

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

**PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE
AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012**

TESIS

Presentado por:

BACH. YENNY JUDITH FLORES AVALOS

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA – PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE
AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012

TESIS

Presentado por:

BACH. YENNY JUDITH FLORES AVALOS

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA



Mgr. Nérida Pérez Cabanillas
Presidente



Mgr. Juana Barreda Grados
Miembro



Mgr. Gladys Concori cori
Miembro



Med. G.O. Luis David Vela Moscoso
Asesor de Tesis

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, brindarme sabiduría, fortaleza, voluntad y momentos agradables e inolvidables en el transcurso del año.

A mis padres, mi hermano y en especial a mi madre por ser mi fuente de inspiración, admiración y superación personal cada día y por el apoyo continuo de ellos a lo largo de mi carrera.

Y a la razón de mi profesión, gestantes y niños por nacer.

AGRADECIMIENTOS

A mi alma mater, la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por brindarme los conocimientos y destrezas adquiridos previos.

A mis padres, mi hermano por su paciencia y apoyo incondicional a lo largo de este año.

A mis amigos LOB - UNJBG por su apoyo y motivación.

Al Med. David Vela Moscoso por su asesoría, tutoría y apoyo en la elaboración de esta investigación.

A los Jurados por el apoyo con esta investigación.

Y a todas las gestantes que contribuyen todos los días a mi formación como obstetra.

CONTENIDO

INTRODUCCION01

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	03
1.2.- OBJETIVOS	05
1.2.1. OBJETIVOS GENERALES	05
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	05
1.3.- JUSTIFICACIÓN	06
1.4.- FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	08
1.5.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	09

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	11
2.2. BASES TEÓRICAS	15
2.2.1. PREECLAMPSIA	15

2.2.2. TIPOS DE PRESENTACION DE PE	_____	16
2.2.3. ETIOPATOGENIA	_____	20
2.2.4. CUADRO CLÍNICO	_____	22
2.2.5. FACTORES DE RIESGO	_____	24
2.2.6. DIAGNÓSTICO	_____	30
2.2.7. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	_____	32
2.2.8. COMPLICACIONES	_____	32
2.2.9. TRATAMIENTO	_____	35
2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS	_____	36

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MATERIAL Y MÉTODOS	_____	37
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	_____	37
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	_____	38
3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	_____	39
3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS	_____	39

CAPITULO IV
RESULTADOS

4.1. RESULTADOS	_____	41
4.2. DISCUSIÓN	_____	73
CONCLUSIONES	_____	78
RECOMENDACIONES	_____	82
REFERENCIAS	_____	83
ANEXOS	_____	92

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 01.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____41

TABLA N° 02.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____43

TABLA N° 03.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA DE MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____45

TABLA N° 04.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA GRAVIDEZ EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **47**

TABLA N° 05.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN GESTACION MULTIPLE EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **49**

TABLA N° 06.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **51**

TABLA N° 07.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEMANA GESTACIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **53**

TABLA N° 08.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **55**

TABLA N° 09.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRONICAS EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO – 2012_____ **57**

TABLA N° 10.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE EDEMA EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **59**

TABLA N° 11.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESION ARTERIAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **61**

TABLA N° 12.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN GANANCIA DE PESO EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **63**

TABLA N° 13.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL

AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **65**

TABLA N° 14.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **67**

TABLA N° 15.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CONTROL Y MONITOREO DE SIGNOS DE ALARMA EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **69**

TABLA N° 16.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA VIA DE PARTO DE MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **71**

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICA N° 01.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____42

GRAFICA N° 02.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____44

GRAFICA N° 03.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA DE MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____46

GRAFICA N° 04.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA GRAVIDEZ EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **48**

GRAFICA N° 05.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN GESTACION MULTIPLE EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **50**

GRAFICA N° 06.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **52**

GRAFICA N° 07.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEMANA GESTACIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO

UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO
2012 _____ 54

GRAFICA N° 08.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS EN
MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO
2012 _____ 56

GRAFICA N° 09.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS ENFERMEDADES CRONICAS EN
MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO
2012 _____ 58

GRAFICA N° 10.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE EDEMA EN
MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO
2012 _____ 60

GRAFICA N° 11.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA ARTERIAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **62**

GRAFICA N° 12.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN GANANCIA DE PESO EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **64**

GRAFICA N° 13.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE DIAGNOSTICO EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____ **66**

GRAFICO N° 14.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____68

GRAFICO N° 15.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CONTROL Y MONITOREO DE SIGNOS DE ALARMA EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____70

GRAFICO N° 16.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA VIA DE PARTO DE MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO 2012_____72

RESUMEN

En el mundo, la preeclampsia complica alrededor de 10% de los embarazos de mujeres de los países en desarrollo, y una cifra ligeramente menor en los países industrializados.

El objetivo de esta investigación tiene como propósito servir de herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante la embarazada en riesgo o con diagnóstico de preeclampsia. El material y métodos se basaron en un estudio de tipo Descriptivo, Retrospectivo, no experimental. Los documentos en los que se basó la recolección de datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes embarazadas hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia en el período establecido.

Finalmente, la preeclampsia en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, está asociada a factores de riesgos ambientales y obstétricos. Por otro lado, en algunos casos no necesariamente hubo presencia de edema o presión arterial alta, lo cual quiere decir que los signos de alarma no están presente en todas las pacientes con preeclampsia y se debe tener mucho cuidado en cuanto al diagnóstico.

ABSTRACT

Worldwide, preeclampsia complicates about 10% of pregnancies in women in developing countries, and slightly lower in industrialized countries.

The objective of this research is intended to serve as a tool to support decision making with pregnant women at risk or diagnosed with preeclampsia physicians who are responsible for the care and attention of pregnant women. Includes incidence, major risk factors associated with this condition and compliance with the management of these patients according to the rules of the Ministry of Health. Material and method are based and a study of descriptive, retrospective not experimental. The documents that are based on the data collection were obtained from medical records of pregnant patients hospitalized with a diagnosis of preeclampsia in the period established. Were selected according to predetermined inclusion criteria.

Finally, preeclampsia in Hipólito Unánue Hospital of Tacna, is associated with environmental factors and obstetric risks. Moreover, in some cases were not necessarily the presence of edema or high blood pressure, which means that warning signs are not present in all patients with preeclampsia and should be very careful regarding the diagnosis.

INTRODUCCION

La preeclampsia es un síndrome multisistémico que forma parte de un espectro de trastornos hipertensivos del embarazo, que constituyen una causa importante de muerte materna en la mayor parte de los países latinoamericanos.

La revisión frecuente de las enfermedades hipertensivas del embarazo- especialmente, de la preeclampsia es de suma importancia en el mundo, por las consecuencias maternas y perinatales que ocasionan.

Asimismo, la preeclampsia, en el Perú, es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21% de muertes (5); es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad (6), se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales.

De esta forma el objetivo de esta investigación tiene como propósito servir de herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante la embarazada en riesgo o con diagnóstico de preeclampsia a los médicos que tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de las mujeres embarazadas.

El presente trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos: el Capítulo I esta conformado por el planteamiento del estudio que fundamenta el problema de investigación , los objetivos y la hipótesis de estudio; el Capítulo II expresa el marco teórico, donde se encuentra las generalidades básicas de la preeclampsia en mujeres embarazadas , el Capítulo III comprende la metodología de la investigación, donde pretendemos dar a conocer las diversas etapas de la investigación; el Capítulo IV se observa los resultados de la investigación, es esencial porque permite el análisis e interpretación de los datos, es de aquí que se obtuvo las conclusiones de estudio.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La preeclampsia ocurre en aproximadamente 5 al 10% de los embarazos, representando así una de las complicaciones graves más común del embarazo, y es causa frecuente de morbimortalidad materna, fetal y perinatal; variando su incidencia entre 2% y 25% en diferentes partes del mundo, siendo causa contribuyente para numerosas complicaciones graves durante el embarazo. En Estados Unidos de Norteamérica la frecuencia está entre 6% y 7%, mientras que en Puerto Rico se calcula en 30%. En el Hospital Nacional Cayetano Heredia en los años 1992 y 1993 fue 7% y 9% respectivamente.

En América Latina la morbilidad materna no se ha reducido sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del

embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado.

La revisión frecuente de las enfermedades hipertensivas del embarazo-especialmente, de la preeclampsia es de suma importancia en el mundo, por las consecuencias maternas y perinatales que ocasionan. La preeclampsia, en el Perú, es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21% de muertes (5); es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad (6), se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU).

Como la enfermedad hipertensiva del embarazo aún no se puede evitar, se formula la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores de riesgo que se asocian a la preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna desde agosto 2011 – agosto 2012?

1.2.- OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVOS GENERALES

Determinar los factores de riesgo que se asocian a la preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna desde agosto 2011 – agosto 2012.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar algunas características generales de las pacientes con pre eclampsia en el Área de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna desde agosto 2011 a agosto – 2012.
- Determinar los antecedentes patológicos de las pacientes con preeclampsia en el Área de Gineco-obstetricia del hospital Hipólito Unánue de Tacna desde agosto 2011 a agosto – 2012.

- Determinar la frecuencia de condiciones asociadas al embarazo en mujeres embarazadas con preeclampsia atendidas en el Área de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unánue De Tacna desde agosto 2011 a agosto – 2012.

1.3.- JUSTIFICACIÓN

Esta investigación tiene significancia social por su contribución al mejoramiento de los servicios de salud materna perinatal, dado que aplica un enfoque integral y humanizado, al tener en cuenta lo que significa, para la mujer y su familia la experiencia de la preeclampsia, lo cual indudablemente redundará en su bienestar.

Es muy importante estudiar la preeclampsia debido a que complica al 30% de las gestaciones múltiples, al 30% de los embarazos en diabéticas y al 20% de las gestaciones en las mujeres con hipertensión crónica.

Es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal; es responsable de 200.000 muertes maternas por año en el mundo.

Este incremento porcentual de los casos graves, podría atribuirse a una deficiente prevención, detección y tratamiento de los casos leves-moderados en el control pre-natal.

Los desórdenes hipertensivos del embarazo ocupan la tercera causa de muerte materna en el Perú. Durante el presente estudio no hubo muertes maternas atribuibles a preeclampsia, a pesar de registrarse 80 pacientes con casos de preeclampsia.

La descripción y el significado asignado por las puérperas a la experiencia de gestación con preeclampsia se consideran significancia teórica. Esta se convierte en complemento a planteamientos científicos tradicionales para la atención a

gestantes con preeclampsia, orientados especialmente con modelos biomédicos.

De igual forma, se espera que los resultados de este estudio sean un recurso valioso materno perinatal y que contribuyan en la definición de políticas de salud materna y perinatal, desde las necesidades reales de las madres y sus hijos por nacer.

1.4.- FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.

Los factores de riesgo edad, obesidad, proteinuria, edad influyen en la presencia de la preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Área de Gineco-obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna desde agosto 2011 a agosto – 2012.

VARIABLE	CONCEPTUALIZAR	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE PRECLAMPSIA	Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de proteinuria, edema o ambas que ocurre después de la 20ª semana de gestación	➤ niveles de presión arterial	➤ 140/90 - 159/109 mmHg (preeclampsia Leve). ➤ 160/110 (preeclampsia severa)	Escala Ordinal
		➤ presencia de edema	➤ No ➤ (+) ➤ (++) ➤ (+++)	Escala Nominal
		➤ ganancia de peso	➤ 7 – 12 ➤ 13 – 17 ➤ 17 a mas	Esacala Ordinal
		➤ diagnostico	➤ Preeclampsia leve ➤ Preeclampsia severa	Escala Nominal

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En el ámbito internacional

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

En América Latina la morbilidad materna no se ha reducido sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado.

La Preeclampsia continúa siendo un problema obstétrico sin resolver que afecta al 2-8% de todos los embarazos y supone uno de los problemas asociados a la gestación que mayor morbimortalidad materna y fetal causa en todo el mundo, especialmente cuando se trata de casos severos y/o precoces,(3)

Particularmente afecta a los países en desarrollo, pero también a los más desarrollados. Incluso en países con una adecuada atención obstétrica, el 15% de las muertes maternas relacionadas con el embarazo se atribuyen a la aparición de Preeclampsia, porcentaje que se eleva hasta el 25% en los países hispanoamericanos, y se calcula que sigue ocasionando al menos 50.000 muertes maternas anuales. (4)

La Preeclampsia es responsable de alrededor de la quinta parte de los ingresos hospitalarios antenatales y la cuarta parte de las admisiones en cuidados intensivos de pacientes obstétricas. En los EEUU se ha estimado que los costes anuales directos debidos a los

cuidados maternos y neonatales derivados de la preeclampsia ascienden a 7000 millones de dólares según “The Preeclampsia Foundation” (www.preeclampsia.org). Además, las mujeres que desarrollan preeclampsia tienen un riesgo aumentado de padecer a lo largo de su vida complicaciones cardiovasculares. (4)

En el ámbito nacional.-

La revisión frecuente de las enfermedades hipertensivas del embarazo-especialmente, de la preeclampsia- es de suma importancia en el mundo, por las consecuencias maternas y perinatales que ocasionan. La preeclampsia, en el Perú, es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21% de muertes (5); es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad (6), se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU).

La más frecuente de las enfermedades hipertensivas del embarazo es la preeclampsia/eclampsia. Se define la preeclampsia

como la hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y que se acompaña de proteinuria significativa, denominándose eclampsia cuando la hipertensión se acompaña de convulsiones y/o coma (7).

Es una enfermedad exclusiva del embarazo humano, con predisposición familiar, de herencia principalmente de tipo recesiva. En el Perú, su incidencia fluctúa entre el 10 y el 15 en la población hospitalaria (8). La incidencia de Enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), es mayor en la costa que en la sierra, la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra; no parecen existir diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en ambas regiones.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. PREECLAMPSIA

La preeclampsia se define como el hallazgo después de la semana 20 de embarazo (salvo enfermedad trofoblástica o hidrops) de hipertensión, acompañada de proteinuria. Sólo el 20% de las mujeres que desarrollan hipertensión por encima de las 20 semanas serán diagnosticadas de preeclampsia y el 80% restante se clasificará como hipertensión gestacional o transitoria, siendo la proteinuria el signo clínico utilizado para diferenciar estas dos entidades”(9).

Esta afecta múltiples órganos y sistemas, existiendo una alteración común en todos ellos, que es la vasoconstricción arteriolar secundaria al incremento de la sensibilidad vascular a las aminas presoras. (10) El ministerio de salud la define como una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg en embarazo

mayor o igual a 20 semanas en mujer previamente normotensa, proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg, o tirilla reactiva positiva + o más.

2.2.2. TIPOS DE PRESENTACION DE PREECLAMPSIA.

Preeclampsia leve Cuando existe una tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300mg hasta menor de 5 gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.

Preeclampsia severa Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 5 gramos o proteinuria en tirilla reactiva +++.(11)

Como la proteinuria puede ser una manifestación tardía, se puede sospechar la preeclampsia en una embarazada con hipertensión acompañada de cefalalgia, dolor abdominal o anomalías en los exámenes de laboratorio. (12)

Hipertensión arterial crónica Cuando la tensión arterial es mayor o igual a 140/90mmHg en embarazo menor a 20 semanas o previa al embarazo y que persiste luego de las 12 semanas post parto, la proteinuria en tirilla reactiva es NEGATIVA. (11)

Hipertensión arterial crónica de alto riesgo en el embarazo

Es aquella hipertensión arterial crónica que cursa con:

- ✓ Tensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg y

- ✓ Tensión arterial diastólica mayor a 110 mm Hg antes de las 20 semanas.
- ✓ Edad materna mayor de 40 años.
- ✓ Duración de la hipertensión mayor de 15 años.
- ✓ Diabetes mellitus con complicaciones.
- ✓ Enfermedad renal por cualquier causa.
- ✓ Miocardiopatía, coartación de la aorta.
- ✓ Coagulopatía.
- ✓ Antecedentes de accidente cerebro vascular.
- ✓ Antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva. (11)

Hipertensión Arterial crónica más Preeclampsia sobreañadida

Si la tensión arterial es mayor o igual a 140/90 mm Hg antes de las 20 semanas de gestación o previa al embarazo, y proteinuria en tirilla reactiva +/ + +/+ + + pasadas las 20 semanas de gestación. (11)

A) Eclampsia

Tensión Arterial mayor de 140/90mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg o en tirilla reactiva +/++/+++, acompañado de convulsiones tónico clónicas o coma durante el embarazo, parto o puerperio sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos. (12)

B) Síndrome De Hellp

Variante de la Preeclampsia severa (PA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas + Proteinuria en 24 h > a 300 mg / tirilla positiva).

Criterios diagnósticos: Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas

COMPLETO: los tres criterios diagnósticos.

INCOMPLETO: uno o dos de los criterios diagnósticos. (12)

2.2.10. ETIOPATOGENIA

La etiología de la preeclampsia se desconoce, no obstante la invasión incompleta del trofoblasto se ha constituido en un punto de confluencia entre las diversas teorías que pretenden explicar su etiopatogenia.

El sustrato genético y las alteraciones inmunológicas participan en la formación de un síndrome inflamatorio y metabólico caracterizado por lesión endotelial como centro fisiopatológico que se evidencia clínicamente en la forma de hipertensión, proteinuria, alteraciones de la coagulación e hipoperfusión tisular generalizada, que puede conducir finalmente a la disfunción orgánica múltiple y eventualmente a la muerte materna y/o perinatal. (13)

En el caso de un embarazo normal se encuentra los vasos espiralados tienen un segmento decidual y otro miometrial. Entre

las 10 y 22 semanas el trofoblasto invade ambos segmentos destruyendo la capa muscular. (14)

Esto hace que estas arterias dejen de responder a los estímulos vasoconstrictores y se dilaten para asegurar una adecuada perfusión feto - placentaria.

En el caso de un embarazo con Preeclampsia se encuentra un mecanismo dependiente de la respuesta inmune materna, hay falta de invasión del segmento miometrial de las arterias espiraladas.

Por ello no se dilatan y siguen respondiendo a estímulos vasoconstrictores.

Esto causa flujo sanguíneo deficiente para feto y placenta, con isquemia y daño local. (15) Eso produce lo siguiente:

- ✓ Producción de renina de origen fetal y placentario.
- ✓ Desequilibrio en la producción placentaria de Tromboxano A2 (que se produce principalmente en las plaquetas) y prostaciclina (que se produce en el endotelio vascular y la corteza renal), el predominio de Tromboxano A2 da

lugar a vasoconstricción, agregación plaquetaria, flujo placentario, contractilidad uterina.

- ✓ Liberación a la circulación materna de tromboplastina placentaria por el daño isquémico. Esto traería depósito glomerular de criofibrinógeno, el cual causaría la proteinuria.

(16)

2.2.11. CUADRO CLÍNICO

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

La proteinuria es considerada patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orinas de 24 Hs. La magnitud de la proteinuria reviste especial importancia para evaluar severidad y progresión de la preeclampsia.

El edema puede expresarse en forma precoz, por un aumento de peso exagerado. La retención hidrosalina en cara, manos y región lumbosacra se instala tardíamente.

Se aprecian clínicamente por la depresión que deja la presión del dedo sobre la cara interna de la tibia o el tobillo. El edema es la expresión del encharcamiento del espacio intersticial: consecutivamente aparece oliguria mantenida. (17)

Cuando se presente elevación tensional durante el embarazo, aun cuando no se documente la presencia de proteinuria, si se acompaña de cefaleas, visión borrosa, dolor abdominal o alteraciones en las pruebas de laboratorio se debe considerar como muy probable la preeclampsia.

La alteración hepática usualmente es subclínica aunque puede manifestarse con náuseas, vómitos y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho y con menos frecuencia ictericia, esto,

secundario a la distensión de la cápsula de Glisson. Estos síntomas son frecuentes en la preeclampsia grave y más aun cuando ésta se complica con el síndrome de Hellp. (18)

2.2.12. FACTORES DE RIESGO

A) MATERNOS

- **Edad materna:** Para algunos autores las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer una Preeclampsia se duplica. Múltiples conjeturas han tratado de explicar este riesgo incrementado.

Se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la Preeclampsia.

Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo

cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la Preeclampsia. (19)

- **Historia familiar de preeclampsia:** En estudios familiares observacionales y descriptivos se ha encontrado un incremento del riesgo de padecer una Preeclampsia en hijas y hermanas de mujeres que sufrieron una Preeclampsia durante su gestación.

Se plantea que las familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer que ha padecido una Preeclampsia, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se embarazan. Igualmente, las familiares de segundo grado tienen un riesgo de padecerla de 2 a 3 veces mayor, comparado con aquellas mujeres en cuyas familias no hay historia de Preeclampsia.

Así, como la susceptibilidad para desarrollar una Preeclampsia está mediada en gran parte por un componente genético heredable, que contribuye en aproximadamente un 50 % al riesgo de sufrir la enfermedad, indagar sobre la existencia de historia familiar de

Preeclampsia puede ser una herramienta valiosa para detectar embarazos con alto riesgo de padecerla.

- **Historia personal de preeclampsia:** Se ha observado que entre un 20 y 50 % de las pacientes que padecieron una Preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación. (20)
- **Embarazo gemelar:** Tanto el embarazo gemelar como la presencia de polihidramnios generan sobredistensión del miometrio; esto disminuye la perfusión placentaria y produce hipoxia trofoblástica, que, por mecanismos complejos, pueden favorecer la aparición de la enfermedad.

Así, se ha informado que la Preeclampsia es 6 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en el sencillo. (22)

Por otra parte, en el embarazo gemelar hay un aumento de la masa placentaria y, por consiguiente, un incremento del material genético paterno vinculado con la placenta, por lo que el fenómeno

inmunofisiopatológico típico de la Preeclampsia puede ser más precoz e intenso en estos casos.

B) Presencia de algunas enfermedades crónicas

- **Hipertensión arterial crónica:** Es conocido que un alto índice de enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión arterial preexistente, y que en la medida en que es mayor la Tensión Arterial (TA) pre gestacional, mayor es el riesgo de padecer una Preeclampsia.

La hipertensión arterial crónica produce daño vascular por diferentes mecanismos, y la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia. . (19)

- **Obesidad:** La obesidad, por un lado, se asocia con frecuencia con la hipertensión arterial, y por otro, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto

cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye a elevar la Tensión Arterial(21).

Por otro lado, los adipositos secretan citoquinas, en especial el factor de necrosis tumoral, que producen daño vascular, lo que empeora el estrés oxidativo, fenómeno que también está involucrado en el surgimiento de la Preeclampsia. (19)

- **Diabetes mellitus:** En la diabetes mellitus pregestacional puede existir microangiopatía y generalmente hay un aumento del estrés oxidativo y del daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión uteroplacentaria y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia, que es 10 veces más frecuente en las pacientes que padecen esta enfermedad.

Asimismo, también se ha visto que la diabetes gestacional se asocia con frecuencia con la Preeclampsia, aunque todavía no se tiene una explicación satisfactoria para este hecho. (22)

- **Enfermedad renal crónica (nefropatías):** Las nefropatías, algunas de las cuales ya quedan contempladas dentro de procesos morbosos como la diabetes mellitus (nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (nefroangioesclerosis), pueden favorecer por diferentes mecanismos el surgimiento de una Preeclampsia.

En los casos de la nefropatía diabética y la hipertensiva, puede producirse una placentación anormal, dado que conjuntamente con los vasos renales están afectados los de todo el organismo, incluidos los uterinos.

Por otra parte, en las enfermedades renales en la que existe un daño renal importante, se produce con frecuencia hipertensión arterial, y su presencia en la gestante puede coadyuvar a la aparición de la Preeclampsia. (22)

C) Ambientales

- Cuidados prenatales deficientes.
- Nivel escolar bajo.
- Lugar de residencia rural.

2.2.13. DIAGNÓSTICO

Como en realidad el factor etiológico de la preeclampsia aun continua en la oscuridad, el diagnostico se hace tardíamente en la mayoría de los casos.

Por lo tanto es muy importante elaborar una historia clínica perinatal detallada. (21) La atención prenatal (control prenatal), reduce la mortalidad materna y perinatal, partos prematuros y el numero de productos con bajo peso al nacer, también permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. (23)

- **Anamnesis**

El embarazo debe ser mayor o igual a 20 semanas, si el embarazo es menor de 20 semanas se debe sospechar en hipertensión arterial crónica. (13)

Puede ser asintomática o sintomática variable presentando:

- ✓ Cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito, ictericia.
- ✓ Convulsiones tónico-clónicas o coma.

- **Examen físico**

- ✓ Tensión Arterial diastólica mayor a 90mm Hg en dos tomas separadas por un intervalo de cuatro horas. Si el parto es un hecho o hay criterios de gravedad se acepta un intervalo menor entre las dos tomas.
- ✓ Reflejos osteotendinosos positivos en escala de 0 a 5.

- ✓ Edema de miembros inferiores no es un signo diagnóstico de preeclampsia, puede estar o no presente; el 70% de las embarazadas sin patología lo presentan.
- ✓ La actividad uterina puede o no estar presente. (13)

2.2.14. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hipertensión crónica.
- Hipertensión secundaria a otras etiologías.

2.2.15. COMPLICACIONES

Las mujeres con preeclampsia severa son susceptibles de presentar complicaciones graves como: edema agudo de pulmón, falla respiratoria, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), coagulación intravascular diseminada, insuficiencia hepática o renal; hematoma subcapsular o ruptura hepática, hemorragia postparto, enfermedad vascular cerebral,

ceguera cortical, desprendimiento de retina, crisis convulsivas eclámpicas y falla orgánica múltiple.

Los riesgos asociados a las convulsiones son la hipoxia severa por las recurrencias, el trauma materno y la neumonía por aspiración. Durante o inmediatamente después del episodio convulsivo deben instalarse medidas de apoyo para evitar lesiones maternas graves y aspiración: proteger la lengua, minimizar el riesgo de aspiración, mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno. (24)

Las complicaciones futuras del embarazo como riesgo de enfermedad metabólica y cardiovascular se presentan en mujeres con historia de preeclampsia.

La vasodilatación también está alterada años más tarde, en mujeres con preeclampsia previa. No se observa diferencia en la rigidez arterial por flujometría de la arteria braquial. Esto contribuiría a un mayor riesgo cardiovascular en las mujeres con historia de preeclampsia. (25)

Las mujeres con diabetes gestacional, hipertensión del embarazo o preeclampsia tienen mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus

tipo 2 y enfermedad cardiovascular. La hipertensión crónica se desarrolla años después de la hipertensión del embarazo, especialmente si aparece en varios embarazos. Las mujeres con preeclampsia en las primeras 36 semanas de embarazo o en varios embarazos tienen mayor riesgo de morbimortalidad cardiovascular más adelante. (25)

MORBIMORTALIDAD MATERNA Y FETAL

Se encuentra un exceso de mortalidad materna asociada a hipertensión arterial en el embarazo, por hemorragia intracerebral, eclampsia o disfunción de órgano terminal.

Además, en quienes sobreviven, quedan como secuelas la hipertensión secundaria persistente, morbilidad neurológica y alteración renal.(18)

Las complicaciones maternas pueden ocurrir en todos los sistemas y órganos, incluyendo el sistema nervioso central, cardiopulmonar, renal, hematológico, hepático, ocular, uterino, placentario.

2.2.16. TRATAMIENTO

El manejo de los casos de preeclampsia, es siempre estar orientado a la seguridad materna.

Los objetivos terapéuticos se basan en:

- El uso de sulfato de magnesio se utiliza en la prevención de eclampsia en mujeres con preeclampsia y también para el tratamiento de Eclampsia

- Control de Crisis Hipertensiva:

El uso de antihipertensivos si la Tensión Arterial diastólica es mayor a 110 mmHg. (26)

- Maduración Pulmonar Fetal

El uso de corticoides en embarazos de 24 a 34,6 semanas.

- Transferencia Oportuna

Sistema de referencia y contrareferencia a Unidad de resolución perinatal especializada dentro del Sistema Nacional de Salud.
(26)

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

PREECLAMPSIA.- caracterizada por la tríada hipertensión, edema y proteinuria. Se presenta después de la semana veinte de gestación hasta el final de la primera semana después del parto.

ASOCIADO.- dicese a persona o efecto que acompaña a otra para que le ayude para que concurren a un mismo fin.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MATERIAL Y MÉTODOS

Se usó una ficha de recolección donde se registraba anotaba el número de afiliación, estado civil, escolaridad, edad de la paciente, cifras de TA, antecedentes gineco-obstetricos: gestas, síntomas que presenta: HTA, edema, Utilizamos como fuente de datos: libros de obstetricia y ginecología. Revistas médicas que se obtuvieron de la web: "LILACS" y Medline.

Se usaron como palabras claves: preeclampsia, factores de riesgo

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

- **Población.-** 1,420 pacientes embarazadas que acudieron para el trabajo de parto al servicio de obstetricia del Área de Gineco-obstetricia perteneciente al Hospital Hipólito Unánue de Tacna

que está ubicado en blondell s/n entre los meses de agosto 2011- agosto 2012

- **Muestra.-** Se tomó como muestra a 80 casos de Preeclampsia que corresponde al 5,64% de los casos de embarazadas que acudieron en trabajo de parto.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación están relacionados con las fichas de recolección de datos diseñadas para cumplir los objetivos de investigación. Los equipos requeridos para viabilizar el presente estudio, son los de la Unidad de Informática e Investigación del departamento de Gineco – Obstetricia. Unidad encargada de la sistematización de la información y organización del análisis estadístico.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información se realizó elaborando un formulario de acuerdo a los objetivos planteados; en el servicio de Obstetricia del Área de Gineco – obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna y ayuda de registros estadísticos.

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

- Para interpretar los datos se utilizarán :
 - ✓ Medidas estadísticas descriptivas.
 - ✓ La presentación de los datos se hará de dos formas: presentación tabular (tablas) y presentación gráfica (barras simples, sectores, steam and leaf, boxplot).
 - ✓ Se utilizará el programa SPSS versión 15. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa especializado en procesamiento y generación de estadísticas SPSS

CAPITULO IV
RESULTADOS

TABLA N° 01.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS
CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA
DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 20	19	23.75
21- 30	29	36.25
31- 39	24	30
40 a más	8	10
Total	80	100

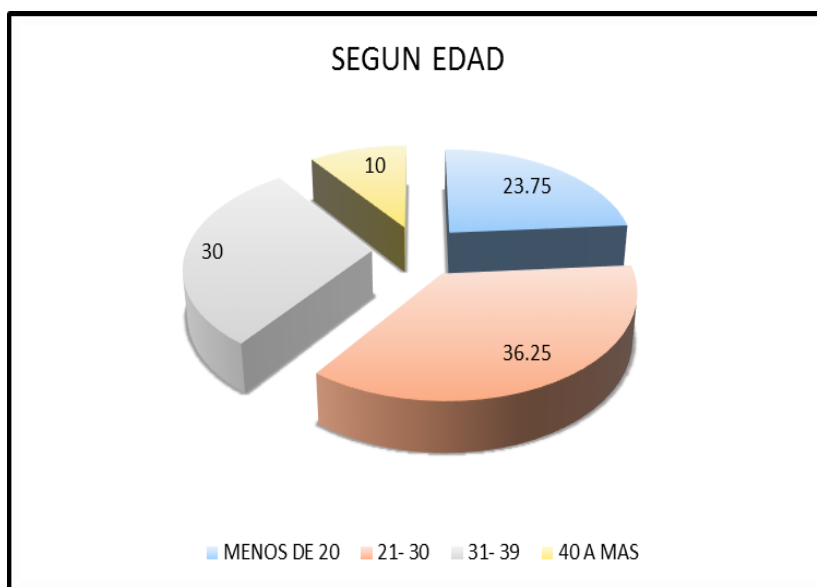
FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en la edad de 21 a 30 años con un 36.25% en 29 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en la edad de 40 a más años con un 10% en 8 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 01.-
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD EN MUJERES EMBARAZADAS
CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE TACNA DESDE
AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 01

TABLA N° 02.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO – 2012**

GRAD.INSTRUCCION	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	6	7.5
SECUNDARIA	64	80
SUPERIOR	10	12.5
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT-2012

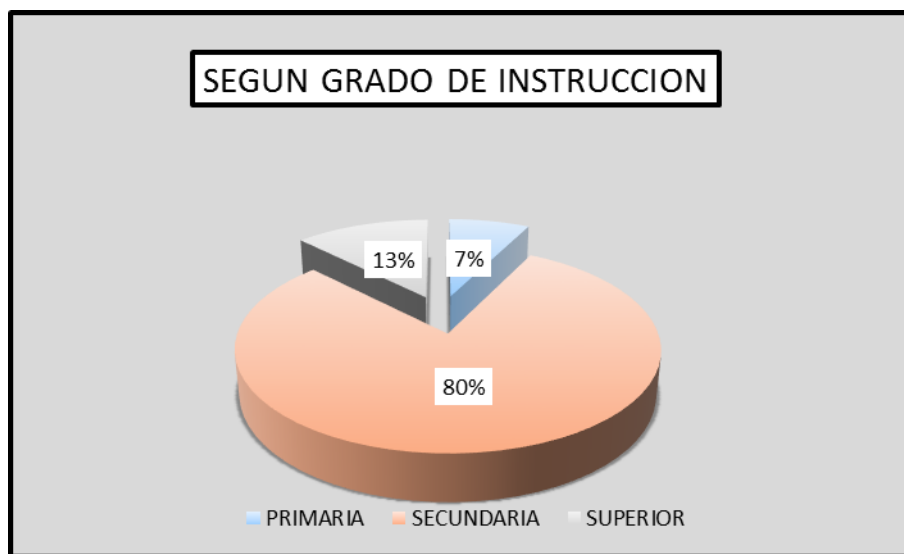
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en el grado de instrucción secundaria con un 80% en 64 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en el grado de instrucción primaria con un 7,5% en 6 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 02.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 02

TABLA N° 03.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA DE MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**

LUGAR DE RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
URBANO	63	78.75
URBANO MARGINAL	11	13.75
RURAL	6	7.5
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

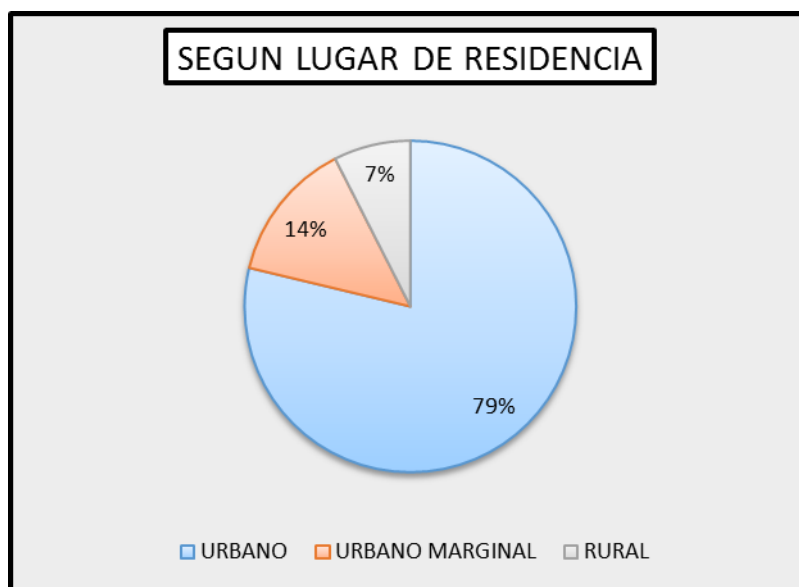
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en el área urbano con un 78.75% en 63 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en el área rural con un 7,5% en 6 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 03.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA DE MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**



FUENTE: Tabla N° 03

TABLA N° 04.-
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA GRAVIDEZ EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012

GRAVIDEZ	Frecuencia	Porcentaje
UNO	41	51.25
DOS O MAS	39	48.75
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

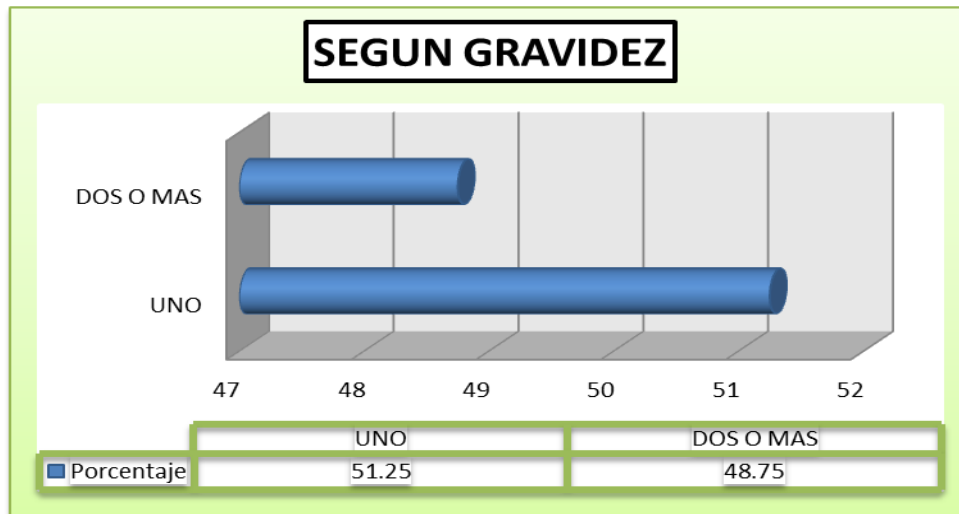
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en primigestas con un 51.25% en 41 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en dos o más gestaciones con un 48.75% en 39 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 04.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA GRAVIDEZ EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**



FUENTE: Tabla N° 04

TABLA N° 05.-
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GESTACION MULTIPLE EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012

GEST.MULTIPLE	Frecuencia	Porcentaje
SI	3	3.75
NO	77	96.25
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

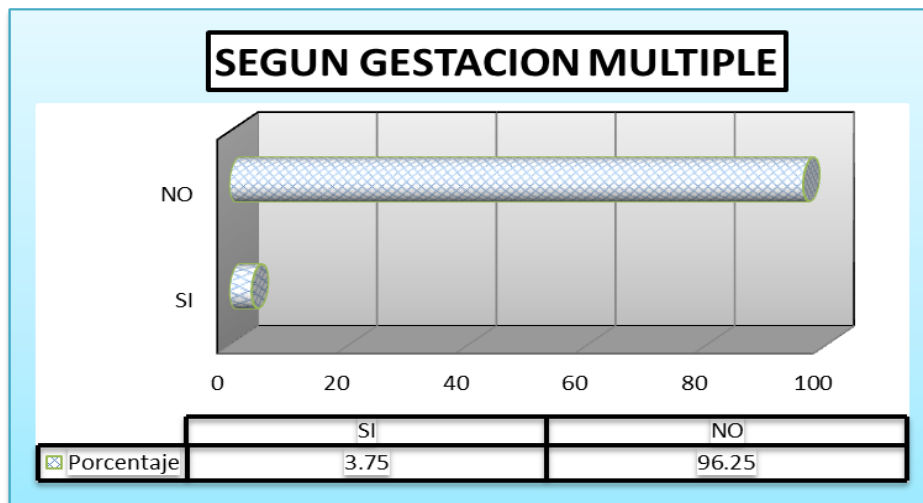
Interpretación.-

Se observa que:

1. se encontró en un 3,75% (3 casos) de gestación múltiple de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 05.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GESTACION MULTIPLE EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**



FUENTE: Tabla N° 05

TABLA N° 06.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NUMERO DE CONTROLES
PRENATALES EN MUJERES EMBARAZADAS CON
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA
DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**

NUMERO DE CONTROL PRENATAL	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	9	11.25
2 - 5	21	26.25
6 A MAS	50	62.5
Total	80	100

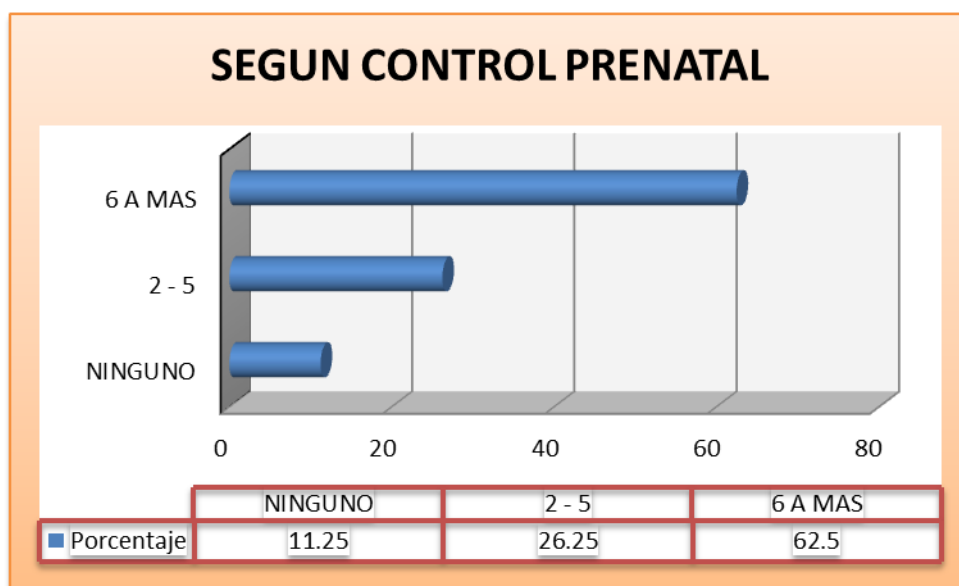
FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en 6 a más controles prenatales con un 62.5% en 50 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en el ningún control con un 11.25% en 9 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 06.-
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE CONTROLES
PRENATALES EN MUJERES EMBARAZADAS CON
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA
DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 06

TABLA N° 07.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEMANA GESTACIONAL EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**

SEMANA GESTACIONAL	Frecuencia	Porcentaje
20- 27	2	2.5
28 - 35	15	18.75
36- 40	57	71.25
41 A MAS	6	7.5
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

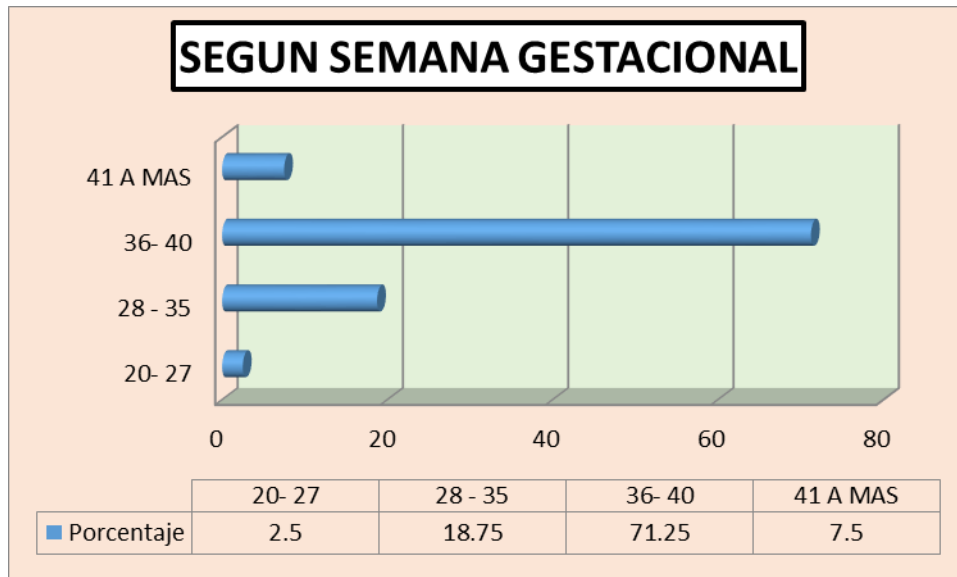
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en 36 a 40 semanas de gestación con un 71.25% en 57 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en 20 a 27 semanas de gestación con un 2,5% en 2 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 07.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEMANA GESTACIONAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 07

TABLA N° 08.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS EN
MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN
EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**

ANTEC. PATOLOGICOS	Frecuencia	Porcentaje
SI	22	27.5
NO	58	72.5
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

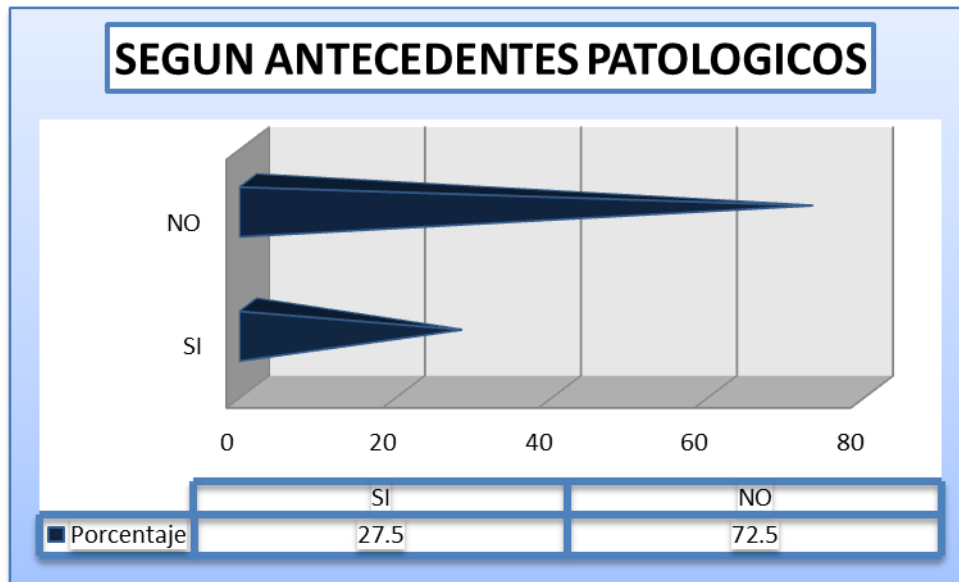
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró que no tuvieron antecedentes patológicos con un 72,5% en 58 casos.
2. El menor porcentaje se encontró que si tuvieron antecedentes patológicos con un 27,5% en 22 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 08.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 08

TABLA N° 09.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ASOCIADOS A ENFERMEDADES
CRONICAS EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A
AGOSTO - 2012**

ENFERMEDADES CRONICAS	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	47	58.75
HIPERTENSION	15	18.75
OTROS	18	22.5
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT. 2012

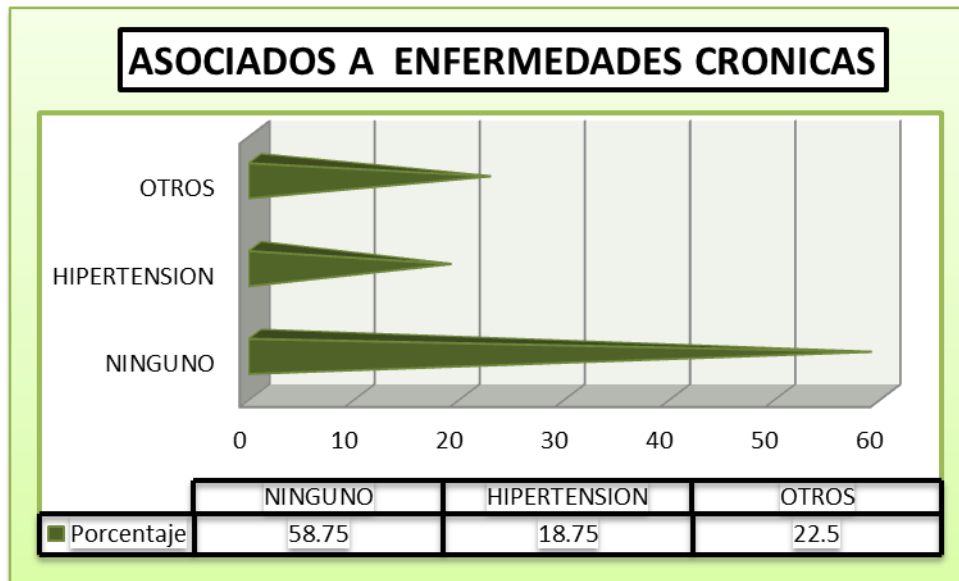
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en ningún tipo de enfermedad crónica con un 58.75% en 47 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en hipertensión con un 18.75% en 15 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 09.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 09

TABLA N° 10.-
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE EDEMA EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012

PRESENCIA DE EDEMA	Frecuencia	Porcentaje
SIN EDEMA	26	32.5
+	20	25
++	24	30
+++	10	12.5
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

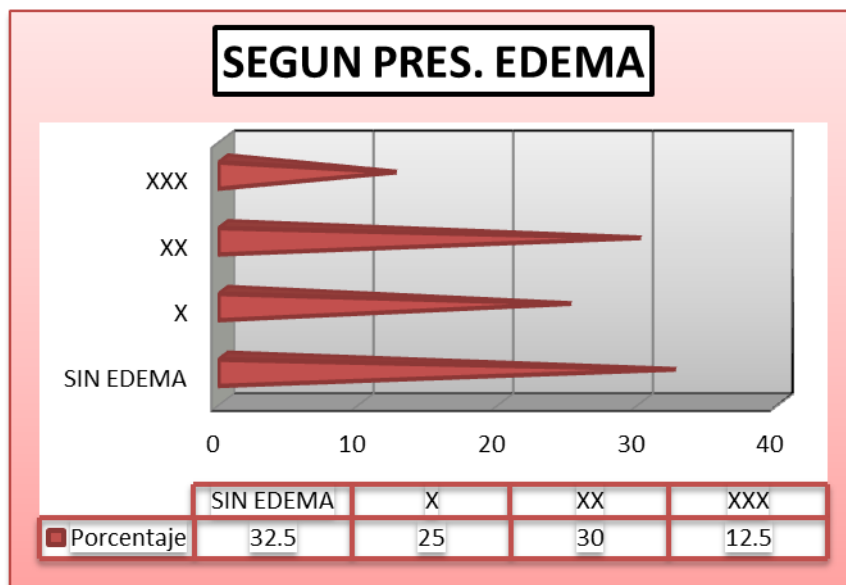
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró sin edema con un 32.7% en 26 casos.
2. El menor porcentaje se encontró con edema de tres cruces (+++) con presencia de edemas en un 12,5% en 10 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 10.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA DE EDEMA EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**



FUENTE: Tabla N° 10

TABLA N° 11.-
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESIÓN ARTERIAL EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO – 2012

PRESIÓN ARTERIAL	Frecuencia	Porcentaje
130/80 - 139/90	20	25
140/90 - 159/109	40	50
160/110 A MAS	20	25
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

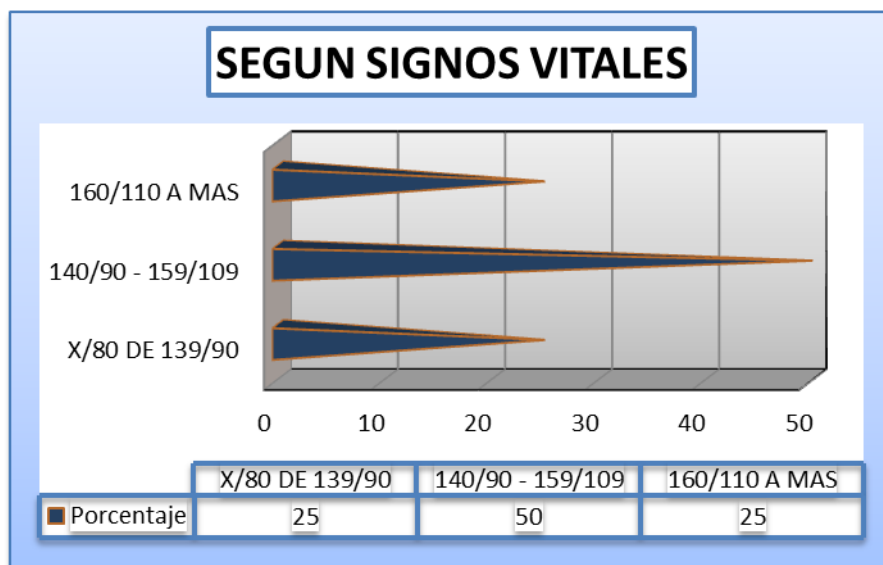
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en 140/ 90 – 159/109 según la presión arterial con un 50% en 40 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en 130/80 – 139/90 según presión arterial con un 25% en 20 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 11.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRESENCIA ARTERIAL EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 11

TABLA N° 12.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GANANCIA DE PESO EN MUJERES

EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA

DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE

TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012

GANANCIA DE PESO	Frecuencia	Porcentaje
7 - 12	54	67.5
13- 17	21	26.25
17 A MAS	5	6.25
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

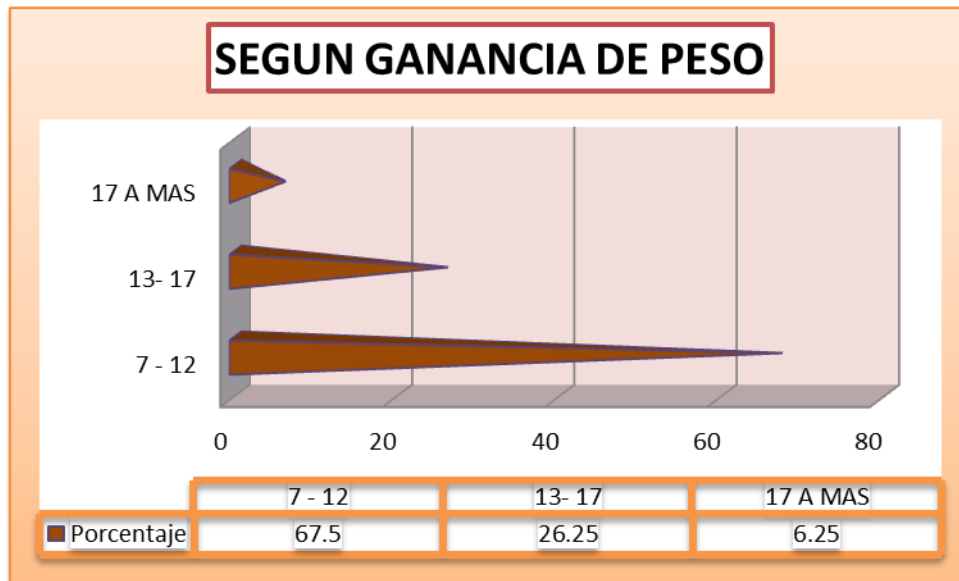
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en una ganancia de peso de 7 - 12 kilos con un 67.5% en 63 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en una ganancia de peso de 17 a más kilos con un 6.25% en 5 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 12.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GANANCIA DE PESO EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**



FUENTE: Tabla N° 12

TABLA N° 13.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO – 2012**

TIPO DE PREECLAMPSIA	Frecuencia	Porcentaje
P. LEVE	44	55
P. SEVERA	36	45
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

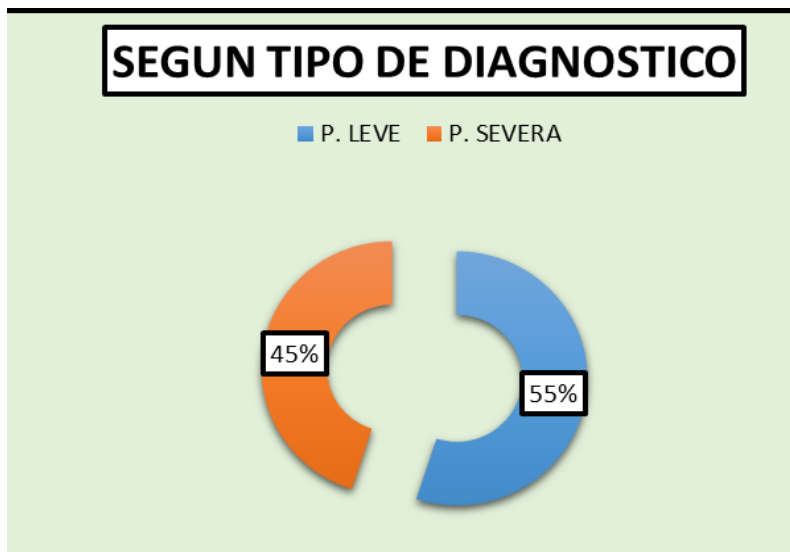
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en preeclampsia leve con un 55% en 44 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en preeclampsia severa con un 45% en 36 casos de un total de 80 casos.

GRAFICA N° 13.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE DIAGNÓSTICO EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 13

TABLA N° 14.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012

TRATAMI. FARMACOLÓGICO	Frecuencia	Porcentaje
SI	57	71.25
NO	23	28.75
Total	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

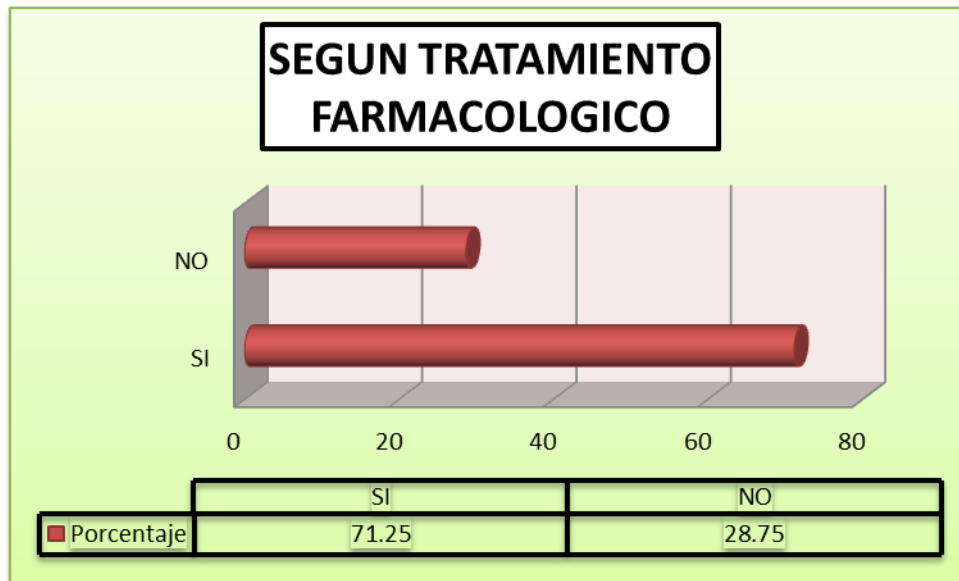
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en que si recibieron tratamiento farmacológico con un 71.25% en 57 casos.
2. El menor porcentaje se encontró en que no recibieron tratamiento farmacológico con un 28,75% en 23 casos de un total de 80 casos.

GRAFICO N° 14.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 14

TABLA N° 15.-

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CONTROL Y MONITOREO DE SIGNOS DE ALARMA EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012

CONTR. Y MONITOREO	Frecuencia	Porcentaje
SI	80	100

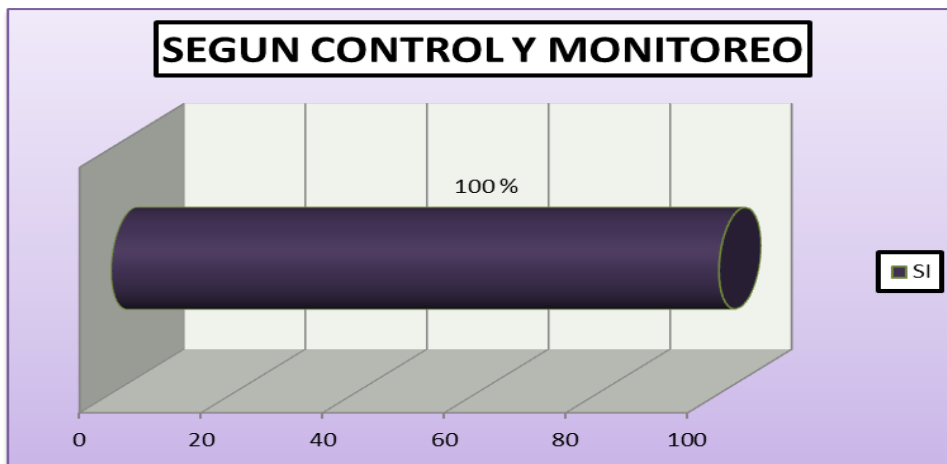
FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT 2012

Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en que todas si tuvieron un control y monitoreo con un 100% en 80 casos.

GRAFICO N° 15.-
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CONTROL Y MONITOREO DE SIGNOS
DE ALARMA EN MUJERES EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE TACNA DESDE AGOSTO 2011 A
AGOSTO - 2012



FUENTE: Tabla N° 15

TABLA N° 16.-
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA VIA DE PARTO DE MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012

TRATAMI. QUIRURGICO	Frecuencia	Porcentaje
SI	80	100

FUENTE: (SIP) HISTORIA MATERNO PERINATAL- HAHUT

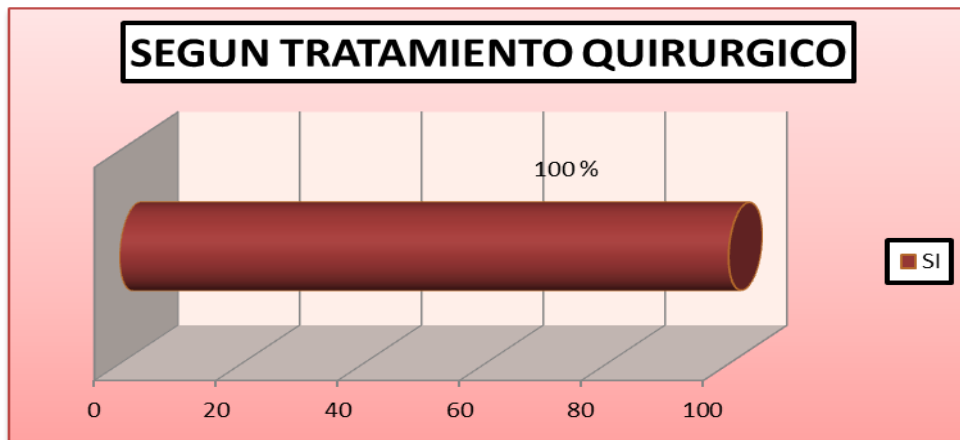
Interpretación.-

Se observa que:

1. El mayor porcentaje se encontró en que todas las pacientes finalizaron en tratamiento quirúrgico con un 100% en 80 casos.

GRAFICO N° 16.-

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA VIA DE PARTO DE MUJERES
EMBARAZADAS CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL ÁREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNÁNUE DE
TACNA DESDE AGOSTO 2011 A AGOSTO - 2012**



FUENTE: Tabla N° 16

4.2. DISCUSIÓN

En la presente tesis se demuestra la concordancia con la literatura ya que de un universo de 80 pacientes desarrollaron preeclampsia lo que coincide con la incidencia de preeclampsia que es en el 5 al 10 % de los embarazos. También la tasa de preeclampsia en el presente estudio, fue similar a la reportada en el Hospital Central “Antonio María Pineda”.

La Preeclampsia como diagnóstico de ingreso en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unánue de Tacna ocupan una alta incidencia, siendo la preeclampsia leve el trastorno más frecuente con un 55% seguido de la preeclampsia severa con un 45% estudio que concuerda con los resultados realizados en el Hospital Verdi Ceballos y que está estrechamente relacionada con factores de riesgos como ser primigestas con el 51.3%, sin embargo se encuentra un resultado distinto Hospital Central “Antonio María Pineda” que presenta una frecuencia menor (41.8%).

Asimismo con referencia a la edad, el mayor porcentaje se halló en el grupo de mujeres de 21 – 30 años con un 36.3%, la mayor tendencia al igual que en el Hospital Rural Huetamo Michoacán en el grupo de 21 – 30 años se presenta un 48%, lo cual contradice lo que dice la literatura que se presenta con más frecuencia en menores de 20 años y mayores de 35 años.

El mayor porcentaje de presencia de preeclampsia se presentó durante las 36 – 40 semanas con un 71.3% mientras en el Hospital Verdi Ceballos la mayor frecuencia se da durante la semana de 30 a 34 semanas con un 47%, lo cual concuerda que esta patología es más predisponente en el último trimestre del embarazo y en cuanto a la gravidez como factor de riesgo asociado, claramente la investigación realizada en el Hospital Central “Antonio María Pineda”, muestra una frecuencia en donde son las multíparas quienes tienen más tendencia a una preeclampsia con un 58.2%, sin embargo en nuestro estudio se presentan más en nulíparas con un 51.3% mientras en las multíparas se da en un 48.8%, aunque la diferencia es muy corta entre los rangos de

gravidez. Lo cual concuerda que esta patología es más predisponente en el último trimestre del embarazo.

Asimismo referido a los antecedentes patológicos solo un 27.5% de nuestras pacientes refieren tener antecedentes de algún tipo de enfermedad no necesariamente enfermedades crónicas, sin embargo de este total de mujeres con antecedentes solo un 18.8% refiere como enfermedad crónica padecida a la hipertensión arterial, mientras según el estudio realizado en el Hospital Central "Antonio María Pineda", que muestra una frecuencia de 26.9%, en el Hospital Provincial de Latacunga (Ecuador) muestra una frecuencia completamente distinta a las investigaciones anteriores mencionadas con un 2.94% de mujeres que refieren hipertensión arterial.

Por otro lado; de nuestros 80 casos; un 32.5% de pacientes refiere no haber presentado edema y en segundo lugar un resultado similar con un 30% refieren haber tenido edema moderado (XX), sin embargo en el Hospital Verdi Ceballos no concuerda con dicho resultado donde se encontró mayor frecuencia que presentaron las pacientes fue edema

leve(X) con un 55%. Estos resultados nos hacen pensar que no siempre el signo del edema esta presente y depende mucho del tipo de preeclampsia que se padezca.

En cuanto a la presión arterial; el 50% de nuestras pacientes tuvieron una presión arterial de 140/90 – 159/109, lo que coincide con el estudio realizado en el Hospital Verdi Ceballos donde muestra una mayor frecuencia en presión arterial de 140/90 – 159/109 con un 62%. Esto nos indica que el factor presión arterial es predisponente a presentar complicaciones maternas y neonatales.

También en nuestro estudio consideramos los factores ambientales; en donde podemos que gran parte de nuestras pacientes tuvieron de 6 a mas controles prenatales con un 62.5% y además un 67.5% un incremento de peso de 7 a 12 kilos; mientras en el estudio realizado en el Hospital Provincial de Latacunga (Ecuador) no concuerda con nuestro resultado ya que presenta un deficiente control prenatal de solo 2 hasta 5 controles durante su embarazo en un 78.43% no cumpliendo así los mínimos 6 controles de una paciente atendida, y el Hospital Central “Antonio María

Pineda”. Presenta una frecuencia de incremento de peso de 13 a 15 kilos en un 50%.

Por otra parte la mayoría de pacientes con diagnóstico de preeclampsia tuvieron un nivel escolar secundario en un 80%, y residencia en el área urbano en un 78.8%, y en el Hospital Rural Huetamo Michoacan concuerda con nuestro estudio ya que presenta un nivel escolar secundario de 46.08%; por ello es probable que por consecuencia de estos factores origine un estrés socioeconómico, lo que demostraría que el comportamiento de los factores sociales y ambientales son predisponentes para la aparición de preeclampsia.

En cuanto a las normas de cuidados obstétricos observamos que estas se cumplen casi al 100% como lo indica el Ministerio de Salud, y que el 100% de nuestras pacientes han finalizado su embarazo por operación cesárea, sin embargo en el Hospital Rural Huetamo Michoacan presenta solo un 31% termina en operación cesárea, pero quien si concuerda con nosotros es el estudio realizado en el Hospital Verdi Ceballos con un 94% de operación cesárea.

CONCLUSIONES

1. En cuanto al factor de riesgo edad se encontró en la edad de 21 a 30 años el 36.25% (29 casos) y el menor porcentaje 40 a más años el 10% (8 casos) de un total de 80 casos.
2. En cuanto al grado de instrucción; se encontró el mayor porcentaje en instrucción secundaria con un 80% (64 casos) y el menor porcentaje se encontró en instrucción primaria con un 7,5% (6 casos) de un total de 80 casos.
3. En cuanto al área de vivienda; se encontró el mayor porcentaje en el área urbano con un 78.75% (63 casos) y el menor porcentaje se encontró en el área rural con un 7,5% (6 casos) de un total de 80 casos.
4. En cuanto la gravidez; se encontró en primigestas el 51.25% (41 casos) y el 48.75% (39 casos) en dos o más gestaciones, de un total de 80 casos.
5. En cuanto al embarazo múltiple; se encontró en un 3.75% (3 casos) de gestación múltiple de un total de 80 casos.
6. En cuanto los controles prenatales; se encontró el mayor porcentaje en 6 a más controles prenatales con un 62.5% (50 casos) y el menor

porcentaje en ningún control con un 11.25% (9 casos) de un total de 80 casos.

7. En cuanto a las semanas de gestación; se encontró el mayor porcentaje en 36 a 40 semanas de gestación con un 71.25% (57 casos) y el menor porcentaje en 20 a 27 semanas de gestación con un 2,5% (2 casos) de un total de 80 casos.
8. En cuanto los antecedentes patológicos; se encontró el mayor porcentaje donde no tuvieron antecedentes patológicos con un 72,5% (58 casos) y el menor porcentaje que si tuvieron antecedentes patológicos con un 27,5% (22 casos) de un total de 80 casos.
9. En cuanto enfermedades crónicas; se encontró el mayor porcentaje donde no hay ningún tipo de enfermedad crónica con un 58.75% (47 casos) y el menor porcentaje que si tuvieron hipertensión con un 18.75% (15 casos) de un total de 80 casos.
10. En cuanto edemas; se encontró el mayor porcentaje sin edema con un 32.7% (26 casos) y el menor porcentaje con tres cruces (+++) en edemas en un 12,5% (10 casos) de un total de 80 casos.

11. En cuanto la presión arterial; se encontró el mayor porcentaje en 140/ 90 – 159/109 mm hg con un 50% (40 casos) y el menor porcentaje en 130/80 – 139/90 mm hg con un 25% (20 casos) de un total de 80 casos.
12. En cuanto la ganancia de peso; se encontró el mayor porcentaje donde incrementaron 7 - 12 kilos con un 67.5% (63 casos) y el menor porcentaje incrementaron de 17 a más kilos con un 6.25% (5 casos) de un total de 80 casos.
13. En cuanto el tipo de preeclampsia; se encontró el mayor porcentaje en preeclampsia leve con un 55% (44 casos) y el menor porcentaje en preeclampsia severa con un 45% (36 casos) de un total de 80 casos.
14. En cuanto el tratamiento farmacológico; se encontró el mayor porcentaje donde si recibieron tratamiento farmacológico con un 71.25% (57 casos) y el menor porcentaje no recibieron tratamiento farmacológico con un 28,75% (23 casos) de un total de 80 casos.
15. En cuanto al control y monitoreo; se encontró el mayor porcentaje en el cual todas si tuvieron un control y monitoreo con un 100% en los 80 casos.

16. En cuanto al tratamiento quirúrgico; se encontró el mayor porcentaje donde todas las pacientes finalizaron en tratamiento quirúrgico con un 100% en el total de los 80 casos.

RECOMENDACIONES

1. Que, el Ministerio de Salud, continúe con el desarrollo de programas educativos a fin de informar sobre la importancia del control prenatal y los signos de alarma, a todas las pacientes y detectar en forma precoz y dar tratamiento oportuno a todo nivel tanto a la zona rural como a la urbana incentivando a una maternidad saludable.
2. Que los avances en la medicina estén al alcance del personal calificado es decir Obstetras y Gineco-Obstetras, para colaborar a disminuir la morbilidad materna.
3. Incrementar los servicios de salud con el equipamiento básico adecuado.

REFERENCIAS

- (1) Ministerio de Salud Pública. Manual de diagnóstico y tratamiento en obstetricia y perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 237-52
- (2) Periodistas en línea (2007) URL:
http://www.periodistasenlínea.com.mx/home/index.php?option=com_contenido&task=view&id=5273&Itemid=46
- (3) Sibai BM, Caritis S, Hauth J. What we have learned about preeclampsia. Semin Perinatol 2003; 27:239-46.
- (4) World Health Organization International Collaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy. Geographic variation in the incidence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1988; 158:80-83.
- (5) Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. Segunda edición. Lima: MAD Corp SA, 2006.

- (6) Sánchez S. Análisis de la mortalidad materna en la Disa V Lima Ciudad. Periodo 2000-2004. Dirección de Epidemiología. Disa V Lima Ciudad.
- (7) Committee on Terminology of the American College of Obstetricians and Gynecologists and National High Blood Pressure Education Program.
- (8) Pacheco J, Wagner P, Williams N, Sánchez S. Enfermedades hipertensivas de la gestación. En: Pacheco J (Editor). Ginecología y Obstetricia. Segunda edición. Lima: MAD Corp. SA, 2006. En prensa.
- (9) Norwitz E, Robinson I, Repke J. ¿Prevención de la Preeclampsia es Posible?, Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999
- (10) DANE, B.; et al. A New Metabolic Scoring System for Analyzing Risk of Hypertensive Disorders of Pregnancy. 2009. (doc.pdf)

- (11) HIPERTENSIÓN GESTACIONAL Y PREECLAMPSIA.
2007
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?me=8830&id_seccion=717&id_ejemplar=913... 2009-05-08
- (12) MATHER, S. ABALOS, E. y CARROLI, G. Reposo en Cama con o sin Hospitalización para la Hipertensión durante el Embarazo. Cochrane. Review. 2008. (doc.pdf)
http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/anales/v59_n2/hipertension.htm 2009-05-01
- (13) ECUADOR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.
Normas y Protocolos de Atención Obstétrica. Agosto 2008.
- (14) Duley L, Gülmezoglu A, y Henderson J. Sulfato de Magnesio y otros Anticonvulsivos en Mujeres con Preeclampsia. Cochran Review. 2008.
http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/anales/v59_n2/hipertension.htm

- (15) Strevens H, Kristensen K, Langhoff-Roos J, Wide-Svensson D. Blood Pressure trough consecutive pregnancy are influenced by body mass index. Am J Obstet Gynecol 2002
- (16) Ghi T, Youssef A. PiThe Prognostic Role of Uterine Artery: Doppler Studies in Patients with Lateonset Preeclampsia. 2009.
- (17) Votta RA. Obstetricia. Segunda edición. Buenos Aires: López librereros, 1995:327-352.
- (18) Peralta Pedrero ML, Guzmán Ibarra MA, Cruz Alvear A, Martínez García MC. Utilidad para establecer el diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes de la paciente preecláptica. Gaceta médica de México 2004; 140: 513-517.
- (19) SÍNDROME DE HELLP. 2007
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/shtml>.
2009-05-08

- (20) FÁRMACOS DURANTE EL EMBARAZO. 2008
http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menuprincipal/03_Articulos%20
- (21) Hasbún A. Preclampsia-eclampsia. En: Botero J, Jubiz A, Henao G,ed. Obstetricia y ginecología texto integrado 5ta edición Medellín: Intermedicina: 1994: 167-177.
- (22) Hernandez A. Factores de Riesgo para Preeclampsia. Revista de Obstetricia y Ginecología. VENEZUELA 60 (3): 1-7 Julio 2004. <http://www.sogvzla.org/rogv/2004vol61n2.pdf>
- (23) Sánchez H. Pérez G. Pérez P. Vázquez F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Revista médica del instituto mexicano del seguro social 2005 septiembre; 43 (5): 377-380.

- (24) Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(1): 1-22.
- (25) Lluís C. 1996. Riesgo Elevado Obstétrico. Masson. Barcelona – España
- (26) Abalos E, Mather S, y Carroli G. Tratamiento con Fármacos Antihipertensivos para la Hipertensión Leve o Moderada durante el Embarazo. Cochrane Review.2008.
- (27) Dirección regional de salud. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia / eclampsia. C.P. 11750 México D.F. 2007
- (28) Fernández RA. Análisis de los factores sociales de riesgo reproductivo. Lima-Perú: Jornada Nacional de Salud Perinatal MINSA. 1988.p, 148-161.

- (29) Berrospi AP. Cesáreas: Factores de riesgo para morbimortalidad infecciosa. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2004.
- (30) De la Cruz GC. Factores maternos pre e intraparto y su influencia en la morbilidad. Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1999.
- (31) Zárate T. Mortalidad materna en el Hospital Arzobispo Loayza (1970-1980). Tesis de Doctor en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1999.
- (32) Alcántara AP. Frecuencia y algunos aspectos epidemiológicos de la eclampsia en el Hospital Arzobispo Loayza (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.
- (33) Ruiz J, Trelles J, Gonzáles Del Riego M. Enfermedad hipertensiva del embarazo I. Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología 2004; 29(1).

- (34) Alarcón RA. Preeclampsia algunos aspectos maternos y neonatales en el INAMI-Hospital "San Bartolomé" durante Febrero de 1988-Enero 1989.Tesis de Bachiller en Medicina. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2005.
- (35) Salviz Manuel, Cordero Luis, saona U. P.preeclampsia: factores de riesgo. Estudio en el hospital nacional Cayetano Heredia. Rev. Med. Hered, 2006;7.
- (36) Rosa María López. Factores de riesgo para preeclampsia. Hospital Central "Antonio María Pineda". Barquisimeto. julio 2011 – julio 2012.Tesis de grado especialista. Barquisimeto. Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado".2012
- (37) Mayra Sánchez. Factores de riesgo para Preeclampsia-Eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga en el Período comprendido entre

Enero 2008 a Enero 2009". Tesis de titulo en Medicina.
Riobamba, Ecuador. Escuela Superior Politécnica de
Chimborazo, 2009

- (38) Nancy Zurian R. incidencia de preeclampsia/eclampsia
en mujeres atendidas en el Hospital Rural de oportunidades
de Huetamo Michoacan en el periodo de enero - julio 2006.
Tesis de titulo de lic.de enfermería. Morelia, Michoacan.
Universidad Michoacan de san Nicolás de Hidalgo,2006.

ANEXOS

REGISTRO DE DATOS

Historia clínica:	CONTROLES PRENATALES	NIVELES DE PRESION ARTERIAL:
EDAD	Ninguno 2 - 5 6 a más	X/80 - 139/90 140/90 - 159/109 160/110 - A MÁS
Menores 20 años. 21 - 30 años. 31 - 40 años 41 a más	SEMANA GESTACIONAL	EDEMA:
INSTRUCCIÓN	20 - 27 semanas 28 - 35 semanas 36 - 40 semanas 41 a más semanas	NO + ++ +++
Analfabeta. Primaria. Secundaria. Superior.	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE PREECLAMPSIA	GANANCIA DE PESO:
LUGAR DE RESIDENCIA	SI - NO	7 - 12 KG 13 - 17 KG 17 A MAS KG
Urbana Urbano marginal Rural	A SOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS	DIAGNOSTICO
GRAVIDEZ	Hipertensión arterial. Obesidad. Diabetes mellitus Otros	Pre eclampsia leve Pre eclampsia severa
Uno Dos o más		CUMPLIMIENTO NORMAS CONE
GESTACION MÚLTIPLE		TX. Farmacológico: SI - NO Control y monitorización: SI - NO TX. Quirúrgico: SI - NO
SI - NO		