

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
***ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA***



**CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE  
LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO, 2015-2017**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRIZ

**AUTORAS:**

BACH. DAYSY TABITA QUISPE RAMIREZ

BACH. ETHEL ELIANA OYOLA LOAYZA

**ASESORA:**

Mg. RUTH ARACELI VARGAS GONZALES

**TRUJILLO, PERÚ**

**2018**

## DEDICATORIA

*Dedico esta tesis a **Dios** por brindarme la vida y las fuerzas para continuar cada día.*

*A mis padres **Melanio Quispe y Santos Ramírez** quienes me apoyaron incondicionalmente brindando todo su tiempo y sus innumerables consejos para seguir adelante. A mis hermanos **Julio y Abel** por escucharme y darme ánimos cuando quería decaer.*

*En especial a mi hermana **Cinthia** por ser mi mejor amiga y hasta mi segunda madre por el amor y el apoyo que me ha brindado a pesar de mis errores, por seguir apoyándome a cada instante.*

*A mi esposo **Jenrry** por ser imagen de superación y por dejar sus metas para yo alcanzar las mías; a mi amada hija **Kaleny** que fue una inspiración para seguir en este arduo camino.*

*A **mis maestros** quienes me brindaron sus conocimientos y que continuaron depositando su confianza en mí. Para ellos es esta dedicatoria de tesis, pues es a ellos a quienes les debo todo su apoyo incondicional.*

**Daysy Tabita**

*A **DIOS**, por estar siempre presente y darme fortaleza para seguir adelante y poner en mi camino personas maravillosa.*

*A mi **madre** que es mi Ángel desde el cielo que me guía y me cuida, a mi padre **JAIME** y mis hermanos que siempre me apoyaron y confiaron en mí en todo momento, especialmente a ti hermana **FABIOLA**.*

*A mi esposo **ANGEL** por su apoyo incondicional y siempre estar conmigo hasta alcanzar una de mis meta, a mi hijo **THAYLOR** es mi motor y motivo, mi inspiración para continuar con esta meta.*

*A mi **escuela y maestros**, que, a lo largo de mi carrera, me han transmitido sus amplios conocimientos y sus sabios consejos.*

*De todo corazón muchas gracias.*

**Ethel Eliana**

## AGRADECIMIENTO

*A Dios por darnos la oportunidad de alcanzar nuestra preciada meta, por mantenernos con vida y darnos unos regalos preciosos que son nuestros hijos.*

*Gracias a nuestras familias por su apoyo incondicional, alentarnos en todo momento, por enseñarnos el amor de familia y por ayudarnos a seguir cumpliendo nuestras metas. Gracias a nuestros maestros por cada conocimiento brindado, por sus consejos de superación y el cariño de segundos padres y madres en nuestras vidas.*

*Al Hospital Belén de Trujillo por ser nuestro segundo hogar en nuestro internado y por su personal que fueron nuestra familia durante todo ese periodo de convivencia con ellos y también por darnos la facilidad de realizar nuestro estudio. A nuestra asesora **Ruth Vargas** por alentarnos al mejoramiento y a los consejos de no decaer ante la adversidad.*

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iv
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT .....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. OBJETIVOS: .....	6
1.1.1. Objetivo general: .....	6
1.1.2. Objetivos específicos: .....	6
1.2. MARCO TEÓRICO.....	7
1.2.1. Bases Teóricas.....	7
1.2.2. Antecedentes de la investigación .....	17
1.3. HIPÓTESIS: .....	22
II. MATERIALES Y MÉTODOS: .....	23
2.1. Diseño de investigación.....	23
2.2. Población Y Muestra .....	23
III. RESULTADOS .....	33
IV. DISCUSIÓN.....	33
V. CONCLUSIONES.....	41
VI. RECOMENDACIONES.....	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
ANEXOS .....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>III-1.</b>	Tipos de emergencias obstétricas ocurridas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017.....	33
<b>III-2.</b>	Características epidemiológicas: edad, estado civil, lugar de procedencia, antecedentes obstétricos; de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017.....	34
<b>III-3.</b>	Características clínicas: modo de ingreso, evolución clínica, estancia hospitalaria, complicación de la emergencia, condiciones de alta, vía de terminación del embarazo; de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén 2015-2017.....	36

## RESUMEN

Con el objetivo de determinar las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017, se realizó la presente investigación, de tipo descriptivo simple en una muestra de 177 historias clínicas, la recolección de los datos, se realizó mediante protocolo. Los tipos de emergencias obstétricas registrados fueron: shock hipovolémico 45.5%, síndrome de HELLP 22.7%, Eclampsia 19.9%, Shock séptico 11.9%. Las características epidemiológicas presentadas en los registros de los casos con emergencias obstétricas fueron; el 34.5% registran un rango de edad de 26 a 35 años; con una media de 27.6 años y una desviación estándar de  $\pm 8$  años, el 80.2% eran convivientes, el 29.9% registran como procedencia el distrito El Porvenir, un 63.8% tuvo un promedio de 3.3 atenciones prenatales, según los antecedentes obstétricos el 74.6% no registró abortos, el 28.4% no registró recién nacidos a término previos. Según las características clínicas el 66.7% ingreso estable al hospital, el 63.8% tuvo parto por cesárea, el 46.3% ingreso a UCIM, el 51.4% tuvo una evolución favorable, la media de la estancia hospitalaria fue  $\pm 6.3$  con una desviación estándar de  $\pm 5.2$  días y en el 59.3% registró una condición de alta al egreso de sana.

**PALABRAS CLAVE:** características epidemiologías, características clínicas, emergencia.

## ABSTRACT

With the objective of determining the epidemiological and clinical characteristics of the obstetric emergencies attended in the Bethlehem Hospital of Trujillo 2015-2017, the present investigation was carried out, of a simple descriptive type in a sample of 177 clinical histories, the data collection, performed by protocol. The types of obstetric emergencies recorded were: hypovolemic shock 45.5%, HELLP syndrome 22.7%, Eclampsia 19.9%, Septic shock 11.9%. The epidemiological characteristics presented in the registries of cases with obstetric emergencies were; 34.5% have an age range of 26 to 35 years; with an average of 27.6 years and a standard deviation of  $\pm 8$  years, 80.2% were cohabiting, 29.9% recorded the El Porvenir district as source, 63.8% had an average of 3.3 prenatal care, according to the obstetric history 74.6% did not register abortions, 28.4% did not register previous term newborns. According to the clinical characteristics, 66.7% stable hospital admission, 63.8% had a cesarean delivery, 46.3% admission to the ICU, 51.4% had a favorable evolution, the mean hospital stay was  $\pm 6.3$  with a standard deviation of  $\pm 5.2$  days and 59.3% registered a discharge condition of healthy.

**KEYWORDS:** epidemiological characteristics, clinical characteristics, emergency.

## I. INTRODUCCIÓN

Un indicador del desarrollo social a nivel internacional es la mortalidad materna. En la actualidad el 99% de las muertes maternas a nivel mundial ocurren en países que están en vías de desarrollo y la mayoría pueden ser evitadas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que cada año a nivel mundial el 15 a 20% de los embarazos puede complicarse aun sin tener alguna causa aparente, desencadenando así una emergencia obstétrica.<sup>1,2</sup>

Las emergencias obstétricas son uno de los problemas más comunes en la gestación para desencadenar una muerte materna en el cual no somos ajenos ante tal evento, el personal de salud en especial la obstetra que es el que vela por la salud materna está obligado a reconocer las características clínicas y epidemiológicas que presentan las mujeres gestantes en nuestro país y del mundo para poder actuar de manera oportuna.<sup>3</sup>

Tanto la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la OMS, actualizan constantemente manuales sobre el manejo de las emergencias obstétricas, con las ultimas evidencias científicas disponibles. Los cuales nos sirven como instrumento de capacitación para cada uno de los profesionales de la salud y así reducir las muertes maternas en las Américas.<sup>1</sup>

Dentro de las emergencias obstétricas durante el embarazo, el parto y puerperio tenemos a las hemorragias que continúan siendo unas de las causas más frecuentes ya que estas son las que pueden conllevar a la morbilidad extrema. En el año 2017 el 45% de muertes maternas fueron por hemorragia <sup>4</sup>

La segunda causa de la muerte materna con el 34% son las enfermedades hipertensivas del embarazo acompañada de proteinuria, cuyo tratamiento es la terminación del embarazo por la vía más adecuada que requiera el caso.<sup>5</sup>

Con el 19% El shock séptico es causa de muerte materna, caracterizado por la hipotensión arterial acompañada de signos de disfunción orgánica en presencia de un foco infeccioso. El asertividad del diagnóstico y la asertividad del tratamiento permitirán evitar la muerte materna.<sup>6</sup>

El tiempo promedio para que se produzca la defunción es de dos horas una vez iniciado las hemorragias obstétricas. Las condiciones de vida y asistencia sanitaria son un indicador para las muertes maternas de cualquier población y para la totalidad de países en desarrollo. Las complicaciones obstétricas son asociadas con la mortalidad materna, siendo un alto índice que no tiene excepción entre pobres y ricos.<sup>7</sup>

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES la razón de la mortalidad materna para el periodo 1990-1996 fue de 265 x 100 mil nacidos vivos, disminuyendo en 64.9% para el periodo 2004-2010, a 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos. Estos resultados evidencian un descenso continuo de la mortalidad materna en nuestro país<sup>8</sup>

Así mismo en el Perú se estima que la mortalidad materna se ha reducido en alrededor del 44% entre los últimos años, estos resultados muestran descenso continuo a favor de la salud materna, gracias a la intervención oportuna del personal de salud y concientización de la población.<sup>9</sup>

El tomar consciencia de esta realidad tiene relevancia en la población, actualmente las complicaciones obstétricas es un gran impacto en nuestra población, debido a que en los últimos años se ha convertido en una principal causa de referencia y hospitalización; se estima que en nuestro país ocupa el segundo lugar entre los países de América del Sur con el más alto índice de mortalidad materna.<sup>2</sup>

Es por eso que es de vital importancia el enfoque y la atención de inmediata que se le debe brindar a las emergencias obstétricas por lo cual deben ser atendidas en el momento preciso y oportuno que existe la necesidad de salud, guiándonos a través de las normas técnicas de salud materna y así lograr cambios positivos en el estado de salud.<sup>10</sup>

El Hospital Belén De Trujillo cuenta con 467 años siendo el primer establecimiento de nivel III en el norte del País. En la Región la Libertad, se cuenta con una red de establecimientos de salud entre puestos, centros y hospitales de II nivel, los cuales son los principales servidores para el de referencia Hospital Belén De Trujillo el cual es uno de los hospitales que cuenta con una unidad de cuidados intermedios maternos (UCIM) y una sala de partos para una atención humanizada en donde se llega atender aproximadamente 3800 partos al año.

En el periodo de nuestro internado en el Hospital Belén de Trujillo, observamos una frecuencia considerada de referencias admitidas de emergencias obstétricas con diferentes signos y síntomas presentados, es por ello que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017?**

Este estudio tiene la finalidad de analizar cuáles fueron las características clínicas y epidemiológicas de las emergencias obstétricas más presentadas y que fueron atendidas en el Hospital Belén de Trujillo y también para que el profesional de salud conozca cuales son las características que afecta a la morbimortalidad materna. Además esta investigación tuvo utilidad práctica ya que al obtener los resultados de las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas nos van a servir como un insumo para fortalecer las acciones y estrategias en los diferentes niveles de atención de la salud incluso realizar un trabajo más dedicado con la mujer antes, durante y después del embarazo.

El conocer esta realidad tiene gran importancia social como principio de los acontecimientos, y presentación de las características clínicas y epidemiológicas promedio de los tres años en uno de los hospitales de la región que atiende el mayor número de gestantes en la población debido a que con el manejo de la información clínica y en cualquiera de las posiciones diagnosticas se favorece mayor especificidad y precisión para la identificación y cuantificación de complicaciones obstétricas y sus comorbilidades asociadas.

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de Enfermedades MINSA, en el Perú ocurre un 62.2% de muertes maternas por causas directas; siendo más frecuente las complicaciones obstétricas del embarazo parto o puerperio. En el año 2013 se registró un 57.9% y en el 2017 un 61.1% siendo visible el aumento del 3.2% en los últimos 5 años. Es por ello que resulta de gran importancia reconocer en forma oportuna estas complicaciones y realizar un abordaje inmediato y adecuado, de forma de evitar la morbimortalidad materna.<sup>2</sup>

Conocer las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas nos ayudará implementar acciones adecuadas para reducir la mortalidad materna como por ejemplo nuestra actitud, conocimiento y tecnología, que nos van a permitir organizar intervenciones sanitarias, tanto para prevenir como para curar el daño.

La intervención preventiva por excelencia es la planificación familiar. La primera condición para que ocurra una muerte materna es que la mujer esté gestando. Para las mujeres portadoras de antecedentes obstétricos de riesgo, el acceso y uso con consentimiento informado de métodos anticonceptivos elegidos por ellas puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

## **1.1. OBJETIVOS:**

### **1.1.1. Objetivo general:**

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017.

### **1.1.2. Objetivos específicos:**

- Identificar los tipos de emergencias obstétricas ocurridas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017.
- Identificar las características epidemiológicas: edad, estado civil, grado de instrucción, lugar de procedencia, antecedentes obstétricos, atención prenatal; de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017.
- Identificar las características clínicas: modo de ingreso, evolución clínica, estancia hospitalaria, complicación de la emergencia, condiciones de alta, vía de parto; de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén 2015-2017.

## **1.2. MARCO TEÓRICO.**

### **1.2.1. Bases Teóricas.**

El embarazo es considerado un evento fisiológico, donde desarrollarán patologías obstétricas en las cual ponen en peligro tanto la vida de la madre como la del feto.<sup>10</sup>

Las emergencias obstétricas son un conjunto de situaciones que ponen en peligro tanto la vida de la mujer como la del feto en donde se requiere una atención médica quirúrgica de manera inmediata.<sup>3</sup>

Dentro de las emergencias obstétricas tenemos a las hemorragias de la segunda mitad del embarazo, atonías uterinas, rotura uterina, abortos y los embarazo ectópicos que son las causas que pueden con llevar a un shock hipovolémico, los trastornos hipertensivos que con lleva a una eclampsia, síndrome hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP) HELLP y a las infecciones a un shock séptico.<sup>11</sup>

La hemorragia es la complicación más significativa durante el embarazo, fundamentalmente del tercer y cuarto periodo del parto. En él se necesita un diagnóstico y tratamiento rápidos para su atención. Incluso la sepsis y la hipertensión arterial son las tres grandes causas de morbilidad materna extremadamente grave en el mundo.<sup>12</sup>

El shock hemorrágico es una forma del shock hipovolémico que la hemorragia intensa conduce a insuficiente aporte de oxígeno a nivel celular. Si la hemorragia continua, la muerte se produce rápidamente. También se define al shock hemorrágico que es un síndrome secundario a la pérdida aguda del volumen

circulante, con incapacidad cardiorrespiratoria y baja disponibilidad de oxígeno para suplir las cantidades tisulares, causando daño en diversos parénquimas por incapacidad para mantener la función celular.<sup>13</sup>

Los cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo pueden alterar la evaluación clínica inicial y el manejo de la paciente. Las causas más importantes de hemorragia obstétrica por su gravedad son placenta previa, desprendimiento de placenta, rotura uterina, adherencia anormal de placenta, inercia uterina y traumatismo obstétrico. Considerando el riesgo inminente del binomio materno fetal, toda hemorragia anteparto o intraparto debe ser inmediatamente evaluada, estableciendo en forma oportuna el diagnóstico y manejo definitivo.<sup>14</sup>

El sangrado de parto y puerperio puede ocurrir por anomalías de uno o más procesos básicos. Estos pueden denominarse como las cuatro T: Tono, Tejido, Trauma y Trombina. Cuando se refiere al tono, el útero por alguna razón no es capaz de contraerse lo suficiente como para cesar el sangrado del sitio placentario. Respecto al tejido y trauma se refiere a productos retenidos de la concepción y coágulos de sangre, o agresiones sobre el tracto genital que pueden causar grandes pérdidas de sangre en el post parto, especialmente si no son prontamente identificados. Respecto a la trombina se refiere a las anomalías de la coagulación que también causan pérdidas excesivas de sangre.<sup>15</sup>

En cuanto a la hemorragia post parto se define como una pérdida de sangre mayor a 500ml en un parto por vía vaginal y mayor a 1000ml en partos por cesárea en 24 horas, debido a la difícil cuantificación exacta del volumen sanguíneo perdido

en el parto se tiene a subestimar el mismo, por lo que también se la puede definir como aquella hemorragia de una cuantía tal que ocasione compromiso hemodinámico en la paciente.<sup>16</sup>

La existencia de tensión arterial sistólica menor de 90 mmHg en decúbito dorsal, asociada con sangrado grave, representa el signo de alarma más relevante para activar el protocolo para la asistencia de hemorragias graves y potencialmente exanguinantes con grado de alerta.<sup>17</sup>

Existen predictores de morbilidad materna severa que son importantes de destacar, debido a que se ha establecido que por cada caso de muerte puede haber hasta 30 casos de morbilidad. Tales factores son la edad mayor de 34 años, exclusión social, historia previa de hemorragia post parto, embarazo múltiple, hipertensión, cesárea de emergencia y anemia.<sup>18</sup>

Por la complejidad de los cuadros clínicos y la comorbilidad de las pacientes obstétricas que hayan sufrido un shock hipovolémico es necesario que los tratamientos se continúen en las unidades de cuidados intensivos (UCI). La admisión a UCI de gestantes fluctúa entre el 0.1% a 0.9%. Hay varias causas de admisión a UCI, siendo el más relevante la insuficiencia respiratoria.<sup>19</sup>

Para que una paciente obstétrica que ha sufrido un shock hipovolémico sea dada de alta será cuando se haya cohibido la hemorragia mediante los procedimientos más adecuados para cada situación específica, cuando se encuentre hemodinámicamente estable, su hematocrito sea mayor al 21% y luego se le indicara suplemento de hierro, de acuerdo al protocolo de anemia.<sup>20</sup>

Los trastornos hipertensivos del embarazo es la segunda causa más frecuente de muerte materna directa en el mundo. Es también una de la complicación médica más común que se encuentra durante el embarazo. Los trastornos hipertensivos son multi sistémicos y de causa desconocida, donde se caracterizan por una atribución de la placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno.<sup>21</sup>

La eclampsia está motivada por la hipertensión durante el embarazo y es la fase grave de la preeclampsia, se caracteriza por la presencia de convulsiones que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio asociada a síntomas y signos clínicos de la preeclampsia.<sup>22</sup>

En la eclampsia es la complicación más frecuentes y temidas de la preeclampsia severa, donde es común ver las convulsiones, insuficiencia renal aguda, alteraciones visuales, enfermedades cerebro vascular, edema pulmonar. La coagulación intravascular diseminada, es de origen multicausal que se caracteriza por la entrada en acción del sistema de la coagulación.<sup>23</sup>

La edad materna, es uno de los principales factores de riesgo asociados a la eclampsia, sobre todo si es menor de 15 y mayor de 35 años, otros factores epidemiológicos que influyen es el estado civil la convivencia, el bajo nivel de instrucción ya que las mujeres a reconocer los signo y síntomas en donde así podemos evitar una complicación o una muerte materna perinatal, la desnutrición y la pobreza, los antecedentes obstétricos como es la paridad que tiene una alta significancia ya que la mujer puede ser nulíparas o multípara con nuevo conyugue.<sup>24</sup>

La atención prenatal es un aspecto muy importante desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez al mes hasta el parto, donde permite identificar complicaciones del embarazo y establecer medidas oportunas, ayuda a determinar la curva de evolución de la presión arterial, valorando la misma con especial interés en el último trimestre donde las enfermedades es mucho más frecuente.<sup>25</sup>

La evolución clínica de la preeclampsia varía desde formas leves a severa. En la mayoría de las mujeres, la progresión a través de este espectro es lenta, y el diagnóstico de preeclampsia leve es interpretado como una fase de la enfermedad. En otras, la enfermedad progresa rápidamente, cambiando de leve a grave en días o semanas. En los casos más graves, la progresión puede ser fulminante, con evolución a eclampsia en cuestión de días o incluso horas. Por lo tanto, para el manejo clínico, la eclampsia debe ser sobre diagnosticada, pues el objetivo más importante es la prevención de la morbilidad materna perinatal.<sup>23</sup>

La gestante con preeclampsia con signos de severidad o eclampsia requiere hospitalización de inmediata para su manejo respectivo, con el objetivo terapéutico de controlar la hipertensión arterial, prevenir la ocurrencia de convulsiones o su repetición. Es por ello que constituye una de las principales causas de ingreso y complicaciones en el servicio de cuidados intensivos UCI, razón en él que se justifica su control y monitoreo de forma permanente.<sup>24, 26</sup>

En la eclampsia, el tratamiento final es la interrupción del embarazo y generalmente se toma en cuenta las condiciones maternas para dicha interrupción, antes que la edad

gestacional y la salud fetal. Para la elección de la vía de parto, habrá que tener en cuenta factores tales como la presentación, las condiciones cervicales, la edad gestacional entre otros. El Instituto Nacional Materno Perinatal, la preeclampsia eclampsia y el síndrome de HELLP es la segunda causa de cesáreas.<sup>22</sup>

Para el alta de las pacientes son la normalización de la presión arterial, la evolución clínica y la normalización de los exámenes de laboratorio. En casos de persistencia de la hipertensión arterial, proteinuria u otras alteraciones analíticas, transcurrido este periodo, deberá sospecharse una alteración subyacente.<sup>26</sup>

Dentro de las complicaciones maternas tenemos al síndrome de HELLP la causa más frecuente de muerte materna ya que es una enfermedad multisistémica que acompaña a los cuadros graves de pre eclampsia el cual es una complicación muy grave en donde se debe actuar de manera inmediato y rápidamente.<sup>23</sup>

El síndrome hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP) HELLP es una enfermedad multisistémica que acompaña a los cuadros graves de la preeclampsia. Es un elemento de pronóstico desfavorable en las pacientes afectadas por una hipertensión durante el embarazo. Se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica microangiohepática, disfunción hepática con elevación de enzimas hepáticas trombocitopenia.<sup>27</sup>

El síndrome de HELLP es una complicación que aparece en el 15% de los trastornos hipertensivos del embarazo. Donde pone en riesgo la vida de la madre, debido a las altas posibilidades de complicaciones, como las hemorragias cerebrales,

insuficiencia renal, ruptura hepática y mayor posibilidad de muertes.<sup>28</sup>

Las manifestaciones clínicas del síndrome de HELLP suelen ser las mismas que se presenta en la preeclampsia eclampsia suelen ser rápidas. La hipertensión puede estar ausente en el 20% de los casos y ser leve en el 30%, la mayoría de las pacientes, manifiestan el síndrome entre las 27- 37 semanas de gestación, el síntoma más frecuente y orientador en pacientes con síndrome de HELLP es la epigastralgia, se puede observar en el puerperio hasta las 7 días después. En el periodo puerperal, el riesgo de insuficiencia renal agudo y edema pulmonar aumenta.<sup>29</sup>

Las pacientes con síndrome de HELLP deben ser hospitalizadas inmediatamente para una evaluación minuciosa. La salud de las pacientes puede deteriorarse rápidamente, con gran afectación materna y fetal. Es por ello que una de las principales causas de ingreso y complicaciones en el servicio de cuidados intensivos UCI, razón en él que se justifica su control y monitoreo de forma permanente.<sup>28</sup>

El tratamiento oportuno para el síndrome de HELLP es la interrupción inmediato de la gestación en cuanto las condiciones maternas lo permiten, la vía adecuada es la cesárea es por ello que es la segunda causa frecuente.<sup>30</sup>

El shock séptico es la hipotensión inducida por sepsis a pesar de una adecuada reanimación hídrica con la presencia de alteraciones en la perfusión, como presencia de oliguria, alteraciones en el estado mental, acidosis láctica, que requieren de la administración de agentes vasopresores. La sepsis es una condición clínica frecuente y mortal.<sup>31</sup>

El shock séptico durante el embarazo pueden ser resultados tanto de factores obstétricos como no obstétricos, así como de condiciones que complican el embarazo, el parto y el puerperio. La sepsis en las mujeres embarazadas, principalmente, es el resultado de infecciones pélvicas, como corioamnionitis, endometritis, infección en la herida quirúrgica, aborto séptico o infecciones del tracto urinario.<sup>32</sup>

El shock séptico ocurre cerca del 40% de los pacientes y es la tercera causa más frecuente de muerte materna y un 15% ingresan a la unidad de cuidado intensivo UCI. La sepsis es causada generalmente por bacterias Gram negativas, pero también puede ser ocasionada por bacterias Gram positivas, hongos e incluso virus, la sepsis en su mayoría de ocasiones, se desarrolla de manera secundaria a infecciones del aparato genital.<sup>33</sup>

Las Características epidemiológicas son circunstancia detectable en una persona o grupo de personas, que se asocia con un aumento de riesgo de padecer, desarrollar o estar expuesto a un proceso mórbido.

La edad es un antecedente biogeográfico el cual nos permite identificar factores de riesgo del ciclo vital de las personas, en el caso de las mujeres adquieren especial importancia el periodo llamado edad fértil. El embarazo antes de los 15 y después de los 35 años, se asocia a un aumento de riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna perinatal.<sup>34</sup>

La importancia del estado civil como factores que influye en el tamaño y la estructura del hogar y la familia es patente y ha sido documentada ampliamente por sociólogos y especialistas en demografía. Ello ocurre especialmente porque el matrimonio constituye el primer paso en la formación de la familia biológica y la mayoría de las parejas recién casadas establecen su propio hogar inmediatamente después de la boda. El sistema de vigilancia epidemiológica para el año 2012, anunció sobre el estado civil, la mayoría viven en una unión estable de convivencia o casadas, habiendo llegado a cursar el nivel primaria y secundaria en mayor proporción, la ocupación de estas mujeres son amas de casa.<sup>35</sup>

El nivel educativo es uno de los principales factores que influyen en la conducta reproductiva de las mujeres, el descenso de la fecundidad siempre he estado acompañado por un mejoramiento en los niveles educativos de la mujer, enseñándoles a las mujeres a reconocer los signo y síntomas en donde así podemos evitar una complicación o una muerte materna perinatal.

La procedencia es otro de suma importancia ya q las mayorías de las mujeres de zonas rurales dan a luz en su casa, en la ausencia de atención especializada, mientras que las mujeres de zonas urbanas tienden a dar a luz en un hospital con un personal calificado.<sup>34</sup>

La paridad tiene una alta significancia sobre todo en las mujeres que tienen más de cinco hijos sin contar el embarazo actual. La multi paridad en mujeres de cualquier edad representa más peligro que el segundo o tercer nacimiento.

La atención prenatal es el conjunto de acciones de salud que reciben las embarazadas durante la gestación, reduce la morbilidad y mortalidad materna perinatal, también permite identificar los factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

Las características clínicas son factores posibles que se asocia a los signos y síntomas que se manifiestan en una enfermedad. En cual tenemos a sub variables como. El modo de ingreso de la paciente gestante es por la unidad de emergencia ya sea estable o grave en donde requiere una atención inmediata. La evolución clínica estado de la paciente como va reaccionando ante la emergencia ocurrida. La estancia hospitalaria son los días en el cual la paciente se encuentra recibiendo una atención especialidad por todo el personal de salud. La complicación de la emergencia es aquella alteración o modificaciones del estado de salud producida por una complicación obstétrica del embarazo, parto o puerperio la cual puede con llevar a una muerte materna perinatal. La condición de alta es el estado de cómo la paciente egresa de hospital sea estable, con alguna secuela o fallecida y la Vía de terminación de parto es la vía seleccionada y adecuada para la interrupción del embarazo ya sea eutócico o distócico.

### 1.2.2. Antecedentes de la investigación

López-Ocaña L, y cols.<sup>36</sup> publicaron en México en el año 2017, una investigación con el objetivo de describir las causas de emergencias obstétricas que motivaron la activación del equipo de respuesta inmediata en un hospital de segundo nivel fue un estudio retrospectivo, observacional, en donde los resultados fueron que en el 2014 se atendieron por causa obstétrica 3915 mujeres, de esta población, hubo 75 casos de emergencia obstétrica. En el 2015, fueron 4390 mujeres y 80 casos de emergencias obstétricas. Los principales dominios en donde actuó el equipo de respuesta inmediata en el 2014 y 2015 fueron: labor admisión y recuperación. En el 2014, la preeclampsia-eclampsia-HELLP ocupó el primer lugar como una causa de emergencia obstétrica con 42 casos, mientras que en el 2015 se presentaron 36 casos; la hemorragia obstétrica se presentó en 28 casos en el 2014 y 34 casos en 2015. En 2014, hubo una muerte materna por preeclampsia severa y rotura hepática extensa. Se concluyó que la consolidación del equipo de respuesta inmediata, de acuerdo al entorno sanitario, es fundamental, sobre todo, en la acepción otorgada por los integrantes del mismo.

Balestena J, y cols.<sup>37</sup> publicaron en Cuba en el año 2015 un trabajo que evaluó la edad materna avanzada como factor de las complicaciones obstétricas y del nacimiento con 360 casos y 720 controles; la investigación fue observacional, retrospectiva, transversal y analítica en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río entre 2012 y 2013; los resultados fueron que hubo un predominio de la embarazada con partos anteriores en 92.8%, la normo peso en 68.9%, el 34.4% tenían alguna enfermedad crónica, siendo la principal la

hipertensión arterial; la anemia durante el embarazo estuvo presente en el 34.4%, el 88.3% fueron partos a término, de modo espontáneo; además predominó la cesárea en 52.2%. La morbilidad intraparto se manifestó en el 13.1%, mientras la puerperal en el 26.7%. Hubo una elevada asociación del embarazo prolongado con la enfermedad hipertensiva, el oligoamnios y la anemia ( $p < 0,001$ ), también con la inducción del parto ( $p < 0,001$ ) y la cesárea ( $p < 0,001$ ), así como con la morbilidad puerperal ( $p < 0,001$ ). El estudio llega a concluir que la edad materna avanzada es un factor de riesgo a tener en cuenta durante el proceso de la gestación y el nacimiento.

Gil I, y cols.<sup>38</sup> Publicaron una investigación en Cuba el 2014. Con el fin de caracterizar la morbilidad materna extremadamente grave en la provincia Villa Clara 2012 se realizó un estudio transversal de todas las pacientes diagnosticadas con morbilidad materna extremadamente grave en los hospitales con servicios ginecológicos y obstétricos de la provincia. Se utilizó como fuente de información la historia clínica de la atención prenatal y hospitalaria. Obtuvo el resultado que el mayor porcentaje de casos con morbilidad materna extrema después del parto, fundamentalmente por cesárea, se diagnosticó en el Hospital "Mariana Grajales". La edad promedio fue de 28 años. Se identificaron riesgos maternos en el 82,1 % de las pacientes; se concluye que fueron más frecuentes los trastornos hipertensivos, la infección vaginal, la anemia y la edad extrema. Las causas relacionadas con el manejo instaurado fueron las de mayor ocurrencia. La hemorragia obstétrica fue la principal causa de ingresos en la unidad de cuidados intensivos y del proceder quirúrgico adicional.

A nivel nacional tenemos que Delgado R<sup>39</sup>. Publicó en Perú en el año 2016 una investigación con la finalidad de describir las características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el Hospital Santa Rosa en el período 2000-2015, Realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. La población estuvo constituida por el total de muertes maternas ocurridas. Se han registrado 21 muertes maternas en el Hospital Santa Rosa. El 90% de las muertes maternas ocurrieron en la etapa del puerperio y el 86% fueron por causas directas. Las principales causas de muerte fueron los trastornos hipertensivos del embarazo (38.1%), Atonía uterina (23.8%) y Endometritis puerperal (14.3%). El promedio de edad de todas ellas fue de 30 años, el 80% procedían del Departamento de Lima y en su mayoría tenían como ocupación principal su casa (86%). El total de las fallecidas había tenido por lo menos una demora para llegar al Hospital y el 52.4% no reconocieron la situación de riesgo. El 86% eran primípara o nulíparas, el 38% no había tenido ningún control pre natal. El 71% de los hijos de las madres fallecidas nacieron vivos.

Por otro lado Romero R.<sup>40</sup> Presentó en Perú en el año 2014. Un estudio con el objetivo de identificar las características epidemiológicas, obstétricas, clínicas y complicaciones maternas fetales en pacientes eclámpicas. En un estudio observacional, descriptivo de casos de pacientes con diagnóstico de eclampsia, se atendió un total de 3186 partos de los cuales 0.9% fueron de pacientes de que presentaban eclampsia lo que representa un caso por cada 113 partos la mayoría de los pacientes 67.9% tenían entre 20 y 35 años, 46.4% eran primigestas, el 57.1% de los embarazos fueron pretermino y 46.4% de las mujeres tenían más de 6 controles prenatales. Un mayor número de pacientes con eclampsia el 71.4% fue parto por cesárea, el 25% hicieron

síndrome de HELLP. La eclampsia fue responsable de 3.4% de todas las muertes maternas se concluyó que la eclampsia se puede prevenir en 2 momentos de la gestación, luego del primer trimestre con ácido acetil salicílico y al final del embarazo con el sulfato de magnesio. En un alto porcentaje esto se consigue con un buen control prenatal que identifique al grupo con factores de riesgo y que intervenga oportunamente.

Acosta L. Y Col.<sup>41</sup> Presento en el Perú en el año 2017 una investigación con la finalidad de determinar las características epidemiológicas y clínicas que inciden en la mortalidad materna en el hospital emblemático La Caleta(HLC) de Chimbote 2000 – 2015. En un estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal, la población estuvo constituida por el 100% de los casos presentados. La información se obtuvo de historias clínicas y libro de partos. Encontrando que de acuerdo a las características epidemiológicas fueron que la edad promedio 28.3% años 41% tenía entre 30-34 años; educación secundaria 53%; estado civil: convivientes 29,4%; ocupación: labores del hogar 59%; y procedencia urbana 47%. Las características clínicas fueron: 53% tuvo entre 22-36 semanas de gestación; nulíparas y multíparas en igual porcentaje 33%; el 47% no tuvo abortos; atención prenatal nula o menor de 6: 65%; complicaciones en el parto: eclampsia 6% y patologías en el puerperio: infección puerperal 17%. El principal tipo de muerte materna fue directa: 64,7%; indirecta: 29,4% y no relacionada: 5,9%. Se concluyó que en los últimos 16 años, la RMM en el HLC ha sido inestable, siendo alta en los II primeros quinquenios y media en el III, con descenso significativo. Existen características epidemiológicas y clínicas que incidieron en la mortalidad materna del HLC. La epidemiológica fue: la ocupación; y las clínicas: antecedentes personales patológicos, paridad, atención

prenatal, planificación familiar, diagnóstico de ingreso, complicaciones en el parto y patologías en el puerperio.

A nivel local, Chirinos C.<sup>42</sup> publicó en Perú en el año 2016 un estudio con el objetivo de identificar las características clínico-epidemiológicas de las muertes maternas evitadas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2011-2014. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con una población de 1078 pacientes cuya muestra estuvo representada por 186 historias clínicas de gestantes, según los criterios de inclusión y exclusión el número de muertes maternas evitadas fue de 22 casos; de los cuales la frecuencia de presentación de hemorragia obstétrica-grado III fue de 5%. La mayor frecuencia la presentó la enfermedad hipertensiva del embarazo de las cuales la preeclampsia severa correspondió al mayor número de casos con 45%, eclampsia 27% y síndrome de HELLP 18%. En cuanto al shock séptico-infección respiratoria aguda fue solo 5% las características epidemiológicas de las MME fueron: el 100% correspondió a una atención médica adecuada oportuna. En la paridad el 32% fueron nulíparas. Según el período intergenesico 41% fue prolongado. Donde se concluyó que las características clínico-epidemiológicas más frecuentes de las gestantes con MME fueron multiparidad ganancia anormal de peso y periodo intergenesico largo.

Altamirano F.<sup>43</sup> publicó en Perú con el objetivo de determinar el perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia en el Hospital Belén De Trujillo 2012-2016, realizó un estudio descriptivo simple en 1418 historias clínicas, encontrando que de acuerdo al perfil clínico: según el tipo de preeclampsia el 32.09% presentaron preeclampsia leve y el 67.77% preeclampsia severa, según los signos y síntomas, el 77.43% presentó edema, el 00%

presión arterial alta, el 74% proteinuria, según las complicaciones: 5.43% presento síndrome de HELLP, la vía de terminación del parto fue 22.57% vaginal, 77.43% por cesárea y con condición de egreso sano el 99.71%. según el perfil epidemiológico el promedio de edad de las gestantes es de 26.47 ± 7.5 años; el 55.64% tenía secundaria completa, 70.08% tiene un estado civil de conviviente;; el 27.36% reside en el porvenir, el 22.36% en el distrito de Trujillo, el 99.92% no presenta hábito de fumar, el 98.73 % no presenta antecedentes de hipertensión arterial ,el 21.93% presentó historial de abortos, y el 92.52% recibió atención prenatal y de ellas el 78.49% registró más de cuatro controles prenatales.

A nivel local no se encontraron más estudios relacionados es por eso que no se mencionan más estudios relacionados con las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas. Ya que nuestro estudio es el primer trabajo realizado en la libertad en el Hospital Belén de Trujillo.

### **1.3. HIPÓTESIS:**

Implícita

Por ser una investigación descriptiva

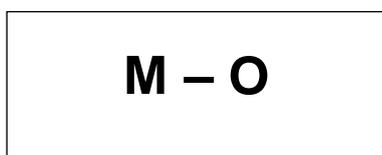
## **II. MATERIALES Y MÉTODOS:**

### **2.1. Diseño de investigación.**

#### **2.1.1. Diseño general.**

No experimental – transeccional – retrospectivo

#### **2.1.2. Diseño específico.**



#### **Dónde:**

M: emergencias obstétricas.

O: características epidemiológicas y clínicas.

### **2.2. Población Y Muestra**

#### **2.2.1. Población.**

La población estuvo constituida por historias clínicas de gestante que fueron hospitalizadas por presentar una emergencia obstétrica: Shock hipovolémico, eclampsia, síndrome de HELLP y shock séptico en el Hospital Belén de Trujillo en los 2015 al 2017. El total de la población fue de 797 emergencias atendidas según datos obtenidos del área de estadística e informática del Hospital Belén De Trujillo.

#### **2.2.2. Muestra**

La muestra fue de 177 historias clínicas de gestantes que fueron atendidas por presentar una emergencia obstétrica en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017. Para calcular del

tamaño de la muestra se utilizó muestreo aleatorio simple con un nivel de confianza de 95% y una precisión de 0.05. Se ha estimado un total de 177 emergencias obstétricas que fueron obtenidas por la formula siguiente:

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

Marco maestral	N =	797
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Z de (1- $\alpha/2$ )	$Z (1 - \alpha/2) =$	1.960
Prevalencia de Síndrome de HELLP	$p =$	0.180
Complemento de p	$q =$	0.820
Precisión	$d =$	0.050
Tamaño de la muestra calculada	$n =$	176.73
Tamaño de la muestra	$n =$	177

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Se utilizaron todos los registros de historias clínicas perinatales de pacientes que fueron hospitalizadas por causa de una emergencia obstétrica durante los años 2015 – 2017.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que hayan tenido parto extra institucional.
- Historias clínicas no accesibles y con información requerida incompleta.
- Pacientes que fueron trasladadas de otro hospital o clínica solo por hospitalización en UCIM.

### **Tipo de muestreo**

Probabilístico, muestreo aleatorio simple.

### **Unidad de análisis**

Está constituido por las historias clínicas obtenidas de la oficina de estadística e informática del Hospital Belén De Trujillo.

## **2.3. Variable**

Características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas.

### **Definición conceptual**

- Características epidemiológicas es cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas, que se asocia con un aumento de riesgo de padecer, desarrollar o estar expuesto a un proceso mórbido.<sup>39</sup>
  - Edad: años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la realización del trabajo.
  - Estudios: Nivel máximo alcanzado de estudios cursados en el sistema formal de educación. Se midió como
  - Estado civil: condición de la paciente según registro civil.
  - Procedencia: se refiere a la residencia habitual de la paciente según DNI.
  - Antecedentes obstétricos: se midió como:
    - Recién nacidos a término: se consideró a las pacientes cuyos partos antes de la gestación actual hayan culminado entre las 37 y 42 semanas sin incluir partos pretérmino (23 a 36 semanas) ni abortos.
    - Sin recién nacidos a términos: se consideró a la paciente que no haya tenido partos entre las 37 y 42 semanas de gestación sin incluir partos pretérminos ni abortos.

- Con RN a término (1 a 3) pacientes que hayan tenido más de 1 a 3 partos entre las 37 y 42 semanas de gestación sin incluir partos pretérminos ni abortos.
  - Con RN a término (> 4) pacientes que hayan tenido de 4 a más partos entre las 37 y 42 semanas de gestación sin incluir partos pretérminos ni abortos.
  - Sin abortos: pacientes que no hayan tenido abortos antes de la gestación actual.
  - Con abortos: pacientes que hayan tenido de uno a más abortos antes de la gestación actual.
  - Número de hijos actualmente vivos: se consideró a las pacientes cuyos hijos producto de gestaciones anteriores estén vivos al momento de la consulta sin considerar si el parto fue a término o pretérmino.
  - Sin hijos nacidos vivos: se consideró pacientes que no tengan hijos vivos actualmente sin considerar la fecha ni la edad del fallecimiento si es que lo tuvieron.
  - De 1 a 2 hijos actualmente vivos: se consideró pacientes que tengas de 1 a 2 hijos actualmente vivos sin considerar la edad de sus hijos.
  - 2 hijos actualmente vivos: se consideró a pacientes que tengas 2 hijos actualmente vivos sin considerar a edad de estos.
  - Más de 2 hijos vivos: se consideró a la paciente que tenga más de 2 hijos vivos actualmente.
  - Atención prenatal: conjunto de acciones de salud que reciben las embarazadas durante la gestación se considera si las pacientes tuvieron o no atenciones prenatales.
- Características clínicas se fundamenta en todas las asociaciones posibles de signos y síntomas que se manifiestan de la enfermedad y su relación con las entidades clínicas consideradas como

concomitantes según las normas técnicas del Ministerio de salud Perú.<sup>44</sup>

- Modo de ingreso: es el estado de salud en el cual ingresa la paciente sea estable o grave.
  - Evolución clínica: es estado de evolución de mejoría de una paciente ante una emergencia que puede ser favorable, poco favorable o desfavorable.
  - vía de parto: es la vía seleccionada para la interrupción del embarazo ya sea parto vaginal (normal o complicado) o cesárea.
  - Estancia hospitalaria: son los días que la paciente se encuentra recibiendo una atención brindada por el personal de salud para su recuperación.
  - Complicación de la emergencia: pacientes que han ingresado a Unidad de Cuidados Intermedios Maternos.
  - Condiciones de alta: es el estado de salud en el cual egresa la paciente sea sana (sin ninguna patología), con secuela (con una o más patologías como anemia, histerectomía u otros) o fallecida.
- Las emergencias obstétricas constituyen una serie de eventos perinatales, de origen tanto materno como fetal y que se constituyen como un peligro inminente para la vida de uno o de ambos, lo que requiere una conducta rápida del personal de salud.<sup>42</sup>
    - Shock hipovolémico síndrome que cursa con bajo flujo sanguíneo e inadecuada perfusión tisular, que conduce a un trastorno metabólico celular, disfunción orgánica, falla orgánica y muerte.<sup>14</sup>

- Eclampsia se denomina así a las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecida en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia. Poniendo en riesgo la vida y puede ocurrir antes durante o después del parto.<sup>45</sup>
- Síndrome HELLP el nombre viene del acrónimo compuesto por la abreviación en ingles de los signos que lo caracterizan: hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP).<sup>12</sup>
- Shock séptico definido como hipotensión inducida por sepsis que persiste a pesar de la reanimación adecuada con líquidos.<sup>46</sup>

## Definición operacional

variable	Dimensión	Tipo	Escalas	Indicadores
<b>Emergencias obstétricas</b>	Shock hipovolémico	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
	Eclampsia	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
	Síndrome de HELLP	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
	Shock séptico	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<b>Características epidemiológicas</b>	1. Edad	Cuantitativa	Continua	Numérica: De 12 a 18 años De 19 a 25 años De 26 a 35 años Mayor de 35 años
	2. Estado Civil	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Conviviente</li> </ul>
	3. Grado De Instrucción	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analfabeta</li> <li>• Primaria.</li> <li>• Secundaria.</li> <li>• Superior universitario.</li> <li>• Superior no universitario.</li> </ul>
	4. Procedencia	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distrito que procede la paciente según DNI.</li> </ul>
	5. Antecedentes Obstétricos	Cuantitativa	Continua	RN a término: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin</li> <li>• De 1 a 3 RN a término</li> <li>• Más de 4 RN a término</li> </ul> Abortos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Abortos</li> <li>• Con Abortos</li> </ul>

				N° de hijos actualmente vivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin Hijos vivos</li> <li>• 1 Hijo actualmente vivo</li> <li>• 2 Hijos actualmente vivos</li> <li>• Más de 2 Hijos actualmente vivos</li> </ul>
	6. Atención Prenatal	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
<b>Características clínicas</b>	Modo de ingreso	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estable.</li> <li>• Grave</li> </ul>
	Evolución clínica	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorable</li> <li>• Poco favorable</li> <li>• Desfavorable</li> </ul>
	Estancia hospitalaria	cuantitativa	Numérica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De 1 a 5 días</li> <li>• De 6 a 10 días</li> <li>• Más de 10 días</li> </ul>
	Complicación de la emergencia	Cualitativa	Nominal	Ingreso a la UCIM: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>
	Vía de parto	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaginal</li> <li>• Cesárea</li> </ul>
	Condiciones de alta	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sana</li> <li>• Con secuela</li> <li>• Fallecida</li> </ul>

## **2.4. Técnicas e instrumentos de investigación**

Para la recolección de datos se usó la técnica de análisis documental que consistió en la revisión de historias clínicas.

### **2.4.1. Para la recolección de datos.**

Para la recolección de datos se utilizó una ficha semiestructurada de registro, (anexo1) la cual identifico las características epidemiológicas y clínicas.

Dicho instrumento se encuentra dividido en 2 partes:

PARTE 01: Características epidemiológico: edad, estado civil, procedencia, grado de instrucción, antecedentes obstétricos, atención prenatal.

PARTE 02: características clínicas: modo de ingreso, evolución clínica, estancia hospitalaria, complicación de la emergencia, condiciones de alta, vía de terminación del embarazo.

### **2.4.2. Para la presentación de datos (cuadros y/o gráficos)**

Para la organización y la presentación de datos se elaboró tablas y gráficos estadísticos

### **2.4.3. Para el análisis e interpretación de los datos**

Los datos recolectados fueron procesados de manera automatizada en el programa estadístico SPSS Statistics 22.0 (IBM, Armonk, NY, USA), para luego presentar los resultados en tablas y/o gráficos mostrando los resultados de acuerdo a

los objetivos planteados. Se presenta frecuencias absolutas, porcentuales, medias y desviaciones estándar. Se realizó un análisis estadístico descriptivo para determinar las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017.

## **2.5. Procedimiento**

Se presentó un oficio para la autorización de la investigación a la dirección general y se presentó al jefe del Dpto. de ginecología obstétrica se le explico el desarrollo de la investigación y a la obstetra responsable del sistema informático perinatal a quien se le explico en que consistió la investigación se recolecto la información de las historias clínicas perinatal de las pacientes que hayan tenido una emergencia obstétrica de los años 2015 al 2017 se ingresaron los datos obtenidos y se tabularon para organizarlos y analizarlos..

## **2.6. Consideraciones éticas**

Anonimato: los nombres de las madres cuyas historias clínicas perinatales que participaron en la investigación no fueron reveladas.

Participación de historias clínicas: El estudio involucro a los expedientes de las historias clínicas.

Confidencialidad de la información obtenida: se ingresó la información en el software que sirvió para el análisis de los datos.

Veracidad de los datos: se tomó con fidelidad los datos que encontramos durante la investigación.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1.** Tipos de emergencias obstétricas ocurridas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017.

<b>Emergencias Obstétricas</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Shock hipovolémico</b>	80	45.5
<b>Síndrome de HELLP</b>	41	22.7
<b>Eclampsia</b>	35	19.9
<b>Shock séptico</b>	21	11.9
<b>Total general</b>	<b>177</b>	<b>100</b>

*Fuente: Registro de Historias Clínicas Perinatales (2015-2017) servicio de Gineco-obstetricia.*

**Tabla 2.** Características epidemiológicas: edad, estado civil, lugar de procedencia, antecedentes obstétricos; de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo 2015-2017

<b>Característica epidemiológica</b>	<b>Categoría</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	De 12 a 18 años	27	15.3
	De 19 a 25 años	53	29.9
	De 26 a 35 años	61	34.5
	Mayor de 35 años	36	20.3
<b>Estado civil</b>	Casada	18	10.2
	Conviviente	142	80.2
	Soltera	17	9.6
<b>Grado de instrucción</b>	Analfabeta	12	6.8
	Primaria	62	35
	Secundaria	77	43.5
	No universitaria	16	9
	Universitaria	10	5.7
<b>Procedencia</b>	El Porvenir	53	29.9
	Trujillo	51	28.8
	Huamachuco	24	13.6
	Fcia de Mora	16	9
	Virú - Chao	14	7.9
	Otros	19	10.7
<b>Atención pre natal</b>	Si	113	63.8
	No	64	36.2

Continúa...

<b>Antecedentes Obstétricos</b>	Sin RN a término	50	28.3
	Con RN a término (1 a 3)	108	61
	Con RN a término (> 4)	19	10.7
	Sin Abortos	132	74.6
	Con Abortos	45	25.4
	Sin Hijos vivos	52	29.4
	1 Hijo actualmente vivo	55	31.1
	2 Hijos actualmente vivos	29	16.4
	Más de 2 Hijos actualmente vivos	41	23.2

*Fuente: Registro de Historias Clínicas Perinatales (2015-2017) servicio de Gineco-obstetricia.*

Estadística básica de las variables cuantitativas:

<b>Variables</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Edad</b>	27.6	8
<b>Atención prenatal</b>	3.3	2.4

**Tabla 3.** Características clínicas: modo de ingreso, evolución clínica, estancia hospitalaria, complicación de la emergencia, condiciones de alta, vía de terminación del embarazo; de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén 2015-2017.

<b>Características Clínicas</b>	<b>categoría</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Modo De Ingreso</b>	Estable	118	66.7
	Grave	59	33.3
<b>Vía De Terminación</b>	Cesárea	113	63.8
	Vaginal	64	36.2
<b>Ingreso A UCIM</b>	No	95	53.7
	Si	82	46.3
<b>Evolución Clínica</b>	Favorable	91	51.4
	Poco favorable	81	45.8
	Desfavorable	5	2.8
<b>Días De Hospitalización</b>	De 1 a 5 días	95	53.7
	De 6 a 10 días	65	36.7
	Más de 10 días	17	9.6
<b>Condiciones De Alta</b>	Sana	105	59.3
	Con secuela	67	37.9
	Fallecida	5	2.8

*Fuente: Registro de Historias Clínicas Perinatales (2015-2017) servicio de Gineco-obstetricia.*

Estadística básica de las variables cuantitativas:

<b>Variables</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
<b>Días De Hospitalización</b>	6.3	5.2

#### IV. DISCUSIÓN

Las emergencias obstétricas son un conjunto de situaciones que ponen en peligro tanto la vida de la mujer como la del feto en donde se requiere una atención médica quirúrgica de manera inmediata.<sup>3</sup> El objetivo de este estudio fue describir las características epidemiológicas y clínicas de las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén De Trujillo durante los últimos tres años.

En tabla N° 1 se muestran las emergencias obstétricas atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, detallando que la emergencia más frecuente es el shock hipovolémico representando al 45.5% del total, seguido del síndrome de HELLP, Eclampsia y Shock séptico con el 22.7%, 19.9% y 11.9%, respectivamente.

Un estudio realizado por Chirinos C.<sup>42</sup> encontró que la mayor frecuencia la presentó la enfermedad Hipertensiva del Embarazo, de las cuales la preeclampsia severa correspondió al mayor número de casos con 45%, para Eclampsia 27% y para Síndrome HELLP fue de 18%. En cuanto a shock séptico-Infección fue solo 5%; diferente encontrado a nuestro estudio.

Durante los últimos tres años de realizado este estudio no se registra un aumento o un descenso de estas patologías en el Hospital Belén de Trujillo, similar realidad a la presentada a nivel nacional donde los últimos años se muestra esta tendencia de mantener las hemorragias de la segunda mitad del embarazo como es el shock hipovolémico siendo así la primera causa de muerte materna, seguida de las toxemias como es el síndrome de HELLP, siendo la segunda causa de muerte materna en el mundo <sup>12</sup>. Si el Perú cuenta con una norma técnica de atención prenatal y estrategias de prevención de la muerte maternas, dentro de las cuales se cuenta con guías de prácticas

clínicas, abastecimiento de bancos de sangre, sistemas de referencias y contra referencias. Aun así llama la atención que todavía se sigan presentando y que no haya un descenso marcado en los últimos años de estas patologías. Si hubiera una monitorización permanente de las capacitaciones brindadas a todo el personal de salud y cumplimiento de las guías prácticas clínicas de las normas técnicas probablemente estas complicaciones deberían disminuir con el tiempo y si no, el Ministerio de Salud o la red de hospitales debería analizar estas emergencias para establecer factores de riesgo y nuevas estrategias de prevención y control de estas complicaciones.

En la tabla N° 2, los resultados de las características epidemiológicas de las mujeres cuyas patologías fueron calificadas como emergencias obstétricas, fueron edad, con una media de 27.6 años, una desviación estándar de 8.02 años, el rango de la edad más frecuente fue de 26 a 35 años con un 34.5%; lo cual no coincide con lo encontrado por Chirinos C.<sup>42</sup> en las edades extremas de la vida, a diferencia del estudio de Romero R.<sup>40</sup> donde el porcentaje de mujeres que padecieron una complicación es menor a nuestro estudio, en donde diríamos que ellas estarían entrando al rango de gestantes añosas, en las edades donde se presentan mayor complicación, si las pacientes continúan con el tiempo postergando sus embarazos superior a la edad promedio donde se recomienda tener embarazo, entonces vamos a tener siempre pacientes que monitorizar y seguimiento más frecuente ya que estas pueden presentar una complicación.

El estado civil fue convivientes 80.2%, casada el 10.2% y soltera el 9.6%, lo cual coincide con Acosta L. Y Col.<sup>41</sup> donde indica que la convivencia no es un factor protector para salvar la vida de las gestantes. Donde el grado de instrucción el 43.5% tenían secundaria completa, siendo tan importante esta variable, en donde habría una calidad de educación con respecto a su autocuidado de la salud. Donde estos datos son presentados a nivel poblacional.

El Hospital Belén De Trujillo la mayor parte de referencia que recibe es de El Porvenir, en el cual es el lugar de procedencia más frecuentes con un 29.9%, lo cual coincide con Altamirano F.<sup>43</sup> donde el 27.33 residen del porvenir, a pesar que ya cuenta con un hospital de nivel II como lo es Hospital Distrital Santa Isabel, aun así se sigue encontrando que es el hospital con más referencias de casos.

En cuanto a los controles prenatales se evidencia que la mayoría de las mujeres estuvo contralada con un 63.8%, en promedio 3.3 Atenciones con una desviación estándar de 2.4, lo cual coincide con Acosta L. Y Col.<sup>41</sup> que encontró que el 65.1%, al igual que Altamirano F.<sup>43</sup> el 78.48% presentaros controles prenatales.

Es importante resaltar que a pesar que se encontró que el mas de 50% de gestantes ya tenían controles prenatales presentaron una emergencia obstétrica, esto en primera estancia nos lleva reflexionar en la calidad del control prenatal, no solo es importante el número de consultas, también es de gran a valor de la atención prenatal este enfocada en la búsqueda de factores de riesgo y en la toma de decisiones tempranas para evitar un complicación obstétrica

En los antecedentes obstétricos el 74.6% no presento antecedentes de abortos, el 28.4% no tenía antecedentes de recién nacidos a término previos, como características de las pacientes del Hospital Belén De Trujillo 2015 – 2017.

En la tabla N° 03 habla de las características clínicas donde se observa que el 67% de las pacientes ingresaron de modo estable 66.7%, la vía de terminación de parto fue distócico 63.8% ,similar a los de Romero R.<sup>40</sup> donde el 71.4% termino en cesaría, al igual que Altamirano F.<sup>41</sup> con el 77.4%, en donde evidentemente las pacientes con una emergencia obstétrica terminan en cesaría, en la cual cumple más del

50% de las pacientes del Hospital Belén en los últimos tres años que presentaron una emergencia obstétrica terminaron en cesárea. En el cual 46.3% ingreso a UCIM el cual si es realmente una emergencia obstétrica al momento de su derivación, la mitad tuvo una evolución favorable con el 51.4%, y a otra mitad tuvo poco favorable con el 46.3% y desfavorable en el 2.3%; según días de hospitalización la media 6.3, desviación estándar 5.2, el rango de los días de hospitalización fue de 1 a 5 días 53.7%, la condición de alta al egreso fue sana 59.3%, con secuela 37.9% y fallecida 2.8%.

También es de suma importancia mejorar el sistema de referencia y contra referencia, que sea este oportuno para que la paciente tenga mayor probabilidad, de poder manejar los casos en el nivel III, la coordinación del quipo profesionales tanto los puestos y centros de salud y los hospitales de II nivel para una referencia a los hospitales de mayor nivel de complejidad debe ser permanente la comunicación en salud.

## V. CONCLUSIONES

- Los tipos de emergencias obstétricas ocurridas en el Hospital Belén son, shock hipovolémico 45.5 %, Síndrome HELLP 22.7%, Eclampsia 19.9%, Shock séptico 11.9%, durante el año 2015 al 2017 Hospital Belén de Trujillo.
- Las características epidemiológicas de las emergencias obstétricas, fueron el 34.5% registran un rango de edad de 26 a 35 años; con una media de 27.6 años y una desviación estándar de  $\pm 8$  años, el 80.2% eran convivientes, el 29.9% registran como procedencia el distrito El Porvenir, un 63.8% tuvo un promedio de 3.3 atenciones prenatales, según los antecedentes obstétricos el 74.6% no registró abortos, el 28.4% no registró recién nacidos a término previos. Según las características clínicas
- Las características clínicas de las emergencias obstétricas, fueron: el 66.7% ingreso estable al hospital, el 63.8% tuvo parto por cesárea, el 51.4% tuvo una evolución favorable, el 46.3% ingreso a UCIM, la media de la estancia hospitalaria fue  $\pm 6.3$  con una desviación estándar de  $\pm 5.2$  días y el 59.3% registró una condición de alta al egreso de sana.

## VI. RECOMENDACIONES

- Los establecimientos de salud sensibilice a la población de la importancia de los controles prenatales.
- Que la Microred El Porvenir brinde capacitaciones permanentes al personal de salud sobre complicaciones obstétricas, manejo de pacientes de alto riesgo obstétrico para poder hacer una referencia adecuada a los hospitales o centros de mayor complejidad.
- Que los establecimientos de salud coordine oportunamente antes de realizar una referencia garantizando la recepción de la paciente y se cumpla la norma técnica para las referencias.
- Es necesario que el personal de salud este en constante actualización en relación a temas de emergencias obstétricas, por ser causas frecuentes de mortalidad materna.
- Se recomienda realizar estudios más detallados, relacionados al tema, y que el presente estudio sirva como base científica para los futuros profesionales que deseen realizar investigaciones.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS Mortalidad Materna Organización Mundial de Salud. [internet] 2016. Septiembre [citado: 2018 abril 11]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú 2015; 25 (4). Pág. 66 – 74 [internet] 2016. Enero [citado: 2018 abril 11]. Disponible en <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
3. Fescina R, De Mucio B, Ortíz E, Jarkin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Publicación científica CLAP/SMR N° 1594. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. Paraguay, 2012; 9 (12).
4. Bonilla F., Farfán J., & Martí, M. Hemorragias de la segunda mitad del embarazo. In Obstetricia y ginecología: Para el grado de Medicina. 2ª ed. España: Médica Panamericana; 2014.
5. Lale S y cols. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis [internet] 2014. Mayo [citado: 2018 abril 11]. Disponible en [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract)
6. Tavera L. tendencia de la mortalidad materna en el Perú. Desafíos pendientes. Peru: Rev peru ginecol obstet. 2013; 59: 157-160
7. Cerezo C. Causas que impiden la aplicación del plan de reducción, vigilancia epidemiológica de la muerte materna del hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor de la provincia de Santa Elena, año

- 2013 [tesis para optar por el grado de magíster en epidemiología]. Guayaquil (EC): Universidad De Guayaquil Facultad De Odontología Escuela De Posgrado “Dr. José Apolo Pineda”; 2015.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014. Pág. 413-414.
  9. Del Carpio L. situación de la mortalidad materna en el Perú 2000-2012. Rev Peru Med Exp salud pública. 2013;30(3) 461-4
  10. Ramirez G & Freyermuth G. Emergencias obstétricas en México: designación de concepto y uso. Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2013: 1 (1): 1-9.
  11. Greif D., Bottaro S., Gómez F., Grenno A., Nozar F., Fiol V., & Briozzo L. Capacitación de residentes de ginecología en urgencias obstétricas mediante simulación clínica. Revista Médica del Uruguay, 2015; 31(1), 46-52.
  12. Suárez J., Santana Y., Gutiérrez M., Benavides, M., & Pérez de Prado N. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2016; 42(4), 464-473.
  13. Asturizaga P., & Toledo Jaldin, L. Hemorragia obstétrica. Revista Médica La Paz, 2014; 20(2), 57-68.
  14. Mongrut A, Mongrut – Steane C, Mongrut E. Hemorragias Del Tercer Trimestre. Tratado De Obstetricia. 5ª ed. Lima. Universidad peruana. Cayetano Heredia. 2011. P. 533 – 545.

15. Rodrigo Cifuentes B. Obstetricia De Alto Riesgo. 6ª ed. Bogotá - Colombia: editorial Guadalupe; 2006. P. 485 – 497.
16. Reyes, O. A. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia 2011, 38(5), 169-172.
17. Guía de hemorragia Código Rojo, periodo de investigación y desarrollo de la guía, 2013. Colombia.
18. Maradiegue, E. Aborto como causa de muerte materna. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2015, 52(3), 150-153.
19. Dias de Souza JP, Duarte G, Bsile-Filho A. Near-miss maternal mortality in developing countries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;104:80
20. Espinoza A. Vidas salvadas en morbilidad materna extrema. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. Mayo 2013-Mayo 2015 [tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Enero 2016.
21. González, A., Fajardo J., Alvarado, J., Rodríguez, N., Rivas, O., Mejía R., & Urbina M. Trastornos hipertensivos del embarazo: clínica y epidemiología, hospital regional santa teresa 2015. Rev. Med, Hondur, 2016; 136, 73-1.
22. Sosa, L Guirado , M. Estados hipertensivos del embarazo. Rev Urug Cardiol 2013; 28:285-298.

23. Valerio, L. Estados hipertensivos del embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 2017; 2(3), 12-15.
24. Acosta Aguirre, Y., Bosch Costafreda, C., López Barroso, R., Rodríguez Reyes, O., & Rodríguez Yero, D. Preeclampsia y eclampsia en el periodo grávido y puerperal de pacientes ingresadas en cuidados intensivos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2017. 43(4), 53-60
25. Avena, J. L., Joerin, V. N., Dozdor, L. A., & Brés, S. A. Preeclampsia eclampsia. *Revista de posgrado de la VIa cátedra de Medicina-N*, 2007, 20-25.
26. Guevara Ríos, E., & Meza Santibáñez, L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2014, 60(4), 385-394
27. Castillo García, L. A., & Delgado Estevez, G. Síndrome de HELLP. *Revista del Hospital Juárez de México*, 2017, 67(4), 171-177.
28. Gracia, V. D. HELLP syndrome. *Ginecología y obstetricia de Mexico*, 2015, 83(01), 48-57.
29. Morales, A. O. Síndrome de Hellp. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 2014, 71(610), 191-193.
30. Gutiérrez-Aguirre, C. H., Alatorre-Ricardo, J., Cantú-Rodríguez, O., & Gómez-Almaguer, D. Síndrome de Hellp, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Hematología*, 2012, 13(4), 195-200.

31. Singer, M., Deutschman, C. S., & Seymour, C. W. Nuevas definiciones de sepsis y shock séptico. *JAMA*, 2016, 315(8), 80110
32. Nares-Torices, M. A., Hernández-Pacheco, J. A., Estrada-Altamirano, A., Lomelí-Terán, J. M., Mendoza-Calderón, S. A., Flores-Cortés, M. I., & Figueroa-Damián, R. Management of sepsis and septic shock in pregnancy. *Perinatología y reproducción humana*, 2013, 27(4), 248-261
33. Eschenbach, D. A. Tratamiento del aborto séptico espontáneo e inducido. *Obstet Gynecol* 2015, 125, 1042-8.
34. Donoso, E., Carvajal, J. A., Vera, C., & Poblete, J. A. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista médica de Chile*, 2014; 142(2), 168-174.
35. Gómez Guerra, J. P. Factores epidemiológicos y clínicos de mortalidad materna en el Hospital III EsSalud Iquitos, 2000-2014 [tesis para optar por el título médico cirujano]. Iquitos (PER): Universidad Nacional De La Amazonia Peruana; 2015
36. López-Ocaña L, Hernández N, Cruz P, Ramiro M, Pérez V. Causas de emergencia obstétrica y Equipo de Respuesta Inmediata en un hospital de segundo nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(1):48-51
37. Balestena J, Pereda Y, Milán J. La edad materna avanzada como elemento favorecedor de complicaciones obstétricas y del nacimiento. *Rev. Ciencias Médicas*. Septiembre-octubre, 2015; 19(5):789-802

38. Gil I, Díaz Y., Rodríguez J, Quincoces M, Álvarez M. caracterización clínico-epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave en villa clara (2012). Revista cubana de higiene y epidemiología 2014:52(3):290-300.
39. Delgado R. Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas en el hospital Santa Rosa, 2000 – 2015 [tesis para optar por el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
40. Romero R. Características epidemiológicas, obstétricas, clínicas y complicaciones maternas fetales de la eclampsia a 2700 m.s.n.m. en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca durante el año 2012 [tesis]. Cajamarca (PER): Universidad Nacional de Cajamarca; 2014.
41. Acosta Yparraguirre, L., Odar Rosario, A., Ugaz Velásquez, P., García Villar, L., & Rodríguez Olivera, C. Características epidemiológicas y clínicas de mortalidad materna en el Hospital La Caleta de Chimbote, 2000-2015. [tesis]. Chimbote (PER): Universidad san pedro; 2017
42. Chirinos C. características clínico-epidemiológicas de la muerte materna evitada en el Hospital Belén de Trujillo 2011-2014 [tesis para optar por el grado de bachiller en medicina]. trujillo (PER): Universidad Nacional de trujillo; 2016.
43. Altamirano F. Perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el Hospital Belén de Trujillo 2012-2016 [tesis para optar por el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Trujillo (PER): Universidad Privada Antenor Orrego; 2017

44. Ministerio de Salud, Norma técnica de salud para la leptospirosis. [internet] 2016. septiembre [citado: 2018 abril 11]. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2358.pdf>
45. Gómez Y. Nivel de conocimiento sobre las principales emergencias obstétricas: hemorragia durante el parto-postparto y trastornos hipertensivos del embarazo en internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal Enero-Junio 2015 [tesis para optar por el título profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima (PER): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
46. Ramoneda, V. C., & Mussons, F. B. (2008). Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP. Neonatología.

# **ANEXOS**

## Anexo 1: Instrumentos de recolección de datos

### FICHA PARA LA RECOLECCION DE DATOS PARA LA MATRIZ DE CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICO Y CLÍNICO DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO 2015 – 2017.

N° HCL: \_\_\_\_\_

#### I. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS

1. Edad: .....años      N° De atenciones prenatales: \_\_\_\_\_

#### 2. Nivel educativo:

- 1.- Analfabeta ( )      2.- Primaria ( )      3.- Secundaria ( )  
4.- Superior ( )      5.- Superior no universitario ( )

#### 3. Estado Civil:

Soltera ( )    conviviente ( )    casada ( )

4. Procedencia: \_\_\_\_\_

#### 5. Antecedentes obstétricos:

5.1. Gestación: \_\_\_\_\_

#### 5.2. Paridad:

- N° recién nacidos a término ( )  
N° recién nacidos prematuros ( )  
N° de abortos ( )  
N° de hijos vivos actualmente

## II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

### 2.1. Tipo de emergencia obstétrica:

- Shock hipovolémico: ( )
- Eclampsia: ( )
- Síndrome de HELLP: ( )
- Shock séptico: ( )

### 2.2. Modo de ingreso:

Estable: ( )                      grave ( )

### 2.3. Evolución clínica:

Favorable ( )    poco favorable ( )                      desfavorable ( )

### 2.4. Estancia hospitalaria:

Nº de días de hospitalización: \_\_\_\_\_

### 2.5. Complicación de la emergencia:

Ingreso a UCIM: SI ( ) NO ( )

### 2.6. Condiciones de alta:

Sana ( ) con secuelas ( ) fallecida ( )

### 2.7. Vía de terminación del Embarazo

- ✓ Eutócico ( )
- ✓ Distócico ( )