UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA E INTERDISCIPLINARIAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL
24/09/17
OFICINA EJECUTIVA DE BIBLIOTECA Y PUBLICACIONES

CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA SECUNDARIA A PREECLAMPSIA COMPLICADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD,

MENCIÓN EN:

"CUIDADOS INTENSIVOS – ADULTO"

AUTORES: Lic. Enf. ÁNGEL ALVARADO CABRERA

Lic. Enf. OFELIA VICTORIA SOTELO BUSTAMANTE

ASESORA: Dra. ISABEL ESTEBAN ROBLADILLO

PUCALLPA – PERÚ

2017

La presente tesis titulada: "**CARACTERIZACIÓN DE LA MORBILIDAD MATERNA SECUNDARIA A PREECLAMPSIA COMPLICADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, 2016"**, fue aprobada por los miembros del Jurado Evaluador, conformado por:

.....
Dra. Otilia Hernández Panduro
Presidente

.....
Dra. Nelly Graciela Tafur Flores
Miembro

.....
Mg. Rolinda Falcón Riva Agüero
Miembro

DEDICATORIA

A Dios por ser mi soporte cada día
A mi esposo por su amor y gran ayuda
a mi hijos, que son mi motivación
para alcanzar mis metas.

Ofelia

A Dios por darme una valiosa herencia mi familia y profesión.
A mi esposa por su amor, constancia y apoyo de quien aprendí a luchar por lo que más quiero y perseverar hasta lograr mis objetivos.

Ángel

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Universidad Nacional de Ucayali, Facultad Ciencias de la Salud, por darnos la oportunidad como profesionales de enfermería a continuar profundizando nuestros conocimientos y ejercer la carrera con las competencias necesarias para un mejor servicio a la población.

Al Director del Hospital Regional de Pucallpa por permitirnos desarrollar la presente investigación, brindándonos las facilidades para la recolección de datos; así mismo ser participe incentivando el desarrollo de la investigación científica para contribuir en la solución de los problemas de la salud en el área.

A los Jurados Evaluadores, que tuvieron siempre la disposición de orientarnos en su oportunidad y concluir satisfactoriamente el presente estudio de investigación.

A la Asesora, Dra. Isabel Esteban Robladillo, por su gran apoyo durante el desarrollo de la presente investigación.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar las características de la morbilidad materna secundaria a preeclampsia complicada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, enero a junio 2016. Metodología: El tipo de estudio fue descriptivo, transversal, retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 47 gestantes, el instrumento fue una ficha de registro validado por juicios de expertos y contenía datos generales de la gestante. Los ítems del instrumento, estuvieron relacionados a las características gineco-obstétricas, socioculturales, epidemiológicas y manejo de preeclampsia extraídos de las historias clínicas (cartilla materna, hoja de monitorización y kárdex de enfermería). Resultados: Entre las características gineco-obstétricas, se encontró que el 55.3% de gestantes tuvo de 19 a 35 años, edad mínima 13 y máxima 40 años, media = 23.7 años, 46.8% con edad gestacional de 31 a 35 semanas, 63.8% fueron multíparas y nulíparas, 78.7% fueron sometidas a cesáreas, 51.1% tuvieron aborto, el periodo intergenésico fue corto, 68.1% tuvo control prenatal insuficiente y en el 78.7% hubo terminación del embarazo. Entre las características socio-culturales, se encontró que el 55.3% fue de procedencia urbana, la mayoría con ingreso familiar menor a S/.1000.00 n. s., el 57.4% con nivel educativo primario, el 70.2% conviviente y sin ocupación, el 100% afiliadas al SIS. Conclusiones: Las gestantes tuvieron altas probabilidades a desarrollar preeclampsia complicada por las características gineco-obstétricas, socioculturales que tuvieron, siendo la hipertensión arterial el común denominador como enfermedad crónica materna presente entre las características epidemiológicas; el manejo fue en corto tiempo y la resolución óptima en la gran mayoría de los casos.

Palabras clave: Morbilidad materna, preeclampsia complicada, cuidados intensivos.

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the characteristics of the mother secondary morbidity to preeclampsia complicated in the unit of intensive care of Pucallpa's Regional Hospital, January to June, 2016. Methodology: The type of study was descriptive, transverse, retrospective. The sample was shaped by 47 mothers, the instrument was a card of record validated by experts' judgments and it was containing general information of the mothers. The articles of the instrument, they were related to the gineco-obstetric, sociocultural, epidemiological characteristics and I handle of preeclampsia extracted from the clinical histories (mother primer, leaf of monitoring and kárdex of infirmary). Results: Between the gineco-obstetric characteristics, one thought that 55.3 % of mothers had from 19 to 35 years, minimal age 13 and maxim 40 years, average = 23.7 years 46.8 % with age gestacional from 31 to 35 weeks, 63.8 % was multíparas and nulíparas, 78.7 % was submitted to Caesarean, 51.1 % had abortion, the intergenetic period was short, 68.1 % had prenatal insufficient control and in 78.7 % there was completion of the pregnancy. Between the sociocultural characteristics, one thought that 55.3 % was of urban origin, the majority with familiar minor revenue to S/.1000.00 n. s., 57.4 % with educational primary level, 70.2 % cohabitant and without occupation, 100 % affiliated to SIS. Conclusions: The mothers had high probabilities to develop preeclampsia complicated by the gineco-obstetric, sociocultural characteristics that had, being the arterial hypertension the common denominator as chronic mother present disease between the epidemiological characteristics; the managing was in short time and the ideal resolution in the great majority of the cases.

Key words: Mother morbidity, preeclampsia complicated, intensive care.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	13
ANTECEDENTES:	
1.1.1. Internacionales	13
1.1.2. Nacionales	16
1.1.3. Locales	18
1.2. BASES TEÓRICAS	19
1.2.1. Morbilidad Materna	19
• Definición	19
• Prevalencia	19
• Causas de morbilidad materna	20
1.2.2. Preeclampsia	21
• Definición	21
• Epidemiología	22
• Etiología	23
• Patogenia y fisiopatología	23
• Factores de riesgo	24
• Manifestaciones clínicas	26
• Criterios diagnósticos	26
• Características de la morbilidad materna secundaria a Preeclampsia:	27

- Características gineco-obstétricas 27
- Características socioculturales 29
- Características epidemiológicas 30

1.2.3. Manejo de preeclampsia complicada materna en la Unidad de Cuidados Intensivos. 31

1.3. MARCO CONCEPTUAL 35
1.3.1. Definición de términos 35

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO 37
2.1. AMBITO 37
2.2. POBLACIÓN 37
2.3. MUESTRA 38
2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO 38
2.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 38
2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS 39
2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 39
2.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANALISIS DE DATOS 40

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 41

CONCLUSIONES 52

RECOMENDACIONES O SUGERENCIAS 53

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 55

ANEXOS 59

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Características Gineco-obstétricas maternas secundaria a preeclampsia Complicada en la UCI, Hospital Regional de Pucallpa, enero-junio 2016 — 42

Tabla 1.1.Características Gineco-obstétricas maternas secundaria a preeclampsia Complicada en la UCI, Hospital Regional de Pucallpa, enero-junio 2016 — 44

Tabla 2. Características socioculturales maternas secundaria a preeclampsia Complicada en la UCI, Hospital Regional de Pucallpa, enero-junio 2016. — 46

Tabla 3. Características epidemiológicas maternas secundaria a preeclampsia Complicada en la UCI, Hospital Regional de Pucallpa, enero-junio 2016. — 48

Tabla 4. Manejo de preeclampsia complicada en madres, según edad en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, enero-junio 2016. — 50

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para finales de 2015 habrán muerto unas 303 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.[1]

En general, ya sea en países desarrollados como en vías de desarrollo, la principal causa de morbilidad materna extrema fue la hemorragia (ante o posparto), constituyendo la mitad de todas las MME de los estudios seleccionados, con rangos entre 14,5% y 64,7%. En segundo lugar, hipertensión arterial y/o pre-eclampsia severa, con 38% y rangos entre 16,8% y 62%, y en países y regiones con bajos recursos la sepsis y/o infecciones severas tuvieron un promedio de 8,1% con rangos entre 3,8% y 20%, no dejando de mencionar el parto obstruido.[2]

En América Latina, la experiencia en el tema es reciente. Sin embargo, la OMS calcula que por cada muerte materna en América Latina, 135 mujeres presentan enfermedades relacionadas con la gestación y aproximadamente 30 quedan con secuelas. La Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) publicó una serie de 965 casos comunicados en el estudio de "Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en instituciones seleccionadas de América Latina", realizado en el periodo del 1 de junio de 2007 al 31 de mayo de 2008, e identificó como primera causa a los trastornos hipertensivos, con 44,3%, seguido de la hemorragia posparto con 17,9%.[3]

La preeclampsia es la tercera causa de muerte materna en el mundo; y es la segunda causa de muerte materna en el Perú. En la DISA V Lima, la primera causa de muerte materna son los estados hipertensivos del embarazo y el 72% de casos mueren en el puerperio.[4]

Es necesario entender que durante el embarazo, el proceso salud - enfermedad está representado por una secuencia de eventos entre los extremos de salud y muerte. Dentro de esta secuencia un embarazo puede ser considerado como no complicado, complicado (morbilidad), severamente complicado (morbilidad severa) o con una complicación que amenaza la vida de la gestante (morbilidad materna extrema). En esta última condición las mujeres se pueden recuperar, presentar incapacidad temporal o permanente o morir.[5]

Los trastornos hipertensivos incluyen diversas perturbaciones vasculares que aparecen antes o durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, complicando entre un 10 a un 15 % de todas las gestantes. Junto a la hemorragia y la infección constituyen la tríada más letal de la medicina humana. En la actualidad se estima que unas 50 000 muertes anuales se producen como consecuencia de sus formas más graves, y aunque su aparición es inversamente proporcional al desarrollo socioeconómico de un país se aprecia un incremento de su incidencia en los países del primer mundo.

La preeclampsia, como forma clínica de hipertensión inducida por el embarazo, aparece después de las 20 semanas, durante el parto o las doce primeras semanas del puerperio. La posibilidad real de disfunción o fallo multiorgánico en el desarrollo de esta afección, complican seriamente la vida del binomio materno-fetal.

Por tanto, al desarrollar el presente estudio encontramos la magnitud del problema, en tal sentido damos a conocer las características de la morbilidad materna secundaria a preeclampsia, siendo de gran interés difundir los resultados para sensibilizar a los profesionales de salud, mujeres y público en general de la importancia de prevenir este problema de salud frecuente en nuestra región.

Esperamos que los aportes del estudio permita comprender los elementos involucrados como lo importante que es el análisis antropométrico de la gestante con morbilidad secundaria a preeclampsia que nos ayudará a sugerir medidas de control de riesgo, sobre todo en el I Nivel de Atención (Centros, Puestos de Salud y la Comunidad): la descripción de enfermedades propias y asociadas al embarazo, la forma de comienzo y tipo de parto, elementos prácticos en el seguimiento y la forma en que termina el embarazo podrán destacar y sobre todo contribuir a disminuir la morbimortalidad materna de las gestantes complicadas con hipertensión[6], y no esperar que lleguen a una etapa avanzada de daño orgánico como se ve día a día en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Pucallpa.

Por lo expuesto, planteamos el problema de investigación: ¿Cuál es la caracterización de la morbilidad materna secundaria a preeclampsia complicada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, enero a junio 2016?
Así también los objetivos a lograr:

General

Determinar las características de la morbilidad materna secundaria a preeclampsia complicada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, enero a junio 2016.

Específicos

- Describir las características gineco-obstétricas maternas secundaria a preeclampsia complicada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016.
- Describir las características socioculturales maternas secundaria a preeclampsia complicada en la Unidad de Cuidados Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016.
- Describir las características epidemiológicas maternas secundaria a preeclampsia complicada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016.
- Describir el manejo de preeclampsia complicada materna en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016.

A continuación se presenta el estudio dividido en capítulos:
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO, contiene los antecedentes de la investigación, la base teórica y el marco conceptual.
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO, se describe desde el ámbito del estudio hasta el análisis de los datos.
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN, se presentan los resultados del estudio de acuerdo a los objetivos propuestos; se presentan las tablas y gráficos, el análisis y discusión.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. Se presentan las conclusiones y recomendaciones a las que se arribó luego de los resultados encontrados.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES:

1.1.1. Internacionales

ACEVEDO O., SÁEZ V., PÉREZ A. Y ALCINA S. (2012), investigaron en Cuba: Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. El objetivo fue caracterizar la morbilidad materna en cuidados intensivos relacionada con las causas de ingreso. Métodos: estudio retrospectivo de 212 maternas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Hospital "Enrique Cabrera", Habana, 2008-2009. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas, el diagnóstico de ingreso se tomó como variable dependiente. Se usaron porcentajes y test de Chi-cuadrado para variables cualitativas y t-test para cuantitativas, utilizando el sistema estadístico SPSS-11.5. Resultados: ingresaron 133 (62,7 %) pacientes por causas no obstétricas y 79 (36,3 %) por causas obstétricas. Causas obstétricas: trastornos hipertensivos (16,5 %), hemorragia obstétrica (14,2 %) y sepsis (6,1 %). Causas no obstétricas más frecuentes: trastornos respiratorios (19,8 %), posoperatorio complicado, (9 %) y trastornos cardiovasculares (5,7 %). De las pacientes, el 49,6 % tenía 20-24 años. En los ingresos no obstétricos, predominaron las nulíparas 24,5 % (p= 0,001) y las gestantes, 40,6 % *vs* 21,2 %. En los ingresos obstétricos prevalecieron las puérperas, 33 % *vs* 1,9 %, (p= 0,000). Enfermedades crónicas, tenían el 37,3 % de los ingresos no obstétricos *vs* 9,9 %, (p= 0,000). Tuvieron complicaciones 23,1 % de las pacientes, superior en los ingresos no obstétricos, 14,6 % *vs* 8,5 % (p= 0,000). El índice de ventilación fue 6,1 %. La estadía general fue 4,8 ± 4,4 días. Conclusiones: predominaron los ingresos por causas no obstétricas y en el posparto. Los ingresos por causas obstétricas tuvieron el mayor número de complicaciones.[6]

ROJAS J., COGOLLO M., MIRANDA J., RAMOS E., FERNÁNDEZ J., BELLO A. (2,011), desarrollaron un estudio de investigación titulado: Morbilidad materna extrema en Cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006 – 2008. El objetivo fue establecer la incidencia de la morbilidad materna extrema (MME), sus características clínicas y hacer una primera aproximación a los indicadores de calidad de la atención obstétrica en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Materiales y métodos: estudio de cohorte, retrospectivo de pacientes obstétricas con MME que ingresaron a la UCI de la Clínica de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena desde enero 2006 a diciembre 2008. Se registraron las características sociodemográficas, gineco-obstétricas, criterios de MME y los indicadores de calidad de la atención obstétrica. Para el análisis de resultados se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión, porcentajes, tablas de frecuencia y razones estandarizadas de morbilidad con intervalos de confianza (IC) al 95%. Resultados: la incidencia de MME fue de 12,1 por 1000 nacimientos. El 27,2% (88 pacientes) eran adolescentes y el 61,6% multigestantes (199 pacientes). El principal diagnóstico asociado a la MME fue el trastorno hipertensivo del embarazo, 49,5% (160 pacientes), seguido por las hemorragias del embarazo, 22,6% (73 pacientes). Las principales disfunciones orgánicas fueron respiratorias, 38,1% (123 casos), hepáticas, 15,2% (49 casos) e inmunológicas, 14,6% (47 casos). La transfusión fue la intervención más común, 22,6% (73 pacientes). La incidencia de MME y la razón de casos de MME: muerte materna (MM) aumentaron, mientras que el índice de mortalidad disminuyó. Conclusiones: La incidencia de MME del 12,1 por 1000 nacimientos. Se presentaron los indicadores de calidad como medición basal, lo que servirá de comparación para futuras mediciones.[7]

VERDECÍA D., CASTILLO F., LLUCH A., MORALES A. (2009), investigaron en Cuba sobre: Morbi-mortalidad materna en la preeclampsia complicada. Se realizó un estudio descriptivo transversal para caracterizar la morbimortalidad materna secundaria a preeclampsia complicada en el Hospital Provincial Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora" desde enero 2006 _ septiembre 2007. El universo estuvo conformado por 312 gestantes que presentaron algún trastorno hipertensivo. Se seleccionó una muestra de 82 embarazadas con diagnóstico de preeclampsia complicada que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Predominó la preeclampsia grave (89,02%), las menores de 20 años (31,71%) y las nulíparas con 51 señoras. El mayor número de

gestantes (48) fueron evaluadas como normopeso, mientras que 27 evidenciaron un aumento exagerado de este. La curva plana de tensión arterial incidió con 57,32%. Al 96,34% de las gestantes se les practicó cesárea, de éstas, a un 70% de forma electiva. No se reportó muerte materna.[8]

MARIÑO C.A. Y VARGAS D. (2010), en la ciudad de Colombia, investigaron: Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Instituto Materno Infantil – Hospital La Victoria. El objetivo principal fue caracterizar la Morbilidad Materna Extremamente Grave atendida en el Instituto Materno Infantil- Hospital La Victoria, Bogotá, Colombia. Método: La población estuvo conformada por gestantes atendidas en la institución en el periodo febrero 1 de 2009 – noviembre 30 de 2009 y la muestra lo conformó todas las gestantes que presentaron morbilidad materna extremadamente grave, atendidas en la institución, incluidas de forma consecutiva, en el periodo febrero 1 de 2009 – noviembre 30 de 2009. Resultados: Las edades oscilaron entre los 14 y 43 años, con edad promedio de 24,4 años, mediana de 23,5 años. La mayor incidencia se dio en el grupo de 16 a 20 años con un 30% de los casos, seguido del grupo de 21 a 25 años con un 26%. El 58% alcanzó la secundaria y el 34% la primaria, el 64% conviviente, el 24% soltera. Al presentarse el evento de morbilidad materna extrema fue en promedio de 38,3 meses de gestación, el 78% si recibió control prenatal, el 22% no lo recibió, el 96% de gestantes sobrevivió. El 56 % de gestantes presentó el evento después de las 36 semanas de edad gestacional. Conclusiones: La principal causa de morbilidad materna extrema son los trastornos hipertensivos con el 44% (pre eclampsia – eclampsia), seguido de las hemorragias en el 26%. Enfermedad específica: 43% choque hipovolémico, 34% choque séptico y 23% eclampsia.[9]

SUAREZ E. et al. (2006), en su estudio Preeclampsia Severa, Eclampsia, Síndrome De Hellp: Comportamiento Clínico; con el objetivo de identificar las características clínico-epidemiológicas de la enfermedad hipertensiva del embarazo en su forma severa. Metodo: estudio de tipo restrospectivo, transversal, descriptivo. Se revisaron 127 pacientes al año. La preeclampsia severa –eclampsia se observó en 40 casos, de 15 a 20 años de edad provenientes del medio rural (55%), de medio socioeconómico bajo (93%). Las más afectadas primigestas (51%), recibiendo cuidados prenatales el 57.4%. Los síntomas más comunes fueron edema (85%), cefalea (73%), hiperreflexia

(69%), fosfenos (40%), acúfenos (37.8%). Las cifras tensionales más frecuentes fueron 110 mmHg las diastólica y 160 mmHg la sistólica. En 72 casos de preeclampsia severa (56%) hubo 29 eclámpticas (23%). La interrupción del embarazo en 70% de los casos fue abdominal con anestesia regional. La mayoría de recién nacidos fue a término, sin embargo 25 neonatos fueron pre-término, lo cual establece su pronóstico, aunado al bajo peso al nacer que fue entre 1 000 y 2500 gramos en el 59% de ellos, con algún grado de retardo de crecimiento intrauterino. Complicaciones maternas 20 casos, la más frecuente, insuficiencia renal, seguida por edema pulmonar y siguiendo enfermedad vascular cerebral. Fallecimientos por eclampsia cuatro, la hospitalización para la mayoría de pacientes de 1 – 3 días (61%), sólo una pacientes permaneció por más de 16 días. Las pacientes con preeclampsia severa-eclampsia fueron referidas de otros centros hospitalarios de segundo nivel en un 44% de los casos.[10]

1.1.2. Nacionales

DÍAZ, T.C. (2,010), estudió en la ciudad de Lima: Características clínicas epidemiológicas de la Preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el período 2008 – 2009, con el objetivo de determinar las características clínicas epidemiológicas de la preeclampsia severa. Método: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo. Los criterios de inclusión fueron Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa, con edad gestacional (EG) corroborada por fecha de última regla confiable, con embarazos con feto único, sin patología preexistente que incrementen el riesgo de preeclampsia, y que hayan culminado su embarazo en la institución. La recolección de datos se realizó a través de un instrumento en base a estudios previos, historia clínica y cartón perinatal. Los datos se analizaron vía estadística descriptiva. Resultados: El mayor porcentaje de edad estuvo comprendido entre los 29 y 34 años (73.8%). Las más afectadas nulíparas (63.1%), con EG mayor de 37 semanas (73.8%); recibiendo cuidados prenatales adecuados según la norma vigente (66.9%). Con un Índice de Masa corporal previo a la gestación, considerado normal (56,9%) y una ganancia ponderal de peso adecuada: entre 7 kg. – 16 kg. (40 %). Antecedentes: aborto previo a la gestación, 30 casos presentaron un aborto anterior (23,1%), 23.9% antecedentes familiares de hipertensión arterial. Los síntomas más comunes fueron cefalea (63.8%), fotopsias (15.4%), dolor en

epigastrio (10.8%), visión borrosa (7.7%), escotomas (6.9%). La curva de presión arterial diastólica fue de Alto Riesgo a Patológico (49.2%). La vía de culminación de parto en su mayoría fue abdominal (80%) Conclusión: A diferencia de los estudios revisados, la mayoría de pacientes con preeclampsia severa, se consideraron dentro de los rangos normales y/o adecuados de las variables investigadas (edad, edad gestacional, paridad, número de atenciones prenatales, Índice de Masa Corporal previo a la gestación, etc.); la cefalea fue el síntoma premonitorio predominante, y la complicación más frecuente fue la retinopatía hipertensiva aguda de II Grado.[11]

BONIFACIO, M. S. (2,015), realizó la investigación titulada: Relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre preeclampsia en gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo-julio 2015. Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre preeclampsia en gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante Mayo - Julio 2015. Metodología: Estudio de tipo observacional, correlacional, prospectivo y de corte transversal, en el que se tomó a 184 gestantes con preeclampsia que hayan recibido información sobre este trastorno y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. El grado de relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información se estimó a través de la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, el cual se consideró significativo cuando tenía un valor $p<0.05$. Resultados: Las fuentes de información que recibieron las gestantes con preeclampsia fueron a través de medios de información como el Obstetra en el 39.1% y el Médico ginecólogo en el 29.3%; el lugar de información fue el Hospital en el 47.8% y el momento de información fue durante el control prenatal en el 53.8%. El nivel de conocimientos que presentan las gestantes con preeclampsia es "Medio" en el 60.3% y "Alto" en el 22.3%. El nivel de conocimientos sobre preeclampsia se relaciona con el medio de información ($p=0.000$), el lugar de información ($p=0.000$) y el momento de información ($p=0.025$) en las gestantes con este trastorno. Conclusión: El nivel de conocimiento se relaciona con el medio, el lugar y el momento de información sobre preeclampsia en las gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante Mayo - Julio 2015.[12]

REYES-ARMAS I. Y VILLAR A. (2,010), estudiaron: Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009. El objetivo fue caracterizar la morbilidad materna extrema (MME) en un Hospital Nacional de Lima. Diseño: Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal. Institución: Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. Participantes: Madres gestantes o puérperas. Intervenciones: Se revisó 206 historias clínicas de pacientes atendidas entre enero del 2007 y diciembre del 2009 y que cumplieron alguno de los criterios de inclusión de morbilidad materna extrema relacionados con la enfermedad específica, falla orgánica o manejo. Se analizó las variables sociodemográficas y obstétricas, siguiendo el protocolo establecido en la metodología para la vigilancia de la FLASOG, además de la identificación la causa básica de morbilidad y los retrasos acorde a lo establecido en la metodología de la 'ruta hacia la vida'. Resultados: La morbilidad materna extrema (MME) afectó a 0,94% de pacientes del Hospital San Bartolomé, con índice de mortalidad de 0,032, razón de morbilidad materna (MM) de 9,43 y relación MME/MM de 30,43. Estuvo relacionada con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal, períodos intergenésicos corto o prolongado, gestaciones pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas, con tasa alta de mortalidad perinatal. La enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante de MME (42,2%), seguida por la hemorragia puerperal (17,5%). Hubo alteración de la coagulación en 33,5%, transfusiones en 27,2% y alteración de la función renal en 26,7%. Los retrasos relacionados con la calidad de la prestación del servicio (tipo IV) fueron los que más se asociaron (58,3%) con la ocurrencia de casos de MME. Conclusiones: La morbilidad materna extrema se presentó en una importante proporción de casos en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, siendo la causa más frecuente la enfermedad hipertensiva de la gestación.[13]

2.1.3. Locales

Hasta la fecha, no se encostraron estudios a nivel local que estén relacionados al nuestro.

1.2. BASES TEÓRICAS:

2.2.1. Morbilidad Materna

- **Definición**

  Según la Organización Mundial de la Salud, la morbilidad materna ha sido definida como una complicación obstétrica severa, que requiere una intervención médica urgente, encaminada a prevenir la muerte materna. Es una complicación severa durante la gestación y los 42 días posparto, la cual pudiera ocasionar la muerte de la madre o invalidez definitiva, si esta no recibe una intervención médica adecuada. Estos casos junto a los de mortalidad materna son utilizados actualmente para la vigilancia de la calidad de los servicios de salud relacionados con la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, como mecanismo para identificar fallas en el sistema de salud, prioridades en salud materna y para cuantificar la incidencia de complicaciones en la prestación de servicios obstétricos.[14]

- **Prevalencia**

  La OMS (2, 015), en una nota descriptiva, informa que:

  Cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y que es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres.

  En comparación con otras mujeres, las jóvenes adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo.

  Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100 000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre 2000 y 2010 superaron el 5,5% necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.[15]

- **Causas de morbilidad materna**

  La morbilidad está dada por las complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación parto o puerperio (42 días después de terminada la gestación) y pueden ser inmediatas o mediatas, afectando la salud de las mujeres muchas veces en forma permanente.

  En todo el mundo, alrededor de cinco millones de mujeres padecen enfermedades críticas asociadas a la maternidad, de las cuales aproximadamente el 10 % fallecen. Las enfermedades durante el embarazo, el parto y el puerperio constituyen las principales causas de discapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo.

  En el período de 2007 a 2008 se realizó una investigación en instituciones seleccionadas de América Latina (Cuba-La Habana, Chile, Colombia, Brasil). Los resultados mostraron que las principales causas de morbilidad: la hemorragia posparto (33 %), los trastornos hipertensivos (27,8 %) el aborto (22,6 %) la hemorragia del 2do. y 3er. trimestres (10,4 %), sepsis de origen obstétrico (2,6 %), la sepsis de origen no obstétrico (1,7 %) y otras (1,7 %).[16]

  En el Perú, la morbilidad tiene como principal causa el egreso por aborto, seguido por el parto obstruido y la hemorragia del embarazo y parto, en este último se pueden enmascarar diagnósticos como hemorragia por aborto ya que sabemos de los problemas de sub-registro de los abortos.

  Los trastornos hipertensivos, han sido agrupados dentro de un término denominado síndrome hipertensivo del embarazo, que abarca fundamentalmente cuatro categorías:

  Preeclampsia – Eclampsia.
  Hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional.
  Hipertensión crónica.
  Hipertensión crónica con preeclampsia sobre-agregada.[17]

2.2.2. Preeclampsia

- **Definición**

  Es el incremento de la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o ≥ 90 mmHg en la presión diastólica, tomada en dos ocasiones con un intervalo de 4 a 6 horas y con un máximo de una semana, a partir de las 20 semanas de gestación en mujeres con presiones arteriales normales previas al embarazo; además de proteinuria ≥ 300 mg/24 horas o ≥ 1+ en tira colorimétrica.

  En ausencia de proteinuria, el diagnóstico de preeclampsia se realiza cuando se presenta hipertensión gestacional asociado a síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia, náuseas y vómitos, restricción del crecimiento intrauterino, anomalías en los resultados de laboratorio (aumento de la creatinina sérica, ácido úrico, edema pulmonar; enzimas hepáticas elevadas, incremento de la deshidrogenasa láctica, plaquetopenia, también conocido como síndrome de HELLP).[18]

  La pre-eclampsia - eclampsia es frecuente en los extremos de la vida reproductiva, en mujeres con antecedente personal o familiar de pre eclampsia - eclampsia, en mujeres diabéticas o con enfermedad trofoblástica, enfermedad renal, hipertensión crónica, diabetes.[19]

  La preeclampsia puede ser:

  Preeclampsia leve.

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

  Preeclampsia severa

  Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o

igual a 5 gramos o proteinuria en tirilla reactiva +++ y presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:

- Vasomotores: cefalea, tinitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Hemólisis.
- Plaquetas menor a 100000 mm3.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda [20]

- **Epidemiología**

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un problema de salud, siendo la tercera causa de muerte materna en el mundo, estos trastornos afectan el 7% a 10% de gestantes.

La incidencia de la Preeclampsia en los países desarrollados es del 5% - 8% y es la segunda causa de muerte materna en los Estados Unidos (luego de la enfermedad tromboembólica). La preeclampsia afecta el 2% a 7% de gestantes nulíparas y es la mayor causa de muerte materno fetal, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vías de desarrollo.

En el Perú, la Preeclampsia es la segunda causa de muerte materna representando el 17% a 21% de muertes, para el año 2002 la incidencia de hipertensión en Lima y Trujillo alcanzaba el 15%, la eclampsia 8% y el síndrome HELLP 3.7%.[21]

La incidencia de la eclampsia es del 0,2% en el mundo, en Estados unidos el 7% al 10% de embarazos se complican por hipertensión gestacional, de esta población el 10% de pacientes con preeclampsia severa y/o eclampsia son afectadas por el síndrome HELLP.

Varios estudios han reportado que el 30% a 50% de casos de eclampsia se desarrolla antes del parto, entre el 18% y 36% de crisis convulsivas se presentan en el intraparto y del 11% a 44% aparecen en el posparto.

Las mujeres con historia de eclampsia tienen un riesgo de 1% a 2% de volver a padecerla, y un riesgo del 22% a 35% de sufrir preeclampsia en embarazos posteriores.[22,23]

- **Etiología**

  La preeclampsia es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, que constituye una de las causas más importantes de morbimortalidad materna y perinatal en el mundo; junto con la hemorragia y la infección forma una tríada letal. Asimismo, constituye un verdadero problema de salud pública, sobre todo en los países en desarrollo; en los países desarrollados, es apenas una complicación. Es potencialmente maligna, ya que puede acompañarse de complicaciones multisistémicas. Se desconoce su agente causal, pero se han propuesto varias hipótesis; algunas de ellas afirman que se trata de un trastorno inmunológico que provoca mala respuesta inmunitaria materna al embarazo. [24]

- **Patogenia y fisiopatología**

  La patogenia de la preeclampsia puede implicar la invasión anormal del citotrofoblasto a las arterias espirales; en donde, es importante diferenciar dos etapas en el proceso de esta enfermedad:

  - 1ra. Fase, se produce entre las 12 semanas de gestación con alteración de la invasión trofoblástica de las arterias espirales maternas; produciendo un estado de insuficiencia placentaria.
  - 2da. Fase, se produce entre las 16 y 20 semanas y da lugar a la lesión endotelial responsable de los signos y síntomas clásicos de la enfermedad: vasoespasmo, mayor permeabilidad de los capilares y agregación plaquetaria.

  La preeclampsia severa se relaciona con mayor resistencia periférica total, reducción del gasto cardiaco y disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario, uno de los factores potencialmente responsable de estos procesos sería el TNF Factor de necrosis tumoral alfa) asociado a otras citoquinas como la IL-6 (Interleucina 6).

  La disfunción endotelial provoca vasoconstricción generalizada (esta es una característica básica de la preeclampsia grave; activación plaquetaria y trombosis, así como una reducción del suministro de sangre a múltiples

órganos como hígado, riñones, cerebro y placenta. Debido a la disfunción endotelial aumenta la resistencia de la arteria uterina y compromete el flujo sanguíneo de la placenta.[25]

- **Factores de riesgo**

  Hay factores de riesgo para preeclampsia o su recurrencia, que se han hallado consistentemente en poblaciones con diferente ascendencia étnica y con diversos diseños metodológicos:

  Edades extremas: Edad menor o igual de 19 años tiene un riesgo de 3.4 veces de presentar preeclampsia -eclampsia; mientras que la edad mayor o igual a 35 años tuvo aproximadamente 2 veces el riesgo de sufrir dicha patología. Varios autores coinciden que en las mujeres menores de 19 años, el riesgo de preeclampsia se duplica, y han planteado que las mujeres mayores de 35 años tienen mayor riesgo de sufrir de preeclampsia debido a que padecen con mayor frecuencia de enfermedades crónicas vasculares y eso facilita el surgimiento de preeclampsia.

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

  Multiparidad: *se* encontró asociación entre la multiparidad y el riesgo de preeclampsia; las mujeres multigravidas tienen mayor riesgo de preeclampsia.

  Raza: las gestantes de raza negra tienen un riesgo incrementado de preeclampsia, la raza blanca tiene mayor riesgo de sufrir de esta patología al compararla con la raza mestiza.

  ***Nivel socioeconómico*:** las mujeres pobres (edad temprana, multiparidad, control prenatal deficiente) ejercen un efecto confusor y elevan el riesgo de enfermar y morir. El bajo nivel socioeconómico

produce un inadecuado apoyo social, ocasionando una dosis – respuesta significativa para desarrollar patologías obstétricas cuando la mujer carece de un adecuado apoyo socio – económico.

Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo: aumenta desde 4.3% para mujeres con IMC menor de 19.8 kg/m2 hasta 13.3% en aquellas con un IMC de más de 35 kg/m2. Así mismo otros autores han encontrado que in IMC > 29.0 kg/m2 (mujeres obesas), aumenta 2.5 veces el riesgo de hipertensión gestacional y 2.7 veces el riesgo de preeclampsia, en comparación de aquellas mujeres que tienen un IMC entre 19.8 kg/m2 – 26.0 kg/m2.

La preeclampsia está fuertemente relacionada al peso incrementado antes de la gestación y a algunos otros factores de riesgo, como la edad madura y el antecedente de preeclampsia en embarazos previos.

Incremento excesivo de peso durante el embarazo: las mujeres con ganancia excesiva de peso tienen 3 veces mayor riesgo de hipertensión gestacional, y 4 veces mayor de preeclampsia. La obesidad, por un lado, se asocia con frecuencia con la hipertensión arterial, y por otro, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye *per se* a elevar la presión arterial. Por otro lado, los adipositos secretan citoquinas, en especial el factor de necrosis tumoral a (FNTa), que producen daño vascular, lo que empeora el estrés oxidativo, fenómeno que también está involucrado en el surgimiento de la preeclampsia.[26]

Inadecuado Control Prenatal: La Guía Nacional de Atención de Salud Sexual y Reproductiva, considera como mínimo que una gestante reciba 6 controles prenatales. Las pacientes con inadecuados controles prenatales tienen 2 veces mayor riesgo de sufrir de preeclampsia en comparación con las que tienen un control prenatal adecuado.[27]

- **Manifestaciones clínicas**

  El diagnóstico de preeclampsia se establece al demostrar hipertensión arterial y proteinuria a partir de la semanas 20 de la gestación, o antes, cuando se asocia a enfermedades del trofoblasto y hasta seis semanas después del parto. Sin embargo, estos criterios son insuficientes como prueba de screening en el primer nivel de atención médica.

  La National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy, recomienda que cuando se presente elevación tensional durante el embarazo, aun cuando no se documente la presencia de proteinuria si se acompaña de cefalea, visión borrosa, dolor abdominal o alteraciones en las pruebas de laboratorio (principalmente plaquetopenia o incremento de enzimas hepáticas), se debe considerar como muy probable la preeclampsia; y que es necesario desarrollar estudios de investigación para determinar los valores predictivos de estos síntomas y signos para el diagnóstico de preeclampsia.[28]

  Por lo general está precedido de hipertensión y proteinuria, aunque ésta última puede estar ausente en el 15-20% de los casos. El hallazgo más constante es la trombocitopenia, lo que obliga a efectuar el diagnóstico diferencial con trombocitopenia gestacional, púrpura trombocitopénico idiopático, púrpura trombocitopénico trombótico, síndrome hemolítico urémico, hígado graso agudo del embarazo.[29]

- **Criterios diagnósticos:**

  En ausencia de proteinuria, el diagnóstico de preeclampsia se realiza cuando se presenta hipertensión gestacional asociado a síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia, náuseas y vómitos, restricción del crecimiento intrauterino, anomalías en los resultados de laboratorio (aumento de la creatinina sérica, ácido úrico, edema pulmonar; enzimas hepáticas elevadas, incremento de la deshidrogenasa láctica, plaquetopenia, también conocido como síndrome de HELLP). Ver tabla A.[30]

Tabla A: Criterios diagnósticos de Preeclampsia

PREECLAMPSIA
PA ≥ 140 mmHg sistólica o ≥90 mmHg diastólica después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa.
Proteinura: 0.3 gr o más en proteinuria de 24 horas ó 1+ en tira reactiva.
PREECLAMPSIA SEVERA
PA ≥ 160 mmHg y/o 110 mmHg
Proteinuria ≥ 5 gr. o 3 + en tira colorimétrica
Otros factores:
Creatinina sérica ≥ 1.2 mg/100 ml.
Plaquetas < 100 000/L
DHL aumentada (hemólisis microangiopática)
Cefalea u otra alteración cerebral o visual permanente.
Dolor epigástrico persistente
Transaminasas elevadas
Oliguria (500mL de orina en 24 horas), disturbios cerebrales o visuales, edema

Fuente: Tomado de Williams – Fundamentos de Ginecoobstetricia de la Sociedad Española de Gineco-Obstetricia.

Síndrome de Hellp

Es un criterio diagnóstico de la preeclampsia severa, caracterizado por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y plaquetopenia, este criterio diagnóstico se plantea en gestantes (70%) o puérperas (30%) con preeclampsia severa – eclampsia.

- **Características de la morbilidad materna secundaria a preeclampsia:**

  Las condiciones fisiopatológicas, gineco-obstétricas, socioculturales reconocidas y epidemiológicas; se encuentran agrupadas como factores de riesgo. Para efecto del presente estudio, se han clasificado en características, siendo:

  - **Características gineco-obstétricas**

    Entre las características más frecuentes y conocidas aparecen:

    - Edades extremas

- Primigravidez y multiparidad,
- Cesárea
- Periodo intergenésico
- Abortos
- Control pre-natal incompleto

El embarazo en **edades extremas** de la vida es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el feto. Sean menores de 19 o mayores de 35 años, se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida.

La adolescencia acarrea importantes riesgos para el embarazo y el parto. Alrededor de 15 millones de niños nacen cada año en el mundo de madres con edades entre 15 a 19 años. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. La joven madre tiene mayor riesgo de presentar parto obstruido, parto prolongado, preeclampsia y eclampsia, anemia y malnutrición en el momento de la concepción y se acompañan con frecuencia de un retardo en el crecimiento intrauterino. Tienen además el doble de probabilidad de morir en casos de obesidad, multiparidad, cesárea de urgencias durante el trabajo de parto así como el antecedente de cesárea previa y por último la presencia de patologías coexistentes como diabetes, hipertensión y los trastornos cardiovasculares.[31,32]

Primigravidez y Multiparidad:

La primigravidez y multiparidad están muy asociados a la presencia de preeclampsia. Esto ha sido comprobado por múltiples estudios epidemiológicos, que sustentan la validez de este planteamiento, siendo en las primagestas la susceptibilidad de 6 a 8 veces mayor que en las multíparas. La Preeclampsia se reconoce actualmente como una enfermedad provocada por un fenómeno de inadaptación inmunitaria de la madre al *conceptus*

fetal. Se forman entonces inmunocomplejos, que se depositan finalmente en los pequeños vasos sanguíneos y provocan daño vascular y activación de la coagulación con nefastas consecuencias para todo el organismo.[33]

Cesárea.

La cesárea se asocia con el desarrollo de preeclampsia. En investigaciones recientes se encontraron que el antecedente de cesárea incrementó 96 veces más el riesgo de presentar esta patología.

Periodo intergenésico.

Entre los factores que se han investigado, pero que aún no han demostrado fehacientemente su asociación con la preeclampsia, se encuentra el periodo intergenésico largo. En el análisis bivariado, se mostraron que los periodos intergenésicos corto y largo incrementan cuatro veces más el riesgo de desarrollar preeclampsia. [34]

Abortos

Abortos de repetición. El antecedente de dos o más abortos espontáneos aumenta el riesgo de padecer preeeclampsia.

Control pre-natal incompleto

En ausencia de controles prenatales, antecedente de hipertensión familiar y nuliparidad, las gestantes están expuestas a una mayor probabilidad de partos abdominales y complicaciones en el puerperio.

- **Características socioculturales**

La situación social de las mujeres limita su acceso a los recursos económicos y a la educación básica y en consecuencia todo eso da paso a la incapacidad para adoptar decisiones con respecto a su salud. A algunas mujeres se les niega el acceso a la asistencia sanitaria cuando la necesitan, lo que responde, en ocasiones, a prácticas culturales. En otros casos es producto de la falta de

acceso y utilización de servicios obstétricos. Además, la falta de poder de decisión de la mujer incide negativamente y lleva a muchas mujeres a una vida de embarazos repetidos. La pobreza, las barreras en la educación, la inestabilidad sociopolítica como expresión de la persistencia de inequidad entre los géneros y de la desigualdad económica y social, son factores trascendentales que contribuyen a una elevada mortalidad materna en estas poblaciones.[35]

- **Características epidemiológicas maternas**

  Entre las características epidemiológicas se encuentran:

  - Historia familiar de preeclampsia
  - Historia personal de preeclampsia
  - Presencia de algunas enfermedades crónicas

Historia familiar de preeclampsia: en estudios familiares observacionales y descriptivos se ha encontrado un incremento del riesgo de padecer una Preeclampsia en hijas y hermanas de mujeres que sufrieron una Preeclampsia durante su gestación. Se plantea que las familiares de primer grado de consaguinidad de una mujer que ha padecido una Preeclampsia, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se embarazan. Igualmente, las familiares de segundo grado tienen un riesgo de padecerla de 2 a 3 veces mayor, comparado con aquellas mujeres en cuyas familias no hay historia de Preeclampsia. Así, como la susceptibilidad para desarrollar una Preeclampsia está mediada en gran parte por un componente genético heredable, que contribuye en aproximadamente un 50 % al riesgo de sufrir la enfermedad, indagar sobre la existencia de historia familiar de Preeclampsia puede ser una herramienta valiosa para detectar embarazos con alto riesgo de padecerla.

Historia personal de preeclampsia: se ha observado que entre un 20 y 50 % de las pacientes que padecieron una Preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación.

Presencia de algunas enfermedades crónicas *Hipertensión arterial crónica:* es conocido que un alto índice de enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión arterial preexistente, y que en la medida en que es mayor la TA pregestacional, mayor es el riesgo de padecer una Preeclampsia.

La hipertensión arterial crónica produce daño vascular por diferentes mecanismos, y la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia. *Obesidad:* Se asocia con frecuencia con la hipertensión arterial, exponiendo al organismo a elevar la Tensión Arterial. *Diabetes mellitus:* en la diabetes mellitus pregestacional generalmente hay un aumento del estrés oxidativo y del daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión uteroplacentaria y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia, que es 10 veces más frecuente en las pacientes que padecen esta enfermedad. *Enfermedad renal crónica (nefropatías):* las nefropatías, algunas de las cuales ya quedan contempladas dentro de procesos morbosos como la diabetes mellitus (nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (nefroangioesclerosis).[36]

1.2.3. Manejo de preeclampsia complicada materna en la Unidad de Cuidados Intensivos

La terapia intensiva tiene un rol determinante en la reducción de la mortalidad materna, por ello se actualizan aspectos importantes de la enfermedad hipertensiva del embarazo que tiene alta incidencia en la morbilidad y mortalidad materna, sobre todo lo relacionado con la preeclampsia grave/eclampsia con énfasis en aquellos aspectos que se refieren a la atención de la paciente grave en este tipo de unidad y los fármacos más frecuentemente utilizados.[37, 38]

La preeclampsia con criterios de severidad evoluciona hacia complicaciones graves como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, sindrome HELLP, que pueden llevar a la muerte de la gestante y del feto o recién nacido. Por lo tanto, el manejo debe ser oportuno, multidisciplinario y efectivo. En una gestante que presenta sangrado vaginal y signos de desprendimiento prematuro de placenta, siempre sospechar en una preeclampsia como cuadro de fondo.

El tratamiento va dirigido a:

- Reposición de la volemia.
- Tratamiento del vasoespasmo.
- Tratamiento del metabolismo ácido-básico y de las alteraciones electrolíticas.
- Corregir los trastornos de la coagulación.
- Reducir la irritabilidad del SNC.
- Control de la hipertensión arterial.
- Intentar disminuir o erradicar los posibles efectos adversos de la medicación antihipertensiva.
- Prevenir y combatir la hipoxia.
- Prevenir y combatir las infecciones.

Según estudios desarrollados por el Instituto Nacional Materno Perinatal (Perú-2014)[39], el manejo de preclampsia debe ser inmediato, las pacientes con preeclampsia severa deben tener una evaluación por la unidad de cuidados intensivos materna porque hay una contracción del contenido intravascular, a diferencia de la hipervolemia usual de la gestante; hay tendencia a oliguria por falta de fluidos, a pesar del edema y por el alto riesgo de muerte, por lo tanto se deberá:

- Asegurar una expansión adecuada del intravascular con solución salina al 9 o/oo, a razón de 50 a 60 gotas por minuto el primer litro; y, en caso de persistir la oliguria, iniciar coloides 500 mL a goteo rápido, seguido de furosemida 10 mg e.v.

- Administrar por lo menos tres litros de cristaloides durante las primeras 24 horas.
- Controlar la diuresis con sonda de Foley y bolsa colectora; se monitorea la presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno cada 15 minutos.
- Iniciar por vía venosa una infusión de sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones. La infusión se prepara combinando 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (ampollas de 10 mL) con solución salina 9 o/oo 50 mL. Esta solución proporciona 1 g de sulfato de Mg por cada 10 mL, y debe administrarse 4 gramos (40 mL) en 15 a 20 minutos por volutrol, como dosis inicial de ataque; se continuará con una infusión de 1g por hora (10 mL por hora) y mantener la infusión por 24 horas después del parto. Se controlará los reflejos rotulianos, la frecuencia respiratoria -que debe ser por lo menos 14 respiraciones/minuto- y la diuresis, que no debe ser menor de 25 a 30 mL/hora.
- Control de la saturación de O2 mediante pulsioximetría.
- Se suspenderá la administración de sulfato de magnesio si se detecta arreflexia tendinosa, si hay depresión del estado de conciencia o si se presenta tendencia a la ventilación superficial o lenta; en este caso, administrar gluconato de calcio, 1 a 2 gramos vía endovenosa.
- En insuficiencia renal aguda, el sulfato de magnesio debe ser administrado en forma prudente.
- El tratamiento antihipertensivo solo debe ser utilizado si la presión arterial sistólica es ≥ 160 mmHg o si la presión arterial diastólica es ≥ 110 mmHg, en cuyo caso se recomienda usar los siguientes fármacos:

Labetalol : 20 mg intravenoso lento, durante 1 a 2 minutos. Repetir a los 10 minutos si no se controla la presión arterial, doblando la dosis (20, 40, 80 mg).

Hidralacina: 5 mg intravenoso en bolo, que puede repetirse a los 10 minutos si la presión arterial no se ha controlado. Se sigue con perfusión continua a dosis entre 3 y 10 mg por hora.

Metildopa en dosis de 500 a 1 000 mg por vía oral cada 12 horas, para mantener la presión arterial sistólica entre 120 y 150 mmHg, vigilando de no producir hipotensión arterial.

Nifedipino: 10 mg por vía oral y repetir en 30 minutos si es preciso. Posteriormente, seguir con dosis de 10 a 20 mg cada 6 a 8 horas. Hay que tener precaución con la asociación de sulfato de magnesio. No es recomendable la administración por vía sublingual. Si con las medidas anteriores no se mantiene la presión arterial sistólica entre 120 y 150 mmHg, entonces se puede administrar nifedipino 10 mg vía oral y repetir cada 30 minutos hasta lograr el control de presión arterial requerido, y como dosis de mantenimiento nifedipino 10 a 20 mg cada 4 a 6 horas, hasta un máximo de 120 mg por día.

La medicación para controlar la hipertensión arterial deberá disminuirse según evolución, sobre todo después de producido el parto (ver Algoritmo Anexo 2)[40]. El tratamiento se continuará durante 7 días.

En caso de gestación mayor o igual a 34 semanas o si se tiene la seguridad de madurez pulmonar fetal, se concluirá el embarazo en el menor tiempo posible, ya sea por vía vaginal o por cesárea.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal el manejo de la preeclampsia severa antes de las 34 semanas recomienda administrar corticoides para inducir la maduración pulmonar y terminar la gestación, generalmente por cesárea. Este manejo ha permitido mejorar el pronóstico materno perinatal.[41, 42,43]

1.3. MARCO CONCEPTUAL

Definición de términos

- **Antecedente de hipertensión arterial crónica:** gestante con diagnóstico de hipertensión arterial crónica antes del embarazo actual, documentado en la historia clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- **Antecedente de aborto:** historia de gestación(es) interrumpida(s) antes de las 22 semanas.
- **Antecedente de preeclampsia:** historia previa de preeclampsia en alguna gestación anterior, documentada en la historia clínica.
- **Control prenatal ausente:** falta de control prenatal.
- **Control prenatal insuficiente:** número de controles prenatales menor a 4.
- **Eclampsia:** "Se define como la presencia de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, producidas por la magnitud de la vasoconstricción y el alza tensional que provocan una encefalopatía capaz de producir convulsiones en ausencia de patología neurológica previa, que también puede presentarse como un coma letal sin convulsiones, de aparición en la segunda mitad del embarazo".[41]
- **Gestante adolescente:** mujer embarazada entre los 11 – 19 años.
- **Gestante añosa:** mujer embarazada con una edad ≥ 35 años.
- **Hábitos nocivos:** Cuando la gestante ha consumido tabaco o alcohol o drogas durante la gestación.
- **Hipertensión gestacional:** Es el incremento de la presión arterial ≥ 140 mmHg en la sistólica y/o ≥ 90 mmHg en la diastólica, o una presión arterial media (PAM) de 105, o más de 95 en la segunda mitad. Diagnosticada por primera vez durante el embarazo y luego de las 20 semanas de gestación en ausencia de proteinuria; los niveles tensionales regresan a la normalidad luego de las 12 semanas posparto.
- **Historia familiar de preeclampsia:** Gestante que refiere antecedentes de preeclampsia su familia (abuela, madre, hermanas).
- **Historia personal de preeclampsia:** Gestante que refiere antecedentes de preeclampsia en embarazos anteriores.
- **Índice de masa corporal:** relación entre el peso expresado en kilogramos y la talla expresada en metros, donde valores < 20 corresponden a desnutrición, entre 20 – 24 son normales, de 25 – 29 representan sobrepeso, y ≥ 30 corresponden a obesidad.

- **Intervención terapéutica:** Son las acciones del equipo de salud en la UCI dirigidas a restablecer la salud de la madre con preeclampsia complicada que por la permanencia u hospitalización puede ser en periodo corto o prolongado.
- **Paridad:** clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la gestación actual: nulípara (0 hijos), primípara (1 hijo), multípara (2-5 hijos) y gran multípara (≥ 6).
- **Preeclampsia:** Es el incremento de la presión arterial de al menos 140/90 mmHg después de la semana 20 de gestación y la presencia de proteinuria (excreción ≥ 300 mg/24 horas o ≥ 1+ por tira reactiva).
- **Resolución del caso (preeclampsia complicada):** Es el resultado de la intervención terapéutica realizada a la madre con preeclampsia complicada, logrando la recuperación o caso contrario la derivación a un nivel de mayor complejidad para salvar la vida de la paciente.
- **Tabaquismo:** consumo de 10 o más cigarrillos durante un mes.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. ÁMBITO

Ubicación

El Hospital Regional de Pucallpa, se encuentra ubicado en la ciudad de Pucallpa, en la Manzana 125-A, entre los Jirones Agustín Cauper Videira, (frente principal), Jr. Diego de Almagro (Lateral Izquierdo), Jr. Mariscal Cáceres (Lateral derecho) y por el lado posterior, con el Jr. Luís Scavino Silva. Contando con un área total de terreno 41,744.13 m2.

El Hospital Regional de Pucallpa, es un hospital referencial Nivel II – 2, otorgado por el Ministerio de Salud desde el 2012.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Cuenta con los servicios de 03 médicos cirujanos (01 intensivista, 2 médicos generales) y 16 Lic. en enfermería de ellos 07 con estudios de especialidad en Cuidados Intensivos – Adultos que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos en promedio de 10 años.

La UCI, cuenta con 06 camas, de las cuales cada enfermera atiende a 2 pacientes por turno. Los turnos corresponden a guardias diurnas de 7:00 am a 7: pm y guardias nocturnas de 7:00 pm a 7:00 am. El promedio de pacientes que atienden al mes es de 180.

2.2. POBLACIÓN

La población en estudio estuvo conformada por el 100 % (90) de gestantes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico médico de preeclampsia complicada durante los meses de enero a junio del presente año.

2.3. MUESTRA

El muestreo fue no probabilístico, censal porque se incluyó al 100% de elementos de la población, es decir todas las gestantes que presentaron preeclampsia correspondiente al primer semestre, es decir de enero a junio del año 2016, quedando conformada por 47 elementos muestrales.

2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo no experimental de nivel descriptivo con enfoque cuantitativo-cualitativo, retrospectivo.

Es no experimental porque no se manipuló la variable de estudio, siendo descriptiva porque se explica las características de la variable morbilidad materna secundaria a preeclampsia complicada en la UCI. Es cuantitativo porque los datos estuvieron sujetos a medición presentados en frecuencias, porcentajes y medias.

Es retrospectivo porque se recolectaron datos registrados en tiempo pasado, es decir se buscó la información en las historias clínicas de las gestantes (en busca de la variable e indicadores del estudio) que fueron atendidas en la UCI entre los meses de enero a junio del año 2016 y fueron archivados en la Oficina de Estadística del Hospital Regional de Pucallpa.

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION

Por ser un estudio descriptivo, el diseño queda representado en el siguiente diagrama:

O ——— M

De donde:

O: Observación de las características de la variable

M: Muestra (elementos de la muestra: gestantes con diagnóstico de preeclampsia complicada)

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica que se utilizó fue la observación y revisión documental, representada en la búsqueda sistemática de la información a través de los sentidos, necesaria para recolectar los datos de acuerdo a los objetivos planteados y responder al problema de investigación.

El instrumento que se utilizó, corresponde a una Ficha de Registro (ver Anexo1) elaborada por los investigadores, considerando la variable, las dimensiones e indicadores, el mismo que comprende 5 partes:

- La primera que son los datos generales de la paciente
- La segunda, contiene datos relacionados a las características gineco-obstétricas maternas secundaria a preeclampsia.
- La tercera, contiene datos relacionados a las características socioculturales maternas secundaria a preeclampsia.
- La cuarta, contiene datos relacionados a las características epidemiológicas maternas secundaria a preeclampsia.
- La quinta, corresponde a datos relacionados a las intervenciones terapéuticas del manejo de preeclampsia complicada.

Por ser una Ficha de Registro, solo se realizó la validez del instrumento a través de juicios de expertos, para ello se contó con el apoyo de 02 enfermeras experimentadas y un médico intensivista de la UCI del Hospital Regional de Pucallpa y otras dos enfermeras del Hospital Amazónico, quienes después de la revisión hicieron llegar las siguientes observaciones:

- Agregar la alternativa "b) De 19 a 35 años", en el ítem 2.1.
- En el ítem 2.4, agregar "Si ( ) No ( ) y otros ( )
- En el ítem 2.6, "c) 3 abortos ( ) d) Ningún aborto ( ) y
- En el ítem 5.1. dice "prolongado (de 4 a 6 días)", debe decir "(de 4 a + días)

De esta manera quedó el instrumento en condiciones de ser aplicado.

2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se inició con los procedimientos administrativos como tramitar la autorización al Director del Hospital Regional de Pucallpa. Después de obtener la autorización se procedió con la coordinación con el Jefe de la Unidad de Estadística del hospital,

a quien se explicó los objetivos y propósitos del estudio. Así mismo nos indicó las horas que podemos acudir de tal manera de no interferir en las actividades propias de la oficina.

El tiempo aproximado de recolección de los datos fue de 35 minutos por cada instrumento y se aplicó alternando el trabajo entre los dos investigadores. Los días que se realizó la recolección de datos fue de lunes a sábado desde el 15 de octubre hasta el 15 de diciembre del 2016 (dos meses), habiéndonos extendido en el tiempo por la necesidad de terminar al 100% con la revisión de las Historias Clínicas que incluía también la revisión de la hoja de monitorización de enfermería del servicio de la UCI, Control del balance hídrico, evaluación de intervención terapeútica, etc. (Ver Anexo 3)

2.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Después de la recolección de datos, se realizó el control de calidad de los instrumentos, luego se codificó y se ingresó a la base de datos elaborado en el programa SPSS V22 para Windows; procesada la información, se construyeron las tablas y gráficos el programa Excel 2010 de acuerdo al plan de tabulación elaborado según los objetivos del estudio. El plan de tabulación consistió en la organización de la información por grupos de edad de las madres y gestantes que fueron hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Regional de Pucallpa.

Para realizar el análisis de los datos, se procedió primero a describir los resultados según la estadística descriptiva: frecuencias, porcentajes y las medidas de tendencia central como las medias, medianas y moda para los datos cuantitativos. Finalmente, se realizó la interpretación y la discusión de los resultados, realizando la comparación con los resultados obtenidos por otros investigadores para arribar a las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS:

Tabla 1. Características Gineco-obstétricas maternas secundaria a preeclampsia complicada en la UCI, Hospital regional de Pucallpa, enero - junio 2016

n=47

Características Gineco-Obstétricas	Nº	%
Edad de la gestante		
< 19 años	17	36.2
De 19 a 35 años	26	55.3
> 35 años	4	8.5
Edad gestacional		
De 21 a 25 semanas	3	6.4
De 26 a 30 semanas	1	2.1
De 31 a 35 semanas	22	46.8
De 36 a 40 semanas	21	44.7
Paridad		
Nuliparidad	6	12.8
Primipara	15	31.9
Multipara	15	31.9
Gran multípara	11	23.4
Embarazo múltiple		
Si (*)	3	6.4
No	44	93.6
Cesárea		
Si	37	78.7
No	10	21.3

Fuente: Ficha de registro - Historias Clínicas de gestantes atendidas en la UCI, enero-junio, 2016
(*) Dos gemelares y un mellizo
Edad Mínima: 13 años Edad Máxima: 40 años Edad Media: 23.7 D.E.: 8.10

Se observa en la tabla 1 los resultados relacionados a las características gineco-obstétricas de las gestantes atendidas en la Unidad de Cuidados Intensivos, correspondiente a la primera parte debido a la amplitud de la información; así vemos que del 100% (47 gestantes) el mayor porcentaje (55.3%) estuvo representado por gestantes de 19 a 35 años de edad, seguido por las menores de 19 años, siendo la edad mínima de 13 años, la máxima 40 años y edad media 23.7 años. En cuanto a la edad gestacional fue de 31 a 35 semanas con el 46.8% seguido de 36 a 40 semanas, siendo tanto primíparas

y multíparas en iguales porcentajes (31.9%), seguido por las gran multíparas en cuanto a la paridad. También se encontró que el 93.6% no tuvo embarazo múltiple, siendo un alto porcentaje (78.7%) de gestantes que si fueron sometidas a cesárea.

Al revisar los resultados de otras investigaciones se encontró que: Acevedo O., Sáez V., Pérez A. y Alcina S. (2012)[44], al investigar en Cuba sobre "Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos", encontraron que el 49,6 % tenía 20-24 años de edad, predominando las nulíparas en el 24,5%, así también Rojas J., et al (2,011)[45], en su estudio: "Morbilidad materna extrema en Cuidados intensivos obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006 – 2008", encontraron que el 27,2% (88 pacientes) eran adolescentes y el 61,6% (199) multíparas con antecedente de cesárea previa considerados como factor de riesgo asociado a morbilidad materna, además de la raza negra y la obesidad.

Así mismo, Verdecía D., Castillo F., Lluch A., Morales A. (2009)[46], encontraron en su estudio desarrollado en Cuba sobre: "Morbimortalidad materna en la preeclampsia complicada", que de 82 embarazadas, las menores de 20 años estuvieron representadas en el 31,71% y las nulíparas en el 20% y que al 96,34% de las gestantes les practicaron cesárea, siendo el 70% de éstas cirugía electiva.

De otra parte Mariño C.A. y Vargas D. (2010)[47], al estudiar sobre "Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Instituto Materno Infantil – Hospital La Victoria-Colombia", encontraron que las edades de las gestantes oscilaron entre los 14 y 43 años, con edad promedio de 24,4 años, mediana de 23,5 años. La mayor incidencia se dio en el grupo de 16 a 20 años con un 30% de los casos, seguido del grupo de 21 a 25 años con un 26% y la mayoría tuvo en promedio de 38,3 meses de gestación.

También Reyes-Armas I. y Villar A. (2010)[48], encontraron una edad promedio de 27,7 ± 7,02 años, moda de 27 años, con valores que iban entre 15 y 50 años, siendo la mayoría de ellas de 20 a 34 años (69,4%) en la distribución por intervalos, seguido de las pacientes de 35 o más años (16,5%);

Como se puede apreciar nuestros resultados son similares a los encontrados por otros investigadores y podemos distinguir que de las características gineco-obstétricas estudiadas de la muestra (en la tabla 1) más del 55% son entre multíparas y gran multíparas con antecedentes de cesárea en el 78.7%, siendo secundarios a

preeclampsia, considerados por Rojas J., et al (2,011) como factores de riesgo a la morbilidad materna.

Tabla 1.1. Características Gineco-obstétricas maternas secundaria a preeclampsia complicada en la UCI, Hospital Regional de Pucallpa, enero - junio 2016

n=47

Características Gineco-Obstétricas	N°	%
Abortos		
Si (*)	24	51.1
No	23	48.9
Periodo intergenésico		
Corto	23	48.9
Largo	3	6.4
Ninguno	21	44.7
Control prenatal		
Completo	0	0.0
Insuficiente	32	68.1
Ausente	15	31.9
Terminación del embarazo		
Si	37	78.7
No	10	21.3

Fuente: Ficha de registro - Historias Clínicas de gestantes atendidas en la UCI, enero-junio, 2016

(*) Un aborto = 23, Dos abortos = 1

La tabla 1.1., es el complemento de la tabla anterior, debido a su amplitud, por tanto se muestran las características gineco-obstétricas maternas relacionadas con abortos, periodo intergenésico etc.; así observamos que hubo presencia de aborto en el 51.1 % de las madres, siendo el periodo intergenésico corto (48.9%), con control prenatal insuficiente y terminación del embarazo en mayores porcentajes (68.1%, 78.7%) respectivamente.

Datos similares encontró Sánchez M. (2009)[49] y Díaz, T.C. (2,010)[50], en su estudio "Características clínicas epidemiológicas de la Preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el período 2008 – 2009, Lima", como el aborto previo a la gestación, de los cuales 30 casos presentaron un aborto anterior (23,1%) y confirma que sus hallazgos se encuentran dentro de los

rangos normales: edad, edad gestacional, paridad, número de atenciones prenatales, Índice de Masa Corporal previo a la gestación, etc., para preeclampsia severa.

Mientras Mariño C.A. y Vargas D. (2010)[51], encontró que el 78% si recibió control prenatal, el 22% no lo recibió y el 96% de gestantes sobrevivió, también Reyes-Armas I. y Villar A. (2,010)[52], encontró que la morbilidad materna (MM) fue 9,43 y la relación MME/MM de 30,43, estando relacionada con edad materna mayor de 35 años, , multiparidad, falta de control prenatal, períodos intergenésicos corto o prolongado, gestaciones pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas, con tasa alta de mortalidad perinatal.

Al respecto, Montesinos L.F. (2014)[53], señala que las pacientes con inadecuados controles prenatales tienen 2 veces mayor riesgo de sufrir de preeclampsia en comparación con las que tienen un control prenatal adecuado, también Guzmán-Juárez W., Ávila-Esparza M., Contreras-Solís R., Levario-Carrillo M. (2012)[54], manifiesta que Las condiciones fisiopatológicas, gineco-obstétricas, socioculturales reconocidas y epidemiológicas; se encuentran agrupadas como factores de riesgo, siendo estos los casos de abortos previos, primigravidez y multiparidad, periodo intergenésico corto o prolongado y control pre-natal incompleto y otras características gineco-obstétricas tratados en la tabla anterior.

Como podemos apreciar, los hallazgos de la presente investigación no solo coinciden plenamente con los encontrados por otros investigadores, sino también con la literatura científica del marco teórico al confirmar cada una de las características gineco-obstétricas encontradas en la muestra de estudio.

Tabla 2. Características socioculturales maternas secundaria a preeclampsia complicada en la UCI, Hospital regional de Pucallpa, enero - junio 2016

n = 47

Características Socioculturales	Nº	%
Procedencia		
Urbana		
- Callería	23	48.9
- Yarinacocha	3	6.4
Rural		
- Caseríos	13	27.7
- Carretera F.B.Km 20 a +	8	17.0
Ingreso familiar (mensual)		
≤ a S/.1000.00	40	85.1
> a S/. 1000.00	7	14.9
Nivel educativo		
Primaria	27	57.4
Secundaria	20	42.6
Estado civil		
Conviviente	33	70.2
Madre soltera	14	29.8
Ocupación		
Con ocupación	9	19.1
Sin ocupación (Su casa)	38	80.9
Hábitos nocivos		
Ninguno	29	61.7
No registra	18	38.3
Tipo de seguro		
Seguro Integral de Salud	47	100.0

Fuente: Ficha de registro - Historias Clínicas de gestantes atendidas en la UCI, enero-junio, 2016.

En los resultados que se observan en la tabla 2, encontramos las características socioculturales de la muestra en estudio de las que destacan que el mayor porcentaje fue de procedencia urbana (Callería y Yarinacocha: 55.3%), siendo la diferencia (44.7%) de procedencia rural. El ingreso familiar que prevaleció (85.1%) fue igual o menor a

S/.1000.00 n.s., con nivel educativo primario, estado civil conviviente (70.2%) y sin ocupación (80.3%), sin hábitos nocivos, teniendo el 100% de ellas el Seguro Integral de Salud (SIS).

Al comparar con los resultados de las investigaciones desarrolladas por Reyes-Armas I. y Villar A. (2,010)[55], Mariño C.A. Y Vargas D. (2010)[56] y Suarez E., et al. (2006)[57] vemos resultados similares relacionadas a la morbilidad materna por preeclampsia: madres con nivel educativo bajo, que alcanzaron a estudiar primaria y cifras similares secundaria, el mayor porcentaje fue conviviente y de estado civil soltera provenientes del medio rural y con medio socioeconómico bajo y el mayor porcentaje fueron amas de casa.

De otra parte Mendoza W. y Subiría G. (2013)[58], encontraron entre las características sociodemográficas de mujeres adolescentes en el Perú 2012 que el 27.5% perteneció al área rural, 21.5% a la zona de Selva, sin educación 56.7%, primaria 34.9% y secundaria 11,6%. Para Gómez J. (2014)[59], la problemática de la muerte materna está fuertemente asociada a la situación de la pobreza, desnutrición, analfabetismo, falta de empleo, malas condiciones ambientales, servicios de salud insuficientes, difícil acceso a los servicios de salud, etc., por lo que considera no necesariamente un problema médico, sino por el contrario un problema social.

Estas características marcadas como se presenta en las mujeres pobres (edad temprana, multiparidad, control prenatal deficiente) ejercen un efecto confusor y elevan riesgo de enfermar y morir. El bajo nivel socioeconómico produce un inadecuado apoyo social, ocasionando una dosis – respuesta significativa para desarrollar patologías obstétricas cuando la mujer carece de un adecuado apoyo socio – económico (Díaz T.C., 2010)[60].

Por eso, Mendoza W. y Subiría G. (2013)[61], afirman que: "no se trata de cualquier necesidad o demanda, sino de aquellas que tienen que ver con su desarrollo afectivo y social, con acumulación de oportunidades o exclusiones que ya marcaron sus primeros años. Adolescencia en la que, particularmente en el caso de las mujeres, aunado a la falta de educación sexual y de servicios de orientación y consejería (que incluya desarrollar habilidades para postergar la edad de inicio de la actividad sexual, si así lo desean), un embarazo no planificado puede bloquear las posibilidades de continuar una transición hacia la vida adulta acorde con los planes de vida que quisieran para sí mismas. En especial si se trata de adolescentes pobres".

En tal sentido, apreciamos que el 100% de madres estuvieron afiliadas al SIS por su condición de pobreza y pobreza extrema, aún aquellas que nunca recibieron control prenatal fueron afiliadas el mismo día del parto, recibiendo de inmediato la cobertura y atención correspondiente de salud en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Pucallpa.

Tabla 3. Características epidemiológicas maternas secundaria a preeclampsia complicada, según edad de la gestante en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016.

n=47

Características Epidemiológicas	Edad de la gestante							
	< 19 años		De 19 a 35 años		> 35 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Historia familiar de preeclampsia								
Si	1	2.1	0	0.0	0	0.0	1	2.1
No	16	34.0	26	55.3	4	8.5	46	97.9
Total	17	36.1	26	55.3	4	8.5	47	100
Historia personal de preeclampsia								
Si	2	4.3	20	42.6	4	8.5	26	55.3
No	15	31.9	6	12.8	0	0.0	21	44.7
Total	17	36.2	26	55.3	4	8.5	47	100
Presencia de enfermedades crónicas								
Hipertensión arterial	2	4.3	20	42.6	4	8.5	26	55.3
Hipert.+ Diabetes	0	0.0	1	2.1	0	0.0	1	2.1
Ninguno	15	31.9	5	10.6	0	0.0	20	42.6
Total	17	36.2	26	55.3	4	8.5	47	100

Fuente: Ficha de registro - Historias Clínicas de gestantes atendidas en la UCI, enero-junio, 2016

En la tabla 3, encontramos las características epidemiológicas maternas según edad, observando que el 97.9%, incluyendo todos los grupos de edad, no tuvieron historia familiar de preeclampsia, es decir no existe antecedente materno en ellas de

preeclampsia; sin embargo, sí existió historia personal en el 55.3% de las gestantes ubicándose el mayor porcentaje en las de 19 a 35 años de edad.

Sin embargo Díaz, T.C. (2011)[62] citando a López R., encontró que el antecedente familiar de trastorno hipertensivo gestacional tuvo una incidencia de 41.7% en la madre, 33% en hermanas, 20.8% en abuelas y/o tías y 4.2% en suegras.

En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas, la enfermedad de mayor prevalencia fue la hipertensión arterial en el 55.3% de ellas, presentándose mayormente en el grupo de 19 a 35 años de edad (42.6%), así mismo tuvieron hipertensión arterial asociado a Diabetes Mellitus solo el 2.1%. Para Acevedo O., Sáez V., Pérez A. y Alcina S. (2012)[63], Díaz T.C. (2010)[64], las edades extremas incrementan el riesgo de hipertensión inducida por el embarazo: en la nulípara adolescente el riesgo de preeclampsia aumenta de 6 – 8 veces y en las mujeres mayores de 35 la relación es de 3:1 (73%) de las preeclampsia.

Así Rojas, J. (2011)[65], encontró que el principal diagnóstico asociado a la morbimortalidad materna fue el trastorno hipertensivo del embarazo, 49,5% (160 pacientes), seguido por las hemorragias del embarazo, 22,6% (73 pacientes), también predominó la preeclampsia grave (89,02%) en los hallazgos de Verdecía D., Castillo F., Lluch A., Morales A. (2009)[66], cuando investigaron en Cuba sobre: Morbi-mortalidad materna en la preeclampsia complicada.

Del mismo modo Reyes-Armas I. y Villar A. (2010)[67], encontraron como antecedentes patológicos, la anemia en el 20,4% (42 casos), la obesidad 8,3% (17 casos), hipertensión crónica 2,9% (6 casos), diabetes 1,5% (3 casos) y 6,8% padecía de otras comorbilidades (14 casos) y en referencia a los antecedentes obstétricos de importancia, el 4,4% presentó preeclampsia en un parto anterior (9 casos) y Morales M., et al. (2006)[68], encontró que el grupo etáreo predominante fue el de 27 y 35 años. El principal factor de riesgo fue la presencia de trastornos nutricionales por exceso; seguidos por los antecedentes patológicos personales y familiares de HTA crónica y la multiparidad.

No obstante, el 42.6% de madres que registran como "ninguno" referente a presencia de enfermedades crónicas, son aquellas que están "debutando" con crisis hipertensiva asociadas al embarazo, estando consideradas en este grupo las nulíparas y primíparas como se observan en la Tabla 1.

Por lo que afirmamos que definitivamente, la presencia de la hipertensión arterial es el común denominador como enfermedad crónica materna presente entre las características

epidemiológicas secundaria a preeclampsia complicada, tanto en las investigaciones desarrolladas por otros investigadores como se ha explicado líneas arriba y en el presente estudio y que fueron atendidos en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa en el primer semestre del 2016.

Tabla 4. Manejo de preeclampsia complicada según edad de la gestante en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016.

n=47

Manejo de preeclampsia	Edad de la gestante							
	< 19 años		De 19 a 35 años		> 35 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Intervención terapéutica								
Duración del tratamiento								
Corto (1 a 3 días)	14	29.8	21	44.7	2	4.3	37	78.7
Prolongado (4 a + días)	3	6.4	5	10.6	2	4.3	10	21.3
Total	17	36.2	26	55.3	4	8.5	47	100
Resolución								
Recuperada	16	34.0	21	44.7	4	8.5	41	87.2
Transferida	1	2.1	5	10.6	0	0.0	6	12.8
Total	17	36.2	26	55.3	4	8.5	47	100

Fuente: Ficha de registro - Historias Clínicas de gestantes atendidas en la UCI, enero-junio, 2016

En la tabla 4, encontramos datos relacionados al manejo de preeclampsia, según los rangos de edad, así vemos que la intervención terapéutica en cuanto a la duración del tratamiento, fue corto en mayor porcentaje (78.7%), de ellas el 44.7% correspondió a las gestantes entre los 19 a 35 años, del mismo modo la resolución fue ampliamente buena ya que se recuperaron el 87.2% de todas y el menor porcentaje fue transferida a hospitales de mayor complejidad o nivel (III o IV) que se encuentran en la ciudad de Lima como el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" o Instituto Nacional Materno-perinatal.

Guevara E. y Meza L.(2014)[69], manifiestan que en la preeclampsia, el tratamiento final es la interrupción del embarazo y generalmente se toma en cuenta las condiciones maternas

para dicha interrupción, antes que la edad gestacional y la salud fetal, debido a que la preeclampsia con criterios de severidad evoluciona hacia complicaciones graves como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática; sindrome HELLP, que pueden llevar a la muerte de la gestante y del feto o recién nacido. Estas gestantes deben ser hospitalizadas en un establecimiento, que disponga de una unidad de cuidados intensivos materna y banco de sangre.

En tal sentido, el trabajo en el servicio de la UCI del Hospital Regional de Pucallpa fue multidisciplinario, encargándose el profesional de enfermería de la reposición del volumen y tratamiento del metabolismo acido-base, prevención de la hipoxia, monitorización continua de saturación de oxígeno y presión arterial y otros signos vitales; del mismo modo, se controló la diuresis y según indicación médica, se solicitó el control bioquímico y hematológico (perfil hepático: enzimas hepáticas, perfil de coagulación, perfil renal: creatinina, urea y ácido úrico, depuración de creatinina), proteinuria cualitativa diaria, control diario de peso, control de balance hídrico continuo, administración de medicamentos, higiene, cambio de posición y apoyo emocional, además los gineco-obstetras se encargaron de evaluar el bienestar fetal, siendo el manejo oportuno, multidisciplinario y efectivo.

Una vez controlado y estabilizado a la madre, se logró un alto porcentaje de la resolución del problema de salud, que por criterio médico se dio por terminado el embarazo, como lo dice la literatura científica y lo afirma Álvarez T.M. et al. (2011)[70], Díaz, T.C. (2010)[71]: El parto es la curación para la preeclampsia. Los objetivos primordiales son anticiparse a las convulsiones, prevenir las hemorragias intracraneales y daño grave a otros órganos vitales, y el nacimiento de un niño saludable. Con la preeclampsia grave o que no mejora con la hospitalización, por lo general es recomendable el parto, a favor de bienestar tanto de la madre como el feto.

CONCLUSIONES

La morbilidad materna secundaria a preeclampsia complicada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, entre enero – junio 2016, presentó las siguientes características:

1. Gineco-obstétricas: El mayor porcentaje tuvo de 19 a 35 años, la media 23.7 años con edad gestacional 31 a 35 semanas, paridad multíparas y nulíparas, sometidas a cesárea, presencia de aborto, periodo intergenésico corto, control prenatal insuficiente y terminación del embarazo.
2. Socioculturales: Procedencia urbana, mínimo ingreso familiar, nivel educativo primario, estado civil conviviente y sin ocupación, no refirieron hábitos nocivos, afiliadas al Seguro Integral de Salud.
3. Epidemiológicas: La mayoría no tuvieron historia familiar de preeclampsia, sí historia personal y presencia de hipertensión arterial como enfermedad crónica en madres de 19 a 35 años de edad, siendo el común denominador como enfermedad crónica materna.

En cuanto al manejo de preeclampsia complicada materna, se concluye que la intervención terapéutica fue de corta duración, la resolución fue ampliamente buena, obteniendo un alto porcentaje de madres recuperadas, siendo mínimo porcentaje transferidas a hospitales de mayor nivel (III o IV) y los cuidados de enfermería fueron fundamentales en el manejo oportuno y efectivo como parte del equipo multidisciplinario.

RECOMENDACIONES

A las mujeres en edad fértil, que tomen conciencia sobre las complicaciones que conlleva un embarazo no deseado, más aun cuando no cuentan con apoyo de la pareja, protección familiar y social; siendo muy importante la postergación de la iniciación de la actividad sexual, no obstante si ya existe un embarazo asumirlo con responsabilidad, acudiendo a sus controles, cumpliendo con las indicaciones médicas, aprovechando la gratuidad de los servicios de salud que por Ley les es otorgado.

A los profesionales de salud: médicos, enfermeras, obstetras y psicólogos, que prestan servicios en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, continuar con el trabajo en equipo multidisciplinar; cumpliendo con los protocolos de atención a mujeres con preclampsia solo así se podrá disminuir los altos índices de morbi-mortalidad materna en la región de Ucayali.

A los profesionales de enfermería que trabajan en la UCI, continuar con esa disposición de dar cuidados integrales a la madre favoreciendo la resolución de estos problemas de salud trabajando en equipo, mirando un solo propósito "salvar vidas" en el menor tiempo posible.

Al Director del Hospital Regional de Ucayali, desarrollar actividades de promoción y prevención en la comunidad, considerando las características gineco-obstétricas, socioculturales y epidemiológicas maternas secundaria a preeclampsia encontradas en el presente estudio, además de la hipertensión arterial que las exponen a un alto riesgo de muerte como patologías obstétricas.

A las autoridades competentes como el sector educación, fortalecer las actividades de las materias relacionados a personal social enfatizando en la enseñanza de valores, autoestima, etc. con participación plena de los padres de familia lo cual permitirá mayor nivel educativo en los adolescentes, mejores actitudes y capacidad de respuesta evitando embarazos no deseados y optando por una actividad sexual responsable.

A las autoridades de la Universidad Nacional de Ucayali – Facultad Ciencias de la Salud, que no desmayen en las acciones de promoción y prevención a través de los docentes y estudiantes de todos los niveles, conociendo sobre los problemas de la salud materna, como preeclampsia en mujeres no solo en los extremos de la edad fértil, sino entre 19 y 35 años según los resultados encontrados en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Nota descriptiva Nº 348. Noviembre 2015.
2. Reyes-Armas I. y Villar A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2010.
3. Idem (2)
4. Díaz T.C. (2010). Características clínicas epidemiológicas de la preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el período 2008 – 2009. UNMSM. Facultad de Medicina. Lima Perú.
5. Álvarez T. M., Salvador Á. S., González R.G., Pérez D.R.. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Sep 03]; 48(3): 310-320. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php? Script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000300010&lng=es.
6. Acevedo O., Sáez V., Pérez A. y Alcina S. (2012). Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2012;38 (2):148-160.
7. Rojas J., Cogollo M., Miranda J., Ramos E., Fernández J., Bello A. (2011). Morbilidad materna extrema en Cuidados Intensivos Obstétricos. Cartagena (Colombia) 2006 – 2008. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2, Abril-Junio 2011 (131-140).
8. Verdecía D., Castillo F., Lluch A., Morales A.(2009). Morbimortalidad materna en la preeclampsia complicada. Hospital Provincial Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora". Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25(1-2).
9. Mariño C.A. y Vargas D. (2010). Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Instituto Materno Infantil – Hospital La Victoria. Universidad Nacional De Colombia. Facultad de Medicina. Departamento de Obstetricia Y Ginecologia. Bogotá, 2010.
10. Suárez E. y col. Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP, comportamiento clínico. Rev Fac Med UNAM 2005; 48(4) : 145-150.
11. Bonifacio M. S. (2015). Relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre preeclampsia en gestantes con este trastorno atendidas en el

Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo-julio 2015. UNMSM. Facultad de Medicina. Lima Perú.

12. Ob Cit (2)
13. Idem
14. Ob Cit (1)
15. Álvarez T.M. et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Revista Cubana de Higiene y Epidemiol 2011;49(3):420-433.
16. Chirinos L. La morbilidad y mortalidad materna en la altura en el Perú. Rev. Epidemiología. Perú, 2004.
17. Sánchez M. Factores de riesgo para Preeclampsia –Eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Provincial general de Latacunga en el período comprendido entre enero 2008 a enero 2009". Tesis de grado médico general. Ecuador, Escuela de Medicina.2009.
18. Ob Cit (6)
19. Ministerio de Salud-Perú. La Mortalidad Materna en el Perú, 2002-2011. Dirección General de epidemiología. Noviembre 2013. Lima – Perú.
20. Ob Cit (17)
21. Bendezú G. y Bendezú-Quispe G. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en un Hospital del Seguro Social del Perú. 2014. Hospital IV "Augusto Hernández Mendoza", EsSalud, Ica. Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú.
22. Ob Cit (17)
23. Quispe L. Relación de ciertos factores asociados y el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el IEMP durante el periodo de agosto – noviembre 2003. UNMSM. Lima – Perú, 2004.
24. López-Carbajal M., Manríquez-Moreno M., Gálvez-Camargo D., Ramírez-Jiménez E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (5): 471-476. 2012.
25. Gómez, J.P. (2014). Factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad materna en el hospital III ESSALUD Iquitos, 2000-2014. Universidad Nacional de Iquitos. Perú.
26. Cruz H., Hernández G., Yanes M. y Isla A. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Rev Cubana Med Gen Integr v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007. Parte I. 2008.
27. Montesinos L.F. factores de riesgo maternos para eclampsia. Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina. Tesis para optar el título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Lima Perú, 2014.

28. Peralta–Pedrero M., Guzmán–Ibarra M., Cruz–Avelar A., Basavilvazo–Rodríguez A., Sánchez–Ambríz S., Martínez–García M. Utilidad para establecer diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes en la paciente preeclámptica. Gac. Méd. Méx vol.140 no.5 México sep./oct. 2004
29. Parra M., San Martín A., Valdés E., Hasbún J., Quiroz L., Schepeler M., Pérez S., Raum. C, Miranda J. Espectro clínico de la preeclampsia: estudio comparativo de sus diversos grados de Severidad. Hospital Clínico, Universidad de Chile. Rev Chile GO. 2007
30. Ob Cit (4)
31. Guzmán-Juárez W., Ávila-Esparza M., Contreras-Solís R., Levario-Carrillo M. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. Ginecol Obstet Mex 2012;80 (7):461-466. 2012.
32. Ob Cit (7)
33. Ob Cit (17)
34. Ob Cit (24)
35. Mendoza W. y Subiría G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Lima, Perú.
36. Ob Cit (31)
37. Ob cit (2)
38. Ob Cit (28)
39. Guevara E. y Meza L. Manejo de la Preclampsia-Eclampsia en el Perú. Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima – Perú. Servicio de Emergencia del Instituto Nacional Materno Perinatal, 2014.
40. Hernández-Pacheco J., Espino-y Sosa S., Estrada-Altamirano A., Nares-Torices A., Ortega V., Mendoza-Calderón S. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. Volumen 27, Número 4 pp 262-280.www.medigraphic.org.mx.2013
41. Ob cit (39)
42. Ob cit (4)
43. Morales M., y et al. (2006) hipertensión arterial y embarazo. Comportamiento en el Policlínico Universitario, "Antonio Maceo", La Habana. Cuba 2006.
44. Ob cit (6)
45. Ob cit (7)
46. Ob cit (8)
47. Ob cit (9)

48. Ob cit (2)
49. Ob cit (17)
50. Ob cit (4)
51. Ob cit (9)
52. Ob cit (2)
53. Ob cit (27)
54. Ob cit (31)
55. Ob cit (2)
56. Ob cit (9)
57. Ob cit (11)
58. Ob cit (35)
59. Ob cit (25)
60. Ob cit (4)
61. Ob cit (35)
62. Ob cit (4)
63. Ob cit (6)
64. Ob cit (4)
65. Ob cit (7)
66. Ob cit (8)
67. Ob cit (2)
68. Ob cit (42)
69. Ob cit (39)
70. Ob cit (15)
71. Ob cit (4)

ANEXO

ANEXO 1: INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD E INTERDISCIPLIARIA

FICHA DE REGISTRO

FECHA:_____ HCL: _____

I. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE:

1.1. Fecha:_____ HCL:_____

1.2. Fecha de ingreso a la UCI: .....

1.3. Fecha de egreso de la UCI: .....

1.4. Peso: ..... Talla:..... IMC:.....

1.5. Establecimiento de origen: .....

II. CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS

2.1. Edad de la gestante: .....

a) < 19 años ( ) b) De 19 a 35 años ( ) c) > 35 años ( )

2.2. Edad gestacional: .....

2.3. Paridad:

a) Nuliparidad (0 hijos) ( ) b) Primípara (1 hijo)

c) Multípara (2-5 hijos) ( ) d) Gran multípara (≥ 6) ( )

2.4. Embarazo múltiple: Si ( ) No ( ) Especificar si es "SI":.....

.....

a) Gemelar ( ) b) Mellizos ( ) c) Otros ( )

2.5. Cesárea: Sí ( ) No ( )

Nº de cesáreas.....

a) 1 cesárea ( ) b) 2 cesáreas ( ) c) 3 cesáreas ( )

2.6. Abortos:

a) 1 aborto ( ) b) 2 abortos ( ) c) 3 abortos ( ) d) Ningún aborto ( )

2.7. Periodo intergenésico:

a) Corto ( ) b) Largo ( ) c) Ninguno ( )

2.8. Control pre-natal

a) Ausente (0 veces) ( ) b) Insuficiente (1 a 4) ( )

c) Completo (De 5 a más) ( )

2.9. Terminación del embarazo:

a) Sí ( ) No ( )

III. CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES MATERNAS

3.1. Procedencia:

a) Urbana: Callería ( ) Yarinacocha ( )

b) Rural: Caseríos ( ) Carretera F.B. Km 20 a + ( )

c) Otro ( )

3.2. Ingreso familiar:

a) $\leq$ de 1000 n.s. b) > a 1000 n.s.

3.3. Nivel educativo:

a) Primaria ( ) b) Secundaria ( ) c) Superior ( )

3.4. Estado civil:

a) Casada ( ) b) Conviviente ( ) c) Soltera ( ) Otros ( )

3.5. Ocupación:

a) Con ocupación ( ) b) Sin ocupación (Su casa) ( )

3.6. Hábitos nocivos:

a) Consumo de tabaco ( ) b) Alcohol ( ) c) Drogas ( ) d) Ninguno ( )

e) No registra ( )

3.7. Tipo de seguro:

a) SIS ( ) b) EsSalud ( ) c) Ninguno ( )

IV. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS MATERNAS

4.1. Historia familiar de preeclampsia: a) Si ( ) b) No ( )

4.2. Historia personal de preeclampsia: a) Si ( ) b) No ( )

4.3. Presencia de enfermedades crónicas:

a) Hipertensión Arterial ( ) b) Diabetes M. ( ) c) Obesidad ( )

d) Enf.Renal Crónica ( ) e) a y b ( ) f) Ninguno ( )

V. MANEJO DE PREECLAMPSIA COMPLICADA.

5.1. Intervención terapéutica:

a) Duración del tratamiento:

Corto (de 1 a 3 días) ( ) Prolongado (de 4 a + días) ( )

b) Resolución:

Recuperada ( ) Transferida ( )

Firma del investigador _____

ANEXO 2

ALGORITMO DE TRATAMIENTO EN PREECLAMPSIA SEVERA

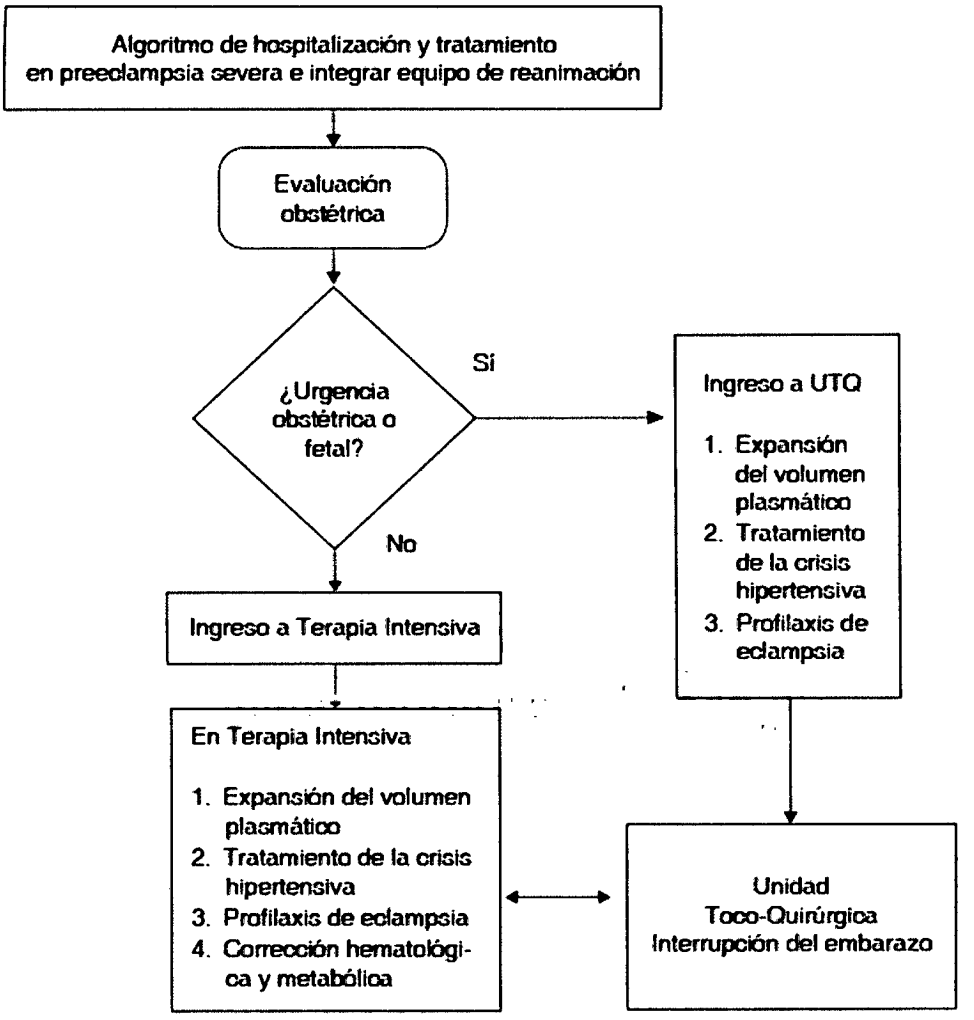


Fig. 1. Hernández-Pacheco, J., et al. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. Volumen 27, Número 4.2013[40]

ANEXO N° 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA: CARACTERIZACION DE LA MORBILIDAD MATERNA SECUNDARIA A PREECLAMPSIA COMPLICADA EN LA UCI, HRP,2016

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	MARCO TEORICO	TIPO ,DIS. Y MÉTODO	POBLACIÓN Y MUESTRA
GENERAL: ¿Cuáles son las características de la morbilidad materna secundaria a preeclampsia complicada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016?. ESPECIFICOS: - ¿Cuáles son las características gineco-obstétricas maternas secundaria a preeclampsia complicada en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016?. - ¿Cuáles son las características socioculturales maternas secundaria a preeclampsia complicada en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016?. - ¿Cuáles son las características epidemiológicas maternas secundaria a preeclampsia complicada en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016?. - ¿Cuáles es el manejo de preeclampsia complicada materna en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016?	GENERAL: Determinar las características de la morbilidad materna secundaria a preeclampsia complicada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016. ESPECIFICOS: - Describir las características gineco-obstétricas maternas secundaria a preeclampsia complicada en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016. - Describir las características socioculturales maternas secundaria a preeclampsia complicada en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016. - Describir las características epidemiológicas maternas secundaria a preeclampsia complicada en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016. - Describir el manejo de preeclampsia complicada materna en la UCI del Hospital Regional de Pucallpa, de enero a junio 2016.	No aplica por ser un estudio descriptivo.	Características de la morbilidad materna secundaria a preeclampsia complicada en la Unidad de Cuidados Intensivos	Características gineco-obstétricas maternas secundaria a preeclampsia complicada. Características socioculturales maternas secundaria a preeclampsia complicada. Características epidemiológicas maternas secundaria a preeclampsia complicada. Manejo de preeclampsia complicada materna en la UCI	Edad de la gestant Edad gestacional N° Paridad Embarazo múltip. N° Cesáreas N° Abortos Periodo intergenésico N° Controles PN Terminación del embarazo. Procedencia Ingreso familiar Nivel educativo Estado civil Ocupación Tipo de seguro Hábitos nocivos (Tabaco, alcohol) Hist. Familiar de preeclampsia. Historia personal de preclampsia Presencia de enfermedades crónicas: -Hipertensión A. -Diabetes -Obesidad (IMC) -Enf.Renal Crónic Intervención terapéutica	ASPECTOS BASICOS DEL PROBLEMA II. MARCO CONCEPTUAL 2.1. Antecedentes -Internacional -Nacional -Regional 2.2.Marco Teórico 2.2.1.Morbil. mater. 2.2.2. Preeclampsia 2.2.3. Características de la morbilidad materna secundaria a preeclampsia: - Carácter. Gineco-obstétrica - Características socio-culturales - Características epidemiológicas 2.2.4. Manejo de preeclam. Complicada ASPECTOS OPERACIONALES III. ASPECTOS METODOLOGICOS .Ámbito .Población .Muestra .Nivel y tipo de estudio .Diseño de investigac. .Técnicas e instrument .Procedimiento de recolección de datos. .Plan y tabulación de resultados. RESULTADOS Y DISCUSIÓN CONCLUSIONES RECOMENDACIONES BIBLIOGRAFIA ANEXOS.	Tipo de estudio: Investigación No experimental. Nivel: Descriptivo, Restropectivo Analítico -Diseño: O --- M	Población: 90 gestantes que fueron hospitalizadas en la UCI con diagnóstico de preeclampsia complicada entre enero y junio 2016 y egresaron recuperadas o fueron transferidas a otro establecimiento de salud de mayor complejidad. Muestra: 47 Muestreo No probabilístico, censal: 100% de la población correspondiente al I Semestre del año 2016 (enero a junio)