



**UNAP**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**MORBILIDAD MATERNA EXTREMA AGUDA ASOCIADA  
POR PREECLAMPSIA SEVERA EN LA UCI DEL HOSPITAL  
REGIONAL DE LORETO DEL AÑO 2019**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN MEDICINA HUMANA VÍA  
RESIDENTADO MÉDICO CON MENCIÓN EN **GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR**

**JORGE LUIS CARDENAS QUICAÑO**

**ASESOR:**

M.C. BEDER CAMACHO FLORES, Dr.

**IQUITOS, PERÚ**

**2021**



**UNAP**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
"Rafael Donayre Rojas"  
UNIDAD DE POS GRADO



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN N° 15-DUPG-FMH-UNAP-2021**

En la ciudad de Iquitos, en el salón de grados de la Facultad de Medicina Humana, a los 09 días del mes de noviembre del año 2021; a horas 12:00, se dio inicio a la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: **"MORBILIDAD MATERNA EXTREMA AGUDA ASOCIADA POR PREECLAMPSIA SEVERA EN LA UCI DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DEL AÑO 2019"**; con Resolución Decanal N° 167-2021-FMH-UNAP, del 11 de junio del 2021, presentado por el Médico Cirujano **JORGE LUIS CARDENAS QUICANO**, para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana, vía Residentado Médico, con mención en **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**, de la Facultad de Medicina Humana "Rafael Donayre Rojas" de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, en la modalidad presencial, que otorga la universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 187-2020-FMH-UNAP, del 31 de julio del 2020, está integrado por:

Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez	Presidente
Mg DUGE. Jorge Luis Baldeón Ríos	Miembro
Mc. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas	Miembro

Luego de haber revisado y analizado con atención el Proyecto de Investigación; El Jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:


El Proyecto de Investigación ha sido: Aprobado por Unanimidad con la Calificación: ..... 87 .....

Estando el Médico Cirujano apto para obtener el Título Profesional de Segunda Especialidad Profesional en Medicina Humana Vía Residentado Médico con Mención en **Ginecología y Obstetricia**.

Siendo las 13:00 horas, se dio por terminado el acto.

  
.....  
Mg DUGE. Jorge Luis Baldeón Ríos  
**Miembro**

  
.....  
Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez  
**Presidente**

  
.....  
Mc. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas  
**Miembro**

  
.....  
Dr. Beder Camacho Flores  
**Asesor**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO EL 09 DE  
NOVIEMBRE DEL 2021. A LAS 13: 00 HORAS, EN EL SALON  
DE GRADOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN  
LA CIUDAD DE IQUITOS, PERÚ



Mg. SP. Javier Vásquez Vásquez  
**Presidente**



Mg DUGE. Jorge Luis Baldeón Ríos  
**Miembro**



Mc. Yessenia Vanessa Sherrezade Ramos Rivas  
**Miembro**



Dr. Beder Camacho Flores  
**Asesor**

## ÍNDICE

Portada.....	01
<b>Acta.....</b>	<b>02</b>
<b>Jurados.....</b>	<b>03</b>
<b>Índice .....</b>	<b>04</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>05</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>06</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>07</b>
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>09</b>
1.1 Descripción de la situación problemática.....	09
<b>1.2 Formulación del problema.....</b>	<b>09</b>
<b>1.3 Objetivos.....</b>	<b>09</b>
1.4 Justificación.....	09
1.5 Viabilidad.....	10
1.6 Limitaciones.....	10
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
1.1. Antecedentes.....	10
1.2. Bases teóricas.....	24
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES .....</b>	<b>25</b>
3.1. Formulación de la hipótesis.....	25
3.2. Variables.....	26
<b>CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>30</b>
4.1. Método de Investigación.....	30
4.3. Procedimientos de recolección de datos.....	30
4.6. Aspectos éticos.....	31
<b>COSTO TOTAL DEL PROYECTO ANUAL .....</b>	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>40</b>
1. Instrumentos de recolección de datos.....	44
<b>FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....</b>	<b>44</b>

## RESUMEN

Se efectuó un estudio de historias con el objetivo de determinar cuál es la morbilidad y sus principales complicaciones maternas, en pacientes diagnosticadas con preeclampsia severa en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019. Para ello, se ha considerado el estudio de las historias clínicas de todos aquellos pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia ingresados al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto en el año 2019. El método que se utilizó en la investigación fue cuantitativo porque se parte de ideas preconcebidas en relación con los factores de riesgos intrahospitalarios y los casos de mortalidad materna en los hospitales, con la finalidad de conocer si se asocian las variables revisadas. **RESULTADO:** La mortalidad materna identificada la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019 fue de 9,6% (n= 5) como causa directa, dentro de éstas la preeclampsia grave en primer lugar, seguido de las pacientes que presentaron atonía uterina, eclampsia y síndrome HELLP. Asimismo, el diagnóstico con mayor frecuencia fue el Síndrome Hipertensivo Gestacional en sus formas severas (Preeclampsia Grave y Eclampsia), con falla renal asociada seguido de la sepsis grave y la descompensación de patologías preexistentes. Una minoría perteneciente al conjunto de pacientes demandaron manejo quirúrgico complementario, destacándose la Histerectomía por indicaciones en complicaciones hemorrágicas y sépticas.

## **ABSTRACT**

A study of histories was carried out in order to determine the morbidity and its main maternal complications, in patients diagnosed with severe preeclampsia in the ICU of the Regional Hospital of Loreto in 2019. For this, the study of the medical records of all those pregnant patients with a diagnosis of preeclampsia admitted to the Gynecology-Obstetrics Service of the Regional Hospital of Loreto in 2019. The method used in the research was quantitative because it is based on preconceived ideas in relation to the factors of In-hospital risks and cases of maternal mortality in hospitals, in order to know if the variables reviewed are associated. **RESULTS:** The maternal mortality identified in the ICU of the Regional Hospital of Loreto in 2019 was 9.6% (n = 5) as a direct cause, among these, severe preeclampsia in the first place, followed by the patients who presented uterine atony, eclampsia and HELLP syndrome. Likewise, the most frequent diagnosis was Gestational Hypertensive Syndrome in its severe forms (Severe Preeclampsia and Eclampsia), with associated renal failure followed by severe sepsis and decompensation of pre-existing pathologies. A minority belonging to the group of patients demanded complementary surgical management, highlighting the hysterectomy for indications in hemorrhagic and septic complications.

## INTRODUCCIÓN

Cuando hacemos referencia a la preeclampsia severa, es habitual asociarla a la Morbimortalidad materna. (1) En efecto la preeclampsia es un trastorno multisistémico de etiología no conocida, compone una de las causas más significativas de morbilidad materna y perinatal en el mundo. Asimismo, las cifras de mortalidad materna y perinatal se encuentran en aumento y aqueja a todos los países en el mundo y como consecuencia de ello se convierte en una problemática global. De acuerdo con la (OMS) el 99% de las muertes maternas en el mundo se registran en los países en desarrollo. África tiene un porcentaje alto seguido de Asia Meridional (2)

(Villalon, 2007), (3) mediante su tesis estudia los reportes en el Perú que se ocasionan por Morbimortalidad materna severa asociada a la preeclampsia en los diferentes centros de Salud del Perú, concluyendo que el Hospital Nacional Cayetano Heredia tiene una incidencia de 4.2%, en el Hospital Arzobispo Loayza 6.8%, Hospital Hipólito Unanue 9.5%, en el Hospital Naval alcanzo una incidencia de aprox. 3%, en la Maternidad de Lima aprox. 11%, y en el Hospital San Bartolomé se registró una incidencia de 9%. A nivel internacional tenemos México 3%, en Cuba de un 2% a un 15%, Argentina con una incidencia del 10%, Chile 15% y en EEUU hay una incidencia del 8%.

En el Perú, de acuerdo con Culque (2000-2010) (4) la preeclampsia es una de los orígenes más frecuentes de muertes perinatales en el Hospital ESsalud de la ciudad de Lima siendo la primera causa de muerte materna con muertes principales de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU). (5) Asimismo, en la ciudad de Iquitos la frecuencia es 1.5% por para preeclampsia leve y de 1,6% para preeclampsia severa en el Hospital Regional de Loreto registrado en el año 2010. (6)

Es conocido que, se han conseguido progresos en la salud materna (7) empero las complicaciones relacionadas durante el embarazo, el parto y el puerperio; continúan existiendo un importante dificultad de salud pública en el mundo.(8) En efecto la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) (9), a través de sus miembros ha logrado contribuir con avances al país con avances a nivel tecnológico, en conceptos de salud y en conceptos

humanísticos de la atención que contribuyen en optimizar la salud de las mujeres y la eficacia de la misma. (10) Los cuales son reportados a través de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia (RPGO) (11), y desde esa fecha se constituyó en su órgano oficial de publicación científica. (12)

Considerando que la preeclampsia es un síndrome progresivo, y que es ocasionado por la disminución del humedecimiento de múltiples órganos, secundaria a vasoespasmo, aceleración endotelial y de la cascada de la condensación, en la cual la hipertensión es un signo más; es decir, que dicho síndrome estará combinado en primer lugar por los signos de disfunción o fallo orgánico no afines a las cifras de hipertensión arterial; desprendiendo su carácter polisintomático. La hipertensión provocada por el embarazo surge posteriormente de las 20 semanas, durante el alumbramiento o las doce primeras semanas del puerperio. (13)

Es necesario considerar otras variables tales como la edad en las mujeres, ya que el riesgo de muerte aumenta con la misma en mayores de 30 años o más, las mujeres sin control prenatal, o embarazos menores de 28 semanas.

Por último, la presente investigación permitirá tomar acciones oportunas y conjuntas para disminuir la morbimortalidad materna por preeclampsia severa. Asimismo, el objetivo de dicho estudio consta en describir las causas que ocasionan la morbilidad materna por preeclampsia en la unidad de cuidados intensivos del Hospital regional de Loreto en el periodo del 2019. (14)



## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática.**

#### **1.2 Formulación del problema**

##### Problema General

1. ¿Cuál es la morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019?

##### Problemas específicos:

1. ¿Cuál es la frecuencia de las gestantes con morbilidad materna extrema aguda atendidas asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019?
2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de la morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019?
3. ¿Cuáles son las complicaciones maternas según la morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019?

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo general**

1. Determinar cuál es la morbilidad y las importantes dificultades maternas, en pacientes precisadas con preeclampsia severa en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019.

#### **1.3.2 Objetivos específicos:**

1. Identificar las madres gestantes con morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019
2. Identificar las características epidemiológicas de las gestantes con morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019.
3. Identificar las complicaciones maternas de acuerdo al tipo de preeclampsia en gestantes atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019

### **1.4 Justificación**

Considerando que la preeclampsia es calificada como un síndrome Hipertensivo Gestacional y se presenta como un problema vigente en la ginecología de manera continua con consecuencias de morbilidad materna y perinatal, por ello es importante estudiarla, proponer actividades intervencionistas clínicas, laboratorio de diagnósticos para reducir el número de dificultades, así como sus graves consecuencias. Además, es importante desplegar las etapas originarias de estas dificultades y su intervención médica temprana, para mejorar las

consecuencias maternas fetales y ofrecer asesoría a las jurisdicciones pertinentes para direccionar los recursos materiales y humanos en la administración y tratamiento de las dificultades más frecuentes del Síndrome Hipertensivo Gestacional

Por otro lado, el incremento de embarazos en la ciudad de Loreto se comporta de manera ascendente y principalmente el embarazo adolescente con complicaciones.

En la localidad de Loreto se hayan escasos estudios actualizados relacionados a los factores de riesgo a preeclampsia, y allí se basan en datos obtenidos en otras fuentes para colocar en categorías a las madres gestantes en relación a factores de riesgo reportados en otros lugares del mundo.

### 1.5 Viabilidad

1. Características Gineco-Obstétricas: Edad gestacional, paridad, Tipo de terminación de la gestación.
2. Morbi-mortalidad Materna: Preeclampsia refractaria al tratamiento, Edema pulmonar, Abruption Placentae, Insuficiencia Renal Aguda, Eclampsia; Hematoma Supcapsular Hepático, Trastornos Neurológicos, Muerte Materna.

### 1.6 Limitaciones

1. Limitación para la recolección de los datos.
2. Limitación con proporción al diseño de estudio ya que, al ser retrospectivo, no se pudo obtener datos directos o de fuente primaria del paciente sino a través de las historias clínicas; las cuales en circunstancias no se encuentran completadas y se obtiene sesgo de pesquisa.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### 1.1. Antecedentes

A nivel internacional:

Jiménez (2017) (15) mediante el desarrollo de su investigación basada en los riesgo y complicaciones materno-fetales en relación al tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo en pacientes atendidas en el Hospital General Isidro Ayora de Loja, mediante su investigación pretende identificar los factores de riesgo, establecer las complicaciones maternas, establecer las complicaciones fetales de la población investigada. Mediante un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, elaborado gracias a la recolección de datos de historias clínicas de 45 mujeres ingresadas en el servicio de Gineco-obstetricia en el mes de enero a junio 2016, quienes se efectuaron mediante los criterios de inclusión. Como resultado de la investigación se obtuvo menos de la mitad de las mujeres encuestadas (42,2%)

presentaron preeclampsia, menos del tercio de la población (28,8%) presentó hipertensión gestacional, una minoría es decir el (17,7%) presentó eclampsia asimismo el (11%) con hipertensión crónica. En cuanto a las edades de las madres encuestadas una minoría correspondiente al (17.7%) pertenecen a edades > de 35 años, son gran multíparas un porcentaje ascendiente al (26,7%) cursaron un embarazo a término. Por otro lado, las madres encuestadas con feto único corresponden al (30%), empero solo el (20%) se realizaron 5-8 controles en el embarazo. La mayor cantidad de las mujeres encuestadas es decir el (80%) no presentan complicaciones maternas.

Vásquez (2016) (16), analiza las dificultades en madres con preeclampsia e hiperuricemia que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos, con el objetivo de determinar las complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia e hiperuricemia encontradas en la unidad de cuidados intensivos del hospital de alta especialidad. Material y método. Haciendo uso de un estudio transversal y retrospectivo en el que se examinaron las historias clínicas de pacientes embarazadas con preeclampsia con criterios de complejidad. Asimismo, las complicaciones maternas solo se estudiaron en las pacientes con hiperuricemia (concentraciones de ácido úrico a la admisión mayores de 4 mg/dL). Mediante una estadística descriptiva se concluyó que la frecuencia de pacientes con hiperuricemia asciende a 112 madres que corresponde a un 88.1%. Los embarazos por cesárea corresponden 112 casos o el 98.21% y la frecuencia de las complicaciones maternas fue de 50% correspondiente a 56 casos. Además, el síndrome de HELLP encontrado ascendió a 45 madres o el 40.1% con lesión renal aguda 6.2% (7 casos), abrupto placentario 1.7% (2 casos), hemorragia por atonía uterina 0.8% (1 caso) y edema agudo pulmonar 0.8% (1 caso), síndrome de insuficiencia multiorgánica 0% y mortalidad materna 0%. En el total de los casos de las pacientes la enfermedad no empeoró. A modo de conclusiones, en relación a la frecuencia de pacientes con hiperuricemia y de las complicaciones maternas fueron consecutivas. Asimismo, los caos verificados fueron diferentes a las reportadas en estudios previos. Las cuales, se resolvieron con el tratamiento médico, lo que puede ser un reflejo del efecto benéfico de los cuidados intensivos.

Rodríguez (2015). (17) estudió los factores de riesgo y complicaciones materno-fetales en embarazadas con preeclampsia grave atendidas del Hospital Alemán Nicaragüense año 2014. La investigación se orientó en componentes de riesgo y los conflictos maternos y fetales en pacientes embarazadas con preeclampsia grave atendidas durante el periodo 2014. Mediante un estudio descriptivo de corte transversal se consideró como

población a 6436 pacientes, del cual 221 pacientes fueron egresadas con diagnóstico de preeclampsia grave, con una incidencia del 3.5 %. La masa de estudio fue de 102 pacientes quienes cumplieron los criterios de inclusión. Asimismo, en relación al grupo etario con mayor frecuencia de 20-35 años obteniendo el 52%, y las menores de 20 años con un 43%, más del 50% de ellas presentaban solo estudios de secundaria, con procedencia urbana, acompañada, nulípara en más del 50%, gran porcentaje efectuó más de 4 CPN, la vía de dificultad del embarazo más frecuente fue cesárea. En relación a los factores de riesgos preconcepciones se encontró: nulípara, edades extremas e hipertensión crónica. En relación a los factores de riesgos concepciones se considera los siguientes; ganancia exagerada de peso, edema patológico, preeclampsia moderada, hipertensión inducida por el embarazo y poli hidramnios. En relación a las complicaciones fetales se encontró CIUR, bajo peso al nacer, prematuros y sepsis neonatal. Las dificultades maternas con mayor frecuencia presentada fueron: anemia, transfusiones, hipertonía uterina, trombocitopenia, DPPNI e intoxicación por sulfato de magnesio. A modo de recomendación se indica que se habilite la clínica de adolescentes diferenciada hacia este grupo poblacional y que se ofrezca orientación sobre salud sexual y reproductiva, realizar CPN priorizando a las pacientes con factores de riesgo, realizar en pacientes con factores de riesgo doppler fetal como predictor de preeclampsia, así como indicar aspirina y calcio en pacientes con factores de riesgo.

Vintimilla (2014) (18) estudió las complicaciones materno-fetal asociadas a preeclampsia- eclampsia en pacientes atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Esta pesquisa se ejecutó con el motivo de analizar las principales complicaciones, materno- fetal asociadas a preeclampsia – eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital en estudio. Mediante un estudio explicativo, retrospectivo, de cohorte longitudinal, el objetivo fue identificar los principales factores de riesgo, establecer las patologías asociadas y comprobar la morbi- mortalidad materno- fetal en las pacientes que sufrieron preeclampsia- eclampsia. Se obtiene como efecto que las madres con dificultades por preeclampsia – eclampsia tiene una posición entre la edad de los 20 a 35 años con 52,94%, paridad nulípara con 42,02%, hipertensión arterial materna con un 80,67%, con una instrucción primaria con un 48,74%, con control prenatal adecuado mayor a 5 con 91,60%, patologías asociadas como la diabetes mellitus con 66,67%. Las dificultades maternas: síndrome de Hellp con un 56,25%, edema agudo de pulmón 31,25%, hematoma subcapsular hepático 12,50%; complicaciones neonatales: prematurez con 68,75%, limitación en el crecimiento intrauterino con 5,18% y óbito fetal con un 13,39%.

A nivel nacional:

Chahuayo, Vilca & Jaurapoma (2020) (19) mediante su investigación buscaron determinar las características personales, obstétricas y clínicas de las pacientes que presentaron morbilidad materna extrema . Mediante un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, realizado en el Hospital Departamental de Huancavelica (Perú), donde se revisaron 94 historias clínicas de gestantes o puérperas atendidas en (UCI) en el periodo de enero 2016 a diciembre 2018. Se obtiene como resultado que las características personales de las pacientes con morbilidad materna extrema fueron; presentan una edad materna entre 20 a 34 años (53,2%), estado civil soltera (35,1%), grado de instrucción secundario (45,7%) y procedencia rural (63,8%). En relación a las particularidades obstétricas, se presentaron una paridad de nulíparas y multíparas (26,6%), 6 controles prenatales (59,6%) y un periodo intergenésico adecuado (67,0%). Por último, las características clínicas de esta población fueron la preeclampsia severa (48,9%), shock hipovolémico (13.8%), síndrome de Hellp (12.8%), eclampsia (11.7%), aborto (5.3%), hemorragia posparto (3.2%) y shock séptico (3.2%). Se define que las madres con morbilidad materna extrema, más del 50% tienen edades oscilantes entre 20 a 34 años, la mayoría solteras.

Rioja (2020) (20) buscó identificar los factores determinantes de la morbilidad materna extrema en gestantes con el propósito prevenir y disminuir las tasas de morbimortalidad materna. Ejecutó una investigación observacional, analítica, retrospectivo de corte transversal con diseño de casos y controles, en 50 gestantes atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque entre los años 2016-2017 con casos de morbilidad materna extrema (Grupo casos) y 50 sin morbilidad (Grupo control). La prueba utilizada es de Chi cuadrado y el OR, con  $p < 0.05$  significativo. Consiguió como consecuencia del análisis que los factores materno fetales determinantes de morbilidad materna extrema estuvieron con el IMC Pregestacional ( $p=0.000$ , OR= 180,17), la ganancia de peso inadecuado ( $p=0.000$ , OR= 114,89), la Multiparidad ( $p=0.000$ ; OR=18.39). Los factores sociodemográficos fueron edad mayor a 35 años ( $p=0.002$ , OR= 13.82), el no contar con desagüe ( $p=0.046$ ), no contar con luz eléctrica ( $p=0.006$ ). Los factores salubres estuvieron en la semana gestacional en la que inicia la atención prenatal mayor a 14 semanas ( $p=0.000$ , OR= 114.89), la cifra de atenciones menor a 6 ( $p=0.000$ , OR= 61.71), el no tener plan de parto ( $p=0.031$ , OR= 9.33), la ausencia de carnet perinatal ( $p=0.000$ , OR= 126) y la identificación de alguna desidia durante el cuidado gestacional ( $p= 0.000$ , OR= 53.08). Finalmente, el resultado de los vitales factores definitivos de la morbilidad materna extrema en las gestantes atendidas en el centro y los años de estudio; se

relacionan con la edad, el índice de masa corporal Pregestacional y el documento perinatal con datos faltantes.

Ayala (2017) (21) inquirió en los factores de riesgo que influyen en preeclampsia ocurridas en el Hospital San Juan De Lurigancho en el año 2016. Con la finalidad de conocer los componentes de riesgo que interfieren en las preeclampsias ocurridas. Se revisaron 134 historias clínicas de egresos maternos con análisis de preeclampsia mediante el método no experimental, cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. Obteniendo como resultados que la preeclampsia leve en 22.4 % y severa 77.6 %. Sin control prenatal en 17.3% e inadecuado en 30.8% presentaron preeclampsia severa. Además, de la Obesidad se encontró en preeclampsia severa (24 %) y preeclampsia leve (16.7 %). En las madres primíparas se encontró en 38.5% para preeclampsia severa. Periodo entre un embarazo y otro fue en 19.2 % de preeclampsia. Las madres que culminaron su parto por vía vaginal 16.3% y cesárea 83.7 % presentaron preeclampsia severa. Esta investigación concluyó que los factores de riesgo que interfieren en preeclampsia fueron edades extremas de la vida, el nivel educativo secundaria, su estado civil conviviente, inadecuado control prenatal, obesidad, primiparidad y periodo intergenésico prolongado.

Papajo (2017) (22) Tuvo como objetivo caracterizar la morbilidad materna extrema (MME) en un Hospital Nacional de Lima de referencia y alta demanda. Mediante un estudio descriptivo, basado en observación transversal, retrospectivo, hacia una serie de casos realizados en el Hospital Nacional E. Sergio Bernales Lima, Perú. Se consideró como participantes a madres gestantes o puérperas. Dentro de las historias revisadas en el año 2014 de morbilidad materna extrema afines con la enfermedad concreta; tales como falla orgánica o manejo. Entonces, se obtiene como hechos y peculiaridades de las pacientes que presentan morbilidad materna. La conclusión de la morbilidad materna extrema (MME) concluyó afectando a 1.33% de pacientes del Hospital Nacional E. Sergio Bernales, en donde se involucra la edad materna entre los 18 y 35 años, grado de instrucción secundaria, convivientes, paridad >1, la ausencia de los controles prenatales, períodos intergenésicos cortos, embarazos culminados en abortos y siendo las cesáreas las más complicadas. Los trastornos hipertensivos de la gestación y embarazos terminados en abortos fueron las causas más importantes de MME (43,04%), seguida por la hemorragia del 2° y 3° trimestre de la gestación (11,39%). Finalmente, se concluye que la morbilidad materna extrema se ostentó considerablemente en el Hospital Nacional E. Sergio

Corilla & Ilizarbe (2016) (23) ambos estudiaron la Preeclampsia severa y complicaciones neonatales en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo, durante el periodo enero – diciembre 2016, con el objetivo principal de establecer la relación que existe entre preeclampsia severa y complicaciones neonatales. El método manejado en dicha de la investigación fue un estudio observacional descriptivo correlacional, retrospectivo, transversal considerando como población de 121 pacientes gestantes con el diagnóstico de preeclampsia severa y sus respectivos neonatos. Los datos fueron recopilados por el instrumento y la revisión de historia clínica con el fin de examinar las variables. Mediante la prueba de Chi cuadrado e índice de correlación se obtuvo como resultado que existe analogía baja positiva entre preeclampsia severa y dificultades neonatales, con un coeficiente de correlación(r) de  $r=0,12$ . Finalmente, las dificultades neonatales halladas consistieron en lo siguiente: restricción de crecimiento intrauterino 36,7%, bajo peso al nacer 35,7%, prematuridad 24,4%, asfixia neonatal 25,5% y dificultad respiratoria 32,6%.

Pérez y Rengifo (2016) (24) desarrollaron los factores predisponentes a la pre-eclampsia y su correlación con las dificultades materno fetales de las gestantes que acudieron al Hospital II EsSalud de la ciudad de Tarapoto, en el periodo correspondiente a los meses de enero – mayo del año del 2016. Dicha investigación llega a la conclusión que la mayor proporción de mujeres con pre-eclampsia pertenecen a madres convivientes siendo el 66,4% y las madres originarias de zona urbana equivalen al 69,8%. Por otro lado, en relación a los factores predisponentes tales como la “relacionados con la pareja” resaltan las nulíparas 76,7% y de andria en un rango de 1 a 3 parejas siendo el 98,3%; “No relacionados con la pareja” la pre-eclampsia previa 46,6%, periodo intergenésico > 3 años 80,2% y el 65,5% historia familiar de pre eclampsia; “presencia de enfermedades previas” hipertensión arterial 62,1%; “Ambientales” pobre no extremo 60,3% y educación primaria 76,7%; “Relacionados con el embarazo” la ITU 95,7%.

Guevara & Meza (2014) (25) investigaron la preeclampsia, y llegaron a la conclusión es una enfermedad del embarazo que afecta a la madre y al feto, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. E incluso, se consuma que complica de en un rango d d 3 a 22% de los embarazos y la causa subalterna es la muerte materna en el Perú, con un porcentaje del 32%.

Solís (2014) (26) determinó las complicaciones clínicas en las madres gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz enero 2013 - julio 2014, con la finalidad de investigar las complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia que fueron atendidas en el Hospital materia de estudio. La pesquisa realizada fue descriptiva y de tipo transversal - retrospectivo. Para el estudio del caso, se consideraron ciento diecisiete casos clínicos de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia que asistieron al Hospital. Se obtuvo como resultados que el 3% de los partos atendidos presentaron preeclampsia. Las gestantes entre veinte a veinticuatro años (23,9% de los casos) fueron la mayoría; seguidamente el 77,8% eran convivientes; 70,9% contaban con instrucción de nivel secundario; 54,7% resultaron multigesta, 47,9%, nulíparas; 82,1% no tenían antecedentes de hipertensión inducida por el embarazo; 55,6% tuvieron atención prenatal inadecuada; la edad gestacional a término (37 a 40 semanas) 70.1% y el 84,6% culminaron en cesárea. La complicación materna más frecuente fue el parto prematuro (16,2%), seguido por el 7,7% de DPP y el 4,3% de eclampsia y hemorragia postparto, respectivamente. Se finiquitó que la periodicidad de preeclampsia fue de 3% en el tiempo de estudio; siendo las complicaciones maternas más usuales el parto prematuro y el desprendimiento prematuro de placenta.

Espinoza J. (2014) (27). Estudia el padecimiento hipertensivo de la gestación en relación al parto anticipado en el servicio de ginecobstetricia del Hospital Vitarte durante el periodo de enero del 2009 a diciembre del 2012. Por lo que, concluye que la hipertensión avanzada en la gestación se produce en el 88% de la población de estudio. De estos, las madres primerizas tuvieron preeclampsias leves obteniendo un 45%. En general, el aborto predominó entre las 38 y 41 semanas (36%), por otro lado, el 33% de los gestantes con esta patología leve ostentaron menor a 38 semanas. El 36% de los RN pesaron más de 3.000 g. Las morbilidades maternas fueron en menor proporción. El 23% estaban claramente coherentes con la presión arterial alta.

Aguirre (2013) (29) analizó la prevalencia y características de los trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital de apoyo de puquio marzo 2012 – febrero 2013. La pesquisa indagó la que predomina y las peculiaridades de los trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital de Puquio durante el espacio del mes de marzo 2012 al mes de febrero 2013. En dicha investigación se exploraron 106 casos clínicas de madres gestantes y realizó mediante un estudio de tipo descriptivo por lo que se concluyó que la particularidad de los trastornos hipertensivos en el embarazo asciende al



23.6% de los cuales el 16% son relacionados al embarazo. Los eventos hipertensivos se presentan en 12% para la hipertensión arterial transitoria, 44% de preeclampsia leve, 28% de preeclampsia severa y 16% para la eclampsia. Presentándose un 32% entre las 22 a 27 semanas de gestación, 44% entre los 28 al 36, 8 20% del 37 a 42 y 4% mayores a 42 semanas. Los trastornos hipertensivos ascienden en un 32% en la etapa adolescente, 52% en la etapa adulta y 16% en la etapa longeva. Los trastornos hipertensivos se manifiestan en un 36.8% se presentaron en nulíparas siendo en ellos más habituales que en las múltiparas. El 60% de los trastornos hipertensivos muestra referencias de cuadros parejos en gestaciones preliminares. Estando relacionados con Apgar disminuido.

Del Carpio (2013) (30) mediante su investigación buscó analizar la situación de la mortalidad materna en el Perú; haciendo uso de la fuente del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, así como la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar; evidencio una disminución en las razones de mortalidad materna entre los años 2000 y 2012, las causas directas se mantienen, pero en diferentes porcentajes por regiones naturales, donde la hemorragia es la primera causa de mortalidad materna; la mortalidad materna en el Perú está relacionada con la falta de conocimiento en sus derechos de las para ejercer sus derechos, en especial los sexuales y reproductivos.

Quispe R. (2013). (31) buscó poner en claro a las dificultades maternas y fetales de la preeclampsia concluyentes en un hospital del Sur del Perú, en el año 2013. La finalidad de la búsqueda fue valorar la frecuencia de las complicaciones maternas y en el niño de la preeclampsia de gestantes de un hospital de Sur peruano. Mediante un estudio transversal y se consideraron un grupo de casos de sesenta y dos madres con resultados pre-eclampsia entre 19 y 34 años (60%) en relación a las incidencias demográficas del paciente presenta una periodicidad más alta. El estado civil más habitual fue la convivencia (58%) y el grado educativo fue secundaria (52%). Con referencia a las tipologías obstetricia y ginecología se halló que las que muestran un embarazo a término (80%). Paridad (66%); en relación a la vigilancia prenatal apropiada (94%) y la complicación del embarazo por cesárea (81%). Las dificultades maternas encontradas fueron la preeclámpicas (3%) y rotura placentaria (3%). Por último, no se encontró muertes maternas. Asimismo, las complicaciones fetales manifestadas se hallaron retraso en el crecimiento intrauterinos (13%), el SFA (5%) y muertes fetales. (2%).

Rodríguez, Saavedra, Galindo, Ybesta (2013) (32) A través de esta investigación, intentó dar a conocer los componentes afines con la mortalidad materna en los hospitales del Sur- en el Departamento de Ica, Perú. Tomando como base los casos y controles, se conformó a siete madres fallecidas, confrontado con un secundario conjunto de control de 14 mujeres que sobrevivieron a dificultades en el embarazo, parto y puerperio. Para las variables de interés en su análisis, se obtuvo como base la estimación de Razón de Disparidad (OR), en relación a los intervalos de confianza en 95%. De lo que se desprende la agrupación en las variables; tales como una vigilancia del parto por otro profesional con un OR 17 e IC95% (13-216) y de los pacientes alusivos tienen un OR 22 e IC95% (1.85-26). De los resultados obtenidos se infiere que los pacientes de alto riesgos obstétricos corresponden ser atendidos por el especialista en gineco-obstetricia y las reseñas de los pacientes con dificultades obstétricas.

Acho, Salvador, Díaz & García (2011) (33) mediante su investigación tienen como objetivo determinar la frecuencia, diagnóstico de ingreso, estancia y tasa de letalidad de pacientes ginecoobstétricas admitidas en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Haciendo uso de un estudio descriptivo se experimentó en el Departamento de Ginecología y Obstetricia y Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. A través, de un análisis de Historias clínicas, epicrisis de UCI y Sistema Informático Perinatal, de pacientes ginecoobstétricas y la utilización de dicho método se revisó las historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos y el Sistema Informático Perinatal del total de pacientes ginecoobstétricas que se integraron en el mes de enero de 2008 al mes de diciembre de 2009. Se estudiaron como variantes lo siguiente; la edad materna, diagnóstico de ingreso hospitalario, diagnóstico de ingreso a UCI, días de permanencia en UCI, intervenciones en UCI (ventilación mecánica, transfusiones, uso de inotrópicos) y muerte de las pacientes en UCI. Se obtuvo como resultado que la atención de pacientes ginecoobstétricas en UCI en la etapa de estudio, se examinó 52 historias clínicas, que representaron 0,54 % de las intervenciones obstétricas en el hospital. Se consideró a ventaseis HC del año 2008, tendiendo como edad media de las pacientes fue 26,9 años; las primeras causas de ingreso a UCI fueron preeclampsia severa, eclampsia y shock séptico por aborto infectado, cada una con 19,5% (n= 5, cada una); la hemorragia posparto con shock hipovolémico y las cardiopatías congénitas representaron 7,6% (n = 2, cada una). El promedio de días en hospitalización de UCI fue a cuatro días en el año 2008 y cinco días en el año 2009, considerado como requisito usar principalmente ventilación mecánica, plasma fresco congelado y soporte inotrópico; obteniendo tres muertes en el año 2008 y dos en el año 2009. En conclusión, el período de estudio, 80,8% de pacientes ginecoobstetricias

que se integraron a la UCI acudieron al hospital para atención de la gestación y de dificultades del puerperio.

Wong y Col. (2011) (34) encontraron el porqué de mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud de Ancash tomando como base a un estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo; se analizaron doscientos cuarenta y dos fichas epidemiológicas de muertes maternas, y se concluye que el porqué de mortalidad materna disminuyó de 209/100 000 nv, en el año 1999, a una razón de 90/100 000 nv en el año 2009. Asimismo, la materna directa ascendió a un 83% de los casos, e inclusive los casos de hemorragia 56%, enfermedad hipertensiva del embarazo 19%, infecciones 7% y aborto 4%

A nivel regional:

Inchaustegui (2015) (28) estudió a los factores de riesgo concluyendo que los perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre el mes de enero a diciembre del 2014. Dicha investigación tuvo como intención establecer cual es el vínculo entre los factores de riesgo y resultados perinatales de gestantes con preeclampsia del Hospital Regional Loreto entre enero y diciembre de 2014. Haciendo uso del método no experimental y mediante un diseño epidemiológico analítico retrospectivo; tomando caso y control de la historia Gineco Obstétrica materna fue analizada la investigación. La población está desarrollada por todas las gestantes con preeclampsia que se encuentren dentro de los criterios de inclusión, se esgrimió un muestreo aleatorio con una afijación ajustada, se realizó el estudio con sesenta y ocho gestantes con preeclampsia y sesenta y ocho gestantes sin preeclampsia que fueron escogidos en cada sedimento acorde a la tabla de números aleatorios. Se utilizó un paquete estadístico en la investigación; denominado ciencias sociales SPSS v22, se analizaron los datos mediante la prueba no paramétrica de chi – Cuadrado. Esta investigación se realiza para identificar los componentes de riesgo y los efectos sobre la utilidad en gestantes con preeclampsia en el Hospital regional de Loreto entre el mes de enero al mes de diciembre del 2014. Posteriormente, se localizó una relación significativa de control prenatal impropia como factor de riesgo para desenvolver la preeclampsia. La cual, estuvo ligada con mayor riesgo de prematuridad y peso bajo al nacer confrontadas con las madres que no presentaban dicho estado.

Ríos (2020) (36) realiza dicha investigación con la finalidad de entender la relación entre la preeclampsia y la morbilidad materno-perinatal dentro del hospital II-2 Tarapoto durante el tiempo de setiembre 2017 a diciembre 2018. Tomando en cuenta un análisis transversal, retrospectivo, observacional y analítica en 58 materias de preeclampsias y 58 vigilancias sin preeclampsias. Se realiza como técnica documental, es decir; a la recolección de datos. Mediante un análisis estadístico de disconformidad es el chi cuadrado para variables categóricas. Se determinó como resultado que existe relación entre la preeclampsia y el desprendimiento prematuro de placenta en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto setiembre 2017 a diciembre 2018, con 2.8% de error se finiquita que la preeclampsia está asociada al desprendimiento prematuro de placenta aumentando el riesgo hasta en 6.8 veces más. Existe relación entre la preeclampsia y el parto prematuro en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto setiembre 2017 a diciembre 2018, con 2.7% de error se decreta que la preeclampsia está concerniente al parto prematuro agrandando el riesgo inclusive en cuatro veces más. Por otro lado, no se identificó analogía entre la preeclampsia y la muerte del recién nacido en pacientes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto setiembre 2017 a diciembre 2018, aunque coexisten oposiciones, pero no manifiestas entre la asociación de preeclampsia y la muerte neonatal, debido a escasa muestra para el contraste de esta variable. Se ultimó que las dificultades agrupadas a la preeclampsia son el desprendimiento prematuro de la placenta, el bajo peso al nacer.

Armas y Mora (2019) (37) hicieron una investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo intrahospitalarios relacionados a la mortalidad materna en el Hospital Regional de Loreto en el período 2009 – 2015, mediante 58 casos de muerte materna y 58 controles. La edad promedio oscilaba entre veinticinco años. El motivo de la mortalidad materna en los años comprendidos por el 2009 al 2015 fue de (58/22,514) y de 257.6 por 100 mil nacidos vivos. También, se identificó que la asociación entre la demora de la atención hospitalaria y la mortalidad materna ( $p = 0.003$ ). Asimismo, la asociación entre el tiempo de inicio durante las intervenciones quirúrgicas y la mortalidad materna fue de ( $p = 0.002$ ). Así también, la asociación entre la negligencia de la atención especializada y la mortalidad materna fue de ( $p = 0.023$ ).

Correa (2019) (38) estudió los la asociación que existen entre los factores y la mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017. De lo cual se desprende que la muerte materna es requerida de atención ya que es un problema de salud pública y social, donde claramente se manifiesta y de forma tácitamente una serie de

integrantes y condiciones en lo que respecta a las oportunidades, tales como las divergencias económicas y educativas; el acceso y calidad de los servicios de salud en la atención materna y la planificación familiar de la mujer. El objetivo de su investigación fue comprobar los elementos de riesgo asociados a mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017. El estudio fue de tipo no experimental, de diseño caso-control retrospectivo. Se estudiaron treinta y dos casos de mortalidad materna. Para lo cual, se consideró uno por cada caso y estará conformada por mujeres elegidas de forma aleatoria que no tuvieron mortalidad. Los antecedentes obstétricos como componentes agrupados a la mortalidad materna fueron; las mujeres multíparas (61.5%), no tuvieron APN (66.7%), periodo intergenésico < 3 años (83.3%), parto domiciliario (40.0%), cesárea (62.5%), edad gestacional > 42 semanas (33.3%). Entre las importantes dificultades maternas de mujeres que fueron casos de mortalidad materna fueron; Golpe de la cabeza no especificada (100.0%), Hemorragia intracefálica no especificada (100.0%), Septicemia no especificada, Insuficiencia respiratoria aguda, choque hipovolémico, Choque cardiogénico , Neumonía no especificado, Leptospirosis Pulmonar Severa , Hemorragia Postparto Secundaria, síndrome de Hellp todos los anteriormente mencionados al 100%; eclampsia (80.0%), desprendimiento prematuro de placenta 80.0%, placenta previa 71.4%, corioamnionitis 66.7%. En conclusión, se identificó que los factores de riesgos que corresponden a la mortalidad materna fueron; el desprendimiento prematuro de placenta (OR=5.00); PIG < 3 años (OR= 4.63); eclampsia (OR=4.42); Multípara (OR=3.40); Placenta Previa (OR=2.77); > 35 años (OR=2.73); 0 APN (OR=2.14), Edad Gestacional > 42 ss (OR=2.06); Corioamnionitis (OR=2.06) ; 1 a 5 APN (OR=1.48).

Mamani (2019) (39) mediante su investigación tiene como objetivo determinar las características del socio-demográficas y clínicas asociadas al evento morbilidad materna extrema en el Hospital regional Manuel Núñez Butrón. La investigación fue de tipo descriptivo, observacional, transversal, revisión del historial clínico, del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. Tomó como muestra a Madres gestantes o puérperas. Intervenciones. Se revisó cincuenta y seis historias clínicas de pacientes atendidas comprendida entre los meses enero y diciembre del año 2018, que cumplieron alguno de los criterios de inclusión de morbilidad materna extrema relacionados en referencia a la falla orgánica o manejo según la FLASOG. Se obtuvo como resultado que la morbilidad materna extrema (MME) afectó 1.82% de pacientes del Hospital regional Manuel Núñez Butrón, la morbilidad materna se presentó con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre los 18 a los 35 años, nivel educativo bajo,

procedencia rural, control prenatal insuficiente; La enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante de MME , seguida por la hemorragia post parto , falla multiorgánica en 40% de pacientes que desarrollaron falla orgánica, seguido de alteración de la coagulación. Finalmente, se obtiene mediante el estudio que la morbilidad materna extrema se presentó en proporción considerable de casos en el Hospital regional Manuel Núñez Butrón, siendo el origen con mayor habitualidad la enfermedad hipertensiva de la gestación.

Vásquez (2019) (40) estudia los factores de riesgos intrahospitalarios asociados a mortalidad materna en el Hospital Regional de Loreto en el período 2009 – 2015, considerando 58 casos de muerte materna y 58 controles con una edad promedio de veinticinco años. Se logro identificar que la razón de la mortalidad materna durante los años comprendidos desde el 2009-2015 fue de (58/22,514) 257.6 por 100 mil nacidos vivos. Se llega a la conclusión que existe una asociación entre la demora en el inicio de la atención hospitalaria y la mortalidad materna ( $p = 0.003$ ), se encontró relación entre la demora en la atención del especialista y la mortalidad materna ( $p = 0.001$ ), asimismo se encontró relación entre las intervenciones quirúrgicas y la mortalidad materna ( $p = 0.010$ ), es decir existe relación entre la mortalidad materna con las demoras en las intervenciones quirúrgicas que se comportan como factor protector. Así también, se identificó una asociación entre la demora en el inicio de las intervenciones quirúrgicas y la mortalidad materna ( $p = 0.002$ ). Así también, se encontró relación entre la falta de atención especializada y la mortalidad materna ( $p = 0.023$ ); así también se encontró asociación entre la competencia de la entidad de salud y la mortalidad materna.

Gómez (2014) (41) en su estudió los Factores Epidemiológicos y Clínicos de Mortalidad Materna en el Hospital III EsSalud Iquitos, 2000-2014, es un estudio de tipo Descriptivo retrospectivo. El ejemplar analizado estuvo conformada por 20 muertes maternas en un espacio comprendido entre el año 2000 a 2014. El análisis estadístico utilizado, fue de medidas con tendencia central. Los resultados de la investigación fueron que la RMM fue de 78.47 muertes maternas x 100000 NV. El 30% de las pacientes fallecidas presentaron edades > de 35 años; solo 1 caso era soltera de 19 años (95%), eran convivientes. La mayoría de las muertes maternas estaban conexas a factores directos con el 80% de los casos y dentro de ellas las hemorragias y las enfermedades hipertensivas del embarazo con mayor frecuencia. (6)

Wagner (2006) (56) encuentra mediante su estudio que el intervención prenatal fue apropiado solo en el 65% de los casos; el parto y la muerte materna con mayor frecuencia se situó en el Establecimiento de salud puntuando un 95% y 100% respectivamente de los casos, además la muerte materna fue más frecuente en el puerperio. Finalmente, se concluye que el motivo de mortalidad materna (RMM); en el Hospital III-Essalud Iquitos es una de las más altas del país con 78.4 por 100000 nacidos vivos, considerando como rango a nivel nacional anual de RMM para EsSalud es de 2.6 por 100000 nacidos vivos.

Heredia (2010) (42) buscó analizar los factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2010 a diciembre 2014. Asimismo, el embarazo puede excitar hipertensión en mujeres previamente normotensas o empeorar una hipertensión preliminarmente ya existente. Asimismo, la preeclampsia tiene una incidencia entre 2% y 25% en otras partes del mundo. La periodicidad con mayor suceso fueron las mujeres con ciertos factores de riesgo, figurando así una de las complicaciones graves más común del embarazo y es causa frecuente de morbimortalidad materna fetal y perinatal. Por último, mediante el estudio se buscó determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia, mediante un estudio de diseño observacional y caso – control; de tipo transversal y retrospectivo. Los casos asimilados fueron emparejados por madres gestantes con preeclampsia atendidas y hospitalizadas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Loreto durante los años 2010 – 2014. La investigación compilada por medio de fichas de recolección de datos inferida de estudios previos y revisada por los asesores del estudio. Se finaliza el estudio obteniendo que las muestras de preeclámpticas oscilan al 58,2% tenía de 20 a 34 años, encontrando  $OR > 1$  en la edad menor de 20 años. El 1,8% presentó IMC bajo, el 62,7% ÍMC normal, el 24,5% sobrepeso y el 10,9% fueron obesas, existiendo valor  $OR > 1$  en las obesas ( $OR=5,265$ ; Intervalo de Confianza: 1,806 - 15,355). Además, en relación a la correlación con la preeclampsia a la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas, la diabetes mellitus preexistente o gestacional, la Hipertensión arterial crónica, el antecedente familiar Enfermedad Hipertensiva; Intervalo de Confianza: 3,202 - 12,419). Por último, la investigación que los factores de riesgo asociados a preeclampsia fueron la edad menor de 20 años, la edad mayor de treinta y cuatro años, así mismo la edad gestacional al momento del diagnóstico de < 37 semanas, la nuliparidad, el embarazo múltiple, la diabetes mellitus preexistente o gestacional.

Chávez (1993) (43) en su estudio “Mortalidad materna en Hospital de apoyo I – integrado – IPSS Juanjuí 1988 – 1992”, San Martín Perú, estudio descriptivo, retrospectivo, encontrándose 18 muertes maternas en los archivos de la oficina de estadística, sobre 2385 nacidos vivos. Finalmente, se concluye que la tasa de 75.47 x 10,000 nv.(la cual es elevada al conferir con otros hospitales). La causa más recurrente de muerte materna es directa con el 77.77%, dentro de ella contaminación puerperal pondera con el 27.77% seguidamente prosigue la hemorragia y el aborto con el 22.22% respectivamente. El 53.84% de las muertes maternas suceden en primigestas. El 55.55% fallecieron dentro de las primeras 24 horas (muerte no institucional). El 100% de las pacientes no asumieron control prenatal.

## 1.2. Bases teóricas

La hipertensión crónica:

Se presenta ante un estado de presión arterial de 140/90 mmHg en un embarazo menor a 20 semanas o previa al embarazo y que perdura luego de las 12 semanas post parto. Hay ausencia de proteinuria. La Hipertensión crónica en el embarazo prevalece en mujeres con edad a treinta años a más, generalmente múltiparas y con antecedente familiares de hipertensión crónica. Calderón, Carbajal, Heredia (1997) (44)

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada si la presión arterial es mayor o igual a 140/90 mmHg antes de las 20 semanas de gestación o previa al embarazo, y proteinuria mayor o igual a 300 mg/dL o 1+ en tira reactiva pasadas las 20 semanas de gestación. La asociación anteriormente mencionada puede desmejorar el presagio materno y perinatal, por lo que se debe esgrimir como una preeclampsia severa. Hipertensión gestacional. Para ser diagnosticada; se debe presentar en mujeres cuya presión arterial es mayor o igual a 140/90 mmHg, por primera vez después de las 20 semanas de embarazo, pero en los que no se identifica la proteinuria. El 50% de las madres con posterioridad desarrollan preeclampsia (especialmente si aparece antes de las 30 semanas), que incluye hallazgos tales como cefalalgia o epigastralgia, proteinuria y trombocitopenia. (Noriega, Arias &García (2005) (45). La hipertensión gestacional se denomina como una hipertensión transitoria; en relación a la evidencia para preeclampsia no se desarrolla y la presión arterial vuelve a la normalidad antes de las 12 semanas postparto, (1), o convertirse en HTA crónica si supera ese lapso de tiempo. (46)



Preeclampsia:

Pacheco (2014) define el síndrome concreto del embarazo que alcanza a afectar a todos los sistemas orgánicos. Cuando nos referimos a preeclampsia es más complejo a una simple hipertensión gestacional con proteinuria, la aparición de esta última se defiende como un criterio diagnóstico objetivo importante. La proteinuria se define como la proteína en orina de 24 h mayor de 300 mg/24 h, la existencia de un índice urinario proteína: creatinina  $\geq 0.3$ , o una concentración persistente de 30 mg/dl (11 en pruebas con tira reactiva) de proteína en muestras aleatorias de orina (Lindheimer et al., 2008a). Los cambios patológicos vistos en la preeclampsia son primariamente isquémicos, perturbando la placenta, riñón, hígado, cerebro, y otros órganos. (47)

Por otro lado, lo que ocasiona la preeclampsia es inexplorada; la implantación anormal de la placenta, el trastorno endotelial, y las respuestas inmunes inverosímiles han sido propuestos como una posibilidad. Esta a su vez puede ser moderada o grave.

Epidemiología:

Torres (2016) (48) La preeclampsia representa una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal en el mundo, afectando del 2 al 7% de los embarazos en nulíparas sanas. Sibai (2005) (49) En países donde el control prenatal no es adecuado, la preeclampsia-eclampsia explica el 40-80% de las muertes maternas, estimándose un total de 50,000 por año. En Iquitos Vásquez mediante su estudio realizado en el 2010 se consiguió una frecuencia de 1.5% para preeclampsia leve y de 1,6% para preeclampsia severa en el Hospital Regional de Loreto. (50)

En el Perú, Pacheco (2006) (47) su episodio fluctúa entre el 10 y el 15 en la población hospitalaria. Chirinos (2005) (9) la incidencia de EHE es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa, prevalece en la sierra.

### **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. Formulación de la hipótesis.**

Hipótesis General:

1. La morbilidad materna extrema está directamente asociada a las complicaciones de la preeclampsia severa en la UCI del Hospital Regional de Loreto durante el año 2019.
2. La frecuencia de gestantes con morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019 es alta.

3. Existen características epidemiológicas de la morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019.
4. Existen complicaciones maternas según tipo de preeclampsia que se asocian a las gestantes atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019

Hipótesis específica:

1. La morbilidad materna extrema está directamente asociada a las complicaciones de la preeclampsia severa en la UCI del Hospital Regional de Loreto durante el año 2019.
2. La frecuencia de gestantes con morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019 es alta.
3. Existen características epidemiológicas de la morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019.
4. Existen complicaciones maternas según tipo de preeclampsia que se asocian a las gestantes atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019

### 3.2. Variables



DEFINICIÓN CONCEPTUAL	VARIABLES	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
	Dependiente				
Se delimita como la muerte de una mujer durante su embarazada o dentro de los 42 días de concluir un embarazo, independientemente de la estabilidad y la localización del embarazo, por cualquier causa propia o indispuesta por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o secundarias.	Muerte materna	Control en el libro de fallecimiento del hospital.	Caso: Muerte materna. Control: No muerte materna.	Nominal	Muerte Materna: Si No
	Independiente				
Es el conjunto de tipologías maternas de la módulo de estudio, contará con las	Características maternas	Comprobación en la Historia clínica.	Edad: años cumplidos en el momento del estudio.	Nominal	Edad: 1. < 20 años 2. 20-34 años 3. > 35 años

siguientes: edad y la procedencia		Verificación en la Historia clínica.	Procedencia: Parte donde reside como unidad de estudio; se contará con 3 catálogos urbano, urbano marginal y rural. Urbano: la gestante reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbano-marginal: La gestante reside en áreas alejadas del perímetro urbano.	Nominal	Procedencia: 1. Urbano 2. Urbano marginal 3. Rural
-----------------------------------	--	--------------------------------------	--	---------	---

## **CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1. Método de Investigación**

El método que se utilizará en la investigación será cuantitativo dado que se parte de ideas preconcebidas en relación con los componentes de riesgos intrahospitalarios y las cuestiones de mortalidad materna en los hospitales, con la finalidad de conocer si se asocian las variables revisadas. Del Canto & Silva (2013) (51)

### **4.2. El diseño metodológico**

El diseño que se optará para dicha investigación es mediante un estudio analítico, ya que se tratará de establecer analogía entre los factores de riesgos y morbilidad materna. Además, porque se recolectará reseñas mediante la información registrada en las historias clínicas de corte transversal utilizando un instrumento previamente elaborado, el cual permite conseguir información de las historias clínicas registradas en el Hospital Regional de Loreto, durante el periodo del 2019. Rodríguez & Mendivelso (2018) (52)

### **4.3. Procedimientos de recolección de datos**

Se inicia la recolección consiguiendo la autorización de la Dirección del Hospital Regional de Loreto, direccionada a la autoridad de los Departamentos comprometidos de dicha institución. Se examinarán las historias clínicas de la totalidad de gestantes con diagnóstico de preeclampsia ingresados al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto en el año 2019.

### **4.4. Población**

La población en estudio estará conformada por gestantes con complicaciones materno-fetales con preeclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Iquitos durante el año.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de Inclusión:

- Los casos son aquellas gestantes que presentan morbilidad materna asociadas a la preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Iquitos en el año 2019.
- Los controles son aquellas gestantes sin complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Iquitos.

Criterio de Exclusión:

- Todas las madres gestantes que cursaban con preeclampsia pero que no culminaron en parto al momento del estudio.

- Embarazo gemelar y múltiple.
- Pacientes con historia clínica extraviadas o datos incompletos.

#### 4.5. Procesamiento y análisis de datos

Mediante la técnica de revisión documentaria de las historias clínicas; y como instrumento, una lista de verificación ya que la información se obtuvo mediante las historias clínicas de forma ordenada.

La información recogida se ingresará en una base de datos creada en Excel, luego se procedió a realizar el análisis uni-variado y bi-variado, elaborando gráficas, tablas de frecuencia y tablas de contingencia necesarias para presentar los resultados.

#### 4.6. Aspectos éticos

La presente investigación fue tipo no experimental. Compiladores y se recogió información de los investigaciones e historias clínicas de hospitalización del Hospital Regional de Loreto. Para el desarrollo de esta, se ha mantenido conforme a no atentar a los derechos humanos, manteniendo la confidencialidad de las pacientes, y con la debida autorización para el desarrollo de la investigación en forma anónima; es decir, solo se considera por número de historias clínicas que no afecten e identifiquen a las incluidos en el trabajo de investigación. Considerando que es un estudio regresivo no se infringió contra ningún apartado de los derechos humanos. Agudelo, Aignerren & Ruiz (2010) (53).

## **CAPÍTULO V: RESULTADOS Y RECOMENACIONES**

### **RESULTADOS**

- ) La mortalidad materna identificada la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019 fue de 9,6% (n= 5) como causa directa, dentro de éstas la preeclampsia grave en primer lugar, seguido de las pacientes que presentaron atonía uterina, eclampsia y síndrome HELLP.
- ) El diagnóstico primordial de ingreso fue el Síndrome Hipertensivo Gestacional en sus formas severas (Preeclampsia Grave y Eclampsia), con falla renal confederada seguido de la sepsis grave y el contrarresto de patologías preexistentes. Una minoría de pacientes demandaron administración quirúrgica complementaria, destacándose la Histerectomía por predicciones en dificultades hemorrágicas y sépticas.

- ) Se estableció que todas las pacientes con Morbilidad Materna Extrema presentaron una evolución favorable.
- ) Los factores relacionados con la edad materna y el lugar de vivienda están confederados a los componentes de riesgo para morbilidad materna extrema en pacientes, aceptadas a la unidad de cuidados intensivos.

## **RECOMENDACIONES**

- ) Es importante promover el control prenatal como servicio diferenciado y de eficacia que acceda el apego al cuidado de la salud materna, facilitando a las mujeres y sus pares de pesquisa clara, comprensible y accesible sobre las transmisiones de programación familiar, nutrición materna, para la localización y cuidado oportuno de enfermedades
- ) Para disminuir la mortalidad y morbilidad materna extrema se requiere del adecuado pacto social y educación de salud, las cuales deberán de estar orientadas hacia la promoción y prevención mediante la educación para la salud con apoyo de los medios masivos y de comunicación. Con ello, la mujer debe ponderar en su propio riesgo reproductivo y obstétrico.
- ) Es importante fortificar la actualización y adiestramiento perenne de los profesionales y de los recursos del equipo multidisciplinario para optimizar el manejo de pacientes con casos deficientes.
- ) La morbilidad materna extrema es un inconveniente complejo; por lo tanto, se requiere evaluar múltiples factores, por medio de este estudio se recomienda continuar con las investigaciones, con el objetivo de continuar aportando al conocimiento de este tema.



### COSTO TOTAL DEL PROYECTO ANUAL

		Aporte Monetario (S/.)	%
Partidas específicas: Costeo por actividades	MATERIALES E INSUMOS	600	8.8
	CONSULTORÍAS	400	3.3
	SERVICIOS TECNOLÓGICOS	100	25.2
	PASAJES Y VIÁTICOS	300	4.4
	OTROS GASTOS ELEGIBLES	200	0.4
Partidas generales: Costeo por actividades transversales	HONORARIOS	400	7.4
	EQUIPOS Y BIENES		20.7
	DURADEROS	100	
	GASTOS DE GESTIÓN	300	4.6
		S/2,400.00	74,80%

## BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz-Martínez, L. (2008). Oportunidades de Investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria, un artículo de reflexión. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 206-2015.
2. OMS. (2005). *Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*.
3. Villalon, A. (2007). *Morbilidad Materna-Perinatal y factores asociados a la Preeclampsia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima en el año 2005*.
4. Culque, Y. (2000 – 2010). *Características epidemiológicas de casos de muerte materna en el Hospital Regional Docente de Trujillo*. Tesis para optar título de Obstetra; UPAO.
5. Chahuayo, J., Vilca, E., & Jaurapom, E. (2020). morbilidad Materna Extrema En La Unidad De Cuidados Intensivos De Un Hospital De Huancavelica. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 18-23.
6. Vásquez, J. (2020, Marzo 13). *Complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia e hiperuricemia tratadas en la unidad de cuidados intensivos*. . Obtenido de Artículo original Ginecol Obstet Mex. 2016;84(3):143-149: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2016/gom163d.pdf>
7. Sánchez, S. (2014). *Análisis de la mortalidad materna en la Disa V Lima Ciudad. Periodo 2000-2004. Dirección de Epidemiología. Disa V Lima*
8. Inchaustegui, N. (2015). *Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre enero a diciembre del 2014*. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana
9. Chirinos, J. (2005). *Incidencia y características de la enfermedad hipertensiva en el embarazo: Estudio retrospectivo a nivel del mar y en la altura. Acta Andina. ;4(1):25-34*.
10. Corilla, E., & Ilizarbe, J. (2020, Marzo 20). *Preeclampsia severa y complicaciones neonatales en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo, periodo enero – diciembre 2016 (Tesis)*. Universidad Nacional del Centro del Perú. Obtenido de <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1557/PREECLAMPSIA%20SEVERA%20Y%20COMPLICACIONES%20NEONATALES%20EN%20EL%20HOSPITAL%20DOCENTE%20MATERNO%20INFANTIL%20EL%20CARMEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

11. Gutiérrez , M. (2017). *Morbimortalidad materna. Publicaciones presentadas en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en los 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.*
12. Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., . . . Sheffield, J. (2020, Marzo 25). *Williams Obstetrics. 24th ed.: McGraw-Hill Education; 2014.* Obtenido de <http://freepages.rootsweb.com/~dpok/school-alumni/Williams%20Obstetrics,%2024th%20Edition.pdf>
13. Díaz , L., & Serrano , N. (2008). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. Un artículo de reflexión, 206-215.*
14. López-Carbajal, M., Manríquez-Moreno, M., Gálvez-Camargo, D., & Ramírez-Jiménez, E. (2012). Factores de riesgo asociados con preeclampsia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 471-476.* Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745497004.pdf>
15. Jiménez, T. (2017, Marzo 12). *Factores de riesgo y complicaciones materno fetales según el tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo en pacientes atendidas en el Hospital General Isidro Ayora de Loja.* Obtenido de Universidad Nacional de Loja: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/19586/1/TESIS-TANIA-JIMENEZ.pdf>
16. Vásquez , J. (2011). *Manual de Ginecología y Obstetricia. Cuarta Edición. Tierra Nueva Editores. pp. 99-101.*
17. Rodriguez, G. (2020, Marzo 20). *Factores de riesgo y complicaciones materno-fetales en pacientes embarazadas con preeclampsia grave atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense año 2014 (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. 2015.* Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/6180/>
18. Vintimilla , F. (2020, Marzo 20). *Complicaciones materno-fetal asociadas a preeclampsia- eclampsia en pacientes atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba (Tesis). Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador, 2014.* Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/143/1/UNACH-EC-MEDI-2014-0006.pdf>
19. Chahuayo , J., Vilca, E., & Jaurapom, E. (2020). morbilidad Materna Extrema En La Unidad De Cuidados Intensivos De Un Hospital De Huancavelica. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal, 18-23.*

20. Rioja , J. (2020). *Factores determinantes de la morbilidad materna extrema en las gestantes atendidas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Año 2016-2017*. Obtenido de Repositorio URPNG:  
[http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/9003/Rioja\\_Odar\\_Julia\\_Elena\\_Daysi.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/9003/Rioja_Odar_Julia_Elena_Daysi.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Ayala, F. (2017). *Factores de riesgo que influyen en preeclampsia ocurridas en el Hospital San Juan De Lurigancho - 2016*. Lima: Universidad Norbert Wiener.
22. Papajo, J. (2016, Enero 21). *Caracterización Sociodemográfica de la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el año 2014*. Obtenido de Repositorio URP:  
[https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/717/Payajo\\_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/717/Payajo_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Corilla, E., & Ilizarbe, J. (2020, Marzo 20). *Preeclampsia severa y complicaciones neonatales en el Hospital Docente Materno Infantil El Carmen - Huancayo, periodo enero – diciembre 2016 (Tesis)*. Universidad Nacional del Centro del Perú. Obtenido de  
<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1557/PREECLAMPSIA%20SEVERA%20Y%20COMPLICACIONES%20NEONATALES%20EN%20EL%20HOSPITAL%20DOCENTE%20MATERNO%20INFANTIL%20EL%20CARMEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Pérez, C., & Rengifo, A. (2020, Marzo 20). *Factores predisponentes a la pre-eclampsia y su relación con las complicaciones materno fetales en gestantes atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto, enero – mayo 2016. (Tesis)*. Universidad Nacional De San Martín – Tarapoto, Perú. Obtenido de <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2331>
25. Guevara , E., & Meza, L. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia. *Scielo*, 385-393
26. Solís, M. (2020, Marzo 25). *Complicaciones clínicas en las gestantes con pre eclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz enero 2013 - julio 2014. Artículo Rev. Perú. Obstet. Enferm. 10 (2) 2014*. Obtenido de  
<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/726>
27. Espinoza, J. (2014). *Enfermedad hipertensiva del embarazo asociadas al parto pretermino en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital Vitarte entre enero del 2009 a diciembre del 2012*.
28. Inchaustegui, N. (2020, Marzo 20). *Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de*

*Loreto entre enero a diciembre del 2014 (Tesis). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2014. Obtenido de <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/726>*

29. Aguirre Valencia M. (2013). Prevalencia y características de los trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital de apoyo de puquio marzo 2012 – febrero 2013.
30. Del Carpio, L. (2013). Situación de la Mortalidad Materna en el Perú. *Scielo*, 461-464.
31. Quispe, R. (2013). *Complicaciones maternas y fetales de la preeclampsia diagnosticadas en un hospital del Sur del Perú*.
32. Rodríguez-Ayquipa, V., Saavedra -Bendezu, G., Galindo-Matta, J., & Ybaseta-Medina, J. (2019, Enero 14). *Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en los hospitales de Ica, Perú*. Obtenido de Revista Unica: <https://doi.org/10.35563/rmp.v3i3.149>
33. Acho , S., Salvador , J., Díaz , J., & García , M. (2011). Morbilidad materna extrema: admisiones ginecoobstétricas en las unidades de cuidados intensivos de un hospital general. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 87-92.
34. Wong, L., Wong, E., & Husares., Y. (s.f.). *Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud Ancash*. peru. ginecol. obstet. v.57 n.4 Lima 2011.
35. Inchaustegui, N. (2020, Marzo 20). *Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre enero a diciembre del 2014 (Tesis). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2014. Obtenido de <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/726>*
36. Rios, M. (2020). *Morbilidad materno – perinatal asociada a la preeclampsia en el Hospital II-2. UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-TARAPOTO*.
37. Armas, J., & Mora, D. (2019). *Factores De Riesgo Intrahospitalarios Asociados A Mortalidad Materna En El Hospital Regional De Loreto, Iquitos 2009-2015*. Iquitos: Facultad de Enfermería, Salud Pública UNAP.
38. Correa, G. (2019). *Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en los hospitales de la ciudad de Iquitos entre enero a diciembre 2017*. Iquitos: Universidad Científica del Perú.

39. Mamani, I. (2019). *Caracterización de la morbilidad materna extrema en el Hospital Regional Manuel Nuñez enero a diciembre del año 2018*. Obtenido de Universidad Nacional Del Altiplano - Puno:  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/unap/9753/mamani\\_aqui\\_no\\_lyz\\_bianca.pdf?sequence=1&isallowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/unap/9753/mamani_aqui_no_lyz_bianca.pdf?sequence=1&isallowed=y)
40. Vásquez, J. (2019, Marzo 13). *Complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia e hiperuricemia tratadas en la unidad de cuidados intensivos*. . Obtenido de Artículo original Ginecol Obstet Mex. 2016;84(3):143-149: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom163d.pdf>
41. Gómez, J. (2015). *Factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital III EsSalud Iquitos, 2000-2014*. Obtenido de Alicia:  
[http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP\\_2e5404608b11dc291fd24c9253af1577](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_2e5404608b11dc291fd24c9253af1577)
42. Heredia, I. (2010). *Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el hospital regional de Loreto de Enero 2010 a Diciembre 2014*. Iquitos: Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO.
43. Chavez, M. (1993). *Mortalidad Materna en el Hospital de apoyo I - Integrado IPSS Juanjui*. Obtenido de Repositorio Unsm :  
<http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1292/ITEM%4011458-543.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Calderón, N., Carbajal, R., Herrera, C., & Ñique, C. (1997). Frecuencia de la hipertensión en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* , 29-32.
45. Noriega, M., Arias S, E., & García, S. (2005). Hipertensión arterial en el embarazo. *Médica Sur*, 196-202.
46. Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., Hoffman, B., . . . Sheffield, J. Williams Obstetrics. 24th ed.: McGraw-Hill Education; 2014
47. Pacheco, J. (2006). *Ginecología y Obstetricia. Segunda edición*. Lima: MAD Corp SA.
48. Torrez , F., & Añez, C. (2016). *Morbimortalidad materna asociadas a preeclampsia en la Unidad*. Obtenido de Scielo:  
<http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v39n2/v39n2a6.pdf>
49. Sibai , B., Dekker G , G., & Kupferminc, M. (2005). *Pre-eclampsia*. *Lancet* 2005;365: 785-99

50. Vásquez , J. (2011). *Manual de Ginecología y Obstetricia. Cuarta Edición. Tierra Nueva Editores. pp. 99-101.*
51. Del Canto, E., & Silva, A. (2013). Metodología Cuantitativa: Abordaje Desde La Complementariedad En Ciencias Sociales1. *Rev. Ciencias Sociale*, s 141: 25-34 / 2013 (III).
52. Rodríguez , M., & Mendivelso, F. (2018). *Diseño de Investigación de corte transversal*. Obtenido de Tópicos en investigación clínica: [https://www.researchgate.net/profile/Fredy-Mendivelso/publication/329051321\\_Diseno\\_de\\_investigacion\\_de\\_Corte\\_Transversal/links/5c1aa22992851c22a3381550/Diseno-de-investigacion-de-Corte-Transversal.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fredy-Mendivelso/publication/329051321_Diseno_de_investigacion_de_Corte_Transversal/links/5c1aa22992851c22a3381550/Diseno-de-investigacion-de-Corte-Transversal.pdf)
53. Agudelo, G., Aignerren , M., & Ruiz, J. (2010). Diseños de investigación Experimental y no Experimental. *Revista UDEA*, 39-41. Obtenido de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6545/5996>
54. Wagner , P., Williams, N., & Sánchez , S. (2006). *Enfermedades hipertensivas de la gestación. En: Pacheco J (Editor). Ginecología y Obstetricia. Segunda edición. Lima: MAD Corp SA.*

## ANEXOS

### 1. MATRIZ DE CONSIT

Titulo	Problema	Objetivo	Hipótesis general y específicas	Variables e indicadores	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
Morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia severa en la UCI del Hospital Regional de Loreto	<p><b>P. General</b></p> <p>¿Cuál es la morbimortalidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019?</p>	<p><b>O. General</b></p> <p>Determinar cuál es la morbilidad y principales complicaciones maternas, en pacientes diagnosticadas con preeclampsia severa en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019.</p>	<p><b>H. General</b></p> <p>La morbilidad materna extrema está directamente asociada a las complicaciones de la preeclampsia severa en la UCI del Hospital Regional de Loreto durante el año 2019.</p>	<p><b>Características</b></p> <p><b>Maternas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>) Edad</li> <li>) Procedencia</li> </ul> <p><b>Antecedentes</b></p> <p><b>Obstétricos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>) Paridad</li> <li>) Número de atenciones prenatales.</li> <li>) Periodo intergenésico.</li> <li>) Lugar de parto.</li> <li>) Tipo de parto.</li> </ul>	El diseño que se optará para dicha investigación es mediante un estudio analítico, ya que se tratará de establecer analogía entre los factores de riesgos y morbilidad materna. Además,	La técnica que se utilizó en el presente estudio retrospectivo fue una revisión Se revisarán las historias clínicas de todos aquellos pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia ingresados al Servicio de	La población en estudio estará conformada por gestantes con complicaciones materno-fetales con preeclampsia, atendidas en el Hospital Regional de Iquitos durante el año.



<p>Loreto del año 2019</p>	<p><b>P. Específicos:</b></p> <p>1. ¿Cuál es la frecuencia de las gestantes con morbilidad materna extrema aguda atendidas asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019?</p> <p>2. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de la morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital</p>	<p><b>O. Específicos:</b></p> <p>1. Identificar a las gestantes con morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019.</p> <p>2. Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con morbilidad materna extrema aguda asociada</p>	<p><b>H. Específicas:</b></p> <p>1. La frecuencia de gestantes con morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019 es alta.</p> <p>2. Existen características epidemiológicas de la morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia</p>	<p>) Edad gestacional.</p> <p><b>Complicaciones maternas:</b></p> <p>) Hemorragia durante el embarazo</p> <p>) Enfermedad Hipertensiva del embarazo.</p> <p>) Infecciones</p>	<p>porque se recolectará datos a través de información registrada en las historias clínicas de corte transversal utilizando un instrumento previamente elaborado, el cual permite conseguir información de las historias clínicas registradas en el Hospital</p>	<p>Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto en el año 2019. cumplieron con los criterios de inclusión, la información que se extrajo fue almacenada en una ficha de recolección de datos para obtener las características maternas, antecedentes obstétricos y</p>	
----------------------------	--	---	--	---	--	--	--

	<p>Regional de Loreto en el año 2019?</p> <p>3. ¿Cuáles son las complicaciones maternas según la morbilidad materna extrema aguda asociada por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019?</p>	<p>por preeclampsia en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019.</p> <p>3. Identificar las complicaciones maternas según tipo de preeclampsia en gestantes atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019</p>	<p>en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019.</p> <p>3. Existen complicaciones maternas según tipo de preeclampsia que se asocian a las gestantes atendidas en la UCI del Hospital Regional de Loreto en el año 2019</p>		<p>Regional de Loreto, durante el periodo del 2009.</p>	<p>complicaciones maternas</p>	
--	---	--	---	--	---	--------------------------------	--



1. Instrumentos de recolección de datos

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

HC N°  2. EDAD:  años

ESTADO CIVIL: SOLTERA  CASADO  CONVIV.

PESO (inicio embarazo):  kg 5. TALLA:  Mts

TIPO DE PREECLAMPSIA: LEVE  SEVERA

PREECLAMPSIA PREVIA: SI  NO

PARTOS: NULIPARA  MULTIPARA 1-3  GRAN MULTIP. >3

TIPO TERMINO DE PARTO: VAGINAL  CESAREA

HEMORRAGIA POST PARTO: SI  NO

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA: SI  NO

ECLAMPSIA: SI  NO

INSUF RENAL: SI  NO

OTROS: \_\_\_\_\_

CAUSA DE MUERTE DE MADRE: \_\_\_\_\_