



**UNIVERSIDAD PARTICULAR
DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSGRADO**



“CALIDAD DE VIDA EN GESTANTES CON
PREECLAMPSIA Y NORMALES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES – CHICLAYO - 2015”

TESIS

Para optar el título profesional de Segunda Especialidad en
Obstetricia de Riesgo y Emergencias Obstétricas

Autora: Obst. Magali Palomino Silva

Asesor: Mg. Enrique Alfonso Landa Rojas

CHICLAYO – 2016



**UNIVERSIDAD PARTICULAR
DE CHICLAYO
ESCUELA DE POSGRADO**



**“CALIDAD DE VIDA EN GESTANTES CON
PREECLAMPSIA Y NORMALES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS
MERCEDES – CHICLAYO - 2015”**

TESIS

**Para optar el título profesional de Segunda Especialidad en
Obstetricia de Riesgo y Emergencias Obstétricas**

Autora: Obst. Magali Palomino Silva

Asesor: Mg. Enrique Alfonso Landa Rojas

CHICLAYO – 2016

Título de la Investigación

“Calidad de vida en gestantes con preeclampsia y normales atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo - 2015”

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA DE RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS

AUTORA: Obst. Magali Palomino Silva

ASESOR: Mg. Enrique Alfonso Landa Rojas

Aprobado por el siguiente jurado:

PRESIDENTE: Mg. Edita Marili Regalado Torres

SECRETARIO: Mg. Nancy Marilyn Campos Balarezo

VOCAL: Mg. Jorge Luis Nava Pereyra

INDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INTRODUCCION	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
CAPITULO I :PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....	20
CAPITULO II :MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACION	28
CAPITULO III :RESULTADOS	59
CAPITULO IV :ANÁLISIS DE LA INVESTIGACION	43
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFIA	

DEDICATORIA

*A Dios, por estar conmigo en cada
paso que doy, por fortalecer mi
corazón e iluminar mi mente y por
haber puesto en mi camino a aquellas
personas que han sido mi soporte y
compañía durante todo el periodo de
estudio.*

AGRADECIMIENTO

*A Dios por la perseverancia que me ha dado para
poder superar los obstáculos que encuentro en el
camino.*

*A mis padres, que me dieron la oportunidad de ser
alguien en la vida y con su ejemplo me formaron
como persona, siempre alentándome a seguir
adelante.*

*A mi familia y amigos por su comprensión,
paciencia y el ánimo que me dieron para culminar
la tesis.*

*A todas las mujeres que tan gentilmente aceptaron
participar en el presente estudio.*

*En general, a todas aquellas personas que con su
predisposición favorable me brindaron todas las
facilidades para poder desarrollar mi investigación.*

A todos ellos, muchas gracias.

La Autora

INTRODUCCION

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son frecuentes y ocurren en más del 10 % de todas las gestaciones que llegan a término, constituyen, junto con las hemorragias y las infecciones, la tríada que origina la mayoría de las muertes maternas y es una de las principales causas de morbilidad en las embarazadas, es mayor su importancia como causa de niños nacidos muertos, así como la morbilidad y mortalidad neonatal¹.

En una reciente revisión sistemática que buscaba determinar la distribución de las causas de las muertes maternas se halló una amplia variación regional². Se informó que los trastornos hipertensivos son la causa del 16,1% de las muertes maternas en los países en desarrollo, el 9,1% en África, el 9,1% en Asia, y el 25,7% en América latina y el Caribe², son responsables de la sexta parte de la mortalidad materna, del 20 % de la mortalidad fetal y representa el 25 % de los motivos de hospitalizaciones por embarazos complicados ¹.

A partir de los cálculos disponibles y de las tasas de letalidad, todos los años mueren, principalmente en los países en desarrollo, hasta 40 000 mujeres a causa de trastornos hipertensivos³.

La preeclampsia y la eclampsia complican entre el 2% y el 8% de los embarazos y, en general, el 10% al 15% de las muertes maternas directas están asociadas con estos trastornos¹.

Es una de las patologías hipertensivas que se presenta durante el embarazo y/o el puerperio precoz que está considerada bajo el nombre de trastornos hipertensivos del embarazo; y si bien la etiología y riesgo entre estas difieren, su enfoque diagnóstico y terapéutico es similar. Esta patología constituye una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal.

Actualmente aproximadamente entre dos y ocho de cada 100 embarazos se complican con una preeclampsia y entre el 0,5% y el 1%

de los casos lo hace antes de las 34 semanas, y puede comprometer la vida de la madre y del bebé. Se señala que cada tres minutos muere en el mundo una mujer por preeclampsia y 50.000 cada año⁴.

Este trastorno es responsable en el feto, de RCIU, prematuridad, alteración del bienestar fetal, muerte fetal; en el recién nacido se encuentra hipoglicemia, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, infecciones, muerte neonatal, hipertensión arterial precoz, síndrome metabólico y dificultad en el aprendizaje, por lo que su aparición en la mujer embarazada va a complicar seriamente la evolución de la gestación y la calidad de vida materno-fetal¹.

En el Perú se ha comunicado que la hipertensión inducida por el embarazo se encuentra entre las tres causas más importantes de mortalidad materna. Se ha descrito que la mortalidad debida a preeclampsia representa 15,8% de todas las muertes maternas en el Perú. La mortalidad materna específica debida a preeclampsia ha sido descrita en el orden de 237/10 000 recién nacidos y reportó una mortalidad materna de 18,9% cuando la eclampsia está presente⁵.

La preeclampsia se define como la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 del embarazo; además se suele acompañar de edemas. Esta es una enfermedad propia del embarazo que se tratan los síntomas, pero sólo se cura con la culminación del embarazo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto^{6, 7}.

La frecuencia de la preeclampsia es variable, probablemente debido a los factores genéticos, ambientales. La OMS en su nota descriptiva N° 348 (2012), indica que diariamente fallecen alrededor de 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y con el parto. Dentro de estas causas la preeclampsia se encuentra en el tercer lugar precedido por las hemorragias y las infecciones.

La enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y ha compartido, con aborto séptico, el primer lugar entre las causas de mortalidad materna en los países latinoamericanos, siendo la responsable directa del 20% de las muertes maternas en Estados Unidos de Norte América, Chile y Perú⁸.

Su prevalencia varía entre 3 al 22% de la población gestante, lo cual la transforma en un problema de salud pública muy importante. En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%⁹.

En el Perú, la preeclampsia, es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21% de muertes, las prevalencias en Hospitales de Lima oscilan entre 14,2% a 10% los desórdenes hipertensivos leves a severos han sido encontrados en 4,8%, 5,36%, 6,6%, hasta 7,31%, en gestantes que acuden a hospitales¹⁰.

Todo lo anterior sirvió de motivación para identificar algunos de los factores predictores presentes en las pacientes que tienen riesgo de padecer la enfermedad desde el inicio del embarazo.

RESUMEN

La preeclampsia es una patología propia del embarazo, constituye un gran problema de salud pública y una de las principales causas de mortalidad materna - neonatal en el Perú y en muchos países del mundo.

El riesgo aumenta en las mujeres con hipertensión severa o con antecedente de enfermedad cardiovascular, renal o patologías asociadas, especialmente trombofilias y lupus. Entre las complicaciones están el síndrome HELLP, eclampsia, hemorragia cerebral, el desprendimiento prematuro de placenta, disfunciones de la coagulación que causan sangrado generalizado (coagulopatía intravascular diseminada), acumulación de líquido en tejidos pulmonares (edema pulmonar), insuficiencia renal, hemorragia hepática e incluso la muerte, para el feto son restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad o puede llegar a la muerte.

Esta investigación titulada “Calidad de vida en gestantes con preeclampsia y normales atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, Enero a Marzo de 2015”, tuvo como objetivo principal determinar el nivel de calidad de vida en gestantes con preeclampsia y normales atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, Enero a Marzo de 2015. Los objetivos específicos que se plantearon fueron: determinar las características epidemiológicas de gestantes con preeclampsia y las gestantes normales, determinar las características obstétricas de gestantes con preeclampsia y las gestantes normales y; determinar el nivel de calidad de vida en gestantes con preeclampsia y en gestantes normales. Los materiales y métodos utilizados en este trabajo están basados en un estudio tipo cuantitativa, básica, transversal, prospectiva y con un diseño de estudio no experimental. La muestra estuvo compuesta por 100 pacientes de dicho hospital que cumplieran con ciertos criterios de inclusión y exclusión en el periodo de Enero a Marzo de 2015, por lo que se realizó un muestreo no probabilístico intencional. Con el propósito de profundizar el análisis de la influencia de la calidad de vida que presentan ciertos factores de riesgo en un grupo de gestantes con

preeclampsia y otro grupo control de madres sin preeclampsia; tratando de esta manera de contribuir a mejorar la atención obstétrica, reconociendo precozmente los factores de riesgo de las gestantes para disminuir la morbimortalidad materno perinatal.

Se concluye que las gestantes con preeclampsia tienen una calidad de vida por debajo de las gestantes normales. A su vez que las gestantes preeclámpsicas y normales tienen una salud física superior a su salud mental, y finalmente la presencia de preeclampsia en el embarazo podría evitarse si las mujeres recibieran asistencia oportuna y efectiva, administrada de acuerdo con estándares basados en las pruebas científicas.

PALABRAS CLAVES: Calidad de vida, Preeclampsia, Mortalidad, Patología, Salud Física, Salud Mental.

ABSTRACT

Preeclampsia is a pathology peculiar to pregnancy, a major public health problem and one of the main causes of maternal and neonatal mortality in Peru and in many countries of the world.

The risk is increased in women with severe hypertension or with a history of cardiovascular, renal or associated pathologies, especially thrombophilias and lupus. Complications include HELLP syndrome, eclampsia, cerebral haemorrhage, placental abruption, coagulation dysfunctions that cause widespread bleeding (disseminated intravascular coagulopathy), fluid accumulation in lung tissues (pulmonary edema), renal failure, hepatic hemorrhage, and Even death, to the fetus are restriction of intrauterine growth, prematurity or death.

This research titled "Quality of life in pregnant women with preeclampsia and normal attended at the Las Mercedes - Chiclayo Teaching Regional Hospital, January to March 2015", had as main objective to determine the level of quality of life in pregnant women with preeclampsia and normal attended in The Las Mercedes - Chiclayo Teaching Regional Hospital, from January to March 2015. The specific objectives were: to determine the epidemiological characteristics of pregnant women with preeclampsia and normal pregnant women, to determine the obstetric characteristics of pregnant women with preeclampsia and normal pregnant women; To determine the level of quality of life in pregnant women with preeclampsia and in normal pregnant women. The materials and methods used in this work are based on a quantitative, basic, cross-sectional, prospective study with a non-experimental study design. The sample consisted of 100 patients from the hospital who met certain criteria for inclusion and exclusion in the period from January to March 2015, and an intentional non-probabilistic sampling was performed. With the purpose of deepening the analysis of the influence of the quality of life presented by certain risk factors in a group of pregnant women with preeclampsia and another group of mothers without preeclampsia; Trying to contribute to improve obstetric care, early

recognition of risk factors for pregnant women to reduce maternal perinatal morbidity and mortality.

It is concluded that pregnant women with preeclampsia have a quality of life below normal pregnant women. At the same time, preeclamptic and normal pregnant women have a physical health superior to their mental health, and finally the presence of preeclampsia in pregnancy could be avoided if women received timely and effective assistance, administered according to standards based on scientific evidence.

KEY WORDS: Quality of life, Preeclampsia, Mortality, Pathology, Physical Health, Mental Health.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.1.1. Antecedentes Anteriores:

- Antecedentes Internacionales:

Morgan F. et al, (2010), realizaron un estudio de casos y controles en 666 pacientes. Compararon la frecuencia de factores individuales de riesgo en pacientes con preeclampsia (casos: n = 196) y normotensas (controles: n = 470). Analizaron la asociación de la preeclampsia con el nivel socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo, antecedentes gineco-obstétricos (compañeros sexuales, embarazos, partos, abortos, control prenatal, método anticonceptivo utilizado) y preeclampsia en embarazo previo. Obtuvieron que, no hay asociación entre la preeclampsia y el tabaquismo, edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales y el antecedente de cohabitación sexual menor de 12 meses con preeclampsia. El alcoholismo, el nivel socioeconómico bajo y la preeclampsia en embarazo previo se asoció significativamente con preeclampsia. Los factores de riesgo estudiados y que se asociaron significativamente con preeclampsia fueron: alcoholismo, nivel socioeconómico bajo, tipo de método anticonceptivo, primigesta y antecedente de preeclampsia en el embarazo previo¹².

Dalmáz C et al⁵⁰ (2011), en la Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, se propuso identificar la frecuencia de factores de riesgo para preeclampsia, para lo cual evaluó a 162 gestantes con preeclampsia y 169 controles, encontrando que la historia familiar de preeclampsia, la diabetes y la hipertensión crónica estuvieron asociados a preeclampsia.

Tomić V et al⁴⁸ (2011), en la Universidad de Mostar, Bosnia y Herzegovina, investigaron los factores de riesgo asociados a preeclampsia, para lo cual evaluaron a 542 gestantes con preeclampsia,

encontrando que los factores significativamente asociados con preeclampsia fueron > 34 años, nuliparidad, gestación múltiple y recién nacido varón.

Suleiman A, (2013), realizó un estudio en relación a los factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia, en la Universidad de Princess Nora bint Abdul Rahman, Jordania, se propuso identificar factores de riesgo para preeclampsia, para lo cual evaluó a 184 gestantes con preeclampsia y a 172 controles encontrando que la hipertensión crónica, historia familiar de preeclampsia, diabetes, IMC elevado, nuliparidad, historia de preeclampsia previa y bajo nivel de educación fueron identificados como factores de riesgo para preeclampsia⁴⁹.

- **Antecedentes Nacionales:**

Morales C, (2011), realizó un estudio observacional analítico prospectivo de casos y controles en 132 pacientes. Consideró como población de estudio a toda mujer que recibió atención durante el parto en el servicio de obstetricia del Hospital en estudio. Encontró que la incidencia de la preeclampsia fue del 10.8% del total de partos atendidos. Como resultado en cuanto al estudio comparativo entre los grupos casos y controles según los factores de riesgo planteados se obtuvo que el antecedente de violencia psicológica y física, así como la planificación del embarazo, la primigesta, primípara, índice de masa corporal y el antecedente de preeclampsia previa estuvieron asociados de manera estadísticamente significativa a los casos de preeclampsia, concluyendo en la existencia de una relación directa entre la calidad de vida de la gestante y preeclampsia¹¹.

1.1.2. Formulación del Problema

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se formula la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de calidad de vida en gestantes con Preeclampsia y normales atendidas en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, Enero a Marzo de 2015?

1.1.3. Formulación e Importante de la Investigación

La preeclampsia es un problema de salud pública debido a su importante morbilidad y mortalidad materna-perinatal a nivel mundial, por su alta prevalencia, trascendencia e impacto en la salud, calidad de vida y sobrevida de todo ser humano. Sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo, donde otras causas también frecuentes, ocasionan mortalidad materna (por ejemplo, hemorragia y sepsis). El manejo médico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad; el problema se complica por su etiología y naturaleza impredecible, que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia y sugerir las medidas para aplicarlas en cualquier parte de la población. (Preeclampsia Foundation, 2014).

La preeclampsia se asocia a altas tasas de morbilidad materna extrema y de mortalidad, atribuyéndose todas las complicaciones a la falta de un apropiado control médico.⁵¹

Dada la prevalencia importante de la preeclampsia en nuestro medio y sus consecuencias en la morbilidad y mortalidad tanto maternas como perinatales, es necesaria e imprescindible profundizar en el estudio de la misma y cómo hacer para poder predecir y tratarla adecuadamente. Actualmente, en el país, el parámetro de referencia para detección es la presión arterial, que determina en sí la última etapa de la

preeclampsia y que solo nos permite su tratamiento sintomático. Es este punto que debemos cambiar y no conformarnos con lo que tenemos o con lo que nos puedan dar a conocer otros países con sus estudios. Es necesario involucrarnos con la problemática de nuestro país y definir conceptos propios, de nuestra población. Por eso es necesario que representantes de las diversas instituciones materno perinatales del país se involucren en analizar la realidad de la preeclampsia en nuestro medio, sobre todo en cuanto a su diagnóstico precoz y cómo hacer para prevenir sus complicaciones graves.

Pocos son los estudios nacionales y regionales, enfocados a asociar la influencia de la calidad de vida en la gestación con preeclampsia. Por lo que se decide realizar el presente estudio en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, por ser uno de los centros hospitalarios que registra un gran número de nacimientos por año en nuestra región, con la finalidad de profundizar el análisis de la influencia de la calidad de vida que presentan ciertos factores de riesgo (socios demográficos: edad, grado de instrucción, estado civil y procedencia; factores personales: antecedente de preeclampsia; y factores gineco-obstétricos: edad gestacional, paridad, control prenatal, tipo de parto y tipo de preeclampsia de la madre) en un grupo de gestantes con preeclampsia y otro grupo control de madres sin preeclampsia; tratando de esta manera de contribuir a mejorar la atención obstétrica, reconociendo precozmente los factores de riesgo de las gestantes para disminuir la morbilidad y mortalidad materno perinatal.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1. Objetivo General

Determinar el nivel de calidad de vida en gestantes con Preeclampsia y normales atendidas en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, Enero a Marzo de 2015.

1.2.2. Objetivos específicos

Determinar las características epidemiológicas de gestantes con preeclampsia y las gestantes normales atendidas en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, Enero a Marzo de 2015.

Determinar las características obstétricas de gestantes con preeclampsia y las gestantes normales atendidas en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, Enero a Marzo de 2015.

Determinar el nivel de calidad de vida en gestantes con preeclampsia y en gestantes normales atendidas en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, Enero a Marzo de 2015.

1.3. HIPÓTESIS

1.3.1. Hipótesis General

La hipótesis planteada es:

Los niveles de calidad de vida influyen en la incidencia de preeclampsia durante la gestación en las pacientes del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, Enero a Marzo de 2015.

1.4. VARIABLES

1.4.1. Identificación de variables

- **Variable Independiente:**

Calidad de vida

- **Variables Dependientes:**

Gestantes normales y con Preeclampsia

1.4.2. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	SUB VARIABLES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
CALIDAD DE VIDA	“Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno” (OMS, grupo WHOQOL 1994)	Medida a través del Cuestionario de Salud SF-36, “el cual detecta tanto estados positivos como negativos de salud, así como la salud física y mental de la paciente. Consta de 36 temas que exploran 8 dimensiones del estado de salud” (Aronson 1992, Ware 1994)	Calidad de Vida Física	Función Física	Nominal
				Rol Físico	
				Dolor Corporal	
				Salud General	
			Calidad de Vida Emocional	Vitalidad	
				Función Social	
				Rol Emocional	
				Salud Mental	

GESTANTES NORMALES Y CON PREECLAMPSIA			Características Epidemiológicas	Edad	De Razón
				Zona de Residencia	Nominal
				Estado Civil	Nominal
				Grado de Instrucción	Ordinal
				Ocupación	Nominal
			Características Obstétricas	Número de Gestaciones	De Razón
				Edad Gestacional	De Razón
				Atención Pre Natal	De Razón
				Peso Pre Gestacional	De Razón
				Talla Materna	De Razón
				Antec. de Cesárea	Nominal
				Antec. de Preeclampsia	Nominal
				Antec. Familiar de HTA	Nominal
				Complicaciones	Nominal

1.5. METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Universo

Nuestro universo de estudio para el presente trabajo incluye a las gestantes con preeclampsia y gestantes normales hospitalizadas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo, en el período de Enero a Marzo de 2015, que son alrededor de 135 gestantes tomándose como referencia las historias clínicas de Enero a Marzo de 2014.

1.5.2. Muestra

Para determinar la muestra de pacientes se aplicó la fórmula³⁷ correspondiente para una población finita:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población.
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (seguridad 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.5)
- q = 5% (en este caso = 0.5)
- d = precisión (5%).

Aplicando la fórmula, el tamaño de la muestra es de 100 pacientes de las cuales se seleccionó a 50 gestantes normales y 50 gestantes con preeclampsia.

1.5.3. Tipo de Investigación

- **Según la naturaleza de la información que se recoge para responder al problema de investigación:**

Es una investigación cuantitativa ya que trató de determinar la fuerza de asociación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual procede. Tras el estudio de la asociación pretendió, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.

La metodología cuantitativa es la más empleada, producto de la evolución de método científico a lo largo de los años. Creemos en ese sentido que la cuantificación incrementa y facilita la comprensión del universo que nos rodea.

- **De acuerdo al propósito o finalidad:**

Es una investigación básica o pura ya que tuvo como finalidad ampliar y profundizar el conocimiento de la realidad. Busca el conocimiento por el conocimiento mismo, más allá de sus posibles aplicaciones prácticas. Su objetivo consiste en ampliar y profundizar en el saber de la realidad y en tanto este saber que se pretende construir es un saber científico, su propósito será el de obtener generalizaciones cada vez mayores (hipótesis, leyes, teorías).

Esta forma de investigación emplea cuidadosamente el procedimiento de muestreo, a fin de extender sus hallazgos más allá del grupo o situaciones estudiadas. Poco se preocupa de la

aplicación de los hallazgos, por considerar que ello corresponde a otra persona y no al investigador.

- **De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado:**

Es una Investigación Transversal ya que es la apropiada cuando la investigación es centrada en analizar cuál es el nivel de una o diversas variables en un momento dado o en un punto del tiempo; en este caso el objetivo es determinar el nivel de Calidad de Vida en Gestantes Normales y con Preeclampsia atendidas en el HRDLM en el periodo de Enero a Marzo de 2015.

- **De acuerdo al período que se capta la información:**

Es una Investigación Prospectiva, ya que es un estudio cuyo inicio fue anterior a los hechos estudiados y los datos se recogieron a medida que fueron sucediendo; es decir que el estudio de investigación se diseñó en un momento dado pero los datos se recogieron a medida que fueron sucediendo y se analizaron transcurrido un determinado tiempo.

- **De acuerdo a la comparación de poblaciones:**

Es una Investigación Comparativa, porque en este estudio existieron dos poblaciones que son las Gestantes Normales y las Gestantes con Preeclampsia, las mismas que se pretendieron comparar para contrastar el nivel de calidad de vida en cada una de ellas que fueron atendidas en el HRDLM en el periodo de Enero a Marzo de 2015.

1.5.4. Técnicas e instrumentos de investigación

- Técnica de Recolección de Datos

La técnica que se utilizará para la recolección de datos será una encuesta, que es un método empírico complementario de investigación que supone la elaboración de un cuestionario y la aplicación de otro pre diseñado, que permitirá conocer las opiniones y valoraciones que poseen los sujetos seleccionados en la muestra³⁸ tanto de sus características epidemiológicas y obstétricas como de la calidad de vida de las gestantes normales y las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo en el período de Enero a Marzo de 2015.

- Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento para la recolección de datos correspondiente con la técnica usada es el cuestionario.

Para esta investigación se utilizaron dos cuestionarios, el primero consistente en una Ficha de Recolección de Datos (Anexo 1), que incluyó la recolección de un conjunto adicional de datos sobre edad, sexo, nivel educacional, lugar de residencia, actividad laboral para obtener las características epidemiológicas y también incluye datos obstétricos de la unidad de análisis en estudio.

Este estudio utilizó como segundo cuestionario la versión estándar de SF-36, autorizada por licencia de Quality Metric Incorporated. Se usó como base para la adecuación cultural del instrumento la versión española de SF – 36 v.2 (Anexo 2) la cual, fue adaptada sintáctica y semánticamente a la idiosincrasia peruana; el cual es uno de los instrumentos con mayor potencial de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados, fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para

su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS)³⁹.

El diseño del SF –36v.2 incluye preguntas capaces de evaluar un espectro del estado de salud en un rango de estados desde “menos sanos” y “más sanos” de los encuestados. Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de estado de salud a nivel mundial. Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 conceptos o dimensiones o escalas de salud, que son: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud Mental.

Estas 8 escalas o conceptos, a su vez, son agregadas en dos medidas de resumen; un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM).

Recolectados los datos, las escalas de SF-36 son calculadas usando el método de escalamiento de Likert (Likert, 1932). Este método ha sido ampliamente utilizado en la construcción de escalas por su simplicidad y confiables resultados. El resultado de la aplicación del SF-36 es un perfil del estado de salud de un individuo o un grupo poblacional.

Usando los 8 grupos de preguntas múltiples del SF-36 v.2, que contienen entre 2 a 10 preguntas cada una, se calculan las 8 escalas. Luego, estas escalas son tabuladas usando el Método de escalamiento de Likert. En este método, un resultado por cada pregunta es derivado de un conjunto estandarizado de respuestas. Para cada escala, las respuestas de cada pregunta se codifican y recodifican, y los resultados se trasladan a una escala de 0 –100 puntos. En esta escala de 0 – 100 del SF-36, cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud. Así, 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido.

- **Validación y Confiabilidad del Instrumento de Recolección de Datos**

En el caso del cuestionario SF – 36 v.2, ya se ha demostrado su fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio, para servir como base mundial en estudios sobre Calidad de Vida Referente a la Salud (CVRS).

En la mayoría de los estudios, el coeficiente de consistencia interna α de Cronbach superó el valor mínimo recomendado para las comparaciones de grupos (α de Cronbach = 0,7) en todas las escalas, excepto en la Función social. Las escalas Rol físico, Función física y Rol emocional obtuvieron los mejores resultados de fiabilidad y en la mayoría de ocasiones superaron el valor de 0,90, límite recomendado para las comparaciones individuales.

Con el fin de obtener una estimación conjunta del coeficiente α de Cronbach de cada escala a partir de todos los estudios, se llevó a cabo un metaanálisis para cada una de las escalas utilizando siempre el modelo de efectos aleatorios⁴⁰, dado que se observó heterogeneidad entre los estudios en todos los casos. Las estimaciones conjuntas obtenidas a partir del metaanálisis de los coeficientes α de Cronbach fueron $\geq 0,9$ para las escalas Función física, Rol físico y Rol emocional.

Las estimaciones conjuntas del resto de las escalas superaron el valor de 0,7.

El resultado del cuestionario se evaluó mediante la comparación de las puntuaciones medias obtenidas en las 2 administraciones del cuestionario (t de Student) y el cálculo de los CCI en el estudio realizado en pacientes con enfermedad coronaria estable.

Los estudios publicados sobre las características métricas de la versión española del SF-36 aportan suficiente evidencia sobre su fiabilidad, validez y sensibilidad.

Estos resultados son consistentes con el instrumento original, lo que demuestra que la versión española es equivalente y puede ser utilizada en estudios nacionales e internacionales.

Por otra parte, es importante destacar que se trata del cuestionario genérico para la medida de la CVRS que goza de mayor vitalidad. Desde su aparición en el inicio de la década de los noventa no ha cesado el diseño de nuevas herramientas de ayuda a la interpretación (valores de referencia poblacionales, valor sumario y diferencia mínima clínicamente relevante, entre otras), así como de nuevas versiones para solucionar algunos de los problemas detectados.

1.5.5. Forma de análisis de la información

Para el procesamiento de nuestros datos a nivel descriptivos utilizamos medidas, tablas y gráficos propios de la estadística descriptiva; y para comparar los promedios de cada una de las dimensiones del SF-36 y los grupos de características epidemiológicas y obstétricas con el fin de determinar las diferencias significativas y contrastación de hipótesis se utilizó medidas y gráficos de estadística inferencial y su procesamiento también se realizó en el programa IBM SPSS Statistics Versión 24.0.

- Estadística descriptiva:

Promedio. Estadígrafo que sirvió para describir la situación de cada grupo antes y después de la aplicación del programa. Además, para hacer el análisis comparativo de significancia estadística entre los promedios de los grupos.

Tabla de frecuencias. Nos permitió ordenar y resumir nuestros datos.

Después de todo este procesamiento de datos se hizo las descripciones, conclusiones y discusión de resultados respectivos.

CAPITULO II

MARCO DE REFERENCIA DE LA INVESTIGACION

2.1. MARCO TEÓRICO

El problema planteado a estudiarse se encuentra ubicado teóricamente en el contexto de calidad de vida y más específicamente en gestantes con preeclampsia y gestantes normales.

Calidad de vida:

Antecedentes históricos:

Desde la formulación por la OMS, en su Carta Magna o Carta Constitucional, en 1948 de la ya clásica definición de salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”, los esfuerzos de muchos investigadores se han dirigido a la búsqueda de herramientas para evaluar estos tres aspectos interrelacionados de la vida del ser humano, y que desde un principio fueron criticados como inconcretos.

Los esfuerzos encaminados a definir y medir la calidad de vida se vieron impulsados por el discurso pronunciado por Lindón B. Johnson, presidente de los Estados Unidos de América, en el Madison Square Garden de Nueva York, el 31 de octubre de 1964, donde dijo textualmente¹³:

‘...goals cannot be measured by the size of our bank balance. They can only be measured in the quality of the lives that our peoples leads...’.

Estos argumentos estaban inspirados en la doctrina de John Kenneth Galbraith, recogida en su libro La Sociedad Opulenta, en el

que defendía que los objetivos políticos no deben ser medidos en términos económicos, sino de calidad de vida de los ciudadanos.

El término calidad de vida, no aparece como palabra clave en la base de datos de MEDLINE hasta 1977, desarrollándose en las dos décadas posteriores la moderna generación de instrumentos genéricos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud¹⁴.

Definición:

La Real Academia española define¹⁵:

“*Calidad*: Propiedades o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.

“*Vida*: Modo de vivir en lo tocante a la fortuna o desgracia de una persona, o a las comodidades o incomodidades con las que vive”.

Así, el concepto de Calidad de Vida surge como un intento de cuantificar el estado de salud, permaneciendo ambos como conceptos aún mal definidos, dada la complejidad de la realidad que pretenden abarcar, medir y reflejar.

En los últimos años han surgido múltiples iniciativas para conseguir un concepto claro del término Calidad de Vida, alcanzándose un acuerdo sólo en su naturaleza multidimensional (bio-psico-social), que abarca aspectos de la vida relacionados con la enfermedad y sus tratamientos, pero también con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos sus órdenes¹⁶.

La OMS define la *calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)* como¹⁷:

‘La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses’.

El envejecimiento progresivo de la población de los países occidentales, al aumentar sus expectativas de vida, va unido a un incremento de las enfermedades crónicas y las inutilidades o incapacidades, haciéndose necesaria la planificación sanitaria en términos de programas de coste-efectividad/utilidad en ancianos y población mayor, siendo precisa una información lo más fidedigna posible y una definición clara de las necesidades para poner a disposición de los agentes políticos y quienes desarrollan planes sociales o de salud.

Las proyecciones de expectativa de vida se han usado ampliamente para estimar los años potenciales de vida perdidos (APVP) y su costo en seguros, pero la posibilidad de aumentar las expectativas de vida en la población general tiene un fuerte componente biológico y, por eso, no sólo se mira el aumento de la expectativa de vida, sino también su calidad¹⁸.

La calidad de vida escapa a la dimensión exclusivamente médica siendo preciso considerar problemas sociales e institucionales, tales como las consideraciones laborales, económicas, domésticas, satisfacción de los servicios públicos, contaminación atmosférica, seguridad ciudadana, situación política, creencias religiosas, valores morales y condiciones medioambientales, que no son responsabilidad directa de la salud o de los cuidados médicos.

Medidas de calidad de vida relacionada con la salud en nuestro medio.

La medida de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud han adquirido una enorme importancia como medida del resultado sanitario. Los clínicos, investigadores, políticos y grupos de pacientes están tomando conciencia de la importancia de la medición de la salud y de la calidad de vida en la práctica médica, investigación clínica y toma de decisiones políticas.

Esta medición, ya sea mediante encuestas autoadministradas o realizadas a través de entrevistadores son útiles para valorar diferencias entre grupos de pacientes en un momento temporal dado, o a través de diversos momentos temporales. Esta posibilidad de medir la salud es especialmente importante en la evaluación de las consecuencias de las patologías crónicas. Las medidas fisiológicas aportan datos fundamentales para los clínicos, pero son de interés limitados para los enfermos, que precisan satisfacer otras expectativas sobre su enfermedad.

Los numerosos instrumentos desarrollados para la medición de la salud y la calidad de vida lo han sido fundamentalmente en países de habla inglesa. Se han acordado una serie de normas para la traducción y valoración de sus propiedades de evaluación.

En nuestro idioma, según la compilación citada de Badía y colaboradores, cabe hablar de diez instrumentos de medida genérica de la calidad de vida relacionada con la salud, que han sido utilizados en estudios con pacientes hipertensos o que incluso tienen apartados especiales para enfermos aquejados de esta enfermedad, sin embargo para efectos de este estudio se ha utilizado el cuestionario de salud SF – 36 (Health Survey SF-36; Ware, 1992).

Cuestionario De Salud Sf-36 (Health Survey Sf-36; Ware, 1992).

Tradicionalmente, estudios comparativos del estado de salud en diversos grupos poblacionales se han limitado al análisis de datos de mortalidad y morbilidad. En la actualidad, la incorporación de medidas de la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana, es objeto de interés por parte de investigadores de políticas y gestión de los servicios de salud. Cada día, resulta más importante para quienes toman decisiones en salud, disponer de información acerca de la auto-percepción de la salud de los usuarios de los sistemas de salud.

El uso de instrumentos genéricos de medición como el SF-36, que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud y que cumpliendo con estándares psicométricos mínimos para la comparación de grupos, han permitido la incorporación del concepto de calidad de vida relacionada con la salud (HR-QoL) o simplemente para algunos autores, Evaluación de la Calidad de Vida (HQL).

En 1991, se inició el proyecto conocido como "Evaluación Internacional de la Calidad de Vida" (Proyecto IQOLA) para traducir, adaptar y validar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey), construido para medir de una manera general y resumida el estado de salud de un sujeto o una población y así proporcionar una base de comparación entre ensayos clínicos multinacionales y otros estudios internacionales de salud (Aaronson 1992, Ware 1994). Desde 1993, aumentó el interés en el uso de SF-36 a nivel mundial y fue así que hasta Junio de 1998 este cuestionario ya había sido traducido y estudiado en más de 40 países, incluyendo 6 países de habla hispana; Argentina, Brasil, Colombia, Honduras, México y España.

La encuesta SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (> de 14 años de edad). El Cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992. El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994.

El diseño del SF –36 incluye preguntas capaces de evaluar un espectro del estado de salud en un rango de estados desde “menos sanos” y “más sanos” de los encuestados. Actualmente, por su utilidad y simpleza, el cuestionario SF-36 es el más usado en estudios de estado de salud a nivel mundial. Esta encuesta contiene 36 preguntas o ítems, los cuales miden los atributos de 8 conceptos o dimensiones o escalas de salud. En el cuadro 1 se presenta una descripción de los 8 conceptos o Escalas de salud evaluados por SF-36.

<i>Función Física (FF)</i>	Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas)
<i>Rol físico (RF)</i>	Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas).
<i>Dolor corporal (DC)</i>	Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa (2 preguntas).
<i>Salud General (SG)</i>	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (5 preguntas).
<i>Vitalidad (VT)</i>	Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).
<i>Función Social (FS)</i>	Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas).
<i>Rol Emocional (RE)</i>	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas)
<i>Salud Mental (SM)</i>	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

Fuente: Elaboración Propia

Estas 8 escalas o conceptos, a su vez, son agregadas en dos medidas de resumen; un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM).

Además de los ocho conceptos de salud mencionados, la SF-36 incluye el concepto de cambio global en la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior o conocida también como pregunta del Estado de transición (ET). La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud en el último año.

Existen dos versiones del Cuestionario de Salud SF-36: la estándar, en la que el período recordatorio a evaluar es de 4 semanas, y una versión corta, en la que el período recordatorio es de 1 semana. La encuesta SF-36 puede ser auto-aplicada o ser contestada a través de una entrevista personal, telefónica o por e-mail. Responder las 36 preguntas del formulario toma un promedio de 5 a 10 minutos.

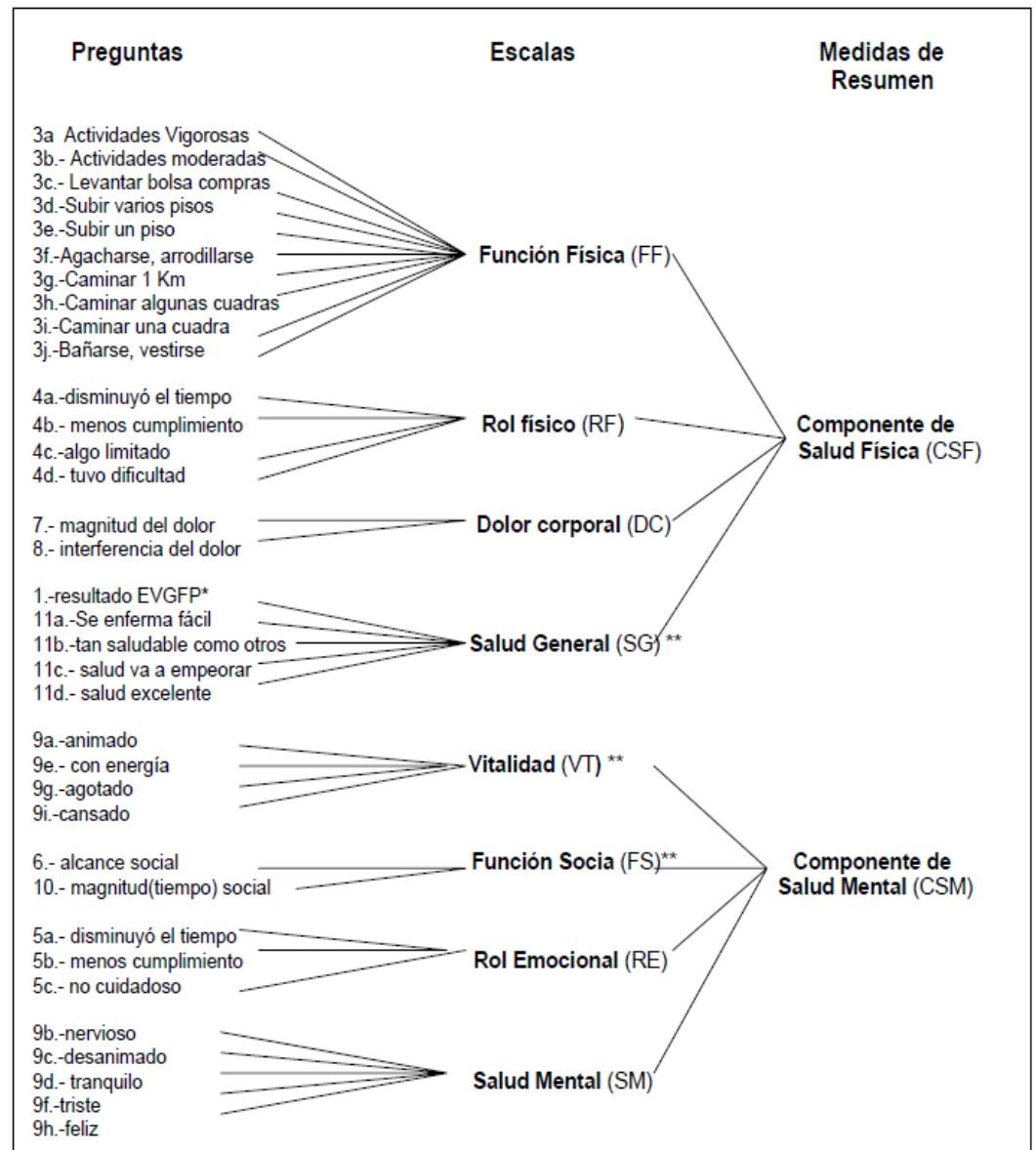
Recolectados los datos, las escalas de SF-36 son calculadas usando el método de escalamiento de Likert (Likert, 1932). Este método ha sido ampliamente utilizado en la construcción de escalas por su simplicidad y confiables resultados. El resultado de la aplicación del SF-36 es un perfil del estado de salud de un individuo o un grupo poblacional.

Modelo de Medición del SF – 36

La figura 1 ilustra la taxonomía de las preguntas y conceptos que subyacen en la construcción de las escalas y medidas de resumen del cuestionario SF-36. Esta taxonomía tiene 3 niveles (1°) 35 preguntas; (2°) 8 escalas; y (3°) 2 medidas de resumen que agregan las escalas. Cada pregunta es usada para tabular solo una escala. Las 8 escalas

se agregan en 2 medidas de resumen; salud física y mental, dependiendo de la varianza común entre ellos.

Figura 1: Modelo de Medición del SF – 36



Fuente: traducido de Ware JE, Kosinski M, Keller SD. 1994

*EVPGF = Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala.

**Correlación significativa con otras Medidas de Resumen.

Preeclampsia

Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre la madre y el nuevo ser. En América Latina (2011), la cuarta parte de las muertes maternas están relacionadas con este tipo de complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como causas principales de morbi-mortalidad maternas y perinatales, la mayoría de las muertes causadas por este síndrome pueden evitarse dando asistencia oportuna y eficaz a mujeres que acuden a consulta. Una buena asistencia sanitaria para prevenir y tratar esta patología en las mujeres representa un paso vital para cumplir los objetivos del milenio¹⁹. La preeclampsia significa un problema de salud pública porque ha incrementado la tasa de morbilidad materna²⁰. Es por esta razón que la presente revisión permitirá obtener una base teórica para poder realizar un diagnóstico preciso en la práctica médica.

Durante varios años se desconocía la etiología de la preeclampsia, sin embargo hoy se sabe que el problema está durante la génesis placentaria, es aquí donde en un primer estadio las células trofoblásticas placentarias no logran invadirla decidua y las arterias espirales en forma adecuada para lograr la transformación necesaria para incrementar el flujo de sangre feto-placentaria. Durante el segundo estadio existe una pobre perfusión placentaria a través de arterias transformadas inadecuadamente. La placenta no logra crecer y desarrollarse en forma normal por lo que se produce una estructura placentaria distinta en sus características anatómicas y fisiológicas como morfogénesis defectuosa del árbol vellosa. Por último el tercer estadio es un síndrome de inflamación endotelial-leucocitario sistémico que es activado por factores liberados por la placenta isquémica²¹, aumenta la producción de endotelina y tromboxano,

también de la sensibilidad vascular a la angiotensina II y una disminución en la formación de agentes vasodilatadores (óxido nítrico y prostaciclina).

Todas estas alteraciones provocan un aumento de la resistencia vascular, mayor agregación plaquetaria, activación del sistema de la coagulación y disfunción endotelial, que se traducen en los síntomas y signos de la enfermedad²².

La preeclampsia se manifiesta a partir de las 20 semanas de embarazo, cursa con hipertensión y proteinuria, con edema o sin él, menor volumen de plasma, hemoconcentración y mayor resistencia vascular. La clínica puede mostrar afectación materna (hipertensión, proteinuria) o fetal (restricción de crecimiento fetal, oligohidramnios y baja oxigenación). El riesgo de preeclampsia aumenta en mujeres, sobre todo en el primer embarazo. El antecedente de un embarazo normal se vincula con una incidencia muy disminuida de preeclampsia incluso un aborto previo provee alguna protección²³.

En muchas oportunidades la primera manifestación de la enfermedad es la elevación de las cifras tensionales que generalmente es asintomática y es pesquisada en el control prenatal. En la preeclampsia la mayoría de los casos no excede valores de 160/110 mmHg²⁴.

La proteinuria es considerada patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orina de 24 Hrs, o una concentración de 300 mg/L o mayor en al menos dos muestras urinarias tomadas con 4-6 horas de intervalo²⁴. La magnitud de la proteinuria es importante para evaluar severidad y progresión de la preeclampsia, pero tiene desventajas como la difícil recolección para la paciente y necesita 48 horas entre la toma de muestra y el análisis de resultado²⁵.

Un estudio sobre endoteliosis glomérulo capilar (Espargo, McCartney y colaboradores) encontró diferentes cambios en el citoplasma de las células endoteliales a nivel de los capilares glomerulares. Todas las pacientes con preeclampsia mostraron un edema del endotelio y un alargamiento del subendotelio a nivel del glomérulo capilar. Un estudio en pacientes con preeclampsia, realizado por Tribey y Thompson, reportó un aumento de las células del mesénquima y en la matriz²⁶.

En los últimos años se han realizado numerosos estudios de la relación proteinuria-creatinina para ser utilizado en el diagnóstico diferencial de preeclampsia, basados en que la excreción de proteínas y creatinina es constante cuando la filtración glomerular es estable, para demostrarlo, Koopman y Newman observaron poca variación en la relación proteinuria-creatinina comparado con la concentración de proteínas en muestra aislada (38.6% versus 96.5% respectivamente). Yamasit y Jaschevatzky han demostrado alta correlación entre proteinuria de 24 horas y relación proteinuria-creatinina. Sin embargo Durnwald y Mercer en el 2003 no lograron demostrar que la relación proteinuria-creatinina en muestra aislada sea útil para descartar proteinuria >300 mg al día²⁵.

El peso de la paciente embarazada puede aumentar más de lo esperado por aparición de edema y sobreviene oliguria mantenida. Mientras exista aumento de la presión arterial sin proteinuria, pero con cefalea, visión borrosa, dolor abdominal, debemos considerar la preeclampsia como diagnóstico muy probable. El daño hepático puede ser subclínico o cursar con vómitos y dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, la ictericia es poco frecuente²⁷.

En un estudio observacional en pacientes admitidas en la Clínica Universitaria Bolivariana de la ciudad de Medellín (2014) con diagnóstico de preeclampsia severa, se observó que la

epigastralgia y aumento de transaminasas son parámetros fuertes para desarrollar síndrome de HELLP, por esta razón hay que controlar la evolución de las pacientes con estas manifestaciones²⁸.

Para hacer más certero el diagnóstico de preeclampsia, algunas investigaciones intentan encontrar biomoléculas que podrían ser candidatas potenciales para ser utilizadas como elementos diagnósticos. Estas herramientas deben ser capaces de diferenciar entre preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo (hipertensión gestacional y la hipertensión crónica)²⁹.

La escuela mexicana habla de una presentación clínica distinta a la mencionada hasta ahora, expresa que la hipertensión, proteinuria y edema son inconsistentes como criterios clínicos, es así que propone el término "preeclampsia atípica" porque la definición clásica de preeclampsia no cubre todo su espectro clínico al ser heterogénea. Justifica esto con que la hipertensión o la proteinuria, o ambas, están ausentes en 10-15% de las pacientes con HELLP y en 20-38% de los casos de eclampsia³⁰.

Para establecer su diagnóstico es necesario:

Hipertensión gestacional más uno de los siguientes criterios: Síntomas de preeclampsia, hemolisis, trombocitopenia ($<100000/\text{mm}^3$) o elevación de enzimas hepáticas dos veces su límite superior.

Proteinuria gestacional más uno de los siguientes criterios: Síntomas de preeclampsia, hemolisis, trombocitopenia ($<100000/\text{mm}^3$) o elevación de enzimas hepáticas, signos y síntomas de preeclampsia-eclampsia con embarazo menor a 20 semanas, signos y síntomas de preeclampsia-eclampsia en las 48 horas, pasadas al puerperio.

Recalcan que el tratamiento, dirigido a disminuir la morbilidad y mortalidad, a la estabilización hemodinámica, seguida de la interrupción del embarazo³¹.

Tratamiento

Para tratar la preeclampsia, es importante diferenciar si ésta es leve o severa. En los casos leves, el primer paso es la hospitalización de la madre con fines diagnósticos puesto que hay preeclampsias que evolucionan muy rápido. Una vez que se confirma que se trata del grado leve de la enfermedad, la mujer recibirá el alta y seguirá con su vida normal, aunque se le recomendará que reduzca la actividad física y el estrés, y se aconsejará por tanto una baja laboral. No es necesario el reposo en cama ni eliminar la sal de la dieta. En cuanto a los hipotensores, su uso es controvertido: por un lado, pueden prevenir daños cerebrales en la madre, pero, por otro, pueden provocar que el bebé empeore porque disminuya el flujo sanguíneo que llega a la placenta. En todo caso, los hipotensores que se administrarán deben ser de los tipos recomendados en el embarazo (ver apartado de hipertensión crónica). Además estos hipotensores se indicarán sólo cuando la tensión sea igual o superior a 150/100 mmHg y con el objetivo de mantenerla alrededor de 140/90 mmHg. El seguimiento de la paciente debe ser estricto a partir del momento en que se ha detectado la preeclampsia leve, con un control periódico de la tensión arterial, el peso y la proteinuria. Ésta última se medirá cada semana, y se realizará un análisis de sangre para obtener el número de plaquetas, las enzimas hepáticas y la creatinina.

El tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo, resolviéndose los síntomas en 48 a 72 horas, esto no es así en pacientes con hemorragia cerebral, necrosis renal y falla cardíaca, solo puede existir tratamiento conservador en caso de que se necesite tiempo para maduración fetal³².

En caso de trastorno hipertensivo grave (preeclampsia grave, hipertensión gestacional grave, preeclampsia agregada) la conducta puede estar determinada por la edad gestacional³³.

Embarazos de ≥ 37 semanas: No hay evidencia que la prolongación del embarazo genere beneficios perinatales; al contrario, el riesgo materno se mantiene o empeora si no se interrumpe la gestación, por lo tanto la conducta adecuada es iniciar interrupción de embarazo en pacientes con trastornos hipertensivos y embarazos con edades gestacionales ≥ 37 semanas. La vía de terminación es la vaginal y se hace cesárea por indicación obstétrica. El solo hecho de tener preeclampsia no es una indicación para cesárea.

Embarazos de 34-36 semanas con 6 días: No hay investigaciones clínicas aleatorizadas que prueben cual es la mejor conducta en pacientes con trastorno hipertensivo grave a esta edad gestacional. La recomendación de la "Organización Mundial de Salud" (OMS) es un poco cautelosa y controversial al señalar que si hay estabilidad materna y se ha controlado la hipertensión se puede retrasar la interrupción; es obvio que esta conducta conlleva evitar las serias complicaciones neonatales observadas en nacimientos pretérmino tardíos. Es necesaria la realización de investigaciones clínicas aleatorizadas a estas edades gestacionales para determinar los beneficios y daños de la no interrupción en pacientes con estabilidad materna y fetal.

Embarazos con 24-34 semanas: En estos embarazos hay pocos estudios clínicos aleatorizados y múltiples estudios de cohortes que sugieren que el manejo expectante (no interrupción) confiere algunos beneficios neonatales con mínimos riesgos maternos. Sin embargo, las conclusiones no son contundentes, incluso los resultados pueden depender de la institución de salud donde se atiende la madre y el neonato y este resultado puede aún ser de más impacto según el país.

En Latinoamérica existe una revisión sobre el tema, los resultados descansan principalmente en una cohorte de casos llevada a cabo en Panamá. Llega a la conclusión que el manejo conservador ofrece beneficios, pero no se basa en estudios clínicos aleatorizados. Hace algún tiempo terminó la aleatorización del estudio Manejo Expectante en Preeclampsia grave llevado a cabo en varios hospitales de Latinoamérica (MEXPRES Latin). Esperamos por sus resultados para tener una idea más clara de la conducta correcta en pacientes con embarazos lejos del término y trastornos hipertensivos graves en nuestros países.

Toda paciente con trastorno hipertensivo grave y estas edades gestacionales debe recibir el esquema de corticoides para maduración fetal con betametasona (12 mg Intramuscular (IM) al inicio y repetir en 24 horas) o dexametasona (6 mg Intramuscular (IM) cada 6 horas, por 4 dosis) y programar la interrupción luego de las 24 horas después de la última dosis.

El manejo conservador consiste en prolongar el embarazo luego de la administración de los corticoides. Se puede dar en pacientes sin crisis hipertensivas, sin sintomatología, sin complicaciones, sin restricción del crecimiento fetal y consentimiento firmado. El objetivo es llegar a una edad gestacional que mejore la sobrevida neonatal.

Embarazo $\leq$ 24 semanas: Independientemente del manejo dado, conservador o interrupción, la mortalidad perinatal sigue siendo alta según la revisión más reciente del tema. Por lo anterior se recomienda la interrupción del embarazo con trastorno hipertensivo grave en edades gestacionales de 24 semanas y menos. Sin embargo, esta es una decisión que debe ser compartida con la paciente y sus familiares, siendo ellos los que finalmente avalen la recomendación³¹.

Se debe usar el medicamento con mejor experiencia y resultados (labetalol, hidralazina, nifedipina). Si la hipertensión grave no

disminuye se debe agotar la dosis máxima permitida, de acuerdo con el criterio dictado por la experiencia del médico o la factibilidad de contar con el fármaco, administrar el segundo medicamento. Así mismo, debe recordarse que el mejor tratamiento para las crisis hipertensivas persistentes (hipertensión grave) es la interrupción del embarazo, todavía algunas pacientes pueden presentarse convulsionando por primera vez. En esos casos es necesario administrar la dosis de impregnación e iniciar inmediatamente después la dosis de mantenimiento: dosis de carga de 4 g de sulfato de magnesio diluidos en Ringer Lactato o solución salina normal, por vía intravenosa en un lapso de 5-20 minutos; luego, una dosis de mantenimiento de 1 g desde el diagnóstico hasta por 24 horas post parto. El sulfato de magnesio puede diluirse en Ringer Lactato o en solución salina normal, la dilución depende de la concentración de sulfato de magnesio. Usualmente las diluciones son al 10% (ampollas/viales con 1 g de sulfato de magnesio en 10 cc de volumen). Con esta concentración se recomienda mezclar 20 ampollas/ viales en 800 cc de solución de lactato de Ringer o solución salina normal y administrar a la paciente por vía intravenosa a 50 cc/hora. En caso de usar sulfato de magnesio al 20% o 50% la dilución debe hacerse tomando en cuenta que debe pasar un máximo de 50 cc por hora. El manejo es el mismo en paciente con convulsión previa³³.

RECOMENDACIONES DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA (PE/E) ³⁴ Durante el control prenatal		
✓ Prácticas recomendadas	✗ Prácticas NO recomendadas	Consecuencia de la práctica
✓ Administración de suplementos de calcio durante el embarazo en áreas donde el consumo de calcio es bajo (<900 mg/día)	✗ Administración de suplementos de vitamina D durante el embarazo. ✗ Administración de suplementos de calcio durante el embarazo en áreas donde no hay deficiencia de calcio.	Proporcionar calcio a todas las mujeres con bajo consumo de calcio y ácido acetilsalicílico en dosis bajas a grupos seleccionados para la prevención de la PE/E. Si bien los suplementos

✓ Administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (aspirina, 75 mg) para prevenir la preeclampsia en las mujeres que tienen un riesgo alto de desarrollar la enfermedad.	✘ Administración de suplementos de vitamina C y vitamina E como monoterapia o combinados.	vitamínicos pueden ser útiles para otras enfermedades, no se debe proporcionar vitaminas C, D o E a embarazadas como parte de una estrategia para la prevención de la PE/E. Administrar antihipertensivos, pero no diuréticos, a embarazadas con hipertensión grave.	
✓ Antihipertensivos para embarazadas con hipertensión grave	✘ Uso de diuréticos, particularmente los tiazídicos, para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones.		
	✘ Indicación de reposo en el hogar.		No indicar reposo ni restricción alimentaria de sodio a las embarazadas para prevenir la preeclampsia o sus complicaciones. En el caso de una mujer con preeclampsia grave durante un embarazo prematuro (< 37 semanas), los médicos pueden monitorear a la mujer si: (1) la presión arterial se encuentra bajo control; (2) no hay sufrimiento fetal; y (3) no hay signos de disfunción orgánica materna. Se debe realizar un monitoreo continuo durante este período de conducta expectante.
	✘ Reposo en cama estricto para las embarazadas con hipertensión (con o sin proteinuria).		
	✘ Restricción alimentaria de sodio		
✓ En mujeres con preeclampsia grave, un feto viable y menos de 37 semanas de gestación, puede considerarse una política de conducta expectante, siempre que no haya hipertensión materna no controlada, disfunción orgánica materna en aumento ni sufrimiento fetal y que puedan monitorearse.			
Durante el trabajo de parto y el parto			
✓ Prácticas recomendadas	Consecuencia de la práctica		
✓ Inducción del trabajo de parto en mujeres con preeclampsia grave cuando por su edad gestacional el feto no es viable o es poco probable que alcance la viabilidad en el plazo de una o dos semanas.	Acelerar el parto para mujeres con preeclampsia grave lejos del término, independientemente de que el feto sea viable.		
✓ Acelerar el parto para mujeres con preeclampsia grave a término.			

RECOMENDACIONES DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA (PE/E) ³⁴	
✓ Prácticas recomendadas	Consecuencia de la práctica
✓ Administración de sulfato de magnesio, con preferencia a otros anticonvulsivos, para prevenir la eclampsia en mujeres con preeclampsia grave.	El sulfato de magnesio es el anticonvulsivo preferido para mujeres con preeclampsia o eclampsia graves. Si es posible, administrar un tratamiento completo con sulfato de magnesio a mujeres con eclampsia o preeclampsia grave. Si la administración de un tratamiento completo no es posible, estas mujeres deben recibir la dosis de impregnación de sulfato de magnesio, y se las debe trasladar de inmediato a un establecimiento asistencial de nivel superior para que reciban tratamiento adicional.
✓ Administración de sulfato de magnesio, con preferencia a otros anticonvulsivos, para el tratamiento de mujeres con eclampsia.	
✓ Tratamiento completo con sulfato de magnesio por vía intravenosa o intramuscular para la prevención y el tratamiento de la eclampsia.	
✓ En los ámbitos donde no es posible administrar el tratamiento completo con sulfato de magnesio, usar la dosis de impregnación de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a un establecimiento asistencial de nivel superior para mujeres con preeclampsia o eclampsia graves.	
Durante la asistencia posparto	
✓ Prácticas recomendadas	Consecuencia de la práctica
✓ Administración continua de antihipertensivos durante el período posparto para mujeres tratadas con antihipertensivos durante la asistencia prenatal.	Tratar a las mujeres con antihipertensivos durante el período posparto si: (1) tienen hipertensión posparto grave; o (2) recibieron tratamiento con antihipertensivos durante el embarazo.
✓ Antihipertensivos para mujeres con hipertensión posparto grave.	

Pronóstico

El riesgo aumenta en las mujeres con hipertensión severa o con antecedente de enfermedad cardiovascular, renal o patologías asociadas, especialmente trombofilias y lupus. Entre las complicaciones están el síndrome HELLP³⁵, eclampsia, hemorragia cerebral, el desprendimiento prematuro de placenta, disfunciones de la coagulación que causan sangrado generalizado (coagulopatía intravascular diseminada), acumulación de líquido en tejidos pulmonares (edema pulmonar), insuficiencia renal, hemorragia hepática e incluso la muerte³⁶, para el feto son restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad o puede llegar a la muerte³⁵.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

- Calidad

Propiedades o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

- Calidad de Vida

Designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Es un concepto extremadamente subjetivo y muy vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla.

- Control Prenatal

Se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

-Eclampsia

Aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas.

- Edad Gestacional

Edad Fetal a través del cálculo matemático en fecha de referencia la fecha de última menstruación o por ultrasonido.

- Edad Materna

Años cumplidos desde su nacimiento a la actualidad.

- Hipertensión:

Presión excesivamente alta de la sangre sobre la pared de las arterias.

- Morbilidad:

Señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados.

- Mortalidad

Los datos de **mortalidad** indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de **mortalidad** de la **OMS** reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.

- Paridad

Se refiere al número de niños que han tenido las gestantes.

- Preeclampsia

Síndrome clínico caracterizado por hipertensión con disfunción orgánica múltiple, proteinuria, edemas.

-Proteinuria

Presencia en la orina de proteínas en una cantidad superior a la normal.

- Síndrome HELLP

Enfermedad rara y muy grave que ocurre durante el embarazo. Puede comenzar rápidamente, incluso en el postparto, aunque es más frecuente durante el último trimestre de gestación. **HELLP** son las siglas en inglés de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas

- Vida

Modo de vivir en lo tocante a la fortuna o desgracia de una persona, o a las comodidades o incomodidades con las que vive.

CAPITULO III

RESULTADOS DE LA
INVESTIGACION

RESULTADOS

Una vez concluida la aplicación de los instrumentos y recolectada la información necesaria de las pacientes gestantes normales y con preeclampsia del Hospital Regional Docente Las Mercedes en el período de Enero a Marzo de 2015 que han cumplido con los criterios de inclusión y exclusión siendo indispensable en la realización de la investigación, se ha hecho un análisis en función de las variables ya descritas.

Para efecto de una mejor comprensión de los datos obtenidos del estudio realizado se ha procedido a representarlos en tablas comparativas según el tipo de gestación.

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Características generales de las pacientes gestantes normales y con preeclampsia entrevistadas en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, en el período de Enero a Marzo de 2015.

TABLA N° 1

EDAD MATERNA

			Tipo de Gestación		Total
			Pre ecláptica	Normal	
EDAD DE LA MADRE	14 - 19	Recuento	10	9	19
		%	20,0%	18,0%	19,0%
	20 - 30	Recuento	40	24	64
		%	80,0%	48,0%	64,0%
	30 a más	Recuento	0	17	17
		%	0,0%	34,0%	17,0%
Total		Recuento	50	50	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 1 se presentan las edades de las madres gestantes, lo que indica que de las 50 gestantes con preeclampsia y de las 50 gestantes normales, en ambos grupos en su mayoría oscilan entre 20 a 30 años, con un porcentaje de 80% y 48% respectivamente, lo que no representa un factor pre disponente para la presencia de preeclampsia en el embarazo.

TABLA N° 2
ÁREA DE RESIDENCIA

			Tipo de Gestación		Total
			Pre ecláptica	Normal	
ÁREA DE RESIDENCIA	Rural	Recuento	14	6	20
		%	28,0%	12,0%	20,0%
	Urbana	Recuento	36	44	80
		%	72,0%	88,0%	80,0%
Total		Recuento	50	50	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 2 se presenta el área de residencia de las gestantes, lo que indica que de las 50 gestantes con preeclampsia y de las 50 gestantes normales, en ambos grupos en su mayoría viven en zonas urbanas, con un porcentaje de 72% y 88% respectivamente; lo que podría mejorar su nivel de calidad de vida.

TABLA N° 3
GRADO DE INSTRUCCIÓN

			Tipo de Gestación		Total
			Pre eclámpsica	Normal	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	Recuento	19	4	23
		%	38,0%	8,0%	23,0%
	Primaria	Recuento	8	13	21
		%	16,0%	26,0%	21,0%
	Secundaria	Recuento	0	27	27
		%	0,0%	54,0%	27,0%
	Superior	Recuento	23	6	29
		%	46,0%	12,0%	29,0%
Total		Recuento	50	50	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3 se presenta el grado de instrucción de las gestantes encuestadas, de las cuales el 46% de las gestantes con preeclampsia alcanzaron el nivel superior, mientras que el 54% de las gestantes normales alcanzaron a estudiar el nivel secundario.

TABLA N° 4
ESTADO CIVIL

			Tipo de Gestación		Total
			Pre ecláptica	Normal	
ESTADO CIVIL	Casada	Recuento	9	11	20
		%	18,0%	22,0%	20,0%
	Soltera	Recuento	41	13	54
		%	82,0%	26,0%	54,0%
	U. Libre	Recuento	0	26	26
		%	0,0%	52,0%	26,0%
Total		Recuento	50	50	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 4 se presenta el estado civil de las gestantes entrevistadas, de las cuales el 82% de las gestantes preeclápticas son solteras, mientras que en las gestantes normales el 52% son convivientes, lo que no es un factor pre disponente a la preeclampsia, sin embargo puede influir en el nivel de calidad de vida, ya sea en el componente físico como en el mental.

TABLA N° 5
SITUACIÓN LABORAL

			Tipo de Gestación		Total
			Pre eclámpsica	Normal	
TRABAJA O NO	Si	Recuento	13	5	18
		%	26,0%	10,0%	18,0%
	No	Recuento	37	45	82
		%	74,0%	90,0%	82,0%
Total		Recuento	50	50	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5 se presenta la situación laboral de las gestantes entrevistadas, del cual se desprende que en ambos grupos, tanto preeclámpsicas como normales, en su mayoría no trabajan fuera del hogar, en un 74% y 90% respectivamente.

DATOS OBSTÉTRICOS

Características obstétricas de las pacientes gestantes normales y con preeclampsia entrevistadas en el Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, en el período de Enero a Marzo de 2015.

TABLA N° 6
GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO

			Tipo de Gestación		Total
			Pre ecláptica	Normal	
GANACIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO	10,00 Kg	Recuento	8	41	49
		%	16,0%	82,0%	49,0%
	12,00 Kg	Recuento	20	7	27
		%	40,0%	14,0%	27,0%
	15,00 Kg	Recuento	22	2	24
		%	44,0%	4,0%	24,0%
Total		Recuento	50	50	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 6 se presenta la ganancia de peso durante el embarazo en las gestantes encuestadas, de lo que se desprende que el 44% de las mujeres preeclápticas subieron aproximadamente 15 Kg, mientras que el 82% de las gestantes normales subieron aproximadamente 10 kg durante su embarazo, lo que goza de gran coherencia puesto que la incidencia de preeclampsia trae como consecuencia el incremento de peso durante el embarazo, lo que a la vez también podría perjudicar su calidad de vida.

TABLA N° 7
NÚMERO DE GESTACIONES

			Tipo de Gestación		Total
			Pre eclámpsica	Normal	
NÚMERO DE GESTACIONES	1	Recuento	20	17	37
		%	40,0%	34,0%	37,0%
	2	Recuento	12	11	23
		%	24,0%	22,0%	23,0%
	3	Recuento	8	6	14
		%	16,0%	12,0%	14,0%
	4	Recuento	4	8	12
		%	8,0%	16,0%	12,0%
	5	Recuento	4	4	8
		%	8,0%	8,0%	8,0%
	6	Recuento	0	1	1
		%	0,0%	2,0%	1,0%
	7	Recuento	0	2	2
		%	0,0%	4,0%	2,0%
	8	Recuento	2	1	3
		%	4,0%	2,0%	3,0%
Total		Recuento	50	50	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 7 se presenta el número de gestaciones en la muestra estudiada, lo que indica que tanto las gestantes preeclámpsicas (40%) y gestantes normales (34%) se encuentra en su primera gestación mientras; lo que evidencia que la preeclampsia es un factor de riesgo en primigestas.

TABLA N° 8
CONTROL PRE NATAL

			Tipo de Gestación		Total
			Pre eclámpsica	Normal	
CONTROL PRE NATAL	Si	Recuento	28	46	74
		%	56,0%	92,0%	74,0%
	No	Recuento	22	4	26
		%	44,0%	8,0%	26,0%
	Total		Recuento	50	100
			%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 8 se indica si la gestante se ha realizado o no controles pre natales, como resultado de esta investigación se determina que ambos grupos, tanto gestantes preeclámpsicas como normales, en su mayoría sí se han realizado estos controles, en un porcentaje de 56% y 92% respectivamente, lo que es favorable para ellas, debido a que un buen control pre natal permite identificar ciertos factores de riesgo que predispongan el inicio de la preeclampsia.

TABLA N° 9
NÚMERO DE CONTROLES PRE NATALES

			Tipo de Gestación		Total
			Pre eclámpsica	Normal	
NUMERO DE CONTROLES PRE NATALES	1 a 2 controles	Recuento	15	7	22
		%	30,0%	14,0%	22,0%
	3 a 5 controles	Recuento	29	12	41
		%	58,0%	24,0%	41,0%
	5 a 9 controles	Recuento	6	26	32
		%	12,0%	52,0%	32,0%
	9 o más controles	Recuento	0	5	5
		%	0,0%	10,0%	5,0%
Total		Recuento	50	50	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 9 se indica el número de controles pre natales que se han realizado las madres gestantes, y se determina que el 58% de las gestantes con preeclampsia se realizaron de 3 a 5 controles, mientras que el 52% de las gestantes normales se realizaron de 5 a 9 controles pre natales, lo que pudo ser una causa importante para la incidencia de preeclampsia, debido a que el MINSA considera que una gestante está debidamente controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación⁴¹.

TABLA N° 10
ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA

			Tipo de Gestación		Total
			Pre eclámpsica	Normal	
ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA	Si	Recuento	5	2	7
		%	31,2%	4,0%	10,6%
	No	Recuento	11	48	59
		%	68,8%	96,0%	89,4%
Total		Recuento	16	50	66
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 10 se indica si la gestante muestra de estudio tiene antecedente de preeclampsia en sus embarazos anteriores, lo que determina que en ambos grupos, tanto gestantes preeclámpsicas como normales, en su mayoría no tuvieron este antecedente en un porcentaje de 68% y 96% respectivamente, lo que es muy favorable para estas mujeres puesto que en el segundo o posteriores embarazos, el riesgo de desarrollar nuevamente preeclampsia es de un 60 por ciento. Debido a que, haber tenido antecedente de preeclampsia es un factor de riesgo para volver a desarrollarla, sin embargo las mujeres que hayan padecido la enfermedad son especialmente vigiladas en un nuevo embarazo desde el inicio para, conociendo la tendencia, prevenir que se desarrolle nuevamente.

TABLA N° 11
ENFERMEDADES COMO ANTECEDENTES FAMILIARES

			Tipo de Gestación		Total
			Pre ecláptica	Normal	
ENFERMEDAD COMO ANTECEDENTES FAMILIARES	Hipertensión	Recuento	36	4	40
		%	72,0%	26,7%	61,5%
	Diabetes	Recuento	14	8	22
		%	28,0%	53,3%	33,8%
	Obesidad	Recuento	0	1	1
		%	0,0%	6,7%	1,5%
	Preeclampsia	Recuento	2	0	2
		%	4,0%	0,0%	3,1%
	Total		Recuento	50	65
			%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 11 se muestran los antecedentes familiares que tuvieron las pacientes en determinadas enfermedades, lo que indica que el 72% de las mujeres preeclápticas tuvieron un antecedente familiar de Hipertensión, mientras que el 53.3% de las gestantes normales tuvieron un antecedente familiar de Diabetes.

TABLA N° 12
RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA
PREECLAMPSIA

			Tipo de Gestación		Total
			Pre eclámpsica	Normal	
RECIBIO INFORMACION SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA	Si	Recuento	26	13	39
		%	52,0%	26,0%	39,0%
	No	Recuento	24	37	61
		%	48,0%	74,0%	61,0%
Total		Recuento	50	50	100
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 12 se establece si las gestantes muestra de estudio recibieron o no información sobre los factores de riesgo para la preeclampsia, demostrándose que el 52% de las gestantes preeclámpsicas sí recibieron esta información, mientras que el 74% de las gestantes normales manifestaron no haber recibido dicha información.

CALIDAD DE VIDA

A continuación se exponen los promedios de calidad de vida en base a las medidas resumen del SF-36v.2, analizados con una estadística descriptiva para determinar el nivel de calidad de vida en las gestantes entrevistadas según su tipo de gestación.

TABLA N° 13
COMPONENTE FISICO Y MENTAL

TIPO DE GESTACION	CALIDAD DE VIDA							
	COMPONENTE SALUD FISICA				COMPONENTE SALUD MENTAL			
	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Preeclampsia	41.8	48.8	45.7	48.5	58.0	37.9	33.9	52.1
Normales	59.6	54.8	64.3	61.1	63.3	64.4	57.2	56.5

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 13, se determina la media aritmética de los componentes de calidad de vida, que son el componente de salud física y el componente de salud mental, con sus respectivos indicadores, como se sabe el SF-36v.2 determina la calidad de vida según una escala de 0 (menor calidad de vida) a 100 (mayor calidad de vida), por lo que es evidente que las gestantes normales poseen un nivel de calidad de vida más alto demostrándose su mejor estado de salud y capacidad para desarrollar una vida cotidiana con normalidad.

TABLA N° 14
CALIDAD DE VIDA

TIPO DE GESTACION	CALIDAD DE VIDA		
	COMPONENTE SALUD FISICA	COMPONENTE SALUD MENTAL	TOTAL
Preeclampsia	46.2	45.4	45.8
Normales	60.6	60.3	60.5

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N° 14 se determinan los resultados obtenidos del cuestionario SF-36v.2, sin embargo este instrumento impide estratificar la calidad de vida como buena, regular o mala. En base a esto sólo podemos referirnos a mejores o peores puntajes en relación a los componentes del instrumento aplicado entre las clasificaciones determinadas para cada variable, dentro de una escala que va de 0 hasta 100, donde este último valor indica una mejor calidad de vida. Según esto, las gestantes con preeclampsia tienen una calidad de vida en base a un puntaje de 45.8; a diferencia de las gestantes normales quienes alcanzan un puntaje de 60.5. Por lo tanto las preeclámpsicas están más alejadas del máximo valor que es 100, el mismo que refleja una calidad de vida por debajo de las gestantes normales.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LA INVESTIGACION

La Preeclampsia es una de las entidades más frecuentes que complica al embarazo, variando su incidencia entre 2% y 25% en diferentes partes del mundo, siendo causa contribuyente para numerosas complicaciones graves durante el embarazo, entre ellas el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, mortalidad fetal y neonatal, parto pre término y test de Apgar bajo; en la madre ocasiona consecuencias muy graves, tales como la insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, coagulación intravascular diseminada y shock, entre otros^{42, 43}.

En América Latina la morbilidad materna no se ha reducido sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado. Debido al aumento de pobreza, la falta de recursos económicos para acceder a los servicios de salud y falta de adaptación hace que las mujeres embarazadas recurran a su cultura y costumbres utilizando los servicios de parteras empíricas no calificadas para detectar los riesgos⁴⁴.

Los objetivos de este estudio fueron determinar cuáles eran las características epidemiológicas, las características obstétricas y finalmente el nivel de calidad de vida de las gestantes con preeclampsia y normales, los mismos que fueron totalmente alcanzados como se pasa a detallar a continuación.

El peso que tienen las variables epidemiológicas sobre la calidad de vida ya ha sido objeto de análisis en diversos estudios. Los resultados obtenidos en el actual trabajo no difieren en esencia de los ya publicados, aunque hay que precisar que no existe uniformidad en los instrumentos de medida de calidad de vida utilizados, ni en las poblaciones seleccionadas.

Numerosos trabajos científicos hablan de factores epidemiológicos que predisponen a padecer la enfermedad durante el embarazo, tales como las

edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, bajo nivel escolar, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia–eclampsia, obesidad y mujeres delgadas por debajo de su peso normal para la talla. También se han señalado factores tales como la mola hidatiforme, el hydrops fetal, hidramnios, multigestas fecundadas por un nuevo matrimonio y el tabaquismo. Otros han observado la asociación de enfermedades crónicas con esta enfermedad, entre ellas la diabetes, mellitus, hipertensión arterial crónica, antecedente familiar de hipertensión arterial, cardiopatías y epilepsia^{45, 46, 47}.

Con respecto a los controles prenatales, Tomić V et al⁴⁸, encontraron que las mujeres con embarazos complicados con preeclampsia tuvieron significativamente un numero bajo de visitas de cuidados prenatales que sus controles; en nuestro estudio se verificó una tasa muy baja de ausencia de controles prenatales, aunque en frecuencia hubo más ausencia en las mujeres con preeclampsia que en las mujeres de gestación normal, sin embargo esto no fue significativo; la explicación en nuestro medio radica en que la política de salud, es decir el MINSA, considera que una gestante está debidamente controlada si tiene al menos seis CPN.

En relación a los factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia, Suleiman A⁴⁹, en la Universidad de Princess Nora bint Abdul Rahman, Jordania, se propuso identificar factores de riesgo para preeclampsia, para lo cual evaluó a 184 gestantes con preeclampsia y a 172 controles encontrando que la hipertensión crónica, historia familiar de preeclampsia, diabetes, IMC elevado, nuliparidad, historia de preeclampsia previa y bajo nivel de educación fueron identificados como factores de riesgo para preeclampsia; Dalmáz C et al⁵⁰, en la Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, se propuso identificar la frecuencia de factores de riesgo para preeclampsia, para lo cual evaluó a 162 gestantes con preeclampsia y 169 controles, encontrando que la historia familiar de preeclampsia, la diabetes y la hipertensión crónica estuvieron asociados a

preeclampsia; Tomić V et al 20, en la Universidad de Mostar, Bosnia y Herzegovina, investigaron los factores de riesgo asociados a preeclampsia, para lo cual evaluaron a 542 gestantes con preeclampsia, encontrando que los factores significativamente asociados con preeclampsia fueron > 34 años, nuliparidad, gestación múltiple y recién nacido varón; nuestros hallazgos coinciden con los reportes de estos autores en donde la nuliparidad y la hipertensión crónica fueron factores de riesgo asociados a preeclampsia; la baja edad materna que encontramos no se ha verificado al contrastar con estos estudios; sin embargo en nuestros resultados existe una proporción importante de embarazos en mujeres jóvenes, probablemente explicados por la idiosincrasia y la cultura por un lado y los embarazos no deseados por otro que hacen que los embarazos se den en personas jóvenes.

En lo referente a niveles de calidad de vida los resultados obtenidos del cuestionario SF-36v.2, impiden estratificar la calidad de vida como buena, regular o mala. En base a esto sólo podemos referirnos a mejores o peores puntajes en relación a los componentes del instrumento aplicado entre las clasificaciones determinadas para cada variable, dentro de una escala que va de 0 hasta 100, donde este último valor indica una mejor calidad de vida. En este caso en concreto, a pesar de que las diferencias descritas a lo largo de la investigación no son estadísticamente significativas, se determina que la calidad de vida, sí influye negativamente por la presencia simultánea de preeclampsia en la gestación. Puesto que, dentro de los hallazgos esperables en este estudio, fue que las pacientes con preeclampsia presentaron una menor calidad de vida, a comparación de las gestantes normales, sin embargo no existen antecedentes de estudios que determinen si la incidencia de preeclampsia o no en una gestante influye significativamente en su calidad de vida.

CONCLUSIONES

El análisis de la información obtenida con las encuestas aplicadas a las gestantes, y la sustentación teórica permiten realizar las siguientes conclusiones:

- De acuerdo a los resultados obtenidos dentro de las características epidemiológicas se concluye que de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo en el período de Enero a Marzo de 2015, tanto preeclámpticas como normales oscilan entre los 20 a 30 años de edad, provienen de zonas urbanas y no realizan actividad laboral fuera del hogar.
- De acuerdo a los datos obstétricos recolectados en la investigación se determinó que hubo un aumento significativo de aproximadamente 15 Kg de peso en las gestantes con preeclampsia, a la vez también se logró identificar que ambos grupos de estudio se realizaron controles prenatales durante la gestación, sin embargo las gestantes preeclámpticas se realizaron de 3 a 5 controles mientras que las gestantes normales, de 5 a 9 controles.
- Finalmente el rubro calidad de vida se determinó en cada uno de sus componentes y dimensiones para ambos grupos de estudio, determinándose que las gestantes con preeclampsia tienen una calidad de vida por debajo de las gestantes normales. A su vez que las gestantes preeclámpticas y normales tienen una salud física superior a su salud mental.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere a los *profesionales de la salud*, inmersos en el campo de la Gineco Obstetricia realizar más investigaciones sobre preeclampsia que tengan un enfoque psicosocial e incorporen nuevas variables, con un mayor número de muestra, que nos puedan dar más luces acerca de cómo intervenir sobre los factores de riesgo predisponentes.
- Se recomienda al *Ministerio de Salud* y demás autoridades competentes impartir capacitación frecuente en la prevención y diagnóstico temprano de problemas hipertensivos del embarazo, mediante un programa de inducción para el personal profesional en los servicios de emergencia, consulta externa y hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo.
- Se recomienda al *personal de salud del Hospital Regional Docente Las Mercedes – Chiclayo*, del área de Gineco-Obstetricia, evitar fallas en la atención de las madres gestantes, reconociendo el problema, informando a las madres de forma oportuna, sencilla y concreta durante el control prenatal sobre la patología, su sintomatología y los factores de riesgo que pueden llevarla a sufrir de trastornos hipertensivos durante el embarazo, sugiriendo un trabajo en equipo para una mejor organización de los servicios de salud.
- Se sugiere que el personal de los *establecimientos de salud* que participan en la atención del control prenatal reciban capacitación permanente, para brindar una atención de calidad que les permita identificar factores de riesgo en una gestante y logren referencias oportunas a un hospital de mayor complejidad ajustándose a los requerimientos del Ministerio de Salud y de la Organización Mundial

de la Salud según las últimas tendencias y descubrimientos científicos.

- Se recomienda que el presente estudio, aunado a anteriores investigaciones sobre el tema, sirvan como iniciativa para contribuir en la disminución de la morbilidad materno perinatal a través del inicio de programas continuos de investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Duley L. El impacto global de la preeclampsia y la eclampsia. *Seminarios en Perinatología* 2009; 33 (3): 130-7.
2. Khan KS, Wojdyla D, Say L, M Gulmezoglu, Van Look PFA. Análisis de la OMS de las causas de muerte materna: una revisión sistemática. *The Lancet* 2006; 367: 1066-1074.
3. Villar L, Say, Shennan A, Lindheimer M, L Duley, Conde - Agudelo A, et al. Aspectos metodológicos y técnicos relacionados con el diagnóstico, detección, prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004; 85 Suppl 1: S28- En caso S41.
4. Tardón L. El Mundo Cercando a la preeclampsia 2014. <http://www.elmundo.es/salud/2014/03/18/532745e722601db9318b457e.html>
5. Sistema de bibliotecas de la UNMSM – Ginecología y Obstetricia- 2010 sisbiblio@unmsm.edu.pe
6. Avena L, Joerin N, Dozdor A, Brés A. Preeclampsia Eclampsia. *Revista de Posgrado de la V Cátedra de Medicina* 2008; 165:20- 25.
7. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome de HELLP. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología* 2008; 2(16): 140 – 144.
8. Sánchez E. Epidemiología de la Preclamsia. *Rev. Per. Obstet. Perú* 2006; 52(4): 213-218.

9. Pacora P, Ayarzún E, Belmar C, Huiza L, Santiváñez À, Romero R. La Preeclampsia-Eclampsia es un síndrome materno-fetal multifactorial. *Rev Per Ginecol Obstet* 2004; 50: 222-231.
10. Farfán J. Predicción de Preeclampsia y valoración fetal durante el embarazo. *Rev Per Gineco Obstet*. 2006; 52(4):229-36.
11. Morales C. Factores de riesgo asociados a Preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. *Rev. Per. Epidem. Perú*. 2011; 15(1): 1-5.
12. Morgan F, Calderón A, Martínez Félix I, et al. Factores de riesgo asociados con Preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex. México*. 2010; 78 (3): 153 -159.
13. Bech P. La calidad de vida en la investigación psicosomática. Un modelo psicométrico. *Psicopatología de 1987*; 20: 169-179.
14. Lizán, L. La perspectiva del paciente en la valoración de resultados de la atención sanitaria: medida de la calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria*. 1997 Dic; 20 Supl 1:191-197.
15. Real Academia española. Diccionario de la lengua española. 19ª edición. Espasa Calpe. Madrid 1970.
16. Fernández A, Hernández R, Cueto A. La calidad de vida: un tema de investigación necesario. Concepto y método. *Med Integral*. 1996 Ene; 27(2): 53-56.
17. Grupo WHOQOL. Protocolo de estudio de la Organización Mundial de la Salud Project para desarrollar una calidad de instrumento de

evaluación de la vida (WHOQOL). Calidad de vida Investigación 1993; 2: 153-159.

18. Fernández López JA, Hernández Mejía R. Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. *Med Clin* 1993; 101:576-578.

19. Organización Mundial de la salud. *Prevención y tratamiento de la Preeclampsia y la eclampsia*; 2011. Acceso 22 de diciembre 2014: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.30_spa.pdf

20. Vargas VH, Acosta GA, Moreno ME. La Preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(6): 471-476. Acceso 17 de enero 2015. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262012000600013&scrit=sci_arttext

21. Reyna-Villasmil E, Briceño-Pérez C, Torres-Cepeda D. Inmunología, inflamación y preeclampsia. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009; 69(2):97-110. Acceso 17 de enero 2015. <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v69n2/art05.pdf>

22. Muñoz Muñiz M. Estados Hipertensivos del embarazo. *Ginecología y Obstetricia. Manual CTO* 2011; (8):117-120.

23. Kjell Haram, Jan Helge Mortensen, Bálint Nagy. Genetic Aspects of Preeclampsia and the HELLP Syndrome. *Journal of Pregnancy* 2014; Acceso 24 de enero 2014. <http://www.hindawi.com/journals/jp/2014/910751/>

24. Villanueva Egan LA, Collado Peña SP. Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia. *Revista Facultad Medicina UNAM* 2007;

50(2):57-61. Acceso 30 de diciembre 2014.
<http://www.medigrafix.com/pdfs/facmed/un-2007/un072b.pdf>

25. Valdés R.E, Castro L.M, Castro C.D, Sepúlveda Martínez A. Utilidad de la relación proteinuria: creatinuria en muestra aislada en el diagnóstico diferencial de preeclampsia. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2012; 23:108–13. Acceso 19 de enero 2015.
https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/utilidad_relacion_preteinuria_creatinuria.pdf
26. Castillo Zamora M, Álvarez Jaramillo J, Escandón Barón AM, Márquez Duque JM, Páramo Díaz LI, Rojas Figueroa AC. Proteinuria masiva como factor pronóstico para morbilidad materno-fetal en pacientes con preeclampsia severa: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2012; 63(3):272-279. Acceso 3 de febrero 2015.
http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol63No3_Julio_Septiembre_2012/v63n3a11.htm
27. Huerta Bernal LG. Detección oportuna de preeclampsia en una unidad de medicina familiar. *Universidad Veracruzana, Córdoba* 2014; Acceso 6 de febrero 2015.
<http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Lisbet.pdf>
28. García V, Echavarría LG, Ardila R, Gutiérrez J. Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia severa. *Rev. chil. obstet. Ginecol* 2014; 79(1):9-13. Acceso 7 de diciembre 2014.
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262014000100002&lng=es.

29. Manisha Kar. Role of Biomarkers in Early Detection of Preeclampsia. *Journal of clinical & Diagnostic Reserch* 2014; 8(4):BE01-BE04. Acceso 8 de diciembre 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064886/>
30. Romero Arauz JF, Carranco Salinas C, Leaños Miranda A, Martínez Rodríguez ÓA. Preeclampsia atípica. Reporte de un caso. *Ginecología Obstetricia México* 2014; 82:354-360. Acceso 8 de marzo 2015. <http://www.medigrafix.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom145j.pdf>
31. Castelazo Morales E, Monzalbo Núñez DE, López Rioja MJ. Preeclampsia atípica y éxito perinatal: reporte de caso. *Ginecología Obstetricia México* 2014; 82:70-74. Acceso 10 de julio 2014. <http://www.medigrafix.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom141j.pdf>
32. Vera Carrasco O. Protocolo diagnóstico terapéutico de la preeclampsia grave y eclampsia. *Cuad. Hosp. Clín.* 2008; 53(1). Acceso 12 de enero 2015. http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S165267762008000100014&script=sci_arttext
33. Vigil De Gracia P, Gracia J, Campana S, Jarquín D, Peralta A, Vallecillo J, et al. Módulo de capacitación en pre-eclampsia/eclampsia. *Guía de hipertensión y embarazo* 2012. Acceso 14 de enero 2015. <http://fecolsog.org/index.php/component/content/article/19-australia/694-guias-de-hipertension-y-embarazo-de-flasog.html>
34. Puede encontrarse un informe completo de las recomendaciones en las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento

de la preeclampsia y la eclampsia (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335_eng.pdf), y puede encontrarse un listado completo de las pruebas científicas que respaldan estas recomendaciones en las Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia: Base de las pruebas científicas (http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_11.25_eng.pdf).

35. Marcoa Di I, Basualdob MN, Pietrantonib Di E, Paladinob S, Ingildec M, et al. Guía de práctica clínica: estados hipertensivos del embarazo. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 2010. Acceso 17 de febrero 2015. <http://www.redalyc.org/pdf/912/91218911005.pdf>
36. Bergel E, Carroli G, Althabe F. Métodos ambulatorios versus convencionales para el control de la presión arterial durante el embarazo. *Grupo Editorial: Cochrane de Embarazo y Parto* 2014; (4). Acceso 17 de febrero 2015. <http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001231>
37. García Ferrando, Manuel, *Socioestadística. Introducción a la estadística en Sociología*. Madrid: Alianza Editorial; 1985.
38. Josefina López y otros: *Metodología de la Investigación pedagógica I*. págs. 33 y 34.
39. Ware JE Jr, Sherbourne CD. El artículo 36 - Short Form MOS encuesta de salud (SF -36) (I). Marco conceptual y punto selección. *Care Med*. 1992; 30: 473-83.

40. Sterne JA, Bradburn MJ, Egger M. El meta-análisis en Stata .Es: Egger M, Smith GD, Altman DG, editores. Revisiones sistemáticas en el cuidado de la salud. *El meta- análisis en su contexto*. London: BMJ Publishing Group; 2004: 347-69.
41. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima, Perú: MINSA; <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf> (Fecha de acceso: 07 de enero del 2015).
42. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome de HELLP. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*. España. 2008; 2(16): 140 – 144
43. Farfán J. Predicción de preeclampsia y valoración fetal durante el embarazo. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2006; 52(4):229-36
44. Sánchez M. Factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga en el período comprendido entre enero 2008 a enero 2009. Tesis de Grado para Médico General. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Riobamba, Ecuador: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf>
45. Magnussen E, Vatten L, Smith G, Romundstad P. Trastornos hipertensivos en el embarazo y los factores de riesgo cardiovascular medidos posteriormente. *Obstet Gynecol*. 2009; 114 (5): 961-70

46. Bezerra P, Leo M, Queiroz J, Melo E, F Pereira, Nobrega M et al. Antecedentes familiares de hipertensión de un importante factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia severa. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010; 89 (5): 612-7.
47. Assis T, F Viana, Rassi S. Estudio sobre los principales factores de riesgo maternos en los síndromes hipertensivos. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91 (1): 11-7.
48. Tomić V, Petrović O, B Petrov, Bjelanović V, Naletilić M. Trastornos hipertensivos en el embarazo: un análisis de 5 años de la guerra y la posguerra en la región sur - occidental de Bosnia y Herzegovina. *Coll antropol*. 2011; 33 Suppl 2 : 115-9
49. Suleiman A. Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos entre las mujeres embarazadas jordanos. *Glob J Health Sci*. 2013; 6 (2): 138-44
50. Dalmaz C, Santos K, M Botton, Roisenberg I. Los factores de riesgo para los trastornos hipertensivos del embarazo en el sur de Brasil. *Rev Med Assoc Bras*. 2011; 57 (6) : 692-6
51. Inchaustegui N. Factores de Riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre enero a diciembre del 2014. Tesis de Grado para Médico Cirujano. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/529/1/tesis%20nino-OficialEMPASTADO.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1

DATOS GENERALES

- 1.- Edad de la Madre: 1) 14 a 19 años ☐ 2) 20 a 30 años ☐ 3) 30 a más años ☐
- 2.- Área de residencia: 1) Rural ☐ 2) Urbana ☐
- 3.- Grado de Instrucción: 1) Analfabeta ☐ 2) Primaria ☐ 3) Secundaria ☐ 4) Superior ☐
- 4.- Estado civil: 1) Casada ☐ 2) Soltera ☐ 3) Viuda ☐ 4) U. Libre ☐
5) Divorciada ☐
- 5.- Trabaja: 1) SI ☐ 2) NO ☐ Tipo de Actividad laboral _____
- 6.- Talla: _____
- 7.- Peso pre gestacional: _____
- 8.- Peso Actual: _____
- 9.- Ganancia ponderal del peso durante el embarazo: _____
- 10.- Paridad: _____
- 11.- Edad gestacional: _____
- 12.-Control prenatal: 1) SI ☐ 2) NO ☐
- 13.-Cuántos controles prenatales se ha realizado: 1) 1 a 2 controles ☐ 2) 3 a 5
controles ☐ 3) 5 a 9 controles ☐ 4) 9 o más controles ☐
- 14.- Cuántas Ecografías prenatales se ha realizado: _____
- 15.-En su embarazo actual presenta alguna complicación: 1) SI ☐ 2) NO ☐
- 16.-En su embarazo actual existen signos y síntomas como:
- Aumento de la presión arterial ☐
 - Edema ☐
 - Dolor de cabeza ☐
 - Aumento de peso ☐
 - Tinnitus ☐
 - Dolor en epigastrio ☐
 - Dolor en hipocondrio derecho ☐
 - Visión borrosa ☐
 - Zumbido de oídos ☐
- 17.- Datos de Exámenes de Laboratorio: ☐ ☐

Proteinuria ☐ Plaquetas ☐ Enzimas hepáticas ☐ Creatinina ☐
Hematocrito ☐

18.- Los Partos anteriores fueron:

1) Parto eutócico ☐ 2) Parto abdominal ☐

19.-Presentó complicaciones en embarazos anteriores: 1) SI ☐ 2) NO ☐

Cuáles _____

20.- Antecedentes de Preeclampsia: 1) SI ☐ 2) NO ☐

21.- Existe antecedentes familiares de enfermedades como:

1) Hipertensión ☐ 2) Diabetes ☐ 3) Obesidad ☐ 4) Insufic. Renal ☐
5) Preeclampsia ☐

21.- En su control de embarazo, recibió información sobre los factores de riesgo para la preeclampsia:

1) SI ☐ 2) NO ☐

ANEXO N° 2

ESTADO DE SALUD CUESTIONARIO SF-36 v.2 TM

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está segura de cómo contestar a una pregunta, escriba la mejor respuesta posible. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que **su Salud es**:

Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐

2.- **Comparando su Salud con la de un año atrás**, ¿Como diría Ud. que en general, está **su Salud ahora**?

Mucho mejor ☐ Algo mejor ☐ Igual ☐ Algo peor ☐ Peor ☐

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿**Su estado de Salud actual** lo limita para realizar estas actividades? Si es así. ¿Cuánto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

Actividades	Si, muy limitada	Si, un poco limitada	No, no limitada
a. Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.			
b. Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora.			
c. Levantar o acarrear bolsa de las compras			
d. Subir varios pisos por las escaleras			
e. Subir un solo piso por la escalera			
f. Agacharse, arrodillarse o inclinarse			
g. Caminar más de 10 cuadras (1 Km).			
h. Caminar varias cuadras			
i. caminar una sola cuadra.			
j. Bañarse o vestirse			

4.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de **su salud física**?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la cantidad de tiempo dedicada a su trabajo u otra actividad					
Hizo menos de lo que le hubiera gustado hacer.					
Estuvo limitado en su trabajo u otra actividad.					
Tuvo dificultad para realizar su trabajo u otra actividad.					

5.- Durante el **último mes** ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de **problemas emocionales** (sentirse deprimido o con ansiedad)?

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido el tiempo dedicado su trabajo u otra actividad.					
Ha logrado hacer menos de lo que hubiera querido.					
Hizo su trabajo u otra actividad con menos cuidado que el de siempre.					

6.- Durante el **último mes**, ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales normales** con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

7.- ¿Tuvo **dolor** en alguna parte del cuerpo en **el último mes**?

Ninguno ☐ Muy poco ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Muy severo ☐

8.- Durante **el último mes** ¿Hasta qué punto el **dolor ha interferido con sus tareas** normales (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

9.- Las siguientes preguntas se refieren a **como se ha sentido Ud.** durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. **Cuanto tiempo** durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
¿Se sintió muy animoso?					
¿Estuvo muy nervioso?					
¿Estuvo muy decaído que nada lo anima?					
¿Se sintió tranquilo y calmado?					
¿Se sintió con mucha energía?					
¿Se sintió desanimado y triste?					
¿Se sintió agotado?					
¿Se ha sentido una persona feliz?					
¿Se sintió cansado?					

10.- Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus **actividades sociales**, como por ejemplo; visitar amigos o familiares?

Siempre ☐ La mayor parte del tiempo ☐ Algunas veces ☐ Pocas veces ☐ Nunca ☐

11.- Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
Me enfermo con más facilidad que otras personas.					
Estoy tan saludable como cualquiera persona					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente.					

Gracias por su colaboración.

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

..... Identificada con DNI, acepto formar parte de la investigación titulada “**CALIDAD DE VIDA EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA Y NORMALES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES – CHICLAYO, ENERO A MARZO DE 2015**”, que tiene como objetivo determinar el nivel de calidad de vida en estas gestantes.

He sido informada que puedo rehusarme a participar en el estudio, así mismo se me informa que el instrumento a aplicarse será anónimo y que la información obtenida tendrá el fin de investigación.

Teniendo como conocimiento estas condiciones, procedo a firmar aceptando mi participación en este estudio.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Nombre del Investigador

Firma del Investigador

Fecha: ____ / ____ / ____

Hora: _____