 3+ SI NO

ANEXO Nº 3: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA ASOCIADO A CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, DURANTE EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DEL 2015

N°	DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	CONSIDERACIONES CLÍNICAS							
1	Nº HISTORIA CLINICA:							
2	VARIABLE INDEPENDIENTE: EDAD:..... años 12-17() 18-35 () ≥ 35 ()							
3	VARIABLE INDEPENDIENTE: GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria () Secundaria () Superior ()							
4	VARIABLE INDEPENDIENTE: ESTADO CIVIL : Soltera () Casada () Convivencia ()							

5	VARIABLE INDEPENDIENTE: TRIMESTRE DE INICIO DE PREECLAMPSIA: <input type="checkbox"/> 20-26 SEMANAS (SEGUNDO TRIMESTRE) <input type="checkbox"/> 27 SEMANAS –PARTO (TERCER TRIMESTRE)							
6	VARIABLE DEPENDIENTE: PREECLAMPSIA LEVE: PRESIÓN ARTERIAL: $\geq 140/90$ mmHg PROTEINURIA : TRAZAS 1+							
7	VARIABLE DEPENDIENTE: PREECLAMPSIA SEVERA: PRESIÓN ARTERIAL: $\geq 160/110$ mmHg PROTEINURIA : TRAZAS 3+							

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable () Aplicable después de corregir() No aplicable()

Lima, _____ de _____ del 20 _____

Apellidos y nombres del juez evaluador: _____

DNI: _____

Especialidad del evaluador:

FIRMA

ANEXO Nº 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGÍA	FUENTE
<p><u>Problema General:</u></p> <p>¿Cuál es la prevalencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Marzo a Diciembre del 2015.</p>	<p><u>Objetivo General:</u></p> <p>Determinar la prevalencia de preeclampsia en las gestantes atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Marzo a Diciembre del 2015.</p>	<p>El presente estudio es de tipo descriptivo, por lo cual no se ha formulado hipótesis de investigación.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE:</p> <p>Preeclampsia</p>	<p>SI NO</p>	<p><u>Tipo de Investigación:</u></p> <p>El presente estudio es de tipo descriptivo, por la secuencia temporal es transversal, por el control de la asignación de los factores de estudio es observacional y finalmente, por el inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos es retrospectivo.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
<p><u>Problemas Específicos:</u></p> <p>P.E.1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Marzo a Diciembre del 2015.</p>	<p><u>Objetivo Específicos:</u></p> <p>O.E.1. Determinar las características sociodemográficas de las gestantes con preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Marzo a Diciembre del 2015.</p>		<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Edad</p>	<p>[12-17] [18-34] [>=35]</p>	<p><u>Población:</u></p> <p>Lo constituyen todas las mujeres gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el periodo de Marzo a Diciembre del 2015.</p>	
<p>P.E.2. ¿Cuál es el trimestre de inicio de la preeclampsia con mayor frecuencia en las gestantes atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Marzo a Diciembre del 2015.</p>	<p>O.E.2. Identificar el trimestre de inicio de la preeclampsia con mayor frecuencia en las gestantes atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Marzo a Diciembre del 2015.</p>		<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Grado de Instrucción</p>	<p>Primaria Secundaria Superior</p>	<p><u>Muestra:</u></p> <p>La muestra constituyen todas las gestantes atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el periodo de Marzo a Diciembre del 2015. La muestra final fue de 126 gestantes.</p>	
<p>P.E.3. ¿Cuál es la frecuencia de preeclampsia leve y/o severa de las gestantes en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Marzo a Diciembre del 2015.</p>	<p>O.E.3. Estimar la frecuencia de preeclampsia leve y/o severa de las gestantes en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo de Marzo a Diciembre del 2015.</p>		<p>VARIABLE INDEPENDIENTE:</p> <p>Trimestre de Gestación</p>	<p>2do. Trimestre de gestación (20-26 semanas) 3er. Trimestre de gestación (27 semanas)</p>		

