

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**PERFIL CLÍNICO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL
HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI 2017.**

**PARA OPTAR EL TITULO DE: ESPECIALISTA EN
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNA PERINATAL Y
NEONATAL**

**PRESENTADO POR: OBSTA. JESENIA JESSICA CRISTOBAL
VALENTIN**

HUANCABELICA- PERU

2018

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 07 días del mes de diciembre a las 16:00 horas del año 2018 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Obstetra:

CRISTOBAL VALENTIN JESSENA JESSICA

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Dra. LINA YUBANA CARDENAS PINEDA
Secretario : Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
Vocal : Mg. ADA LIZBETH LARICO LOPEZ

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

PERFIL CLÍNICO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI 2017.

Presentado por el (la) Obstetra:

CRISTOBAL VALENTIN JESSENA JESSICA

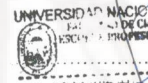
Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 621 - 2018 concluyendo a las 17:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 07 de DICIEMBRE 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

Dra. Lina Yubana Cardenas Pineda
DIRECTORA GENERAL
DOCENTE



Mg. Rossibel Juana Muñoz de la Torre
SECRETARIA
DOCENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
P.S. OBSTETRICIA

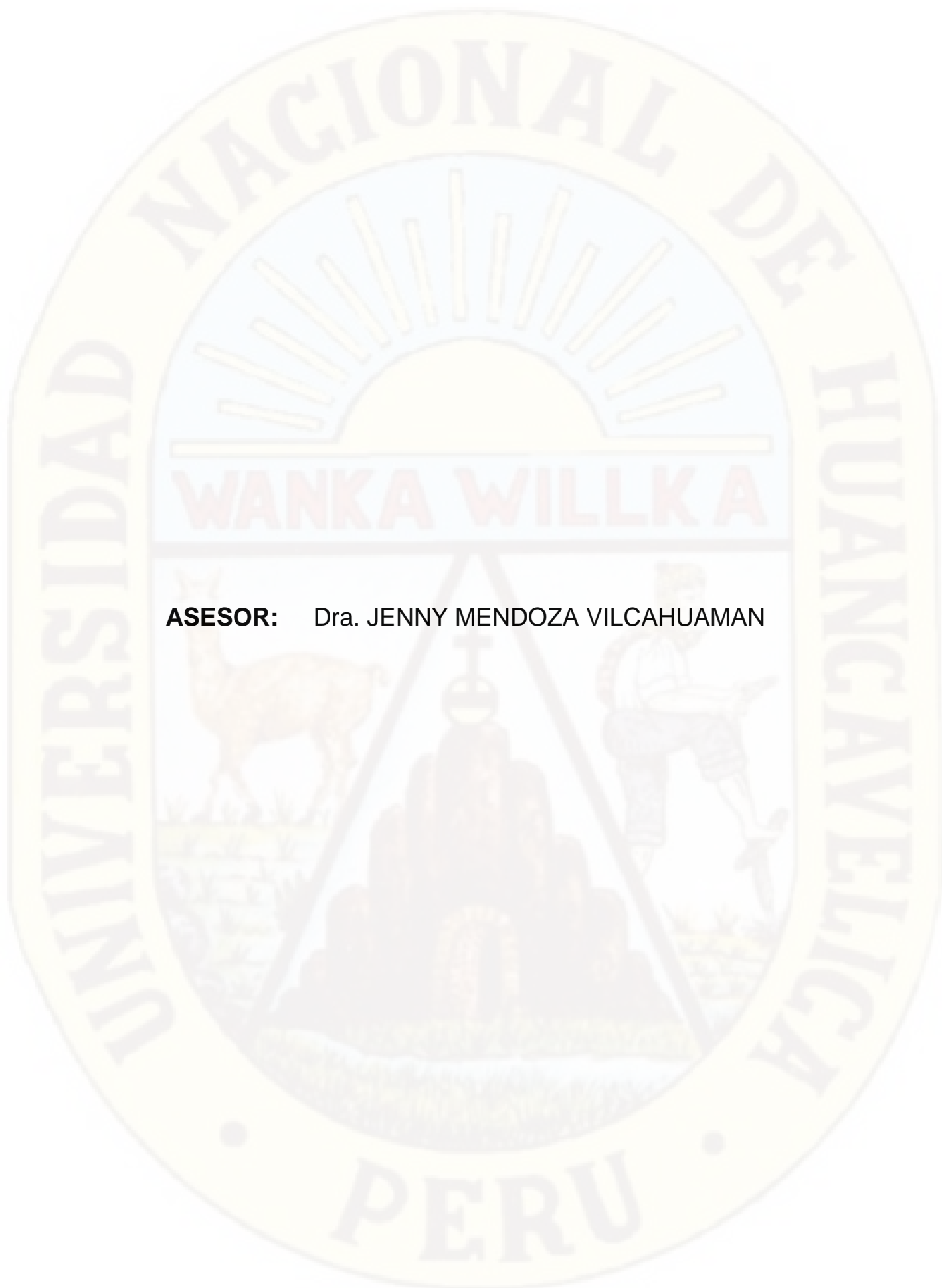
Obsta. Ada Lizbeth Larico López
VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
V.º B.º COORDINACIÓN
Obsta. Tula Susana Guerra Olivares
DECANA



Obsta. Gabriela Ordóñez Ccora
SECRETARIA
DOCENTE
COP. 27047



ASESOR: Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a dios y a mi familia por el apoyo incondicional que me brindaron todos los días y permitirme cumplir mis objetivos y sueños trazados y no dejarme sola en ninguna de las etapas de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento e primer lugar a Dios por ser mi guía y mi fuerza para cumplir, lograr con éxito las metas trazadas en estos días de constante cambio.

Agradezco por todos los sacrificios a mi familia, también por el apoyo incondicional brindando todos los días de mi vida y permitirme seguir adelante a través de sus consejos y buenos ejemplos de ser continuos y perseverantes en el camino diario de nuestros días.

Agradezco a la Universidad nacional de Huancavelica por abrir sus puertas a profesionales de Obstetricia que deseen seguir su perfeccionamiento.

Y por último agradezco a mi asesora a la Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman, quien me apoyo enormemente en el desarrollo y culminación de esta tesis.

Gracias.

RESUMEN

La tesis titulada “Perfil clínico de las gestantes con Preeclampsia del Hospital de Apoyo Pichanaki 2017”, esta investigación tuvo como **objetivo**: Determinar el Perfil clínico de las gestantes con Preeclampsia del Hospital de Apoyo Pichanaki. La **metodología**: tipo de investigación fue descriptiva, nivel descriptivo, método descriptivo y diseño descriptivo. Los **resultados** encontrados fueron: Los signos presentes en las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron: hipertensión arterial leve en un 96% (72), proteinuria igual o mayor a 2gr/24 horas en un 94,7% (71) y edema de una cruz (+) en un 80% (60). Los síntomas presentes en las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron: trastornos auditivos 69,3% (52), cefalea 64% (48), dolor en el epigastrio 54,7% (41), trastornos visuales en un 48% (36) y mareos 41,3% (31). Todos superan el 40% de frecuencia. El tipo de parto en el que terminó los embarazos de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, fue: cesárea en un 72%(54) y parto vaginal en un 28% (21). El tipo de preeclampsia fue leve en un 96% (72) y severa en un 4% (3). Se arribó a la **conclusión**: El perfil clínico que presentaron las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki y que superaron el porcentaje del más del 50% fueron: hipertensión arterial leve, proteinuria igual o mayor a 2gr/24 horas, edema de una cruz (+), trastornos auditivos, cefalea y dolor en epigastrio.

Palabras claves: Perfil clínico, preeclampsia y gestante.

ABSTRACT

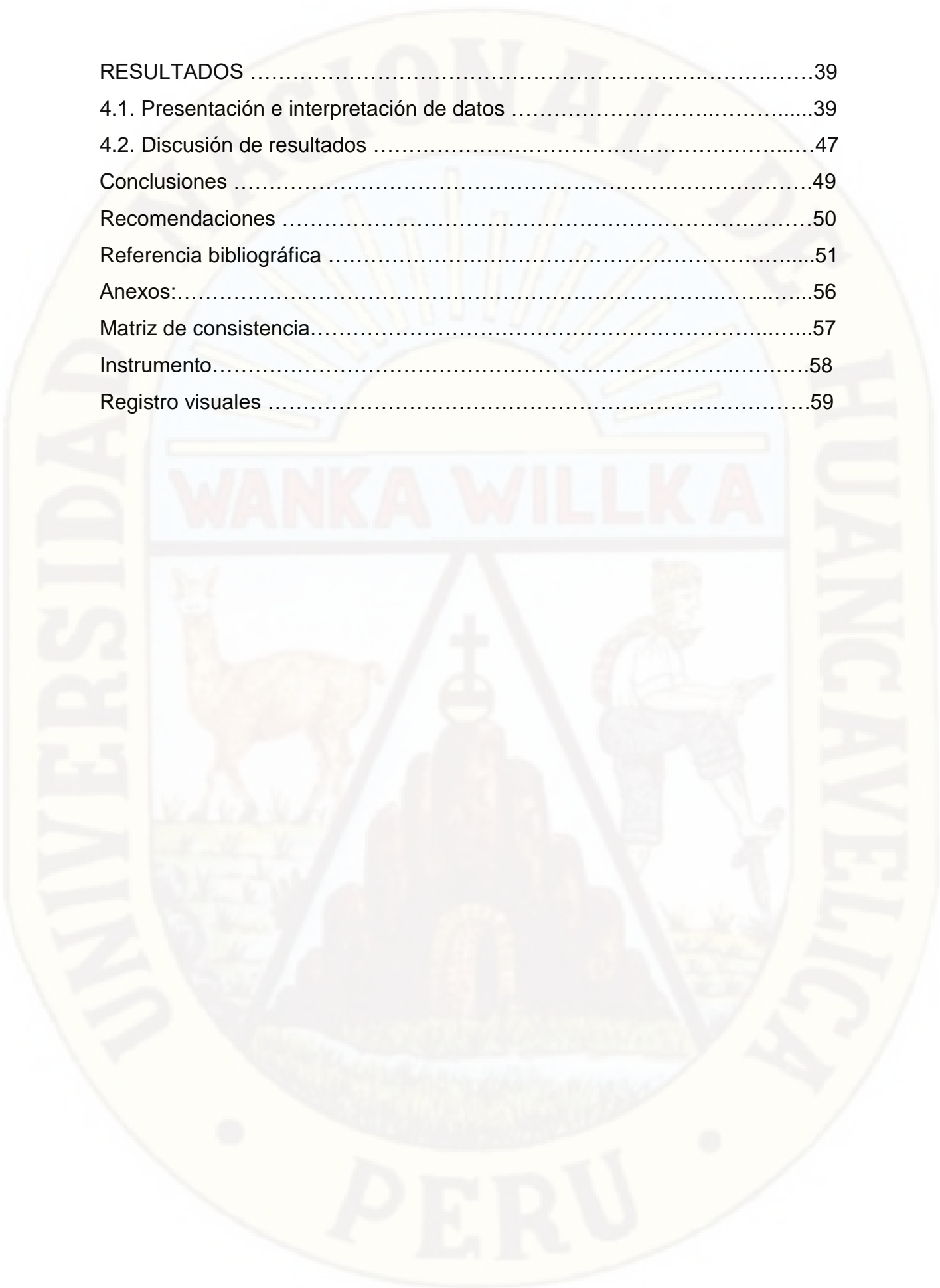
This work entitled “clinical profile of pregnant women with preeclampsia at Support Hospital Pichanaki 2017” had the objective to determine the clinical profile of pregnant women with preeclampsia at Support Hospital Pichanaki. **Methodology:** descriptive kind of research, descriptive level, descriptive method, and descriptive design. **Results:** the signs found in pregnant women with preeclampsia at Support Hospital Pichanaki were: mild arterial hypertension 96% (72), proteinuria level less or greater to 2gr/24 hours 94,7% (71), cross –shaped edema (+) 80% (60). The symptoms in pregnant women with preeclampsia at Support Hospital Pichanaki were: auditory disorders 69,3% (52), headache 64% (48), epigastrium pain 54,7% (41), visual disorders 48% (36), dizziness 41,3% (31). All of them get more than 40% of frequency. Kind of delivery the pregnancies of women with preeclampsia ended up were: cesarean 72% (54), vaginal delivery 28% (21). Mild preeclampsia level 96% (72), serious one 4% (3). **Conclusion:** the clinical profile that pregnant women with preeclampsia at the Support Hospital Pichanaki which got more than 50% were: mild arterial hypertension, proteinuria less or greater to 2gr/24 hours, cross-shaped edema (+), auditory disorders, headache and epigastrium pain.

Key words: clinical profile, preeclampsia, pregnant.

INDICE

Dedicatoria.....	IV
Agradecimiento.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
Índice.....	VIII
Índice de grafico.....	X
Introducción.....	XI
CAPÍTULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.1. Fundamentación del problema.....	13
1.2. Formulación del problema.....	15
1.3. Objetivos de la investigación.....	15
1.4. Justificación e importancia.....	16
1.5. Factibilidad de la investigación.....	16
CAPÍTULO II.....	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Antecedentes de la investigación.....	17
2.2. Bases teóricas.....	23
2.3. Definición de términos.....	34
2.4. Identificación de variables.....	35
2.5. Operacionalización de variables.....	35
CAPÍTULO III.....	36
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
3.1. Tipo de investigación.....	36
3.2. Nivel de investigación.....	36
3.3. Métodos de investigación.....	36
3.4. Diseño de investigación.....	36
3.5. Población, muestra y muestreo.....	37
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	37
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	37
CAPÍTULO IV.....	39

RESULTADOS	39
4.1. Presentación e interpretación de datos	39
4.2. Discusión de resultados	47
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Referencia bibliográfica	51
Anexos:.....	56
Matriz de consistencia.....	57
Instrumento.....	58
Registro visuales	59



INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO Nº 1:	PERFIL CLINICO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.	40
GRAFICO Nº 2:	SIGNOS - EDEMA DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.	41
GRAFICO Nº 3:	SIGNOS - PROTEINURIA DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.	42
GRAFICO Nº 4:	SIGNOS – HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.	43
GRAFICO Nº 5:	SÍNTOMAS DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.	44
GRAFICO Nº 6:	TIPO DE PARTO EN EL QUE TERMINO LOS EMBARAZOS DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.	45
GRAFICO Nº 7:	TIPO DE PREECLAMPSIA DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.	46

INTRODUCCION

Las enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo, entre ellas la más común llamada preeclampsia es una patología que se presenta durante el embarazo y que es la causa primaria de morbilidad y mortalidad materna perinatal.

La preeclampsia constituye un problema de salud pública; pues influye de manera significativa en el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial, sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo; donde junto a la hemorragia y la infección constituyen la triada más letal de la medicina humana. (47)

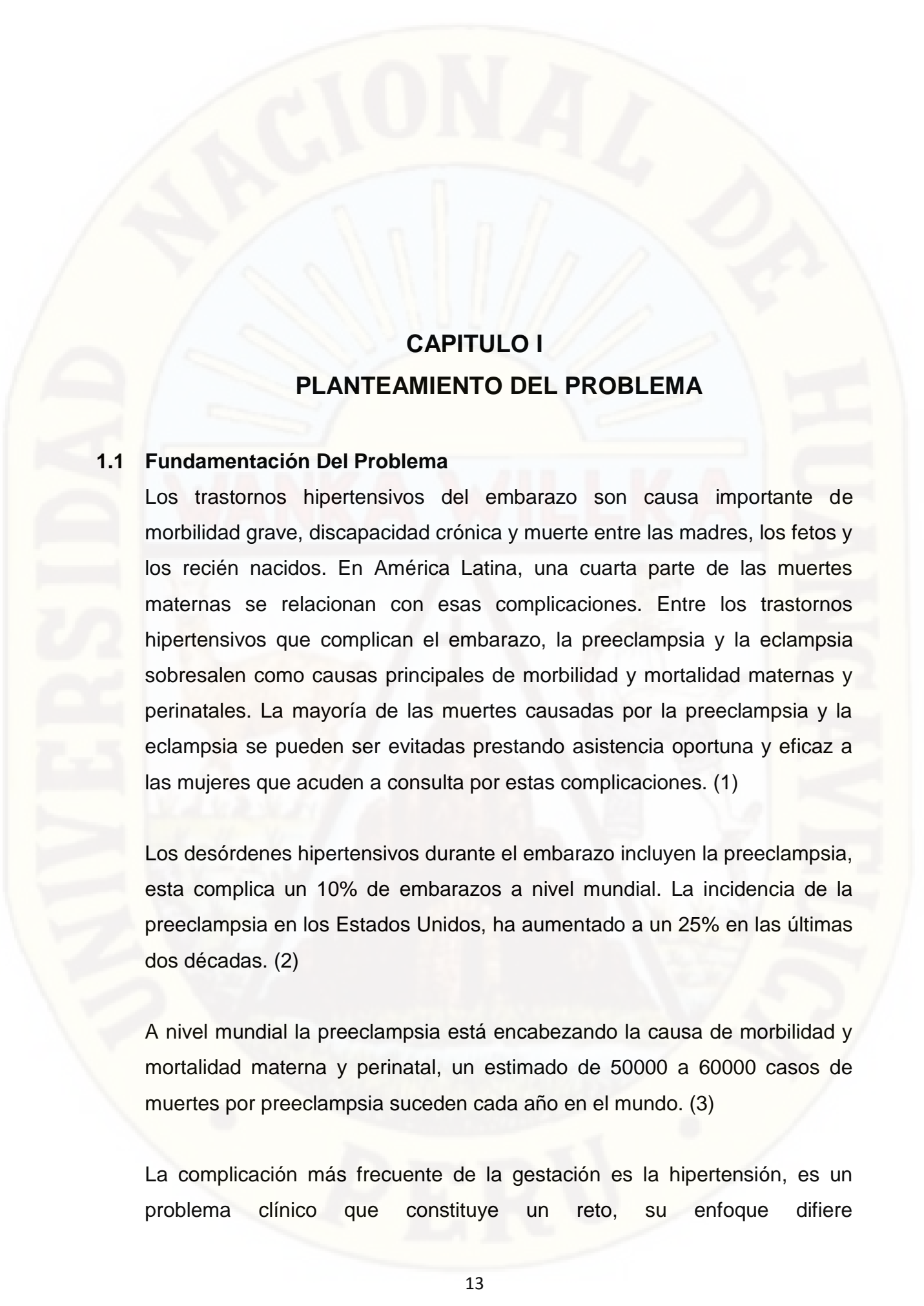
A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 1.91-10% de los embarazos. (48)

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen problemas médicos de suma importancia, las mismas que son las causas de un alto porcentaje de complicaciones maternas, fetales y neonatales. La preeclampsia se encuentra a la cabeza como la causante de las más graves complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar mortal si pasa desapercibida, sin un manejo y tratamiento correspondiente, o si evoluciona hacia una eclampsia que es el estadio más grave de la enfermedad. La presencia de algunos signos y síntomas propios de la preeclampsia pueden ayudar en el diagnóstico, pero no son concluyentes. (5)

La preeclampsia es un síndrome multisistémico variable, específico del embarazo, con predisposición familiar, de herencia principalmente de tipo recesiva, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica, generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación. Puede ocurrir después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en los primeros días del puerperio. El cuadro clínico se caracteriza por tensión arterial (TA) de 140/90 mm Hg o más, acompañada de proteinuria, cefalea, acufenos, edema, dolor

abdominal y alteración en los exámenes complementarios, además complica de 6 a 8 % de todas las gestaciones mayores de 24 semanas. (11)

El proyecto de tesis se distribuye en cuatro capítulos principales, siendo estos: Capítulo I: Planteamiento del problema, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Metodología de la investigación y finalmente el Capítulo IV: Resultados.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Fundamentación Del Problema

Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la preeclampsia y la eclampsia se pueden ser evitadas prestando asistencia oportuna y eficaz a las mujeres que acuden a consulta por estas complicaciones. (1)

Los desórdenes hipertensivos durante el embarazo incluyen la preeclampsia, esta complica un 10% de embarazos a nivel mundial. La incidencia de la preeclampsia en los Estados Unidos, ha aumentado a un 25% en las últimas dos décadas. (2)

A nivel mundial la preeclampsia está encabezando la causa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, un estimado de 50000 a 60000 casos de muertes por preeclampsia suceden cada año en el mundo. (3)

La complicación más frecuente de la gestación es la hipertensión, es un problema clínico que constituye un reto, su enfoque difiere

considerablemente del empleado en mujeres no embarazadas. En la hipertensión inducida por el embarazo subyacen una serie de factores de riesgo y factores predisponentes, se han señalado multiplicidad de causas, pero a pesar de ello se desconoce su patogénesis. El grupo de edad más afectado fue el de las menores de 20 años, seguido por el de 35 años y más, lo cual coincide con lo encontrado en la literatura revisada en relación con su aparición en las edades extremas de la vida. (4)

Los trastornos hipertensivos del embarazo son problemas médicos importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento, o si evoluciona hacia una eclampsia que es el estadio más grave de la enfermedad. Se recomienda realizar una correcta atención prenatal a todas las gestantes con riesgos potenciales de desarrollar preeclampsia. (5)

Existen grupos de embarazadas, especialmente vulnerables, para desarrollar preeclampsia grave después de la vigésima semana de embarazo. Se estima que un gran número de ellas son adolescentes y por lo común analfabetas, con escasos recursos económicos y sin acceso a los servicios de planificación familiar, lo que las hace más sensibles a esta entidad. (6)

La hipertensión durante el embarazo, sigue siendo una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial. (7)

En el Perú, luego de las hemorragias, los trastornos hipertensivos en el embarazo representan la segunda causa de morbimortalidad materna. (8)

La hipertensión durante el embarazo está asociado con diversas complicaciones maternas y fetales de variada intensidad. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, la hipertensión durante el embarazo representa

la principal causa acumulada de muerte materna durante el periodo 2012-2016, requiriendo enfatizar el tratamiento oportuno a través de procedimientos estandarizados inmediatos. (9)

Los signos y síntomas propios de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, la preeclampsia son varias y no siempre están presentes en esta patología.

Las gestantes que acuden al Hospital de Apoyo Pichanaki, están expuestas a tener preeclampsia durante el embarazo, patología que puede tener graves consecuencias maternas y perinatales, por ello, esta investigación pretende describir los signos y síntomas que forman parte del perfil clínico de la preeclampsia, esto permitirá identificar aspectos importantes que en adelante contribuirán a tomar en cuenta nuevos aspectos que conllevarán a investigar más sobre esta patología.

1.2 Formulación del problema de investigación

¿Cuál es el perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar el perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Describir los signos de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017.
- Describir los síntomas de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017.
- Describir el tipo de parto en el que termino los embarazos de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017.

- Describir el tipo de preeclampsia que presentaron las gestantes del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017.

1.4 Justificación e importancia

Los trastornos hipertensivos, entre ellas la preeclampsia se ha convertido en una entidad patológica que deja graves consecuencias de la salud materno perinatal, la falta de diagnóstico oportuno de los signos y síntomas que constituyen la clínica de una preeclampsia con llevan a su complicación que sería una eclampsia y otros como el síndrome de HELLP e incluso la muerte de la madre y el feto.

Esta entidad patológica obstétrica se ha convertido en un problema de salud pública para la para la mujer gestante y feto, por lo que nace el interés para investigar las características o perfil clínico de la preeclampsia, ya que esta es la etapa de inicio del trastorno hipertensivo, el que se puede complicar de forma rápida en morbilidad más severa e incluso la muerte materno perinatal. Pretendo investigar los signos y síntomas que se presentaron en aquellas gestantes que fueron ingresadas por preeclampsia al hospital de apoyo de Pichanaki. Esta información me permitirá comparar si la bibliografía actual está acorde a lo encontrado o tal vez encontrar nuevos signos o síntomas de esta enfermedad.

1.5 Factibilidad de la investigación

Como investigadora cuanto con acceso a las historias clínicas de las gestantes que ingresaron con preeclampsia al Hospital de Apoyo de Pichanaki durante el 2017, también cuento con la disponibilidad del ambiente adecuado, materiales y recursos necesarios para ejecutar la investigación “Perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del Hospital de Apoyo de Pichanaki, 2017”. Por lo que concluyo que esta investigación es factible de ejecutar.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacional:

Motte, P. (10) Frecuencia de la Enfermedad hipertensiva inducida del embarazo y Síndrome de HELLP en la Unidad de Cuidados Intensivos del HGO del IMIEM. Tesis para obtener el diploma de la especialidad en Ginecología y Obstetricia. Planteo como objetivo: Determinar la frecuencia de Preeclampsia y Síndrome de HELLP en La Unidad de Cuidados Intensivos del HGO del IMIEM de enero a diciembre de 2011. Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal de las pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del HGO del IMIEM de enero a diciembre del 2011. Se incluyeron 31 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva Inducida del Embarazo que presentaron como complicación Síndrome de HELLP siguiendo los criterios de Sibai, Conclusión: Se ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos, 185 pacientes con EHIE, de las cuales presentaron Síndrome de HELLP 31 pacientes que corresponde al 16.8%. De éstas, el 61.2% se encontraban entre los 20 a 35 años, 54.8% casadas, 64.5% con nivel socio-económico bajo y 48.3% con mala nutrición. El 48% eran primigestas y el 61% sin control prenatal. El cuadro clínico se caracterizó principalmente por cefalea en el 32.3% de pacientes, seguido por dolor abdominal en barra y crisis convulsivas ambos en el 25.8% de pacientes; el 6.5% con náusea, el resto

de la sintomatología no fue representativo. Se presentó Preeclampsia severa en el 54.8% de pacientes con cifras tensionales de 155/103.8 mm Hg en promedio y retornando a valores normales en todas las pacientes. Así mismo, el edema estuvo presente en el 77.4% de las pacientes a su ingreso, remitido por completo en el 67.8% a su egreso. Todas presentaron albuminuria de más de ++ en algún momento. Respecto a los resultados de laboratorio siguiendo los Criterios de Sibai: Un 55% de las pacientes presentó cifras plaquetarias entre 50,000 y 100,000 cél/mm³ en la primera toma de laboratorio (clase II de Martin). Posteriormente, el mismo porcentaje de pacientes bajaron sus cifras a menor de 50,000cél/mm³ (clase I de Martin) y finalmente el 71% de pacientes retornaron a valores normales, es decir, a más de 150,000 plaquetas. Se realizó cesárea en el 90.4% de pacientes, teniendo prematuros en el 54.8% de Recién Nacidos. Los días de estancia hospitalaria promedio fue de 6.3 días. No hubo mortalidad materna secundaria a EHIE en el 2011.

Amaran J. y col. (11) Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. Investigación que fue un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo de 162 pacientes con preeclampsia grave de un total de 1 532 gestantes que ingresaron en el Hospital de Victoria Falls de Zimbabwe desde septiembre del 2005 hasta marzo del 2006. Entre las variables analizadas figuraron: edad, procedencia, factores desencadenantes de la preeclampsia, síntomas y signos de gravedad y complicaciones más frecuentes. En la casuística, las más afectadas fueron las menores de 20 años y de procedencia rural; todas las embarazadas tenían malos hábitos alimentarios y muchas de ellas sufrieron graves complicaciones como eclampsia, insuficiencia renal aguda y edema agudo del pulmón, en algunos casos mortales.

Nacional

Altamirano F. (12) Perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el Hospital Belen de Trujillo, 2012-2016. Tesis para optar título de Obstetriz. El objetivo fue: determinar el perfil clínico y

epidemiológico de la paciente con preeclampsia en el Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016. La metodología: se realizó un estudio descriptivo simple en 1418 historias clínicas, la información se registró en una ficha de recolección de datos. Se encontró de acuerdo al perfil clínico: según el tipo de preeclampsia el 32.09% presentaron preeclampsia leve y el 67.77 % preeclampsia severa, según los signos y síntomas, el 77.43% presentó edema, el 100% presión arterial alta, el 74.29% proteinuria, según las complicaciones; 5.43% presentó síndrome de HELLP, la vía de terminación del parto fue 22.57% vaginal, 77.43% por cesárea y con condición de egreso sano el 99.71%. Según el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia, el promedio de edad de las gestantes fue de 26.47+/- 7.50 años; el 55.64% tenía secundaria completa, 70.08 % tenían un estado civil de conviviente; el 27.36% reside en el Porvenir, el 22.36% en el distrito de Trujillo, el 99.92 % no presenta hábito de fumar, el 98.73 % no presenta antecedentes de hipertensión arterial ,el 21.93% presentó historial de abortos, y el 92.52% recibió atención prenatal y de ellas el 78.49% registró más de cuatro controles prenatales.

Guzman, M. (13) Perfil clínico y laboratorial de las pacientes gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante octubre 2014 – octubre 2015. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. El objetivo planteado fue: Determinar el perfil clínico y laboratorial de las pacientes gestantes con Preeclampsia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) durante el período octubre 2014 – octubre 2015. Metodología: estudio de tipo observacional, diseño descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 148 historias clínicas de las gestantes con Preeclampsia atendidas en el HNGAI, durante los meses de octubre 2014- octubre 2015. Resultados: Las 148 pacientes fueron diagnosticadas como Preeclampsia Leve (83, 56.1%) y preeclampsia severa (65, 43.9%). Los signos y síntomas más frecuentes fueron: Hipertensión arterial (100%), cefalea (76, 51.4%) náuseas y/o vómitos (59, 39.9%), los valores de laboratorio alterados en promedio fueron: transaminasas, TGO:61 U/L , TGP: 57 U/L, plaquetas: 111 000 cel/mm³ (moda), proteinuria en 24

horas: 1349 mg/d, relación P/C:1602. La edad promedio fue 32 años y la edad gestacional promedio fue 36 semanas. Las complicaciones más frecuentes fueron: Sd. HELLP (18, 12.2%) y la eclampsia (8,5.4%). Conclusiones: La presentación clínica y laboratorial de la preeclampsia es variada, es importante detectarla y así disminuir la morbilidad y mortalidad que esta abarca.

Bravo C. (14) Factores predictores de Preeclampsia. Tesis para optar el título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Se planteó como objetivo: Determinar los factores predictores para el desarrollo de preeclampsia. Materiales y Métodos: El estudio fue observacional, analítico de casos y controles. Se trabajó con una población constituida por 135 casos y 135 controles de gestantes atendidas en el Hospital Sergio Bernales año 2012. Los datos se registraron en el programa Statistics SPSS v.20. Para el grado de asociación se utilizó la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%. Se consideró significativo un valor $p \leq 0.05$. Las variables cuantitativas serán analizadas con la Prueba t de Student. Se estimó en forma bivariada los valores de OR de cada factor analizado. Resultados: El perfil sociodemográfico de los 270 pacientes con y sin preeclampsia fueron de edad promedio 27.5 ± 7.5 años, se encontró la mayoría entre los 19 a 34 años (65.6%). El 75.2% de las pacientes eran convivientes con educación secundaria (54.8%). Se observó que la nuliparidad se relaciona con la presencia de preeclampsia ($p < 0.001$). Asimismo se observa relación entre el tipo de parto por cesárea ($p < 0.001$), el antecedente personal de preeclampsia ($p < 0.001$), el antecedente de hipertensión arterial crónica ($p < 0.001$), el antecedente de algún trastorno hipertensivo en la gestación ($p < 0.001$), el consumo de sustancias nocivas ($p < 0.001$), el nivel de aspartato aminotransferasa > 18 ($p < 0.001$), el ácido úrico > 5.3 mg/dl ($p < 0.001$) y el grupo de pacientes con o sin preeclampsia. El valor estimado del OR para las variables que tienen relación son: nuliparidad OR=3.31, antecedente personal de preeclampsia OR=2.42, antecedente de hipertensión arterial crónica OR=11.0, antecedente de algún trastorno hipertensivo en la gestación OR=2.78, consumo de sustancias nocivas OR=1.98. Conclusiones: Los

factores predictores para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2012 fueron: nuliparidad $p < 0.001$, $OR = 3.31 (1.96-5.58)$; antecedentes personales de preeclampsia $p < 0.001$, $OR = 2.42 (2.08-2.82)$; hipertensión arterial crónica $p < 0.001$, $OR = 11.0 (3.25 - 37.24)$, trastorno hipertensivo en la gestación antes de las 20 semanas $p < 0.001$, $OR = 2.78 (2.32 - 3.32)$ y consumo de sustancias nocivas $p = 0.014$, $OR = 1.98 (1.14 - 3.42)$.

Saboya R. y Villalobos E. (15) Factores predisponentes relacionados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, periodo marzo – mayo 2013. Tesis para optar por el título de Obstetra. La investigación tuvo como objetivo determinar los principales factores predisponentes en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, hallándose la frecuencia y el principal factor predisponente. El estudio fue descriptivo simple correlacional, de corte transversal, con recolección prospectiva de datos, la población de estudio estuvo constituida por 68 gestantes que presentaron pre eclampsia, en una base de datos automatizada con el software Microsoft Excel 2010, que nos permitió su posterior procesamiento y análisis. Los resultados fueron: Del total de gestantes, 5 presentaron pre eclampsia leve y 63 evolucionaron a pre eclampsia severa, de las cuales el grupo etario de 20 a 34 años fue el de mayor riesgo de padecer pre eclampsia. En cuanto al principal factor encontrado que predispone a la pre eclampsia fue la presión arterial alta ya que todas las gestantes se encontraron con este signo teniendo en cuenta su presión basal, 63 gestantes evolucionaron a pre eclampsia severa. Al evaluar el índice de masa corporal el sobre peso es uno de los factores predisponentes a la aparición de pre eclampsia con 56 gestantes del total de la muestra. Concluyéndose en el estudio que la presión arterial elevada según su medición basal es el principal factor predisponente para evolucionar a pre eclampsia.

Díaz, C. (16) Características clínicas epidemiológicas de la Preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño

San Bartolomé en el periodo 2008-2009. Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia. Planteo el objetivo: Determinar las características clínicas epidemiológicas de la preeclampsia severa. Diseño: Estudio tipo retrospectivo, transversal, descriptivo; realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima – Perú.

Material y Métodos: Después de excluir 20 historias clínicas, se revisaron 130 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa. Los criterios de inclusión fueron Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa, con edad gestacional corroborada por fecha de última regla confiable (es decir, conocida por la paciente o calculada mediante ecografía precoz, realizada antes de las 12 semanas de gestación), con embarazos con feto único, sin patología preexistente que incrementen el riesgo de preeclampsia, y que hayan culminado su embarazo en la institución. Se excluyeron historias clínicas de pacientes con embarazo múltiple, con diagnóstico de daño renal u otra patología asociada al embarazo. La recolección de datos se realizó a través de un instrumento en base a estudios previos, historia clínica y cartón perinatal. Todos los datos se analizaron vía estadística descriptiva. Resultados: Se observó que el mayor porcentaje de edad estuvo comprendido entre los 29 y 34 años (73.8%). Las más afectadas nulíparas (63.1%), con edad gestacional 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 %). Dentro de los antecedentes de aborto previo a la gestación, 30 casos presentaron un aborto anterior (23,1%), 31 casos tenían antecedentes familiares de hipertensión arterial (23.9%) y 16 pacientes presentaron antecedentes personales de preeclampsia (6.1%). Los síntomas más comunes fueron cefalea (63.8%), fotopsias (15.4%), dolor en epigastrio (10.8%), visión borrosa (7.7%), escotomas (6.9%), dolor en cuadrante superior derecho (1.5%). En 64 casos, se evidencio que 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%) y las complicaciones mas frecuentes fueron: retinopatía hipertensiva de II grado (7.7%),

desprendimiento prematuro de placenta (4,6%), retinopatía hipertensiva de I grado (3.8%), Injuria renal (3.8%), síndrome HELLP (3.1%), eclampsia (1.6%).
Conclusión: A diferencia de los diversos estudios revisados y de la literatura, 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.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Estados hipertensivos del embarazo

Los estados hipertensivos del embarazo son un conjunto de trastornos heterogéneos y de etiopatogenia dispar que tienen como nexo en común dos hechos:

1. Ocurren durante la gestación.
2. Existe hipertensión arterial.

Dentro de los trastornos hipertensivos que ocurren durante el embarazo, aparecen signos y síntomas acompañantes, que definen junto a la hipertensión arterial entidades clínicas distintas con repercusiones diferentes, cuyo diagnóstico y adecuado manejo son claves para un buen resultado del embarazo. (17)

2.2.2. Criterios diagnósticos

2.2.2.1. Hipertensión arterial

Evidencia de una presión arterial sistólica > 140 mm Hg y /o una presión arterial diastólica > 90 mm Hg, en dos lecturas separadas por un intervalo de 4 a 6 horas (1-3), pero no de más de 7 días. El diagnóstico de la hipertensión arterial durante el embarazo basado en un criterio de aumento

relativo de 30 mm Hg en la presión sistólica o de 15 mm Hg en la presión diastólica desde los valores previos a la gestación ha sido abandonado, ya que aumentos similares son frecuentes en embarazos que cursan sin complicaciones (18).

La hipertensión es leve cuando se encuentra una presión arterial mayor o igual a 140mmhg/90mmhg. Y

La hipertensión es severa cuando se encuentra una presión arterial mayor o igual a 160mmhg/110mmhg.

La presión arterial se debe tomar con una técnica adecuada y estandarizada:

- La gestante debe permanecer sentada o reclinada en un ángulo de 45° y el brazo descansando a nivel del corazón, y debe haber permanecido en esta posición al menos 5 minutos antes de la medida; se debe medir la presión arterial siempre en la misma posición y en el mismo brazo. (17)

2.2.2.2. Proteinuria

La proteinuria se define como la excreción > 300 mg (0,3 g) de proteínas en orina de 24 horas o un cociente proteína/creatinina > 30 mg /mm o lo > I-I- en la tira reactiva (> 30m g/dl) en dos muestras urinarias tomadas al azar separadas por un intervalo mínimo de 4 a 6 horas, pero no de más de 7 días. El parámetro más adecuado es la excreción de proteínas por la orina durante 24 horas, pero existen dificultades para una recogida y almacenamiento de la orina, tanto por parte de la mujer como por el personal sanitario, lo que puede ser causa de error. Además, el tiempo requerido retrasa o imposibilita el diagnóstico. Por esta razón en la clínica se utilizan dos métodos alternativos:

- El método colorimétrico en tira reactiva es el más sencillo, pero genera muchos falsos positivos y negativos. Se altera

por la deshidratación materna, bacteriuria, contaminación vaginal, etc. La tasa de falsos positivos con I-I- es del 71%, y con 3-1- hasta del 7% (19). Aceptar como criterio > 2+ mejora la precisión diagnóstica total, pero a expensas de una elevada tasa de diagnósticos negativos falsos.

■ El cociente proteínas/creatinina superior a 30 mg/mmol es una alternativa razonable al criterio de 300 mg /orina de 24 horas para descartar una proteinuria en el embarazo con hipertensión (20). Aunque el método de la tira reactiva o el cociente proteínas/creatinina se puede utilizar inicialmente, la confirmación de la proteinuria requiere medir la excreción de proteínas en orina de 24 horas.

2.2.2.3. Edema

El edema es un hallazgo frecuente en un embarazo normal y no forma parte de los criterios diagnósticos de la preeclampsia. Desde un punto de vista práctico, el edema leve pedio y/o pretibial que desaparece con el reposo nocturno puede ser ignorado, pero el edema generalizado intenso es probable que sea patológico, sin que la causa sea necesariamente una preeclampsia, y requiere conocer su origen (renal, cardíaco, etc.). (17)

2.2.3. Clasificación

En el embarazo son muy numerosas. El hecho más importante en la clasificación de los EHE es que permita diferenciar el aumento de la presión arterial que existe desde antes del embarazo de aquel otro que se debe a una enfermedad causada por el embarazo, la preeclampsia. En la hipertensión arterial crónica, el aumento de la presión arterial es el hecho clave, mientras que en la preeclampsia el aumento de la presión arterial es un signo más de un síndrome complejo. La repercusión de uno u otro cuadro sobre la salud materna

perinatal y su tratamiento es diferente, por lo que es importante su distinción. La terminología recomendada por el National High Blood Pressure Education Program Working Group. (21) Es sencilla, concisa y práctica, y es la utilizada por la mayoría de las guías clínicas y protocolos asistenciales, que establecen cuatro categorías:

2.2.3.1. Preeclampsia

La preeclampsia se define como la hipertensión arterial que aparece después de la semana 20 de gestación asociada con proteinuria y que desaparece en las 12 semanas siguientes al parto. En raras ocasiones, como en caso de hidropesía fetal, enfermedad trofoblástica gestacional o embarazo múltiple, la hipertensión puede aparecer antes de la semana 20. La preeclampsia se clasifica como grave por la presencia o ausencia de una amplia variedad de síntomas, signos y datos de laboratorio. Cuando en una mujer con preeclampsia se cumple al menos uno de los siguientes criterios de gravedad como:

- Comienzo precoz (< 34 semanas)
- Presión arterial sistólica > 160 mm Hg o diastólica > 110 mm Hg
- Proteinuria > 2 g en orina de 24 horas o > 3+ en dos muestras de orina separadas por un intervalo de 4 horas
- Oliguria < 500 ml en 24 horas
- Síntomas visuales o cerebrales persistentes (cefalea frontal pulsátil, escotomas, visión borrosa, amaurosis, hiperreflexia)
- Dolor en el epigastrio o en el hipocondrio derecho
- Anomalías de la función hepática ALT y AST > 70 U/l
- Hemólisis (esquistocitos, bilirrubina total > 1,2 mg/dl,
- LDH > 600 U/l)
- Trombocitopenia (< 100.000 mm³)

- Crecimiento intrauterino restringido

Entonces se trata de una preeclampsia grave. La distinción entre preeclampsia leve y grave es útil para establecer la conducta clínica, pero se debe saber que una gestante con una preeclampsia leve puede presentar convulsiones eclámpicas, por lo que los calificativos de leve o grave pueden ser engañosos. (17)

2.2.3.2. Eclampsia

La eclampsia es la aparición de convulsiones tónico-clónicas en una gestante con preeclampsia establecida, en ausencia de o tras condiciones clínicas que las justifiquen (accidente cerebrovascular, neoplasia cerebral, enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas, etc.). La eclampsia es una complicación dramática y potencialmente mortal de la preeclampsia. Las convulsiones pueden aparecer de repente y sin previo aviso en un gestante con una preeclampsia aparentemente estable o sólo tras un ligero ascenso de la presión arterial. Una de las complicaciones, que afecta aproximadamente al 5% de las mujeres con preeclampsia, que puede progresar rápidamente a una condición que amenaza la vida, es el síndrome HELLP. El acrónimo HELLP describe una variante de la preeclampsia grave, caracterizada por hemólisis (Hemolysis), enzimas hepáticas elevadas (Elevated Liver function test) y recuento plaquetario bajo (Low Platelet counts). (22)

La heterogeneidad de la enfermedad es evidente cuando se considera el pronóstico en función de la edad de la gestación en el que comienzan las manifestaciones clínicas. Los nacidos de madres con preeclampsia pretérmino son más pequeños que los nacidos a la misma edad pero de madres sin preeclampsia (23). El riesgo de muerte materna es 20

veces más alta cuando la preeclampsia comienza antes de la semana 32 que cuando lo hace cerca del término del embarazo (24). Las mujeres con una preeclampsia de comienzo precoz (antes de la semana 34) tienen riesgo mayor de recurrencia. (25) Y un riesgo de muerte fetal hasta cuatro veces más alto en un embarazo posterior (26).

En este sentido, se ha sugerido subdividir la preeclampsia en dos grupos según el momento en que comienza dadas las diferencias en el pronóstico. Pero de nuevo, los límites pueden ser falsos, ya que la preeclampsia es potencialmente una enfermedad explosiva. Lo único que es cierto es que la evolución es impredecible, siempre en el sentido del empeoramiento de la enfermedad hasta que finalice la gestación. (17)

2.2.3.3. Hipertensión arterial crónica

Se establece cuando una gestante presenta una hipertensión arterial que precede al embarazo o se presenta antes de la semana 20 de gestación. De forma retrospectiva, se puede calificar como hipertensión arterial crónica el aumento de la presión arterial que se presenta a la semana 20 de gestación o después, sin proteinuria, y que persiste 12 semanas tras el parto. Estas pacientes son diagnosticadas como hipertensión gestacional durante el embarazo y no es hasta comprobar la persistencia de la hipertensión tras el puerperio cuando se realiza el diagnóstico de hipertensión arterial crónica. (17)

2.2.3.4. Preeclampsia sobreañadida a una hipertensión crónica

En la mujer con una hipertensión crónica puede aparecer una preeclampsia en el curso del embarazo. El cuadro se define por la aparición de signos de preeclampsia en una gestante con hipertensión crónica, con aparición de proteinuria y/o

aumento brusco de las cifras tensionales. En ocasiones, establecer el diagnóstico es difícil y se debe sospechar cuando existen los criterios expuestos anteriormente en clínica de preeclampsia. Si este es el caso, el pronóstico es peor que cuando existen tales entidades por separado. (17)

2.2.3.5. Hipertensión gestacional

Es la hipertensión arterial que aparece a partir de la semana 20 de embarazo, sin proteinuria, que desaparece en las 12 semanas siguientes al parto. La hipertensión gestacional puede ser un diagnóstico provisional que incluye a gestantes que son finalmente diagnosticadas de preeclampsia (en fase precoz sin que haya aparecido la proteinuria), de hipertensión crónica (si persiste 12 semanas después del parto) o de la propia hipertensión gestacional (si desaparece 12 semanas después del parto). La hipertensión gestacional entre las semanas 24 y 35 desarrollan una preeclampsia en el curso del embarazo (27).

Suele aparecer cerca del término del embarazo, ser de carácter leve y por lo general no tiene graves repercusiones para la madre y el feto. Aunque su causa no es bien conocida, parece identificar a las mujeres que, más adelante en su vida, desarrollarán una hipertensión esencial. (28)

Similar a la misma asociación que existe entre la diabetes gestacional y la diabetes mellitus tipo 2. Muchas de estas mujeres suelen ser hipertensas en embarazos posteriores. (17)

2.2.4. Preeclampsia

La preeclampsia es una enfermedad de causa desconocida, multisistémica y progresiva. Es propia de la gestación humana y

desaparece cuando finaliza el embarazo. Se caracteriza por la respuesta vascular anormal a la placentación que se asocia con un aumento de la resistencia vascular periférica, agregación plaquetaria, activación del sistema de coagulación y disfunción endotelial. Se puede manifestar como un síndrome materno (hipertensión y proteinuria con o sin otras anomalías multisistémicas) o un síndrome fetal (crecimiento intrauterino restringido, oligoamnios y respiración fetal anormal). En la práctica clínica, el síndrome de la madre es probablemente más de una enfermedad con grandes diferencias entre la preeclampsia que aparece cerca del término del embarazo, sin efectos sobre el feto, y la que aparece de forma precoz, que se asocia con complicaciones maternas, bajo peso al nacer y parto pretérmino. La fisiopatología de la enfermedad de comienzo precoz (antes de la semana 34 de gestación) probablemente es diferente al de la enfermedad que aparece cerca del término del embarazo, durante el parto o el puerperio (29).

2.2.4.1. Epidemiología

A nivel mundial, los estados hipertensivos en el embarazo complican del 12 al 22% de los embarazos. (30) Más de cuatro millones de mujeres presentarán preeclampsia y aproximadamente 100.000 tendrán convulsiones eclámpticas al año, de las que el 90% ocurren en países en vías de desarrollo. La preeclampsia ocurre en el 3-14% de los embarazos, la hipertensión arterial crónica complica el 3% y la hipertensión gestacional el 6% (31).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica que en el 16% de las muertes maternas en las naciones industrializadas la causa principal son los estados hipertensivos en el embarazo.

En África y Asia es del 9% y en América Latina y el Caribe de alrededor del 25%. Los estados hipertensivos en el embarazo son responsables de 25.000 muertes maternas al año en África, 22.000 en Asia, 3.800 en América Latina y 150 en las naciones industrializadas.

2.2.4.1. Factores de riesgo

Son conocidos los antecedentes familiares, nuliparidad, primipaternidad, obesidad y enfermedades crónicas maternas. (32)

Factores familiares. Aunque la mayoría de los casos de preeclampsia ocurren en mujeres sin antecedentes familiares, la presencia de preeclampsia en un familiar de primer grado aumenta de dos a cuatro veces el riesgo de preeclampsia grave en la mujer (33).

Las mujeres nacidas de embarazos complicados por una preeclampsia tienen un mayor riesgo de esta complicación en sus embarazos. (34)

Primipaternidad y exposición a l esperma. Las mujeres nulíparas tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una preeclampsia que las multíparas. La hipótesis de la primipaternidad. (35) Sugiere que el riesgo de preeclampsia aumenta en las mujeres que tienen una exposición limitada a los espermatozoides de su pareja: Mujeres en su primer embarazo, multigestas con nueva pareja, adolescentes, intervalo intergestacional prolongado, mujeres que usan un método contraceptivo de barrera. Un aborto previo (espontáneo o inducido) de un embarazo con el mismo padre se asocia con una disminución del riesgo de preeclampsia, aunque el efecto protector se pierde con el cambio de progenitor. Algunas observaciones en parejas estériles apoyan la teoría de la primipaternidad. Las mujeres no expuestas previamente al esperma de su pareja (por ejemplo,

las mujeres que para concebir recurren a la inyección intracitoplasmática de espermatozoides por azoospermia con el espermatozoides obtenido quirúrgicamente) tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una preeclampsia que las mujeres expuestas al espermatozoides de su pareja (mujeres que conciben tras fertilización in vitro o la inyección intracitoplasmática de espermatozoides con el espermatozoides obtenido a partir de la eyaculación) (36).

Enfermedades crónicas previas. Las mujeres con hipertensión crónica o con diabetes mellitus tienen un riesgo elevado de desarrollar preeclampsia. La obesidad, el síndrome antifosfolípido, otras trombofilias, enfermedades autoinmunes, nefropatías e infertilidad se asocian también con un mayor riesgo de preeclampsia (37). El riesgo aumenta según aumenta el índice de masa corporal.

Otros factores. El consumo de tabaco reduce la incidencia de la preeclampsia en un 50%, de forma dosis-dependiente (38). El antecedente de preeclampsia, sobre todo de comienzo precoz, aumenta el riesgo de padecer la enfermedad en un embarazo posterior. Aproximadamente entre el 40 y el 50% de las mujeres multíparas con un diagnóstico de preeclampsia han tenido preeclampsia en un embarazo anterior, y si la preeclampsia previa fue de comienzo precoz, el riesgo de recurrencia se multiplica por 40 (39).

La edad materna mayor de 40 años y el embarazo múltiple también aumentan el riesgo de preeclampsia.

2.2.4.1. Pronostico

La preeclampsia se asocia con una morbilidad materna y perinatal alta. El pronóstico depende de los siguientes factores: edad gestacional en el momento de comienzo de la

enfermedad, gravedad de la enfermedad, calidad de la asistencia y presencia o ausencia de enfermedades crónicas previas. En general, los resultados maternos y perinatales suelen ser favorables en las mujeres con preeclampsia leve que comienza después de la semana 36 de gestación. Por el contrario, la morbilidad materna y perinatal y la mortalidad aumentan en las mujeres que desarrollan la enfermedad antes de 33 semanas de gestación y cuando existen enfermedades previas.

2.2.4.1. Prevención

Se han propuesto numerosas medidas para prevenir la preeclampsia basadas en la administración de fármacos, vitaminas, minerales y suplementos nutritivos, entre otras muchas acciones más o menos exóticas. Las revisiones sistemáticas sólo identifican dos intervenciones que tienen algún mínimo efecto protector:

- La suplementación con dosis bajas de aspirina en mujeres de alto riesgo (sobre todo si se inicia antes de semana 16 de gestación).
- Los suplementos de calcio en las mujeres con una ingesta baja de calcio por la dieta.

La administración de heparina de bajo peso molecular (HBPM) en la prevención secundaria de las complicaciones vasculares placentarias está siendo investigada. (17)

2.2.4.1. Clínica

Signos

- Presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, después de las 20 semanas de gestación.

- Proteinuria de 2.0gr/24 horas ó mayor igual 1+ con tira reactiva
- Edema

Síntomas

- Cefalea intensa
- Trastorno visual
- Trastorno auditivo
- Dolor en epigastrio persistente (40,41)

2.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

Preeclampsia.- Es la presencia de tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg o tensión sistólica mayor o igual a 140 (en 2 tomas) y la presencia de proteinuria (definida como la evidencia de proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas). (42, 43)

Signos.- Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica, es decir, en el examen físico del paciente. Prueba objetiva de una enfermedad, como un dato perceptible al examen médico, en oposición a las sensaciones subjetivas del paciente. (44)

Síntomas.- Alteración, afección, manifestación patológica subjetiva que sufre un enfermo, como el dolor, el cansancio, las náuseas, la visión borrosa, etc. (44)

Gestante.- Período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos, e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto. (44)

2.4. Identificación de Variables:

Se estudiará una sólo variable.

Variable de Investigación:

Perfil clínica de las gestantes con preeclampsia.

2.5. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO
Perfil clínico de las gestantes con Preeclampsia	Síntomas y signos que se presentan en la Preeclampsia	Signos	<ul style="list-style-type: none">• Cefalea intensa• Trastorno visual• Trastorno auditivo• Dolor en epigastrio persistente	Nominal
		Síntomas	<ul style="list-style-type: none">• Presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, después de las 20 semanas de gestación.• Proteinuria de 2.0gr/24 horas ó mayor igual 1+ con tira reactiva• Edema	Cuantitativo
		Tipo de preeclampsia	Leve Severa	Nominal



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación

Esta investigación es Descriptivo porque se seleccionan una serie de cuestiones, conceptos o variables y se mide cada una de ellas independientemente de las otras, con el fin de describirlas. Estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos o cualquier otro fenómeno, este tipo de investigación hace entrada a estudios analíticos. (45)

3.2 Nivel de Investigación:

Esta investigación es de Nivel descriptivo, porque se busca especificar características o rasgos importantes del fenómeno que se analiza, en este caso se busca describir el perfil clínico de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia del Hospital Apoyo de Pichanaki. (46)

3.3 Métodos de investigación:

Descriptivo: Es un método que se basa en la observación, el trabajo utiliza este método porque se describe el perfil clínico de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia del Hospital Apoyo de Pichanaki.

3.4 Diseño de investigación:

Diseño descriptivo simple.

En este diseño, el investigador busca y recoge información relacionada con el objeto de estudio, existiendo una sola variable y una sola población:

M O

M: gestantes con preeclampsia.

O: perfil clínico.

3.5 Población, muestra y muestreo:

Población. - La población estuvo constituida por todas las gestantes (Historias clínicas) de las que se atienden en el Hospital Apoyo de Pichanaki de enero a diciembre del 2017.

Muestra. - La muestra estuvo constituida por 75 gestantes con diagnóstico de preeclampsia que se atendieron de enero a diciembre del 2017 en Hospital Apoyo de Pichanaki.

El Tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, censal.

3.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica: La observación.

El instrumento: Ficha de observación o de recolección de datos.

El instrumento de recolección de datos se elaboró acorde al perfil clínico de las gestantes con preeclampsia, las que se usaran en el Hospital Apoyo de Pichanaki.

3.7 Técnicas de Procesamiento, Análisis de Datos

Se solicitó permiso a la dirección e instancias pertinentes del Hospital Apoyo de Pichanaki, para obtener la autorización que permita revisar las

historias clínicas de todas las gestantes que tuvieron preeclampsia de enero a marzo del 2018.

Registro de información. Se utilizó la ficha de recolección de datos.

(Anexo 1).

Digitación. El proceso de digitación de los instrumentos de recolección de datos, por la investigadora, según requerimientos del paquete estadístico SPSS versión 22,0.

Archivo de documentos. El archivamiento de los datos fue informático, empleando el paquete estadístico SPSS versión 22,0.

Procedimiento De Recolección De Datos Y Diseño Estadístico

Los datos fueron procesados informáticamente, empleando el paquete estadístico IBM - SPSS versión 22,0.

Los gráficos se elaboraron haciendo usos del programa Excel.



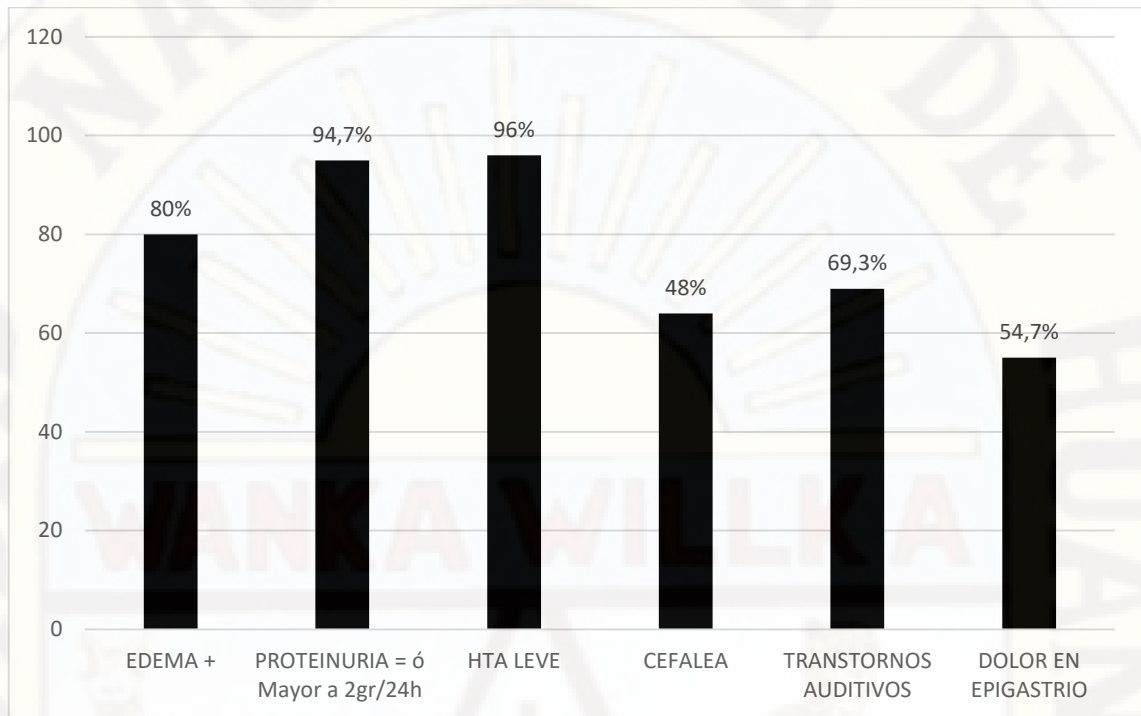
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

La investigación tuvo como objetivo Determinar el perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017. Se trabajó con una muestra de 75 gestantes con preeclampsia. Se hizo uso de la técnica de análisis documental y observación y el instrumento usado fue la ficha de recolección de datos. La presentación de los siguientes datos se hizo en concordancia a los objetivos planteados.

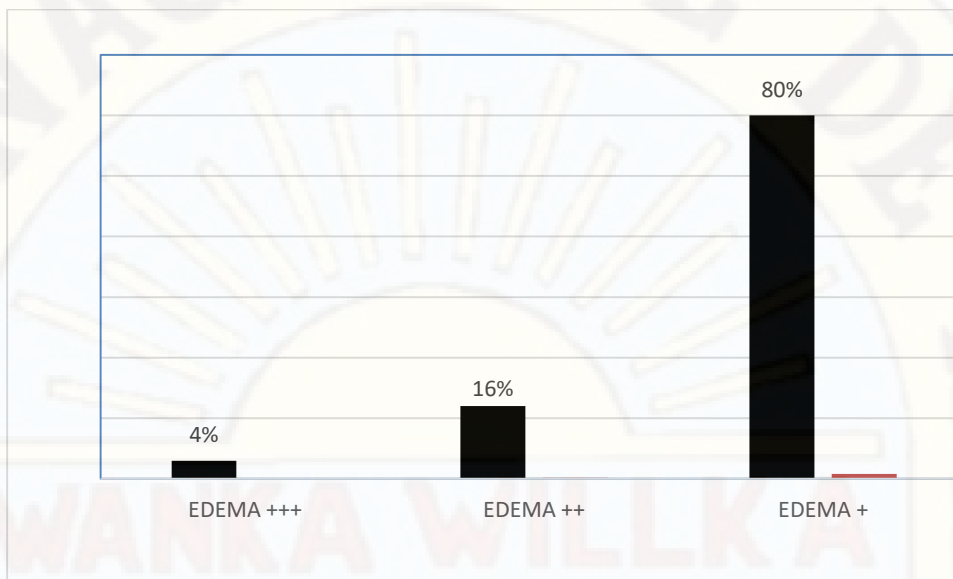
GRAFICO N° 1: PERFIL CLINICO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.



FUENTE: elaboración propia. ficha de recolección de datos perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del hospital de apoyo de pichanaki, 2017.

En la gráfica se observa el perfil de clínico de las gestantes quienes en un 97,3% (73) presentaron preeclampsia leve a diferencia de la severa en 2,7% (2); seguido de presencia de proteinuria de 2,0 gr o mayor 94,7%(74), los trastornos auditivos 69,3%(52); presentaron cefalea 48%(64); dolor en epigastrio 54,7%(41) y edema mayor a + 80% (60).

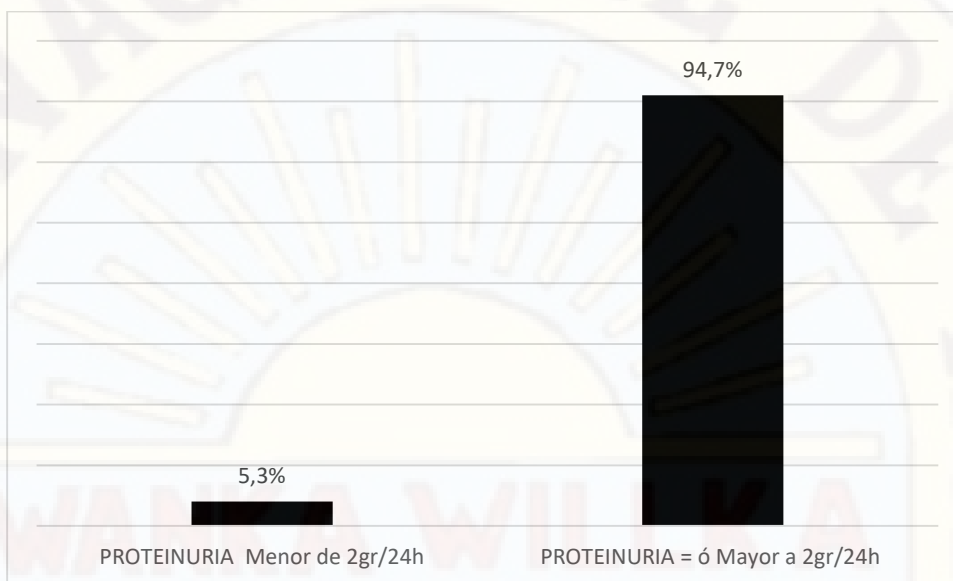
GRAFICO Nº 2: SIGNOS - EDEMA DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del hospital de apoyo de pichanaki, 2017.

En la gráfica se observa el signo edemas, predominando edema+ 80% (60), seguido de edema ++ 16% (12) y edema + 4%(3).

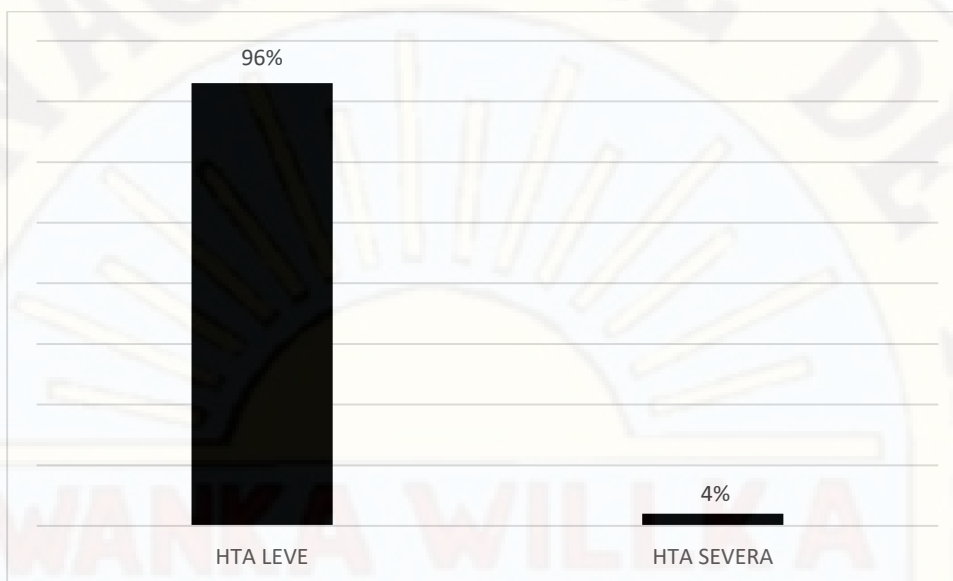
GRAFICO N° 3: SIGNOS - PROTEINURIA DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del hospital de apoyo de pichanaki, 2017.

En la gráfica se observa el signo proteinuria, predominando proteinuria = o mayor a 2gr/24h en 94,7% (71) y proteinuria menor de 2gr/24h 5,3% (4).

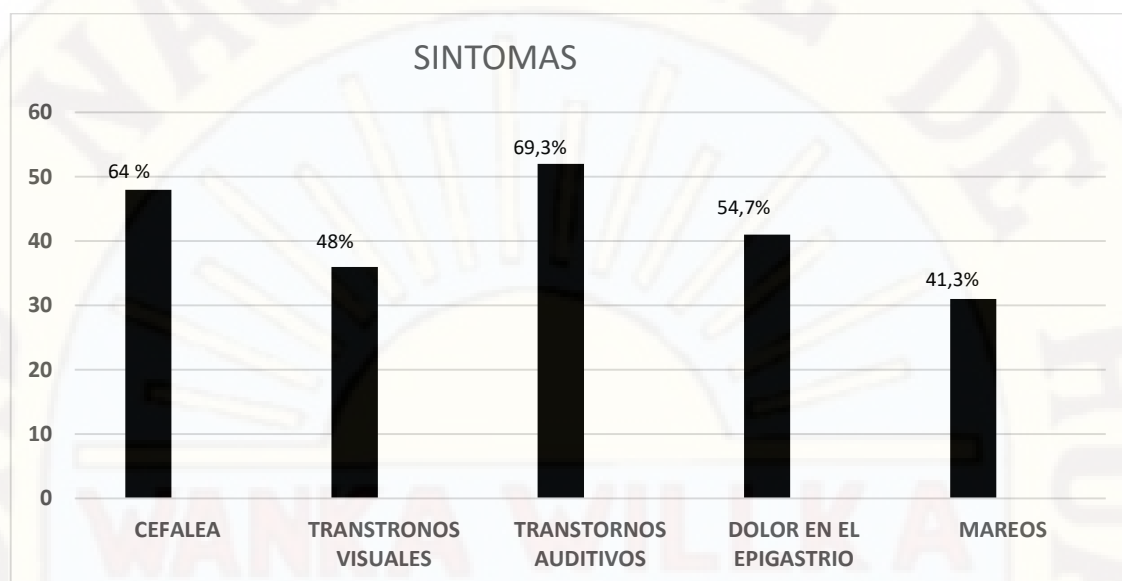
GRAFICO N° 4: SIGNOS – HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del hospital de apoyo de pichanaki, 2017.

En la gráfica se observa el signo hipertensión arterial, predominando la HTA leve en 96% (72) e HTA severa en 4%(3).

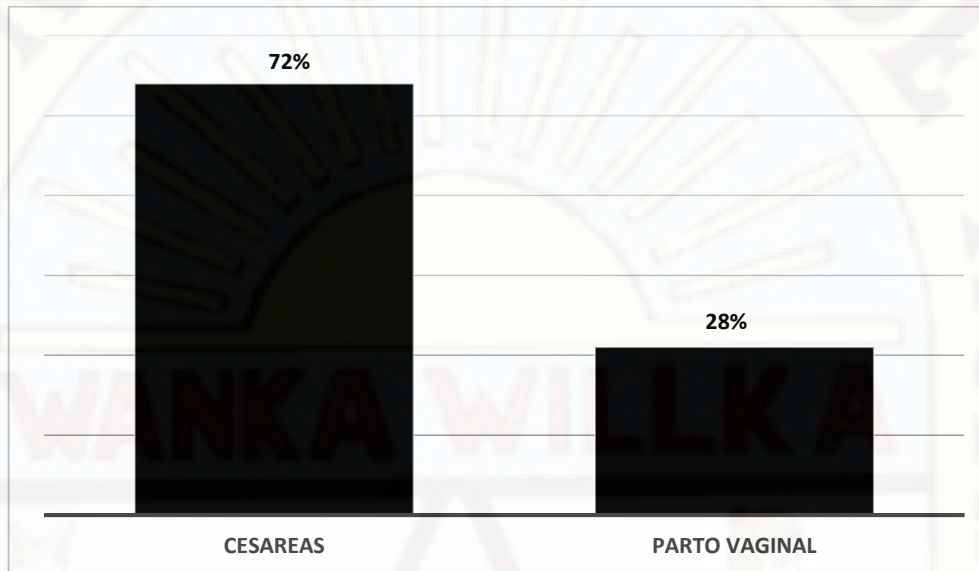
GRAFICO Nº 5: SÍNTOMAS DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.



FUENTE: elaboración propia. ficha de recolección de datos perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del hospital de apoyo de pichanaki, 2017.

En la gráfica se observa que los síntomas más resaltantes teniendo a los trastornos auditivos 69,3%(52), seguido de cefalea 64%(48), dolor en epigastrio 54,7%(41), trastornos visuales 48%(36) y mareos 41,3%(31).

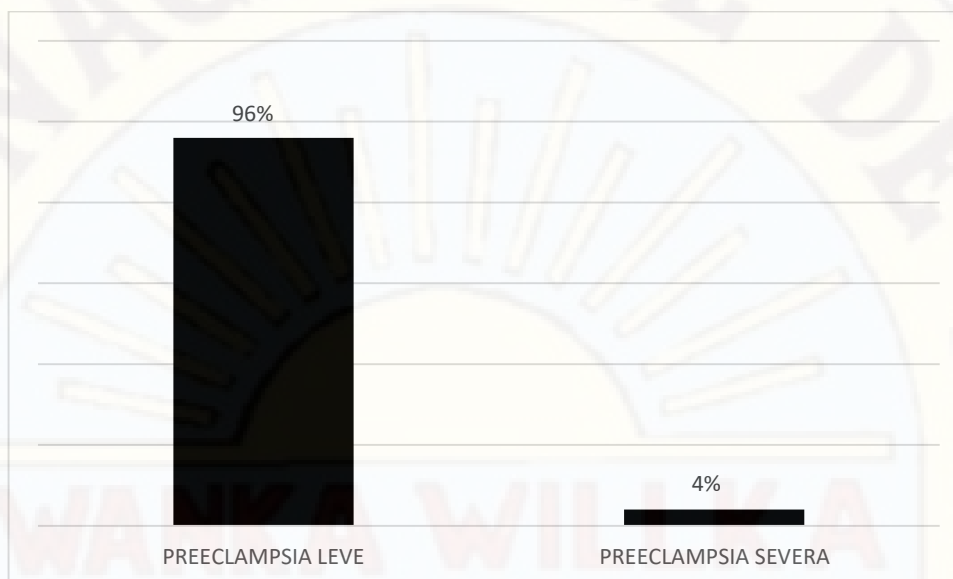
GRAFICO N° 6: TIPO DE PARTO EN EL QUE TERMINO LOS EMBARAZOS DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.



FUENTE: elaboración propia. ficha de recolección de datos perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del hospital de apoyo de pichanaki, 2017.

En el gráfico se observa que del total de gestantes culminaron su parto el 72%(54) en cesárea y el 28%(21) por parto vaginal.

GRAFICO N° 7: TIPO DE PREECLAMPSIA DE LAS GESTANTES DEL HOSPITAL DE APOYO DE PICHANAKI, 2017.



FUENTE: Elaboración propia. Ficha de recolección de datos perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del hospital de apoyo de pichanaki, 2017.

En la gráfica se observa que del 100% de gestantes con preeclampsia, tuvieron preeclampsia leve el 96% (72) y preeclampsia severa el 4%(3).

4.2. Discusión de resultados

El perfil clínico que presentaron las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron: hipertensión arterial leve, proteinuria igual o mayor a 2gr/24 horas, edema de una cruz (+), trastornos auditivos, cefalea y dolor en epigastrio.

Los signos presentes en las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron: hipertensión arterial leve en un 96% (72), proteinuria igual o mayor a 2gr/24 horas en un 94,7% (71) y edema de una cruz (+) en un 80% (60). Esto concuerda con los resultados de Motte (10) quien encontró en su investigación que se presentó Preeclampsia severa en el 54.8% de pacientes con cifras tensionales de 155/103.8 mm Hg en promedio y retornando a valores normales en todas las pacientes. Así mismo, el edema estuvo presente en el 77.4% de las pacientes a su ingreso, remitido por completo en el 67.8% a su egreso. Todas presentaron albuminuria de más de ++ en algún momento. Otra investigación con la que coincidimos es la de Altamirano (12), reporta que el 77.43% presentó edema, el 100% presión arterial alta, el 74.29% proteinuria,

Los síntomas presentes en las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron: trastornos auditivos 69,3% (52), cefalea 64% (48), dolor en el epigastrio 54,7% (41), trastornos visuales en un 48% (36) y mareos 41,3% (31). Todos superan el 40% de frecuencia. Estos resultados son coincidentes con los reportes de Motte (10) quien encontró en su investigación cuadro clínico se caracterizado principalmente por cefalea en el 32.3% de pacientes, seguido por dolor abdominal en barra. También hay coincidencia con lo que encontró Diaz (16) Los síntomas más comunes fueron cefalea (63.8%), fotopsias (15.4%), dolor en epigastrio (10.8%), visión borrosa (7.7%)

El tipo de parto en el que terminó los embarazos de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, fue: cesárea en un 72%(54) y parto vaginal en un 28% (21), resultados que coincide con

Altamirano (12), quien reporta que la vía de terminación del parto fue 22.57% vaginal y 77.43% por cesárea.

En esta investigación el tipo de preeclampsia presente fue de 96% (4) leve y severa el 4% (3). Este resultado coincide con lo reportado por Guzmán (13), Las 148 pacientes fueron diagnosticadas como Preeclampsia Leve 56.1% y preeclampsia severa 43.9% pero difiere con lo encontrado por Altamirano (12), según el tipo de preeclampsia el 32.09% presentaron preeclampsia leve y el 67.77 % preeclampsia severa, esta diferencia se puede deber a los contextos geográficos diferentes en los que se ejecutaron las investigaciones.

CONCLUSIONES

- El perfil clínico que presentaron las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki y que superaron el porcentaje del más del 50% fueron: hipertensión arterial leve, proteinuria igual o mayor a 2gr/24 horas, edema de una cruz (+), trastornos auditivos, cefalea y dolor en epigastrio.
- Los signos presentes en las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron: hipertensión arterial leve en un 96% (72), proteinuria igual o mayor a 2gr/24 horas en un 94,7% (71) y edema de una cruz (+) en un 80% (60).
- Los síntomas presentes en las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron: trastornos auditivos 69,3% (52), cefalea 64% (48), dolor en el epigastrio 54,7% (41), trastornos visuales en un 48% (36) y mareos 41,3% (31). Todos superan el 40% de frecuencia.
- El tipo de parto en el que terminó los embarazos de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, fue: cesárea en un 72%(54) y parto vaginal en un 28% (21).
- El tipo de preeclampsia que predominó fue la preeclampsia leve con un 96% (72), esto coincide con la presencia de HTA leve 96% (72).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades del Hospital de Apoyo Pichanaki capacitar constantemente a su personal sobre las enfermedades hipertensivas del embarazo, preeclampsia y eclampsia, ya que es una enfermedad que se muestra silenciosa y a veces incluso puede ser atípica.
- Se recomienda a las obstetras del Hospital de Apoyo Pichanaki atender a las gestantes con suma competencia y muy minuciosamente ya que es la única manera de poder identificar una característica o perfil clínico de la presencia de la preeclampsia.
- Se recomienda a las estudiantes de la segunda especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico de la universidad Nacional de Huancavelica seguir investigando sobre esta base de datos, así también investigar los perfiles epidemiológicos y de laboratorio presentes en la preclamsia en mujeres de esta región selva central.

REFERENCIA BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2011 [revisado 02 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr_11_30/es/
2. Wallis AB, Saftlas AF, Hsia J, Atrash HK. Secular trends in the rates of preeclampsia, eclampsia, and gestational hypertension, United States. *Hypertens* 2008, 21:521-6.
3. Organización Mundial de la Salud. Reporte de la salud mundial: 2005: make every mother and child count. Geneva: OMS; 2005. Disponible en: http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf. Retrieved March 20, 2013.
4. Sibai BM. Preeclampsia. *Clin Obst & Gynecol* 2005; 48 (2):102-16.
5. Aarón BC, Naomi ES, Washington E, Gabriel JE. Maternal ethnicity, paternal ethnicity, and parental ethnic discordance. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 156-61.
6. Duley L. Preeclampsia and the hypertensive disorders of pregnancy. *Br Med Bull* 2003; 67:161-76.
7. Magee L. y col. Prevention and treatment of postpartum hypertension. *Cochrane database of systematic review* 2013, Issue 4. 2014.
8. Boletín estadístico 2015-2016. Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima Perú. Disponible en: file:///C:/Users/gcarmona/Desktop/Boletin_Estadistico_2015-2016-11.pdf
9. Guía práctica clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia. INMP. Lima, Perú. 2017. Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>
10. Motte, P. Frecuencia de la Enfermedad hipertensiva inducida del embarazo y Síndrome de HELLP en la Unidad de Cuidados Intensivos del HGO del IMIEM. Tesis. Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México. 2013.

11. Amaran J. y col. Principales características de la preeclampsia grave en gestantes ingresadas en un hospital de Zimbabwe. *Revista MEDISAN* 2009, 13(3). Cuba. 2009.
12. Altamirano F. Perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el Hospital Belen de Trujillo, 2012-2016. Tesis. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. La Libertad, Perú, 2015.
13. Guzman, M. Perfil clínico y laboratorio de las pacientes gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante octubre 2014 – octubre 2015. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú, 2016.
14. Bravo C. Factores predictores de Preeclampsia. Tesis. Lima: Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú, 2014.
15. Saboya R. y Villalobos E. Factores predisponentes relacionados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto. Tesis. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto, Perú. 2013.
16. Díaz, E. Características clínicas epidemiológicas de la Preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo 2008-2009. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. 2011.
17. Gonzales J., Laila M., Fabre E. y Gonzales E. *Obstetricia*. Sexta edición. Masson. Barcelona, España. 2013. Pp.441.
18. Lindheimer MD, Taler SJ, Cunningham FG; American Society of Hypertension. ASH position paper: hypertension in pregnancy. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2009;11(4);214-25.
19. Phelan LK, Brown MA, Davis GK, Mangos G. A prospective study of the impact of automated dipstick urinalysis on the diagnosis of preeclampsia. *Hypertens Pregnancy*. 2004;23(2):135-42.
20. Coté AM, Brown MA, Lam E, von Dadelszen P, Firoz T, Listón RM, et al. Diagnostic accuracy of urinary spot protein:creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women; systematic review. *BMJ*. 2008;336(7651);1003-6.
21. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(1);S1-S22.

22. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142(2):159-67.
23. Rasmussen S, Irgens LM. Fetal growth and body proportion in preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2003;101(3):575-83.
24. MacKay AP, Berg CJ, Atrash HK. Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol* 2001;97(4):533-8.
25. Mostello D, Kallogjeri D, Tungsiripat R, Leet T. Recurrence of preeclampsia: effects of gestational age at delivery of the first pregnancy, body mass index, paternity, and interval between births. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(1): 55.e1-7.
26. Mbah AK, AUo AP, Marty PJ, Bruder K, Whiteman VE, Salihu HM. Preeclampsia in the first pregnancy and subsequent risk of stillbirth in black and white gravidas. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010;149(2):165-9.
27. Barton JR, O'Brien JM, Bergauer NK, Jacques DL, Sibai BM. Mild gestational hypertension remote from term: progression and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(5):979-983.
28. Villar J, Carroli G, Wojdyla D, Abalos E, Giordano D, Ba'aqeel H, et al.; World Health Organization Antenatal Care Trial Research Group. Preeclampsia, gestational hypertension and intrauterine growth restriction, related or independent conditions? *Am J Obstet Gynecol* 2006;194(4):921-31.
29. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. *Lancet*. 2005;365(9461):785-99.
30. August P, Sibai BM. Clinical features, diagnosis, and long-term prognosis of preeclampsia. *UpToDate*; 2006.
31. Lain KY, Roberts JM. Contemporary concepts of the pathogenesis and management of preeclampsia. *JAMA*. 2002;287(24):3183-6.
32. Ducloux K, Harrington D. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ*. 2005;330(7491):565.
33. Cair DB, Epplein M, Johnson CO, Easterling TR, Critchlow CW. A sister's risk; family history as a predictor of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(3Pt2):965-72.

34. Lie RT, Rasmussen S, Brunborg H, Gjessing HK, Lie-Nidsen E, Irgens LM. Fetal and maternal contributions to risk of pre-eclampsia: population based study *BMJ*. 1998;316(7141):1343-7.
35. Robillaid PY, Hulsey TC, Alexander GR, Keenan A, de Caunes F, Papiemik E. Paternity patterns and risk of preeclampsia in the last pregnancy in multiparae. *J Reprod Immunol* 1993;24(1):1-12.
36. Wang JX, Knottnerus AM, Schuit G, Nonnans RJ, Chan A, Dekker GA. Surgically obtained sperm, and risk of gestational hypertension and pre-eclampsia. *Lancet*. 2002;359(9307):673-4.
37. Hutcheon JA, Lisonkova S, Joseph KS. Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2011;25(4):391-403.
38. England L, Zhang J. Smoking and risk of preeclampsia: a systematic review. *Front Biosci*. 2007;12:2471-83.
39. Odegård RA, Vatten LJ, Nilsen ST, Salvesen KA, Austgulen R. Risk factors and clinical manifestations of pre-eclampsia. *BJOG*. 2000;107(II):1410-6.
40. Gary F., Leveno K., Bloom S., Hauth J., Rouse D. y Spong C. *Williams Obstetrica*. Edición 23. McGRAW-HILL editors S.A. ISBN: 9786071512772. 2015
41. Pacheco J. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. [Online].; 2001 [cited 2018 enero 05. Available from: www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/download/481/pdf/300
42. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289:2560–257.
43. Gifford RW, August PA, Cunningham G. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on high blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:S1–22.
44. *Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. Sexta edición. ELSEVIER MOSBY. España, 2003.

45. Novío S., Nuñez M. y Garabal M. Investigación en Ciencias de la salud. Metodología Basica. USC, editora. Santiago de Compostela, España. 2016.
46. Hernandez R, Fernandez C, Baptista M. Metodologia de la Investigacion. 5th ed. Mcgraw-Hill/Interamericana Editores SADCV, editor. Mexico: Mexicana; 2014.
47. Verdecía D, Castillo F, Lluch A, Morales A. Morbimortalidad materna en la preeclampsia complicada. Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25(12).
48. Xiao J1, Shen F2, Xue Q3, Chen G3, Zeng K4, Stone P5, Zhao M1, Chen Q6. Is ethnicity a risk factor for developing preeclampsia? An analysis of the prevalence of preeclampsia in China. J Hum Hypertens. 2014 Nov;28(11):694-8. doi: 10.1038/jhh.2013.148. Epub 2014 Jan 16.



ANEXO

ANEXO N°1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: PERFIL CLÍNICO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI 2017.

Formulación del problema	Objetivos	Población Y Muestra	Diseño Metodológico
<p>¿Cuál es el perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar el perfil clínico de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017.</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Describir los signos de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017. - Describir los síntomas de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017. - Describir el tipo de parto en el que termino los embarazos de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, 2017. 	<p>Población. - La población estuvo constituida por todas las gestantes (Historias clínicas) de las que se atienden en el Hospital Apoyo de Pichanaki de enero a diciembre del 2017.</p> <p>Muestra. - La muestra estuvo constituida por todas las gestantes con diagnóstico de preeclampsia que se atendieron de enero a diciembre del 2017 en Hospital Apoyo de Pichanaki.</p> <p>El Tipo de muestreo será no probabilístico por conveniencia, censal.</p>	<p>Tipo. - Descriptivo</p> <p>Nivel. - Descriptivo</p> <p>Método. - Descriptivo</p> <p>Diseño:</p> <p>En este diseño, el investigador busca y recoge información relacionada con el objeto de estudio, existiendo una sola variable y una sola población:</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>M: gestantes con preeclampsia.</p> <p>O: perfil clínico.</p>

**ANEXO N° 02
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

**PERFIL CLÍNICO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL APOYO DE PICHANAKI DE ENEO A
DICIEMBRE DEL 2017.**

Fecha:.....

Edad:.....

PERFIL CLÍNICO

Signos:

1. Hipertensión arterial Si () No ()

PA:

2. Proteinuria de 2.0gr/24h ó mayor = 1+ con tira reactiva Si () No ()

Concentración:

3. Edema

Grado en cruces:

Síntomas:

4. Cefalea Si () No ()

5. Trastornos visuales Si () No ()

Que tipo:

6. Trastornos auditivos Si () No ()

Que tipo:

7. Dolor en el epigastrio Si () No ()

8. Mareos Si () No ()

Tipo de parto: Cesárea () Vaginal ()

Tipo de preeclampsia: Leve () severa ()

**ANEXO N° 03
REGISTROS VISUALES**

