



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA



TITULO:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DE LA PREECLAMPSIA CON
SIGNOS DE GRAVEDAD EN PACIENTES DE CIRUGÍA OBSTÉTRICA DEL
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE
2023.

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE:
MAESTRO (A) EN EPIDEMIOLOGÍA

AUTORES:

MARTHA LUZ AVELAR MONGE
GABRIELA DEL CARMEN MOLINA CANTÓN

ASESORA:

JAZMÍN DEL ROCÍO LÓPEZ MD MPH PHD

CIUDAD UNIVERSITARIA, ENERO DE 2024

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR

ING: JUAN ROSA QUINTANILLA

VICERRECTOR ACADÉMICO

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS

SECRETARIO GENERAL.

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

DECANO

DR. SAUL DIAZ PEÑA

VICEDECANO

LIC. FRANKLIN ARNULFO MÉNDEZ

DIRECTOR DE ESCUELA

DR. DOUGLAS ALFREDO VELÁSQUEZ RAIMUNDO

JEFE DE PROGRAMA DE MAESTRÍAS

DRA. BLANCA ARACELI MARTÍNEZ DE SERRANO

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradecer a Dios todopoderoso, dador de vida y proveedor del conocimiento y la sabiduría, por iluminarme y darme las fuerzas necesarias para seguir en pie.

A la Universidad de El Salvador por abrirme las puertas y darme la oportunidad de continuar mis estudios de post grado, así como a la escuela de post grado por permitirnos cursar la maestría, tan necesaria en nuestros días.

Agradecer grandemente a mis familiares, que me han acompañado en todo momento, han sido siempre mi soporte de manera incansable, especialmente mis padres, que, aunque físicamente ya no están, sé que desde el cielo me acompañan y me aplauden el esfuerzo, fueron y seguirán siendo mi motor, al igual que mis hermanos, la fuerza que me impulsa y motiva en la vida.

A nuestra asesora de tesis Dra. Jazmín del Rocío López, por su gran apoyo en la orientación del desarrollo y culminación de este trabajo, sus consejos serán llevados en nuestras mentes y corazones a lo largo de nuestra carrera profesional.

MARTHA AVELAR

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, deseo expresar mi gratitud a mi Padre Celestial por iluminarme con su sabiduría y paciencia durante el desarrollo de la maestría, lo cual me ha permitido concluir con éxito el proceso.

A mis amados Padres, quienes me apoyaron desde el primer día y son los responsables de mi evolución personal y profesional, quiero expresar mi gratitud por su sacrificio y dedicación, ya que, en los momentos difíciles, su respaldo incondicional ha sido mi refugio.

A mis queridos hermanos Esmeralda y Fran, quienes en todo momento me han brindado su respaldo y su acompañamiento en las noches de estudio intenso, me facilitaron el trayecto, y en momentos de duda me brindaron orientación para no rendirme.

Al resto de mi familia, sobrinas, cuñado, primos, amistades, que siempre estuvieron brindándome palabras de ánimos para continuar luchando a pesar de las adversidades.

A mi compañera de tesis, gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas durante el desarrollo de esta maestría.

Y finalmente quiero agradecer a la Facultad de Medicina – Universidad de El Salvador por darme tan valiosa oportunidad para fortalecer mis conocimientos y habilidades como profesional, a cada docente y asesor que con su paciencia y apoyo contribuyo a llevar a buen término la maestría.

GABRIELA MOLINA

ACRÓNIMOS

DPP: Desprendimiento prematuro de placenta

CSD: Cuadrante superior derecho

ERC: Enfermedad renal crónica

HNM: Hospital Nacional de la Mujer

IMC: Índice de masa corporal

PE: Preeclampsia

RCIU: Retardo de crecimiento intrauterino

SAF: Síndrome anticuerpo fosfolípidos

Sd: Síndrome

SF: Sufrimiento fetal

TGO: Transaminasa oxalacética

TGP: Transaminasa glutámica

N/D: No dato

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	8
CAPITULO I.....	9
INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVOS	10
CAPITULO II.....	11
METODOLOGÍA.....	11
3.1. Tipo de estudio:	11
3.2. Diseño del estudio:.....	11
3.3. Lugar y periodo de la investigación:.....	11
3.4. Variables	11
3.5. Universo y muestra:	11
3.6. Criterios de inclusión y exclusión:.....	11
3.7. Procedimientos para la recolección de información y métodos:	12
3.9. Plan de procesamiento de datos y análisis de datos:	12
CAPITULO III	14
RESULTADOS	14
DISCUSION DE RESULTADOS.....	24
CAPITULO IV	30
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	37

RESUMEN EJECUTIVO

Título: Caracterización clínica epidemiológica de la preeclampsia con signos de gravedad en pacientes del Servicio de Cirugía Obstétrica del Hospital Nacional de la Mujer en el periodo de enero a junio de 2023.

Objetivo: Describir la caracterización clínico epidemiológico de la preeclampsia con signos de gravedad en pacientes del Servicio de Cirugía Obstétrica del Hospital Nacional de la Mujer.

Metodología: Estudio descriptivo, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo. La muestra fue del 100%, 142 pacientes atendidas en el servicio de Cirugía Obstétrica La recolección de datos se hizo con base en la revisión de expedientes clínicos mediante un instrumento de recolección de datos.

Principales resultados: La preeclampsia con signos de gravedad, según nuestro estudio se dio más frecuente en gestantes con una media de 28 años y 33 semanas de gestación, primíparas predominantemente del área rural, con un control prenatal deficiente, con antecedentes de hipertensión, diabetes y obesidad. Los criterios de severidad presentados fueron la presión arterial, alteración de las pruebas hepáticas y renales, acompañadas por trastornos neurológicos tales como cefalea y alteraciones visuales. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron insuficiencia o falla renal, síndrome de Hellp, hemorragia obstétrica e infección puerperal. Las complicaciones fetales la más importante fueron prematuridad, SF, RCIU, DPP y entre otros la depresión neonatal fue muy importante.

Conclusión: Los trastornos hipertensivos asociados al embarazo son una complicación obstétrica frecuente, por lo que, todas las mujeres hipertensas o no deben recibir instrucciones precisas sobre controles, signos y síntomas de alarma, así como, todo médico que evalúa a gestantes debe estar familiarizado con su diagnóstico y tratamiento, para definir la remisión a centros de referencia oportuna. Es fundamental el seguimiento estricto de las cifras tensionales, signos de severidad y pruebas de laboratorio para detectar en forma temprana pacientes con alto riesgo, optimizar el cuidado y definir el momento apropiado para el parto.

Palabras clave: Preeclampsia, signos de gravedad, complicaciones maternas, complicaciones neonatales, caracterización epidemiológica, embarazo.

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos complican del 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen una de las entidades de la denominada tríada letal, junto con la hemorragia y la infección. Son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos muchos de los cuales pueden ser prevenibles.

Según la clasificación del Working Group of the NHBPEP (Nacional High Blood Pressure Education Program, 2000) de los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se describen cuatro tipos: La hipertensión gestacional, la preeclampsia-eclampsia, la preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica y la hipertensión crónica. (1)

La preeclampsia (PE) constituye la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en vía de desarrollo; se han descrito alrededor de 237 defunciones por cada 10 000 nacimientos, cada 3 min muere en el mundo una mujer por PE y 50 000 cada año. (2) (3)

Factores hereditarios y adquiridos, familiares, ambientales, inmunológicos e individuales parecen interactuar de diversas maneras para que aparezca la PE, tales como la edad, antecedentes de preeclampsia, paridad, hábitos, obesidad, dislipidemias y patologías agregadas al embarazo. (2)(4) (5)

El cuadro clínico de la preeclampsia se presenta con criterios de severidad y sin criterios de severidad. Se considera criterios de severidad cuando se acompaña de síntomas y signos que son premonitorios de compromiso de otros órganos blanco, tales como cefalea, acúfenos, escotomas, anasarca, epigastralgia, convulsiones o alteraciones de la química sanguínea que expresan mal pronóstico; siendo el manejo, en este caso, la terminación de la gestación, previa administración de sulfato de magnesio, sin embargo, la toma de decisiones es dramática cuando no existe la certeza del cuadro clínico característico. (6)

El presente estudio tuvo como propósito llevar a cabo la caracterización clínica epidemiológica de la preeclampsia en las pacientes que asisten al Hospital Nacional de la Mujer que es una institución de salud de tercer nivel de atención que recibe referencia de pacientes de todo el país.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir la caracterización clínico epidemiológico de la preeclampsia con signos de gravedad en las pacientes del Servicio de Cirugía Obstétrica del Hospital Nacional de la Mujer en el periodo de enero a junio 2023.

Objetivos específicos:

- Identificar el perfil epidemiológico de las mujeres con preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer.
- Conocer los criterios clínicos de gravedad que presentan las pacientes con diagnóstico de preeclampsia.
- Describir las complicaciones maternas y fetales que se presentan en las pacientes con diagnóstico de preeclampsia.

CAPITULO II METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio:

Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, con un enfoque cuantitativo.

3.2. Diseño del estudio:

Descriptivo: pertenece a un diseño no experimental, de tipo descriptivo. Es decir, no se realizó la manipulación de las variables, solo se caracterizó la frecuencia del fenómeno, conforme a sus dimensiones.

Transversal: la unidad de análisis se exploró en un solo período de tiempo.

3.3. Lugar y periodo de la investigación:

Área de estudio: Servicio de Cirugía Obstétrica del Hospital Nacional de la Mujer

Periodo: Enero a junio 2023

3.4. Variables

Las variables en estudio fueron: Datos sociodemográficos, datos obstétricos, antecedentes patológicos, criterios diagnósticos, criterios de severidad, complicaciones maternas y fetales.

3.5. Universo y muestra:

Universo: Estuvo constituida por 151 pacientes puérperas diagnosticadas con preeclampsia con signos de gravedad atendidas en el Servicio de Cirugía Obstétrica en el período comprendido del estudio, de las cuales se excluyeron nueve expedientes.

Muestra: Se incluyeron todos los expedientes de pacientes con preeclampsia que cumplieron con los criterios de inclusión, 142 (100%).

3.6. Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticadas a su ingreso como preeclampsia con signos de gravedad.
- Pacientes cuyo parto haya sido vía cesárea en este centro o referida con este diagnóstico.
- Pacientes que fueron dadas de alta y reingresaron con el diagnóstico.
- Pacientes con dicho diagnóstico atendidas en el servicio de cirugía obstétrica.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con expedientes clínicos incompletos o que no consideraba las variables que se investigaron.

3.7. Procedimientos para la recolección de información y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo: a partir de la revisión de los datos existentes en la historia clínica, se recabó la información necesaria.

Primer paso: se solicitó previamente los permisos correspondientes a las autoridades del Hospital para acceder a los registros clínicos de las pacientes.

Segundo paso: Se realizó la coordinación con el personal de archivo del hospital para indicar fechas de consulta de expedientes.

Tercer paso: previa autorización y coordinación, se validó el instrumento de recolección de datos, antes del inicio de la recolección, se seleccionaron cinco expedientes clínicos con diagnóstico de preeclampsia, para detectar las dificultades que presentara el instrumento y se corrigiera oportunamente.

Cuarto paso: Se procedió a recolectar la información de los expedientes clínicos del periodo de enero a junio 2023, que cumplieron con los criterios de inclusión. Esta actividad se realizó de forma semanal, según disponibilidad de las investigadoras hasta completar la muestra. Para ello se utilizó un cuestionario previamente validado.

3.8. Técnicas e instrumentos:

La técnica se basó en la revisión de la información de los expedientes clínicos (fuente secundaria) a través de revisión física o digital del sistema integrado de salud (SIS) identificando las variables que serían incluidas en el estudio, y el traspaso de la información al instrumento de recolección de datos.

Instrumento: Cuestionario, (ver anexo 1).

3.9. Plan de procesamiento de datos y análisis de datos:

- Control de calidad de los instrumentos recolectados: Este se realizó a través de una doble verificación de datos, donde se seleccionaron algunos de los instrumentos de recolección para contrastar la información con los expedientes clínicos correspondientes. Con el fin de hacer cumplir lo anterior el rol de encuestador y supervisor se intercaló entre las investigadoras.
- Codificación de los ítems.
- Para la elaboración de la base de datos se utilizó en primera instancia el programa Excel, posteriormente se empleó el paquete estadístico SPSS STATICS versión 25 para el procesamiento y presentación de datos.

- El análisis realizado fue univariado descriptivo, las estimaciones se reportaron en términos de frecuencias absolutas y porcentajes y medias para las variables de edad cronológica de las pacientes y las semanas de gestación al momento del diagnóstico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para garantizar que los métodos de reclutamiento garanticen la privacidad, solo el equipo de investigadoras tuvo acceso a los expedientes clínicos.

En el hospital, las investigadoras se coordinaron con los encargados del sistema informático de salud (SIS) para identificar a los expedientes clínicos que formaron parte de la muestra.

Se destaca que no se publicaron datos que permitieran identificar individualmente a las pacientes del hospital, cuyos expedientes clínicos fueron consultados y por la naturaleza del estudio no se contempló ningún tipo de incentivo monetario, tampoco se desarrollaron formularios de consentimiento informado para mujeres gestantes, ni formulario de asentimiento informado para menores no emancipadas, debido a que no se realizaron entrevistas sino solo la consulta de los expedientes clínicos.

Cada expediente se le asignó un ID para evitar sesgos y duplicaciones y una vez finalizado el proceso de recolección de información, los expedientes clínicos fueron devueltos y almacenados en el del Hospital Nacional de la Mujer, y los datos recolectados fueron resguardados en la base de datos y solo tuvieron acceso a ella las investigadoras, la base de datos fue encriptada.

CAPITULO III RESULTADOS

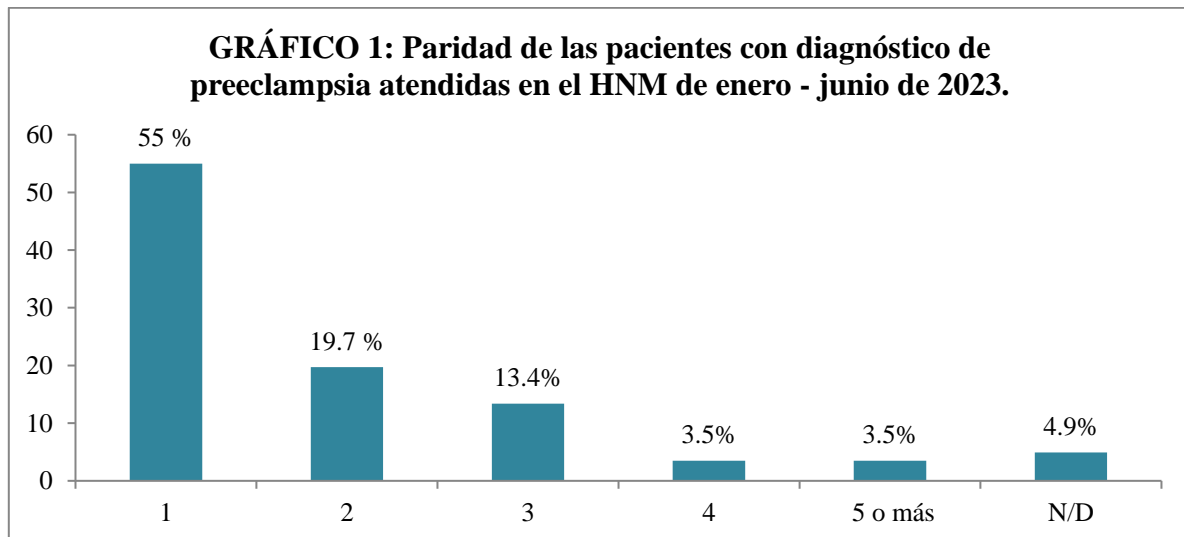
A continuación, se presentan los resultados del perfil epidemiológico de las mujeres con preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo enero – junio de 2023. Los resultados que se presentan corresponden a una muestra de 142 expedientes pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

SECCION I: CARACTERIZACION EPIDEMIOLOGICA

a) CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA DE LA POBLACIÓN:

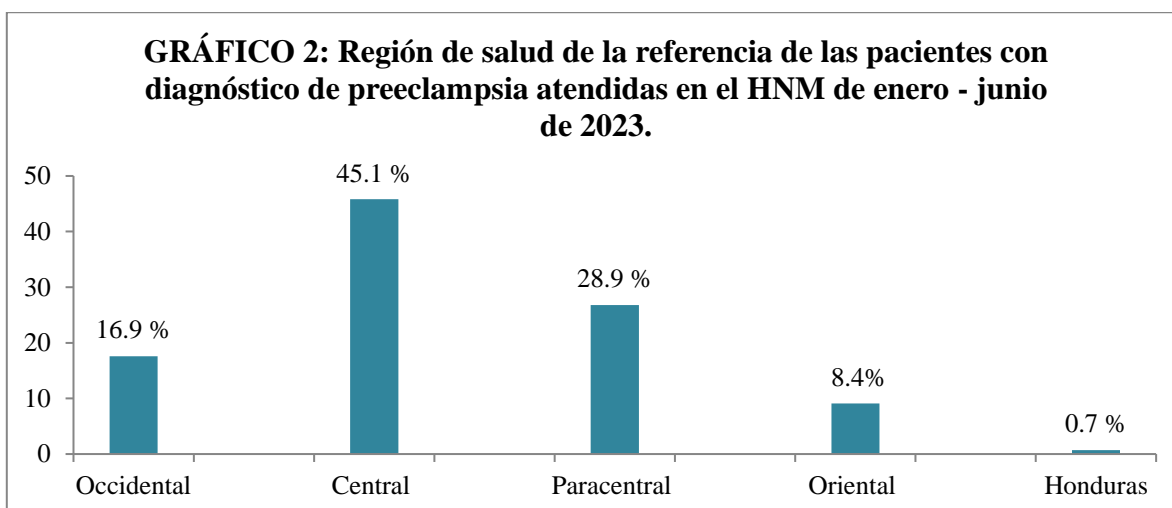
La media de la edad de las participantes fue de 28 años de edad; siendo el mayor porcentaje de la población atendida con este diagnóstico en el periodo de estudio, del área rural (N=119;83.8%) y el resto de la zona urbana

En cuanto a la paridad, fueron primíparas (N=78; 55%), segundo parto (N=28; 19.7%), tercer o más parto (N=29, 20.4%) y no se encontró el dato (N= 7; 4.9%)



Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

En cuanto a la región del país de donde procedía la referencia, fue la región central la que tuvo mayor porcentaje (La Libertad, San Salvador y Chalatenango) (N = 64; 45.1%), la Región Paracentral (Cabañas, la paz, Cuscatlán y San Vicente) (N= 41; 28.9%), la Región Occidental (N=24; 16.9%), la Región Oriental (San Miguel, Morazán, La Unión y Usulután) (N=12; 8.4%), siendo de Honduras (N=1; 0.7%)



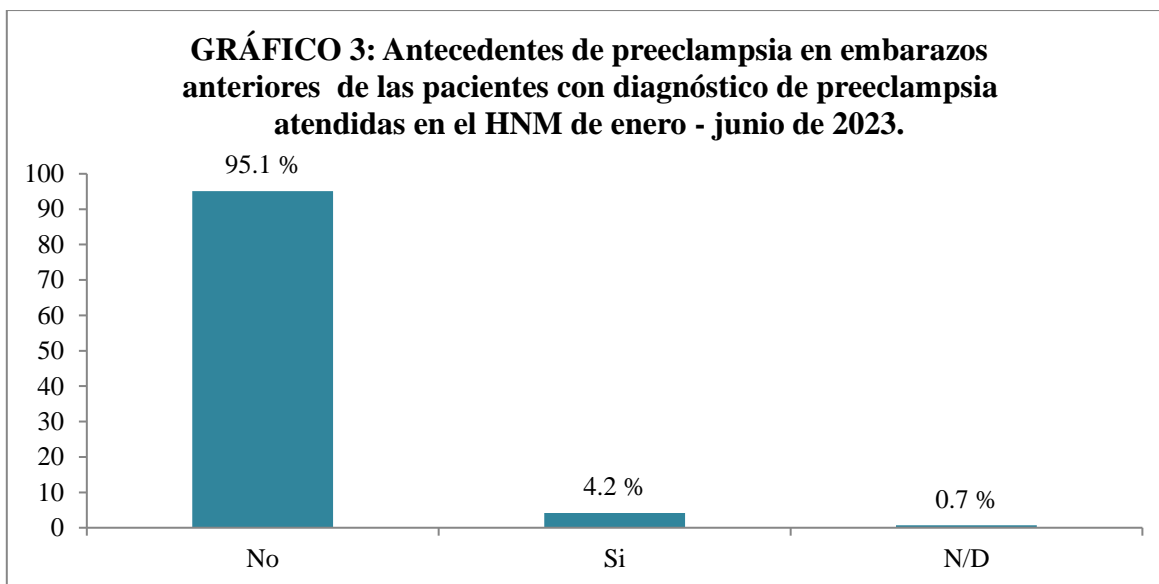
Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

b) ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

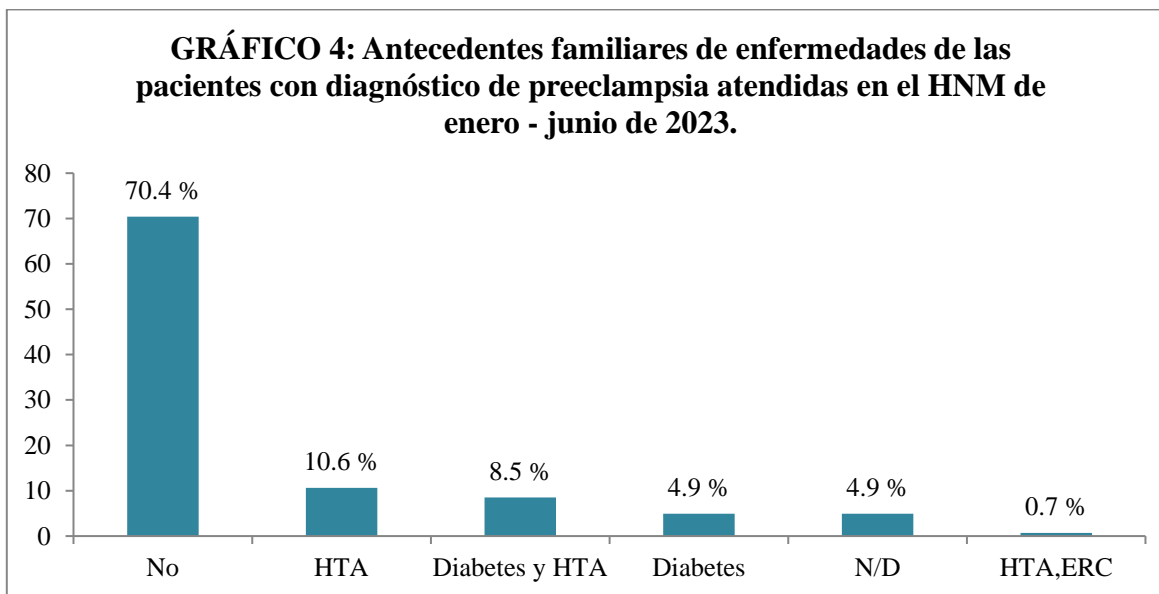
A continuación, se presentan los principales resultados de la variable epidemiológica relacionada a los antecedentes obstétricos.

Antecedentes de óbito fetal (N=1; 0.7%) y ningún caso con antecedente de embarazo múltiple al igual que de abrupción de placenta y técnicas de reproducción asistida.

No se describe en ninguno de los expedientes los hábitos tóxicos.



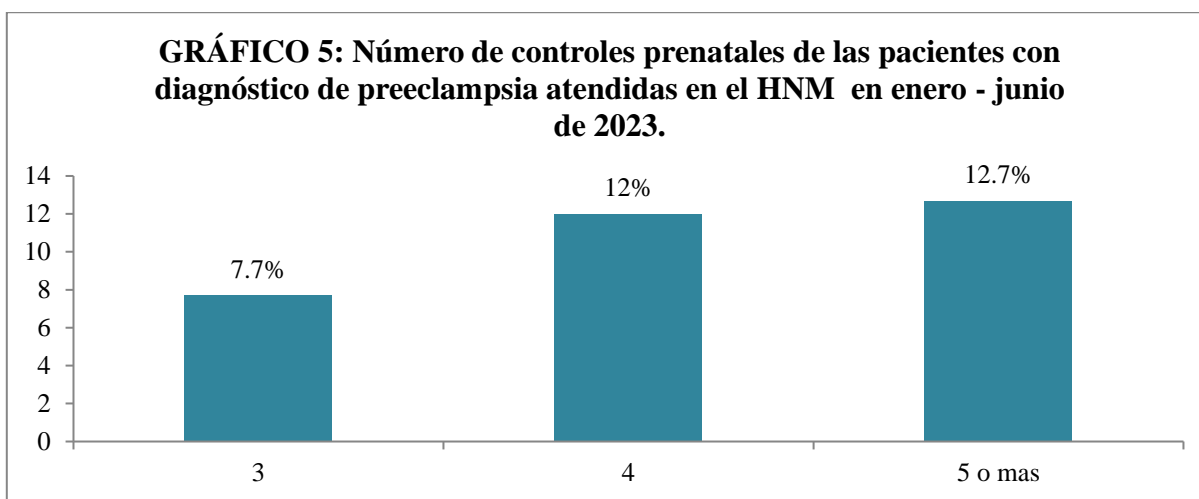
En relación a otros antecedentes familiares en un 24.6% de los casos se encontraron descritos, tales como hipertensión arterial (N=15; 10.6%), hipertensión más diabetes (N=12;8.5%), diabetes (N=7: 4.9%), hipertensión más enfermedad renal (N=1;0.7%).



Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

En cuanto a controles prenatales, la mayoría no llevo control (N=74; 52.1%), mientras que si llevaron control (N=46;32.4%), en el resto no se encontró el dato.

En relación a las pacientes, que si llevaron controles prenatales (N=46; 32.4%) tuvieron control prenatal básico (5 o más controles) (N=18; 12.7%) y en el resto el control prenatal fue incompleto (N=28;19,7%)



Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

c) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

En cuanto a antecedente de dislipidemias, lupus eritematoso sistémico y síndrome de anticuerpos fosfolípidos no se obtuvo ningún caso.

TABLA 1: Antecedentes personales de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el HNM de enero - junio de 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Obesidad	83	58.5
Hipertensión Arterial	23	16.2
Diabetes	13	9.2
Enfermedad renal crónica	1	0.7

Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

SECCION II

• CRITERIOS CLÍNICOS DE GRAVEDAD DE LA PREECLAMPSIA:

En esta sección se exponen los resultados relacionados a los criterios clínicos de gravedad que presentaron las pacientes con diagnóstico de preeclampsia.

Los registros de presión arterial de gravedad o severidad, se presentaron (N=123; 86.6%) y el resto tuvo presiones menores a 140/90 mm Hg.

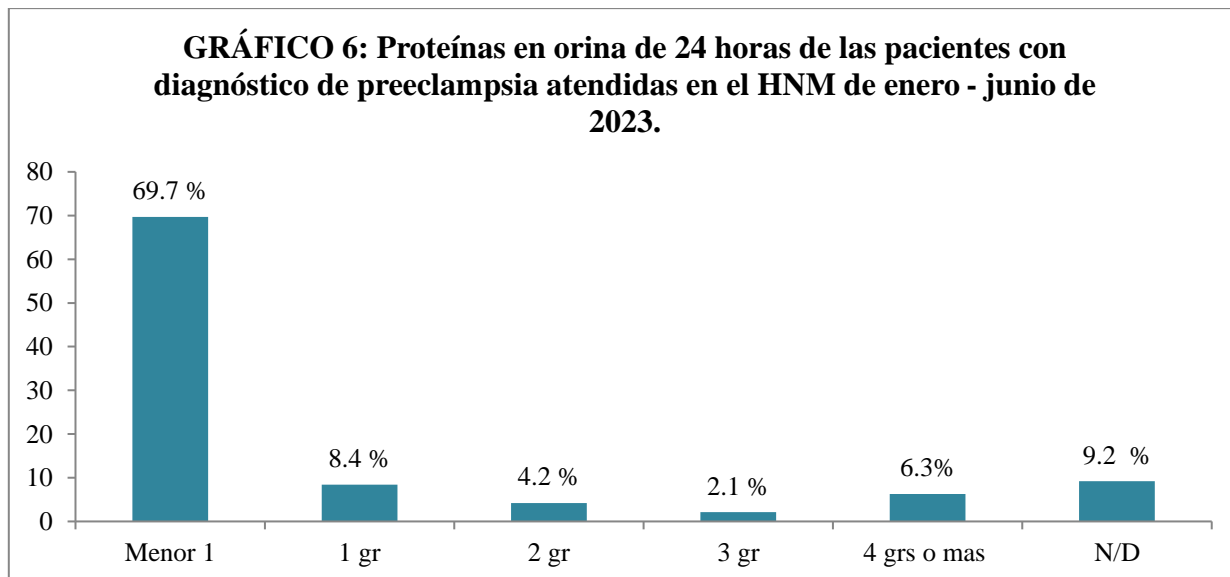
TABLA 2: Presión arterial como signo de gravedad de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el HNM de enero - junio de 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Menor 140/90	19	13.3
Entre 140/90-160/110	60	42.2
Mayor 160/110	63	44.5
Total	142	100

Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

Los datos de proteínas en orina de 24 horas, fue menor de 1 gramo o menos (N=111; 78.1%) y mayor de 1 gramo (N=18; 12.7%) y en el resto no se encontró el dato correspondiente.

GRÁFICO 6: Proteínas en orina de 24 horas de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el HNM de enero - junio de 2023.



Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

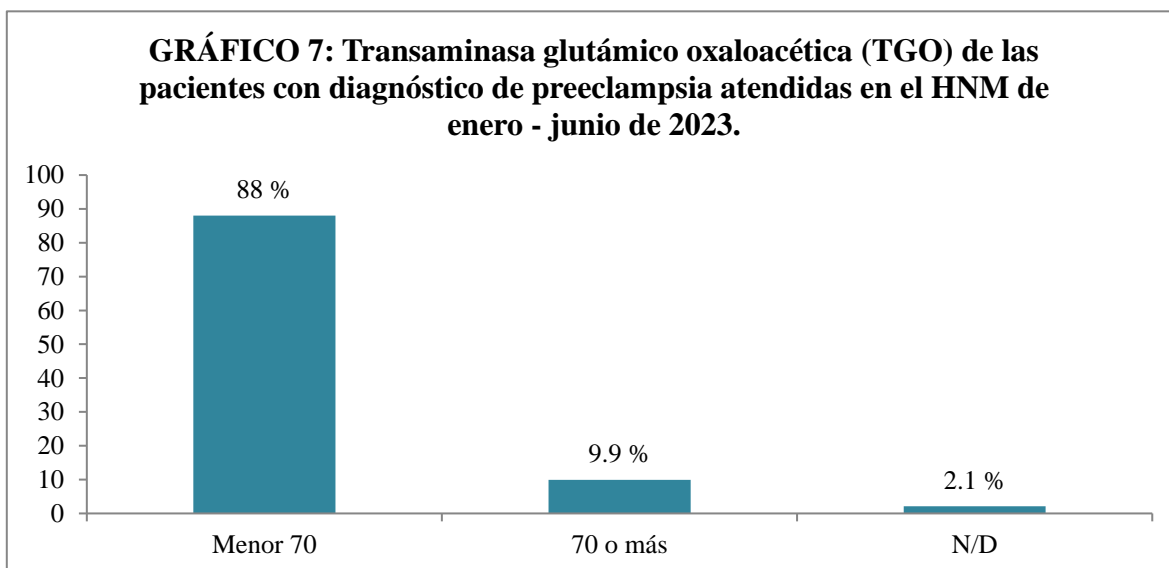
Los valores de la creatinina sérica, fueron menor de 1 mg o menos (N=140; 98.6%) y fue mayor de 2 mg (N=2;1.4%).

TABLA 3: Creatinina sérica de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el HNM de enero - junio de 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Menor 1	132	92.9
1 mg	8	5.7
2 mg	0	0
3 mg o más	2	1.4
Total	142	100

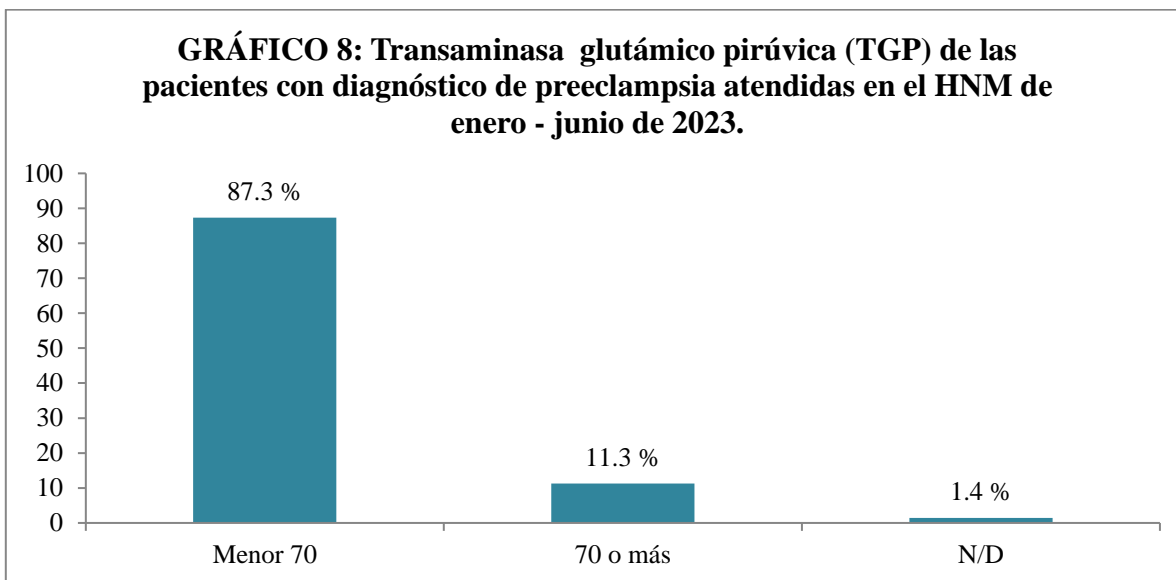
Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

En relación a la TGO, se elevó arriba de 70 (N=14; 9.9%), menor de 70 (N=125; 88 %) y en el resto no se encontró el dato.



Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

En cuanto a la TGP arriba de 70, la TGP se elevó arriba de 70 (N=16; 11.3%) y menor de 70 (N=124; 87.3%) y en el resto no se encontró el dato.



Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

En cuanto al dolor en el cuadrante superior derecho o epigastrio, se presentó (N=10; 7.1%) y en el resto no se presentó y en un bajo porcentaje no se encontró dato.

TABLA 4: Dolor en cuadrante superior derecho o epigastrio como signo de gravedad en las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el HNM de enero - junio de 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	7.1
No	128	90.1
N/D	4	2.8
Total	142	100

Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

En cuanto a los valores de las plaquetas, disminuyeron (N=18; 12.7%), mantuvieron su valor normal (N=122; 85.9%) y el resto no se encontró el dato.

TABLA 5: Valores de Plaquetas de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el HNM de enero - junio de 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Menor 50,000	0	0
50,000 a 100,000	2	1.4
100,000 a 150,000	16	11.3
Mayor 150,000	122	85.9
N/D	2	1.4
Total	142	100

Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

En cuanto a los trastornos del sistema nervioso, el que más se presentó fue cefalea (N=20;14.1)

TABLA 6: Trastornos sistema nervioso en las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el HNM de enero - junio de 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos visuales	4	2.8
Cefalea	20	14.1

Fuente: Sistema de información en salud, 2023.

SECCION III

a) COMPLICACIONES MATERNAS DE LA PREECLAMPSIA:

A continuación, se exponen las complicaciones maternas y fetales presentadas por las pacientes con diagnóstico de preeclampsia.

TABLA 7: Complicaciones maternas presentadas en las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer en enero - junio de 2023.

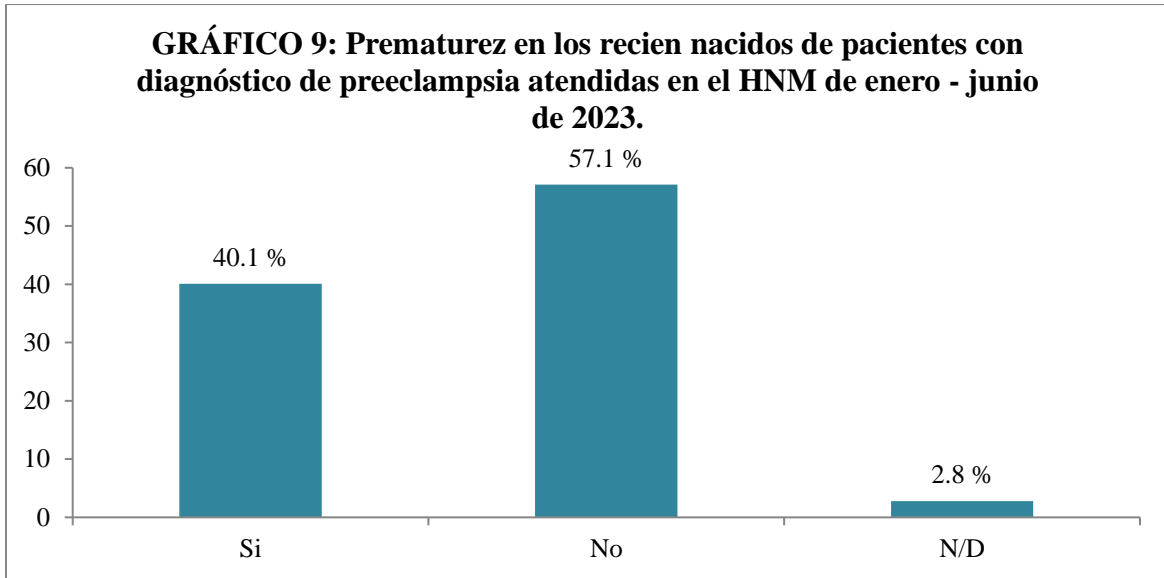
	Frecuencia	Porcentaje
Infección puerperal	7	4.9
Hemorragia obstétrica	11	7.8
Síndrome de HELLP	12	8.5
Insuficiencia o falla renal	13	9.2
Edema agudo de pulmón	1	0.7

En ninguna de las pacientes se presentó eclampsia, hematoma hepático, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral ni muerte.

b) COMPLICACIONES FETALES

El desprendimiento prematuro de placenta se presentó (N=4; 2.8%), el retardo de crecimiento intrauterino (N=6; 4.2%) y el óbito fetal (N=1; 0,7%). No se obtuvo ningún caso de hipoglicemia ni hiperbilirrubinemia.

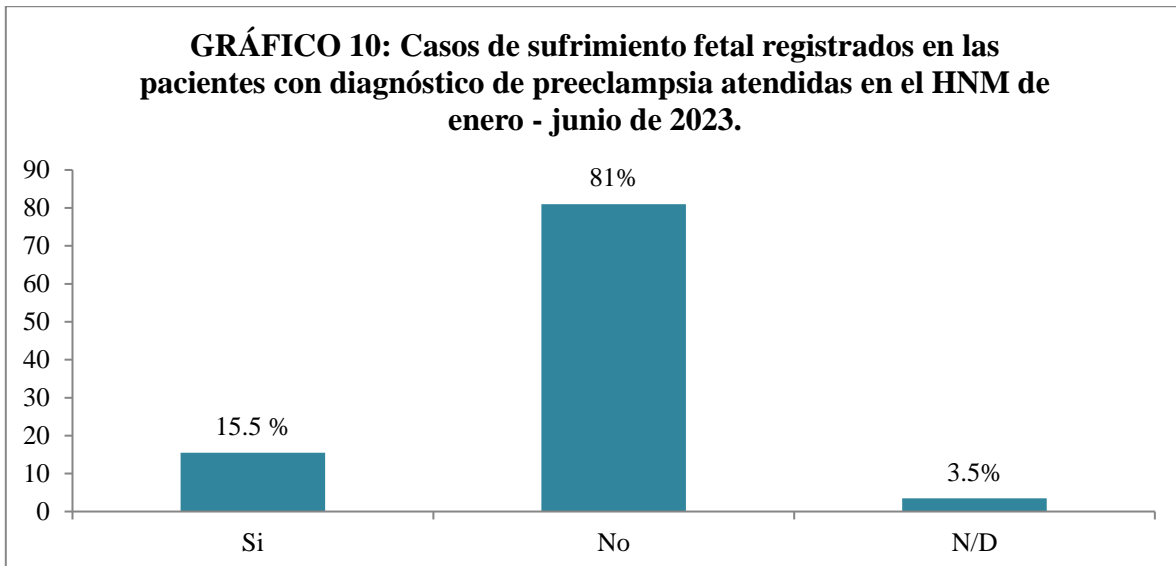
La prematuridad fue de las complicaciones fetal más frecuentes (N=57; 40.1%), no lo presentaron (N=81; 57.1%) y en el resto no se encontró el dato. La media de la edad gestacional fue de 33 semanas.



Fuente: Sistema de información en salud, 2023

En relación a la edad gestacional el 48.6 % fueron partos considerados viables o de término, el 38.7% fueron partos de pretérmino, el 7.8% fueron inmaduros y del 4.9% no tenía dato de la edad gestacional al nacer.

El sufrimiento fetal fue otra complicación frecuente en el 15.5% (N=22)



Entre otras complicaciones fetales importantes, las cuales se presentaron en (N=41; 28.9%) donde destacan la depresión neonatal (N=24; 16.9%), el síndrome de distrés respiratorio (N=6; 4.2%), bajo peso y síndrome de aspiración de meconio (N=3; 2.1%), distrés respiratorio y sepsis neonatal (N=2; 1.4%) y en menor porcentaje otras.

TABLA 8: Complicaciones fetales de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el HNM de enero - junio de 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Depresión neonatal	24	16.9
Bajo peso al nacer/Síndrome aspiración de meconio/	3	2.1
Sd. Distres respiratorio	6	4.2
Sd. Distres respiratorio y displasia pulmonar	1	0.7
Sd. Distres respiratorio y sepsis neonatal	2	1.4
Sd. Distres respiratorio, bajo peso al nacer	1	0.7
Sepsis y displasia pulmonar	1	0.7
Urosepsis nosocomial	1	0.7
Macrosómico	2	1.4

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio sobre la caracterización clínica epidemiológica de la preeclampsia con signos de gravedad en pacientes del Servicio de Cirugía Obstétrica del Hospital Nacional de la Mujer en el periodo de enero a junio de 2023, se obtuvieron los datos siguientes.

Del total de pacientes (151) se excluyeron nueve por no cumplir con los criterios de inclusión (cinco pacientes fueron partos vaginales, una paciente verifico parto extrahospitalario, dos expediente estaban incompletos, un expediente no fue preeclampsia con signos de gravedad), de tal manera que se analizaron un total de 142 pacientes que si cumplían con los criterios de inclusión descritos en el protocolo, al que se le realizo una enmienda para incluir a todas las pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el hospital o referidas de otro centro de salud, con el fin de obtener y brindar datos más fiables según los objetivos planteados.

En cuanto a la caracterización sociodemográficos de las 142 pacientes incluidas en nuestro estudio, el mayor porcentaje de pacientes con preeclampsia se encuentra en el grupo de adultas entre los 19 y 34 años, lo cual coincide con un estudio realizado por Quispe-De La Cruz, R., Quispe-Dolorier, J., & Zegarra-Jibaja, P. (2017) sobre las complicaciones maternas y fetales de la preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013 (10); datos que discrepan con lo descrito por Escala M.(2014) donde expresa que las edades extremas de la vida de la mujer (menor de 19 y mayor a 35 años).

En cuanto al domicilio de donde procedían el mayor porcentaje de paciente según los expedientes revisados fue predominantemente del área rural, según Castillo Y.(2017) y Ramos A (2021) describen que las pacientes mayormente afectadas con preclampsia proceden de zona rural en un 68.7%, y que esto puede deberse a la calidad de los controles prenatales en estos lugares. (7) (14)

Con relación a los antecedentes obstétricos, la paridad de las pacientes, según nuestro estudio está fuertemente ligado con la preeclampsia, encontrando que esta enfermedad se presentó en el 55% de pactes nulíparas o primípara, tal como lo describe Suárez J. (2009), que la ocurren de preeclampsia es mayor en pacientes nulíparas en un 70 %, de igual forma lo afirma otro estudio realizado por García Mirás en La Habana (2012), donde observó que la preeclampsia fue más frecuente en pacientes nulíparas en un 82.5 % de los casos, datos que fueron discordantes con el estudio realizado por Quispe de la Cruz R. (2017) en donde la preeclampsia ocurrió en un 66% en multíparas comparado a un 44% en nulíparas. (10) (17) (18)

En relación a antecedentes de preeclampsia en embarazos previos, en nuestro estudio se encontró en el 4.2%, Guzmán - Juárez observo que el antecedente de hipertensión gestacional es un factor de riesgo asociado para volver a padecer hipertensión gestacional y preeclampsia. (22)

No se encontraron antecedentes familiares de preeclampsia, lo cual discrepa con un estudio realizado por Diaz J. (2015) donde describe que el 3.3% tenía antecedente familiares de preeclampsia y el 96.7% de las pacientes no tiene antecedentes de esta enfermedad. (13)

Además, se encontraron otros antecedentes familiares, como hipertensión arterial, lo que concuerda con Guzmán-Juárez W. (2012) donde observó que el antecedente de hipertensión

gestacional es un factor de riesgo asociado para padecer hipertensión gestacional y preeclampsia. (22)

La diabetes también fue otro antecedente encontrado en nuestro estudio como factor de riesgo para preeclampsia, tal como lo describe Funai EF. y colaboradores (2005), en un estudio de cohortes con 82, 436 gestantes, donde se encontró que la diabetes fue un factor de riesgo bastante importante para el desarrollo de preeclampsia, así se demostró en otro estudio realizado por Sánchez S y colaboradores (2003), donde observaron en Lima que las mujeres con antecedente de diabetes mellitus en por lo menos uno de los padres tiene mayor predisposición a esta enfermedad.

En cuanto a controles prenatales en nuestro estudio un 52.1% no llevo, y de las que si llevaron control solo el 12,7 llevo un control básico, lo que según López C. et al. (2012) el control prenatal irregular se asoció dos veces más con el riesgo de presentar preeclampsia e incrementó cinco veces más el riesgo de desarrollar preeclampsia severa. (15) (25)

En relación a los antecedentes personales patológicos: La obesidad en nuestro estudio, tal como lo menciona un estudio realizado por Mario J. López C.I, María E. Manríquez M., Daniela Gálvez C. (2012) sobre factores de riesgo asociados a preeclampsia en México, quedando comprobado, que la ingesta de alimentos altos en grasa y en gran cantidad, aunado a la falta de actividad física predisponen durante el embarazo esta enfermedad, así como a hipertensión y diabetes, entre otras.

Los antecedentes personales de hipertensión en nuestro estudio se encontraron en el 16.2%, lo que concuerda con un estudio realizado por Guzmán-Juárez W. (2012) donde se observó que el antecedente de hipertensión gestacional es un factor de riesgo asociado para volver a padecer hipertensión gestacional y preeclampsia. (22)

En cuanto a la diabetes en nuestro estudio se encontró en un 9.2%, según un estudio de Funai EF. y colaboradores (2005), se encontró que la diabetes fue un factor de riesgo bastante importante para el desarrollo de preeclampsia. Sánchez S y colaboradores (2003), observo que el antecedente de diabetes mellitus en por lo menos uno de los padres, tuvieron 3.4 veces mayor probabilidad de presentar preeclampsia. (27)

En relación a los antecedentes personales de enfermedad renal, en nuestro estudio se presentó en el 0.7% de los casos, en México no se dispone de suficientes estudios que analicen esta asociación, pero sí uno de casos y controles efectuado en el Instituto Mexicano del Seguro

Social en 2019. Este ensayo reportó que el tiempo de evolución entre el antecedente de preeclampsia y el diagnóstico de enfermedad renal crónica fue de 7.50 años. (28).

En relación a los criterios clínicos de gravedad que presentan las pacientes con diagnóstico de preeclampsia, la presión arterial de fue el criterio más frecuente encontró en el 86.6%, dato muy similar a un estudio realizado en Perú (2018) en donde se encontró que la presión arterial antes del evento fue mayor a 160/110 mmHg en 51,5% y 12,1% no presentó hipertensión, estableciendo, que el diagnóstico de preeclampsia se establece al demostrar hipertensión arterial y proteinuria a partir de la semanas 20 de la gestación. (18) (19)

Con respecto a las proteínas en orina de 24 horas, en nuestro estudio se presentó en una elevación en el 12.7%, según un estudio realizado en el Hospital Ramiro Priale de Huancayo, Perú (2021) sobre caracterización de la preeclampsia se encontró que la proteinuria se presentó en el 20.4% de las pacientes; de igual forma lo confirma un estudio realizado en el 2014 sobre perfil clínico y laboratorial de las pacientes gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante octubre 2014 – octubre 2015, donde la proteinuria en 24 horas fue de 1.3 grs en 24 hrs. (33) (34)

En cuanto a los valores de la creatinina sérica, en nuestro estudio encontramos niveles mayores mayor de 1 mg (N=10;7.1 %) de los casos, según Duran Reyes, menciona que valores encima de 0.8 mg/dl se consideran anormales en el embarazo de curso habitual, más aún si de preeclampsia hablamos. (37)

En relación a la alteración de las transaminasas en nuestro estudio se elevaron en el 11.3% de los casos (arriba de 70), según un estudio realizado por Guzmán M. (2014) describe un incremento de las transaminasas, TGO:61 U/L y TGP: 57 U/L (34)

En cuanto a las anomalías hepáticas, en relación al dolor en el cuadrante superior derecho, en nuestro estudio se presentó en el 7.1%, lo que difiere del estudio realizado por Vasques (2007) donde la presencia de intenso dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho del abdomen se presentó en 23 (20 %) de los casos. (23)

En cuanto a los valores de las plaquetas ninguna de nuestras pacientes presento plaquetas debajo de 50,000, si hubo un aumento en el 1.4%; según un estudio realizado por Guzmán

M. (2014) en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante octubre 2014– octubre 2015 las plaquetas se mantuvieron en un promedio de 111, 000 cel/mm³. (34)

En relación a los síntomas de disfunción del sistema nervioso central: En nuestro estudio los trastornos visuales se presentaron en el 2.8% y la cefalea se presentó en el 14.1%, según un estudio de Lacunza Paredes, R. O., Santis Moya, F., Jiménez Espinoza, M. L., & Vera Del Carpio, C. (2018). Epidemiología y manifestaciones neurológicas asociadas a eclampsia en un hospital de referencia del Perú, el 93,9% tuvo síntomas, siendo las más frecuentes cefaleas en el 87.9%, las alteraciones visuales en el 27.2% y auditivas en el 12.1%. (36)

En relación a las complicaciones maternas que se presentan las pacientes con diagnóstico de preeclampsia incluidas en el estudio, están las siguientes:

La infección puerperal se presentó en nuestro estudio en el 4.9% (25) lo que concuerda con un estudio realizado por Huaman Yaringaño, L. D. (2022) donde la infección se presentó en el 5,9 % de los casos.

La hemorragia obstétrica se presentó en el 7.8% en nuestro estudio, contrario a lo encontrado en un estudio realizado por Fuentes A (2018) donde se observó que el sangrado post parto esta significativamente relacionado con la preeclampsia, con un 92.3%, es decir las pacientes que presentan preeclampsia tienen 14 veces más riesgo de presentar sangrado postparto. (12) El síndrome de HELLP en nuestro estudio se encontró en un 8.5%, contrario con lo encontrado en un estudio de Lacunza Paredes (2018) sobre epidemiología y manifestaciones neurológicas asociadas a eclampsia en un hospital de referencia del Perú, el síndrome HELLP se presentó en el 15.2%. (36)

La insuficiencia o falla renal en nuestro estudio se presentó en el 9.2%; ligeramente aumentado si se compara con un estudio realizado en Perú (2021) donde se encontró que las pacientes con diagnóstico de preeclampsia el presentaron un 5.5% de enfermedad renal. (33) En relación al edema agudo de pulmón en nuestro estudio fue de 0.7%; muy similar a un estudio realizado en México donde se encontró que el edema agudo pulmonar se presentó en el 0.8% de los casos. (38)

En relación a las complicaciones fetales, La prematuridad fue de las complicaciones fetal más frecuentes en el 40.1%, con una media para la edad gestacional de 33 semanas.

Según un estudio realizado por Cantero, V. D. L. C. S., & Hernández, M. T. P. (2014) fue significativo el índice de prematuridad de la preeclampsia grave de 43,8 %, tal como se describe en un estudio de Valencia J (2015) donde se asocia la preeclampsia con parto prematuro, aunque en menor porcentaje 17%, (40) (41)

El sufrimiento fetal fue otra complicación frecuente en el 15.5% ; según un estudio realizado por Bolaños Mendoza, J. (2021) deja en evidencia una fuerte relación entre ambas, lo que discrepa con un estudio de Quispe de la Cruz R (2017) donde el sufrimiento fetal se presentó en el 5% de los casos. (10) (44)

El desprendimiento prematuro de placenta en nuestro estudio se presentó en el 2.8%, concondando con Rodríguez J, que indica que el abruptio placentae se produce en el 1.7% de las gestantes con preeclampsias, y Quispe de la Cruz R (2017) del 3%. (10) (38), contrario a lo que menciona Choque J, que demuestra en su estudio que la Preeclampsia se asocia a 11.1% de gestantes con desprendimiento prematuro de la placenta. (39)

El retardo de crecimiento intrauterino fue de 4.2%; según un estudio en Perú (2017) se encontró que el RCIU se presentó en el 13% de los casos, mucho mayor que el porcentaje obtenidos en nuestro estudio. (10) (43)

El Obito fetal es otra complicación encontrada en el 0.7%, según el estudio de Quispe de la cruz R (2017) se presentó mortalidad fetal en el 2% de los casos. (10)

Otras complicaciones fetales descritas, la depresión neonatal reflejado con un Apgar bajo menor o igual a 6 represento el 16.9%, el síndrome de distrés respiratorio en un 4.2%, el bajo peso y la aspiración de meconio en un 2.1%, seguido muy de cerca de la sepsis neonatal con distrés respiratorio en un 1.4%, según un estudio realizado por Gálvez Fernández, J. E. (2020), con respecto a las complicaciones del recién nacido de la madre con preeclampsia el 27.1% presentó dificultad respiratoria y el 16.6% presentó bajo peso al nacer y un 6.3% tuvieron recién nacidos con depresión neonatal. Se concluye del estudio que a mayor severidad de la preeclampsia se tendrán mayores complicaciones en el recién nacido. (45)

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Con respecto a los resultados, se concluye:

- Las características sociodemográficas de las pacientes incluidas en el estudio, el mayor porcentaje en las que se presentó la preeclampsia con signos de gravedad fueron adultas entre 19 y 34 años, amas de casa, con un nivel educativo de primaria, acompañadas, con problemas de obesidad y sobrepeso procedentes en su mayoría de la región central.
- Las características obstétricas y antecedentes, la preeclampsia con signos de gravedad en nuestro estudio se presentó en nulíparas/primíparas, partos de término y pretérmino, con antecedentes personales de óbito fetal, embarazo múltiple, preeclampsia, hipertensión arterial, diabetes y enfermedad renal, control prenatal nulo o deficiente según los recomendados por el Ministerio de Salud de El Salvador.
- En relación a las características clínicas o de severidad de las pacientes la presión arterial fue el criterio más frecuentemente encontrado para el diagnóstico, acompañadas por trastornos neurológicos tales como cefalea, visuales e hiperreflexia, se presentó además dolor en el cuadrante superior derecho con alteración de las enzimas hepáticas, la trombocitopenia se presentó en un bajo porcentaje especialmente en pacientes con síndrome de Hellp, las pruebas renales como la creatinina y las proteínas en orina no demostró cambios significativos, excepto en aquellas pacientes con falla renal secundaria a la preeclampsia.
- Las complicaciones maternas las más frecuentemente encontradas fueron, la infección puerperal, la hemorragia obstétrica, el síndrome de Hellp, la insuficiencia o falla renal; afortunadamente en este estudio no se presentó en ningún caso hematoma hepático, coagulación intravascular diseminada y/o muerte materna, pero si se presentó pacientes con crisis hipertensiva y presiones de difícil manejo.
- Las complicaciones fetales la más importante fueron la prematuridad, la depresión neonatal, el sufrimiento fetal, el síndrome de distrés respiratorio, el desprendimiento prematuro de placenta, el retardo de crecimiento intrauterino y óbito fetal, no se encontraron datos sobre alteraciones de glucosa o bilirrubinemia en los recién nacidos de madres con preeclampsia de nuestro estudio.

RECOMENDACIONES

- Creación de programas educativos acorde a las necesidades actuales, con docentes competentes e involucrados con las necesidades de la sociedad a fin de tener profesionales capacitados con los requerimientos necesarios en nuestro tiempo; no alcanzar a tener secundaria completa podría generar limitaciones para la concientización y entendimiento de la importancia de la educación sanitaria para la prevención de riesgos obstétricos como la preeclampsia; por lo cual es importante articular acciones interinstitucionales, políticas y prácticas para la equidad del aprendizaje y contribuir a mejorar el nivel educativo de la población.
- Realizar proyectos, programas, campañas o jornadas de educación nutricional por grupo atareos a fin de promover hábitos alimenticios saludables desde la infancia, que no repercutan con la incidencia de enfermedades crónicas en la vida adulta, se debe fomentar la actividad física desde muy temprana edad, para controlar el peso antes que presente sobrepeso u obesidad, y si ya es muy tarde motivar a la población para manteniendo controles constantes con los profesional de salud competentes y evitar complicaciones futuras como la preeclampsia durante el embarazo.
- Concientizar al personal de salud y a la población, especialmente mujeres en edad fértil sobre la importancia de la consulta preconcepcional y prenatal, a fin de promover la e incrementar la consulta previa al embarazo, y mejorar la calidad de atención que se brinda en los controles prenatales, focalizando esfuerzos para la detección oportuna de factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, contribuyendo de este modo a disminuir las complicaciones maternas o fetales en el binomio madre-hijo.
- Creación de programas y estrategias de salud sexual reproductiva y alto riesgo obstétrico, así como el como el fortalecimiento de los lineamientos técnicos de aplicación de Código Naranja en la RIIS, a fin de contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno perinatal de trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de

morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos.

- Anticipar la presentación de preeclampsia con criterios de gravedad en toda gestante con trastornos hipertensivos del embarazo; en tal sentido, se sugiere a los profesionales médicos, valorar todos los factores de riesgo presentes, para así adoptar actitudes expectantes ante la aparición de signos de severidad y así aplicar un manejo oportuno, tales como culminación inmediata del embarazo, tratamiento antihipertensivo, y maduración pulmonar, entre otros.
- Fortalecer la educación continua del personal de salud, respecto a la prevención de partos prematuros, con la socialización, capacitando y aplicación de los lineamientos de atención de parto prematuro, principalmente para brindar atención primaria, secundaria y terciaria según sea el caso, a fin de realizar acciones oportunas, que disminuyan el parto prematuro, la amenaza de parto prematuro y el manejo adecuado al parto pretérmino en evolución con referencias oportunas de las gestantes con alto riesgo obstétrico.
- Finalmente, continuar incansablemente en la búsqueda y generación de conocimiento con estadísticas propias a través de la investigación sobre esta enfermedad y otras enfermedades, que afectan a pacientes gestantes y no gestantes, a fin de mejorar la atención médica que se brinda y prevenir complicaciones futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. PubMed. 1990 Noviembre; 163 (5 Pt 1): 1691-712.: p. 163(5 Pt 1):1691-712.
2. Valdés M. & Hernández J. Factores de riesgo para preeclampsia. Revista Cubana de Medicina Militar. 2014; 43(3)307-316.
3. Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. Semin Perinatol. 2009 Junio; 33(3):130-7.
4. Pacheco J. Preeclampsia -eclampsia:Reto para el ginecoobstetra. Acta Méd. Peruana. 2006 Mayo; 23(2):100-111.
5. Morgan-Ortiz F, Calderón-Lara S, Martínez-Félix J et al.. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex. 2010; 78(03):153-159.
6. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2000 Julio; 183(1):S1-S22. PMID: 10920346.
7. Y C. Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez. Tesis. Puno: Universidad Nacional de Altiplano; 2017.
8. Cuenca C. Factores de riesgo que influyen en preeclampsia ocurridas en el Hospital San Juan de Lurigancho. ; 2016.
9. N. E. Incidencia de preeclampsia en gestantes adolescentes en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor en el año 2014. Guayaquil – Ecuador. tesis. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2014.
10. Quispe R. QJ,ZP. Las complicaciones maternas y fetales de la preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013. Revista Médica Panacea. 2017; 4((1)).
11. Villanueva J. Factores de riesgo asociados a la recurrencia de preeclampsia en gestantes del servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo

- Almenara Irigoyen en el 2017-2018.. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal,. 2020; 9(2), 26-30.
12. Fuertes A.. Factores clínicos y sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de emergencia del periodo enero-julio del Hospital de Apoyo II Sullana, 2018.. tesis. Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019.
 13. Díaz J.. Factores de riesgo para preeclampsia en pacientes adolescentes atendidas en el. Tesis. Lima - Perú: Universidad Ricardo Palma; 2016.
 14. A. R. Factores asociados a preeclampsia con criterios de severidad en gestantes atendidas en el CS i-4 La Unión, 2021. Tesis. Universidad Nacional de Piura; 2022.
 15. López M. MM,GC. Factores de riesgo asociados a preeclampsia. Revista Médica del Instituto Mexicano del seguro social. 2012; 50(5).
 16. Paré E. PS,MT,NA,LK. Clinical risk factors for preeclampsia in the 21st century.. Obstet Gynecol. 2014; 124(4).
 17. Suárez J. GM,CM,CA&SM. redictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo.. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37(2).
 18. García R. LA,PA,DM,GA. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. Rev Cubana Obstet Ginecol.. 2012; 8(4).
 19. Duckitt K. HD. Risk factors for pre-eclampsia at antenatal booking: Systematic review of controlled studies. BMJ. 2005.
 20. Parra M. SMA,VE,HJ,QL,ea. Espectro clínico de la preeclampsia: estudio comparativo de sus diversos grados de severidad. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007; 72(3).
 21. Beals L.. Estudio comparativo de la morbimortalidad del producto gestacional en mujeres embarazadas con preeclampsia moderada o severa.. Revista Anacem. 2009; 3(1).
 22. Guzman W. ÁM,CR,LM. Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia. Ginecol Obstet Mex. 2012; 80(07).
 23. Caiza S. Complicaciones Materno-Fetales Asociadas a la Preeclamsia en el Hospital José Maria Velasco Ibarra - Tena en el periodo enero 2009-enero 2010. Tesis. Ecuador: Universidad Nacional de Piura; 2010.

24. Curiel S.. Complicaciones Materno-Fetales Asociadas a la Preeclampsia en el Hospital José María Velasco Ibarra - Tena en el periodo enero 2009-enero 2010. Tesis. UNASAM; 2012.
25. Roiz J. JJ. Preeclampsia / eclampsia. Experiencia en el Centro Médico Nacional de Torreón. Ginecol Obst Mex. 2001; 69.
26. León D. MG. Asociación entre dislipidemia y preeclampsia. In INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; 2013.
27. Funai E. PO,MD,FY,DL,ea. Risk factors for pre-eclampsia in nulliparous and parous women: the Jerusalem perinatal study. Paediatr Perinat Epidemiol. 2005; 19(1).
28. Galván A. PCME&ZB. Preeclampsia como factor de riesgo de padecer insuficiencia renal crónica y años de supervivencia.. Ginecología y obstetricia de México. 2021; 89(6).
29. Dong Y. YF,DZ,ZY,WB. Preeclampsia in systemic lupus erythematosus pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Clinical Rheumatology. 2020; 39.
30. Milliez J. LF,BN,JD,eMM,LH,ea. The prevalence of autoantibodies during third trimester pregnancy complicated by hypertension or idiopathic growth retardation.. J Obstet Gynecol. 1991; 165.
31. Branch D. SR,BJ,RJ,SJ. Outcome of treated pregnancies in women with antiphospholipid syndrome: An updated of the Utah experience.. Obstet Gynecol. 1992; 80.
32. Pacheco J.. Investigar la prevalencia de hipotiroidismo subclínico en pacientes preeclámpicas y normotensas. In Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo; 2022.
33. Carrillo A. AA. Caracterización de la preeclampsia en gestantes del Hospital Ramiro Priale Priale de Huancayo. Tesis. Universidad Nacional de Huancavelica; 2021.
34. Guzmán M. Perfil clínico y laboratorial de las pacientes gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante octubre 2014– octubre 2015. Tesis. Universidad Ricardo Palma; 2016.
35. Berrospi K.. Factores epidemiológicos y reproductivos de riesgo para preeclampsia con criterios de severidad. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Tesis. Universidad Nacional Federico Villareal; 2021.

36. Lacunza R. SF, JM, VC. epidemiología y manifestaciones neurológicas asociadas a eclampsia en un hospital de referencia del Perú. Serie de casos. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018; 64(2).
37. Tasso R. Creatinina sérica como factor pronóstico de complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia. Tesis. Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
38. Vásquez J. RE. Complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia e hiperuricemia tratadas en la unidad de cuidados intensivos. Ginecología y Obstetricia de México. 2017; 84(03).
39. Choque J. Complicaciones materno – neonatales asociadas a preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. Tesis. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2017.
40. Cantero V. HM. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2014; 40(2).
41. Valencia J. Complicaciones neonatales en mujeres adolescentes con preeclampsia en la Maternidad Mariana de Jesús durante diciembre 2015 a diciembre 2016. Tesis. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2016.
42. Rivera E. Complicaciones frecuentes de preeclampsia y eclampsia en menores de 19 años Guayaquil 2019. Tesis. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2019.
43. Castellón R. Criterios de inducción del nacimiento en mujeres con preeclampsia severa en tratamiento expectante.. GinecolObstetMex. 2013; 81.
44. Bolaños J. CG. Preeclampsia como factor de riesgo para el desarrollo de sufrimiento fetal. In Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2022.
45. Galvéz J. Preeclampsia y complicaciones en el recién nacido en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas–Chota, 2020. Tesis. Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2021.

ANEXOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA



Anexo 1:

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Título de investigación: Caracterización clínica epidemiológica de la preeclampsia en pacientes del Hospital Nacional de la Mujer en el periodo de enero a junio de 2023.

Objetivo: Describir la caracterización clínico epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia que consultan en el Hospital Nacional de la Mujer en el periodo de enero a junio 2023.

DATOS GENERALES:

N° de Instrumento:	
Fecha de recolección:	
Hora de recolección:	
Código de expediente clínico:	
Institución:	
Responsable de la recolección de datos:	

SECCION I: Perfil epidemiológico de las mujeres con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional de la Mujer.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Edad: _____ 2. Ocupación: _____ 3. Estado civil: _____
4. Nivel educativo: _____ 5. Domicilio: _____ 6. Peso (kg) _____

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

7. Paridad: _____ 8. Edad gestacional: _____ 9. Embarazo múltiple _____
10. Óbito fetal _____ 11. Preeclampsia previa _____ 12. Antecedentes familiares de preeclampsia _____
13. Abruption de placenta _____ 14. Técnicas de reproducción asistidas _____
15. Hábitos tóxicos _____ 16. N° de Control prenatal _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Enfermedades: 17. Obesidad _____ 18. Dislipidemias _____ 19. HTA-C _____
20. Diabetes _____ 21. ERC _____ 22. Lupus eritematoso _____
23. Síndrome anticuerpo fosfolípidos _____ 24. Otras _____

SECCION II: Criterios clínicos de gravedad que presentan las pacientes con diagnóstico de preeclampsia.

Criterios diagnósticos: 25. Presión arterial _____ 26. Proteinuria _____

Criterios de severidad: 27. Presión arterial _____

Síntomas de disfunción de Sistema nervioso central: 28. Trastornos visuales _____

29. Cefalea _____

Anomalías hepáticas: 30. Dolor en cuadrante superior derecho o epigastrio _____

Transaminasas: 31. TGO _____ 32. TGP _____ 33. Plaquetas: _____

Alteraciones renales: 34. Creatinina _____ 35. Edema agudo de pulmón _____

36. Eclampsia _____ Otras _____

SECCION III: Complicaciones maternas y fetales que se presentan en las pacientes con diagnóstico de preeclampsia.

Complicaciones maternas: 37. Infección puerperal _____ 38. Hemorragia puerperal _____
39. Eclampsia _____ 40. Síndrome de Hellp _____ 41. Insuficiencia renal _____
42. Hematoma hepático _____ 43. Coagulación intravascular diseminada _____
44. Edema agudo de pulmón _____ 45. hemorragia cerebral _____ 46. Muerte materna _____
47. Otras _____

Complicaciones fetales: 48. Desprendimiento prematuro de placenta _____
49. Prematuridad _____ 50. RCIU _____ 51. Sufrimiento fetal _____
52. Obito fetal _____ 53. Hipoglicemia _____ 54. Hiperbilirrubinemia _____
55. Otros _____