



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS:

**“FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A
PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE CHANCAY 2015”**

PRESENTADO POR:

Bach. Obst. POICON MACHCCO, SHEYLA LESLI.

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

HUACHO- PERÚ

2016

DEDICATORIA

Este presente trabajo de investigación se la dedico a mi madre porque, gracias a ella soy lo que soy hoy en día y a mi hermana por su apoyo y compañía incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por guiarme por el camino correcto, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar ante las adversidades enseñándome a encarar los problemas por más difíciles que se presenten.

Gracias también a mi asesora quien me brindó su apoyo sin pedir nada a cambio.

Y a todas las personas que de alguna manera colaboraron en mi aprendizaje y en la elaboración de mi tesis, gracias a todos.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo, determinar los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia y eclampsia en el Hospital de Chancay, período 2015. Es un estudio de tipo descriptivo, longitudinal y retrospectivo; el diseño de investigación utilizado fue el no experimental. Para la medición de las variables se utilizó la técnica de la observación, teniendo como instrumento la ficha de recolección de datos.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó por medio de la aplicación del paquete estadístico SPSS en su versión 21. Se trabajó con la población total de 101 gestantes con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia durante la gestación; en esta investigación se encontró ciertas características socio-demográficas, en el presente estudio son las siguientes: El grado de instrucción, destacando el grado secundario con un 65.3% y zona en la que se encuentra ubicado su vivienda, teniendo como resultado el mayor porcentaje la zona rural con un 57.4%.

Los factores de riesgo maternos gineco-obstétricos asociados a preeclampsia y eclampsia, en cuanto a la edad, en este grupo estudiado las edades extremas de la vida no fue un factor riesgo significativo para la preeclampsia, ya que las edades entre 21 años a 34 años representaron el 52.5%. En cuanto a la gravidez las primigestas tienen mayor tendencia a padecer preeclampsia que las multigestas, las primigestas representaron el 51.5%. Así mismo el periodo intergenésico mayor de 10 años representa el 25%, no asociándose estadísticamente a la preeclampsia.

Los factores maternos patológicos preexistentes asociados a preeclampsia y eclampsia en cuanto a la diabetes se manifestó en un 18.8%, la hipertensión arterial crónica, la cual se presentó en un 36.6%, la obesidad que representa el 17.8% y la preexistencia de enfermedades renales en un 2.0%, siendo este grupo de patologías, los cuales actúan como factores de riesgo para que desencadene la preeclampsia y eclampsia ya que el 75.2% del total de

gestantes presentaron estas patologías previo al embarazo. Así mismo la presencia de preeclampsia en un embarazo anterior se presentó en el 57%, demostrándose esta relación entre preeclampsia en una gestación anterior y el desarrollo de un nuevo episodio en la siguiente gestación. Por otro lado no se reportó ningún caso de eclampsia en gestación anterior.

Los factores de riesgo maternos de la gestación actual asociados a preeclampsia y eclampsia, tenemos el control prenatal tardío representando el 58.4%, considerando así el control prenatal tardío un factor de riesgo para la patología en estudio. En cuanto al embarazo gemelar el 62.5% presentaron preeclampsia, con estos resultados en este grupo de gestante podemos asociar el embarazo gemelar como un factor de riesgo para desencadenar la preeclampsia y eclampsia.

Por otro lado el total de gestantes que ingresaron al servicio de gineco – obstetricia con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia fueron 101 gestantes de las cuales el 22.8% le diagnosticaron preeclampsia, el 75.2% preeclampsia con rasgos de severidad y el 1.0% eclampsia.

De las cuales el 3.0% de las pacientes que le diagnosticaron preeclampsia con rasgos de severidad inicialmente, se complicaron durante su atención en eclampsia.

Palabras claves: Factores de riesgo maternos, preeclampsia, eclampsia.

ABSTRACT

This research aims to determine the maternal risk factors associated with preeclampsia and eclampsia in the Hospital of Chancay, period 2015. This is a descriptive study, longitudinal and retrospective; research design used was not experimental. Observation technique was used to measure the variables, the instrumentality of the data collection sheet.

The statistical data processing was performed by the application of statistical package SPSS version 21. We worked with the total population of 101 pregnant women diagnosed with preeclampsia and eclampsia during pregnancy; in this research certain socio-demographic characteristics found in the present study are as follows: The level of education, highlighting the secondary level with 65.3% and area where your home is located, resulting in the highest percentage the rural area with 57.4%.

Factors gynecological and obstetric maternal risk associated with pre-eclampsia and eclampsia, in terms of age, this group studied the extreme ages of life was not a significant risk factor for preeclampsia, because the aged 21 years to 34 years They accounted for 52.5%. As for primiparous pregnancy are more likely to suffer from pre-eclampsia multigravid, primigravid accounted for 51.5%. Also the largest intergenetic 10-year period is 25%, not associated statistically with preeclampsia.

Pre-existing pathological maternal factors associated with preeclampsia and eclampsia in terms of diabetes manifested in 18.8%, chronic hypertension, which occurred in 36.6%, obesity accounting for 17.8% and pre-existing renal disease 2.0%, and this group of diseases, which act as risk factors for pre-eclampsia and eclampsia trigger as 75.2% of pregnant women presented these pre-pregnancy pathologies. Also the presence of preeclampsia in a previous pregnancy occurred in 57%, showing the relationship between preeclampsia in a previous pregnancy and the development of a new episode in the next pregnancy. On the other hand no cases of eclampsia were not reported in previous pregnancy.

The maternal risk factors in the current pregnancy associated with preeclampsia and eclampsia, have late prenatal representing 58.4% and late prenatal considering a risk factor for the condition under study. As for the twins 62.5% had preeclampsia, with these results in this group of pregnant women may associate the twin pregnancy as a risk factor to trigger pre-eclampsia and eclampsia.

On the other hand the total of pregnant women who were admitted to the gynecology - obstetrics diagnosed with preeclampsia and eclampsia were 101 pregnant women of which 22.8% was diagnosed with preeclampsia, 75.2% with features of severe preeclampsia and eclampsia 1.0%.

Of which 3.0% of patients diagnosed with preeclampsia severity traits initially, were complicated for his attention to eclampsia.

Keywords: Maternal risk factors, preeclampsia, eclampsia.

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------------------------------|------|
| DEDICATORIA..... | ii |
| AGRADECIMIENTOS | iii |
| RESUMEN | iv |
| ABSTRACT | vi |
| ÍNDICE | viii |
| INTRODUCCIÓN | x |
| | |
| CAPÍTULO I | 12 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 12 |
| 1.1. Descripción de la realidad problemática | 12 |
| 1.2. Delimitación de la investigación..... | 14 |
| 1.2.1. Delimitación temporal: | 14 |
| 1.2.2. Delimitación geográfica:..... | 15 |
| 1.2.3. Delimitación social: | 15 |
| 1.3. Formulación del problema | 15 |
| 1.3.1. Problema Principal:..... | 15 |
| 1.3.2. Problemas Secundarios:..... | 15 |
| 1.4. Objetivos de la Investigación | 16 |
| 1.4.1. Objetivo principal: | 16 |
| 1.4.2. Objetivos secundarios:..... | 16 |
| 1.5. Hipótesis de la investigación. | 17 |
| 1.5.1. Hipótesis general: | 17 |
| 1.6. Justificación e importancia de la investigación | 17 |
| | |
| CAPÍTULO II | 19 |
| MARCO TEÓRICO | 19 |
| 2.1. Antecedentes de la investigación | 19 |
| 2.1.1 Antecedentes internacionales..... | 19 |
| 2.1.2. Antecedentes Nacionales | 23 |
| 2.2. Bases teóricas | 25 |
| 2.2.1. Factores de riesgo materno | 25 |

| | |
|------------------------------------------------------------|--------|
| 2.2.2. Preeclampsia y Eclampsia | 30 |
| 2.3. Definiciones de términos básicos | 43 |
| CAPÍTULO III | 46 |
| METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 46 |
| 3.1. Tipo de investigación: | 46 |
| 3.2. Diseño de la investigación: | 47 |
| 3.3. Población y muestra | 47 |
| 3.3.1 Población | 47 |
| 3.3.2 Muestra | 47 |
| 3.4. Variables, dimensiones e indicadores | 47 |
| 3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos: | 50 |
| 3.5.1. Técnicas: | 50 |
| 3.5.2. Instrumentos: | 50 |
| 3.6. Procedimientos: | 50 |
| CAPÍTULO IV | 52 |
| RESULTADOS | 52 |
| 4.1. Resultados: | 52 |
| 4.2. Discusión de los resultados. | 70 |
| CONCLUSIONES | 72 |
| RECOMENDACIONES | 74 |
| FUENTES BIBLIOGRÁFICAS | 75 |
| ANEXOS | 79 |
| Anexo N°1: Matriz de Consistencia | 79 |
| Anexo N°2: Ficha de Recolección de Datos | 81 |
| ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS | 84 |

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un problema de salud pública de gran importancia debido a su alta morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Su etiología se desconoce, no obstante se refiere que posee una base genética e inmunológica que resulta en un trastorno multisistémico caracterizado por hipertensión sistólica y diastólica, al encontrarse cifras tensionales de 140/90mmHg, en dos ocasiones con un intervalo de seis horas o una tensión arterial de 160/110mmHg en una sola ocasión, proteinuria, y anomalías en la coagulación y/o en la función hepática. Al momento actual, no se dispone de una prueba de detección o una intervención preventiva que sea universal, reproducible y costo-efectiva. El manejo se fundamenta en el diagnóstico y tratamiento oportuno, la prevención de las convulsiones y la interrupción del embarazo. La Preeclampsia es una de las enfermedades 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. Debido al aumento de pobreza, la falta de recursos económicos para acceder a los servicios y falta de adaptación hace que las mujeres embarazadas recurran a su cultura y costumbres utilizando los servicios de parteras empíricas no calificadas para detectar los riesgos. Como esta entidad continúa siendo la enfermedad de las teorías donde se han valorado diversos factores vasculoendoteliales, inmunológicos y genético-hereditarios, para explicar la fisiopatología de la enfermedad hipertensiva gravídica y la solución definitiva de este problema, parece distante; de ahí que la atención prenatal a las embarazadas constituye la base principal para

detectar la hipertensión arterial incipiente y de ese modo evitar su progresión hacia formas clínicas graves de la enfermedad.

Numerosos trabajos científicos hablan de factores que predisponen a padecer la enfermedad durante el embarazo, tales como las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, primigravidez, historia familiar de preeclampsia–eclampsia, periodo intergenésico largo, control prenatal tardío. Otros han observado la asociación de enfermedades crónicas con esta enfermedad, entre ellas la diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial crónica y enfermedades renales. Como la enfermedad hipertensiva del embarazo aún no se puede evitar, el objetivo de este trabajo es identificar los principales factores de riesgo que determina la aparición de preeclampsia y eclampsia, con el propósito de mejorar las acciones médicas previstas en beneficio del binomio materno fetal.

Este trabajo de investigación para un mejor entendimiento, está estructurada en los siguientes capítulos, en el capítulo I, trata sobre el planteamiento del problema que comprende la descripción de la realidad problemática, delimitaciones de la investigación, formulación del problema, así como también objetivos y justificación de la investigación, la hipótesis no se toma en cuenta ya que es un trabajo descriptivo. El capítulo II, corresponde al marco teórico, que comprende los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. El capítulo III, se desarrolla la metodología de la investigación, lo que se incluye es el tipo y diseño de la investigación, población y muestra de la investigación, así como también las variables, dimensiones e indicadores, técnicas e instrumentos de la recolección de datos y el procedimientos de estos. En el capítulo IV, se presentan todos los resultados que se obtuvieron gracias a todos los criterios diseñados, desde el recojo de datos de la muestra de estudio con los instrumentos de la investigación, previamente validados, hasta el procesamientos estadístico de los datos, la construcción de tablas de frecuencia, el análisis descriptivo y gráficos, además se desarrolla la discusión de los resultados, el cual permitirá arribar la formulación de conclusiones y recomendaciones; finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos que corresponden a la investigación.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

En la actualidad se registran mayores números de casos de preeclampsia y eclampsia en todo el mundo, aumentando la morbilidad materna perinatal. A nivel mundial la incidencia de preeclampsia en el año 2007 fue del 2-10 % de los embarazos, aumentando esta cifra en el año 2012 del 5–12%. Un máximo del 10% de las mujeres tiene presión arterial elevada durante el embarazo. La preeclampsia, definida como hipertensión acompañada por proteinuria, generalmente ocurre durante la segunda mitad del embarazo y causa complicaciones en el 2% al 8% de los embarazos. En general, del 10% al 15% de las muertes maternas están asociadas directamente con la preeclampsia y la eclampsia en países con bajos y medianos ingresos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012) más de 200.000 muertes maternas ocurren cada año en el mundo como consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia y eclampsia, en su mayor parte prevenibles.

La tasa de incidencia de preeclampsia en países desarrollados como EE.UU, Canadá, Europa llega hasta un 2,5%, incluso en Suecia registra

un menor porcentaje con el 0,5%, mientras en países africanos tales como: Egipto, Etiopía, Nigeria la tasa de incidencia supera el 10 %.

En países desarrollados la mortalidad materna actual vinculada con la enfermedad hipertensiva en el embarazo es 1,4 por cada 100.000 nacimientos, a nivel mundial representa el 16,1% de las muertes maternas.

En países latinoamericanos la enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo siendo responsable directa del 20% de las muertes maternas en Estados Unidos de Norte América, Chile y Perú (OMS 2012).

En América Latina la preeclampsia es la primera causa de muerte materna con una frecuencia promedio de 25.7%.

En el Perú la incidencia de preeclampsia fluctúa entre 10 a 15 % en la población hospitalaria, complicando los embarazos de 3 a 22 % en el año 2013.

En el año 2006 la tasa de muerte materna fue de 17 a 21%, aumentando en el año 2013 hasta un 32%. En el Perú se considera la segunda causa de muerte materna, representado 15.8% en Lima Ciudad.

En el instituto Nacional Materno Perinatal, la preeclampsia es considerada la primera causa de muerte materna entre los años 2003 y 2013, con un 43%¹

Según la oficina de estadística del Hospital de Chancay durante el año 2013, la tasa de incidencia de preeclampsia fue 4.6% y de eclampsia fue 0.8%, mientras tanto en el año 2014 la tasa de incidencia de preeclampsia fue el 3.5% y de eclampsia el 0.1% y en el año 2015 la incidencia de preeclampsia fue el 3.1%².

Este es un problema grave, ya que predispone a mayor riesgo de morbi-mortalidad fetal y materna. En el Perú continúan los índices elevados, por tal motivo es necesario investigar más a fondo esta patología y la identificación oportuna de los factores de riesgos que predisponen a las gestantes del Hospital de Chancay a contraer preeclampsia, para evitar ciertas complicaciones y contribuir a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación temporal:

Gestantes atendidas en el periodo comprendido entre enero 2014 a septiembre 2015.

¹ **OMS.** Tratamientos alternativos con sulfato de magnesio para mujeres con preeclampsia y eclampsia: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de marzo de 2012). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. 2012.13 (02):1-7.

² Oficina de estadística del Hospital de Chancay.

1.2.2. Delimitación geográfica:

La investigación se realizó en el Hospital de Chancay, en el área de Gineco- obstetricia.

1.2.3. Delimitación social:

El estudio se realizó con las historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital de Chancay en el periodo enero 2014 a septiembre 2015.

1.3. Formulación del problema.

1.3.1. Problema Principal:

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015?

1.3.2. Problemas Secundarios:

- 1) ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos Gineco Obstétricos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015?

- 2) ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos patológicos preexistentes asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015?

- 3) ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos de la gestación actual asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo principal:

Determinar los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015.

1.4.2. Objetivos secundarios:

- 1) Determinar los factores de riesgo maternos Gineco-obstétricos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015.
- 2) Identificar los factores de riesgo maternos patológicos preexistentes asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015.
- 3) Determinar los factores de riesgo maternos de la gestación actual asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015.

1.5. Hipótesis de la investigación.

1.5.1. Hipótesis general:

Esta investigación no presenta hipótesis.

1.6. Justificación e importancia de la investigación.

Por ser considerada la segunda causa de muerte materna en el Perú y un problema de salud pública la finalidad de esta investigación es identificar oportunamente los factores de riesgos que ayuden a desencadenar la preeclampsia, contribuyendo a que la obstetra tome estrategias de mejoras en cuanto a la anamnesis durante la atención prenatal y así lograr la detección oportuna de esta patología para evitar ciertas complicaciones y de esa manera contribuir la disminución de los casos de mortalidad feto-materna.

Aspecto Teórico: En la actualidad se registra un notable incremento del número de tasa de incidencia de preeclampsia y eclampsia ocasionando el alza del número de casos de muerte materna en todo el mundo. Por lo consiguiente es muy necesaria la identificación precoz de los factores de riesgos que pueden conllevar a la aparición de la preeclampsia.

Aspecto Práctico: Esta investigación busca contribuir a desarrollar estrategias de mejoras en la institución y solución de la problemática que implica a la mujer gestante. Pero para lograr esto es necesario que la obstetra este comprometida en su trabajo y que esté totalmente capacitada y actualizada para la identificación oportuna de esta

patología y sus factores de riesgo para desencadenarla para así actuar eficazmente para el beneficio de la gestante y de su hijo.

Aspecto Metodológico: El aporte de la presente investigación pretende construir un criterio más amplio de fundamentos y estrategias de mejoras que ayuden a mejorar la identificación oportuna de esta enfermedad mediante los factores de riesgo maternos en la mujer gestante.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales.

- 1) **Encarnación Flores Diana. Factores de riesgo para la preeclampsia- eclampsia en embarazadas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de febrero- agosto del 2012 – Ecuador.**³Tiene como objetivo identificar los principales factores de riesgo que determina la aparición de preeclampsia y eclampsia en las mujeres atendidas en el Hospital Teófilo Dávila del Cantón Machala, el tipo de esta investigación es descriptivo, longitudinal y retrospectivo, con una muestra de 118 pacientes con preeclampsia, se investigó historias clínicas de mujeres ingresadas en el servicio de Gineco-obstetricia. Se obtuvo como resultados: La preeclampsia como diagnóstico de ingreso en el área de Gineco-obstetricia ocupan una alta incidencia, siendo la preeclampsia leve el trastorno más frecuente con un (58.4%), seguida de preeclampsia severa con un (41,6%). La incidencia de preeclampsia fue de (4%) y requirieron parto por cesárea el (49%) de las pacientes.

³ **Encarnación Flores Diana.** Factores de riesgo para la Preeclampsia – Eclampsia en embarazadas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de Febrero – Agosto 2012 [Tesis doctoral]. Ecuador.

Concluyendo así las edades extremas menor de 20 años y mayor de 35 años (67.5%), obesidad (49.9%), el número de controles prenatales tardío (55.7%), la primigravidez (52.8%), el nivel escolar bajo (57.8%), hipertensión arterial crónica (62.3%), estuvieron asociados estadísticamente con la preeclampsia, así mismo se estudió diabetes mellitus (15.4%), enfermedad renal (9.5%), cardiopatías (3.8%) y síndrome antifosfolipídico primario (8.0%).

2) Matías de la Cruz Rocío Pamela. Factores predisponentes para la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013. Colombia.⁴

Teniendo como objetivo: Determinar la incidencia de preeclampsia en el grupo de estudio, identificar principales factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales causadas por la misma. El estudio es retrospectivo, descriptivo no experimental. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de cada paciente atendida en el área toco quirúrgica con diagnóstico de preeclampsia entre 13 - 20 años en el periodo establecido. La muestra fue de 181 casos, desde Septiembre del 2012 a Febrero del 2013. Se concluye que la preeclampsia en pacientes de 13 a 20 años ocupa una baja incidencia en relación con las mayores de 20 años, las cuales presentaron un mayor porcentaje, sin embargo está asociada a factores predisponentes para desencadenarla como la etnia mestiza, primigravidez y deficientes controles prenatales durante el embarazo, las cuales fueron de mayor frecuencia. Además, que las consecuencias fetales son frecuentes en este grupo de edad,

⁴ **Matías de la Cruz Rocío Pamela.** Factores predisponentes para la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013". [Tesis de licenciatura] Facultad de Ciencias Médicas. Colombia. 2013.

como tener Recién Nacidos pequeños para la edad gestacional y depresión neonatal. Otra consecuencia materna es que el 90% de los casos terminaron su embarazo por cesárea a causa de ésta patología. Finalmente de acuerdo a los resultados se planteó una propuesta para contribuir a la educación de las pacientes jóvenes en riesgo.

- 3) **Castañeda, Carlos David. Factores de Riesgo en la Pre-eclampsia y Eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Enrique Garcés. Ecuador 2013.**⁵ En su trabajo de investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo de la pre-eclampsia y la eclampsia en el Hospital Enrique Garcés, de la ciudad de Quito en el segundo semestre del año 2013. El estudio es descriptivo, retrospectivo y longitudinal, la información se obtuvo de una muestra correspondiente a 86 embarazadas de un universo de 110 pacientes hospitalizadas, mediante encuestas y evaluación de las historias clínicas. Se precisó la edad predominante en menores de 18 años y mayores de 35 años de edad (54%), siendo casi la mitad primigestas (49%), dominando un (42%) con escolaridad a nivel de secundaria y un elevado índice de (70%) desempleadas. La pre-eclampsia se presentó en el (52%) de la serie. No hubo diferencias entre pacientes pre-término (52%) y a término (48%), ni en el control prenatal precoz (49%) y periódico (51%). En las manifestaciones clínicas se halló cefalea y edemas entre 88-90% y sólo (55%) con trastornos visuales. Entre las enfermedades asociadas la obesidad y la enfermedad renal corresponde a (24%) en ambas, la hipertensión crónica al (35.8%) y los antecedentes familiares con hipertensión crónica (17.4%).

⁵ **Castañeda Carlos David.** Factores de Riesgo en la Pre-eclampsia y Eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Enrique Garcés. Ecuador 2013

- 4) **Sánchez De La Torre, Mayra Elizabeth. Factores de riesgo para preeclampsia - eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital provincial general de Latacunga en el período comprendido entre enero 2012 a enero 2013. Riobamba-Ecuador**⁶ En su tesis tiene como objetivo identificar los principales factores de riesgo que determina la aparición de preeclampsia y eclampsia en las mujeres atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga en el período comprendido entre Enero de 2012 a Enero de 2013. El estudio es descriptivo, longitudinal y retrospectivo, concurrente en 102 pacientes con preeclampsia, se investigó historias clínicas de mujeres ingresadas en el servicio de Gineco-obstetricia. Concluyendo que las edades menor de 20 años y mayor de 35 años conformaron el (55.3%) , la obesidad (49.7%), los controles prenatales deficientes (57%), la primigravidez (61.1%), el nivel escolar bajo (52.8%) y la residencia rural (63.7)%, estuvieron asociados estadísticamente con la preeclampsia, mientras tanto el embarazo gemelar (11.2%), hipertensión arterial crónica (10.2%), diabetes (9.2%), enfermedad renal (4.3%), no estuvieron relacionadas con el evento estudiado. Haciendo referencia en esta investigación que las primigestas por lo general en nuestro medio están en la etapa de la adolescencia, solteras y desempleadas asociándolo a la presencia de preeclampsia y eclampsia. La incidencia de preeclampsia fue (4.24%) y requirieron parto por cesárea el (43.2%) de las pacientes. Estos hallazgos muestran los principales factores de riesgo para preeclampsia dentro de la población estudiada, los cuales pueden servir como marcadores clínicos que permitan detectar la enfermedad

⁶ **Sánchez De La Torre, Mayra Elizabeth.** “Factores De Riesgo Para Preeclampsia - Eclampsia en Mujeres atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga en el período comprendido Entre Enero 2012 A Enero 2013. [Tesis de Grado].Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina. Riobamba-Ecuador”

en estadios clínicos precoces y evitar su progresión hacia formas graves.

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

- 1) **Guiannina Escalante Gutiérrez. Factores de riesgo para preeclampsia en el Hospital Regional docente de Trujillo, periodo julio – diciembre 2010**⁷. El objetivo fue identificar los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional docente de Trujillo, durante el periodo julio – diciembre 2010. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo no experimental. Teniendo como muestra 60 pacientes con preeclampsia, recolectándose los datos de las historias clínicas de cada una de ellas. Los factores de riesgo tomados en cuenta en esta investigación fueron la edad menor de 18 años y mayor de 35 años los cuales estuvieron asociados estadísticamente con la preeclampsia ya que se presentó (62.3%), el nivel escolar predominante fue el nivel secundario (48.1%), primigravidez (56.8%), embarazo gemelar (14.3%), antecedente de preeclampsia (32.7%), obesidad (10.2%), hipertensión arterial (16.8%). Concluyendo así que la edad menor de 18 años-mayor de 35 años y la primigravidez estuvieron asociados estadísticamente con la preeclampsia. La incidencia de preeclampsia fue (5.6%) y requirieron parto por cesárea el (70.2%) de las pacientes

⁷ **Guiannina Escalante Gutiérrez.** “Factores de riesgo para preeclampsia en el Hospital Regional docente de Trujillo, periodo julio – diciembre 2010”. [Tesis pregrado] Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Ciencias Médicas. Perú 2010.

- 2) **Lilium Mirella Gálvez Cerna. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Lambayeque 2014.**⁸ Teniendo como objetivo: Determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Lambayeque durante el periodo Enero – Diciembre 2014. El estudio es descriptivo no experimental, retrospectivo. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de cada paciente con diagnóstico de preeclampsia atendida en el Hospital Regional Lambayeque durante el periodo de estudio. La población de estudio estuvo constituida por 80 gestantes. El análisis estadístico sobre los factores de riesgo fue: Primigravidad (40.2%), el periodo intergenésico largo (51.9%), antecedente de preeclampsia (53.5%), entre las enfermedades asociadas la hipertensión arterial crónica se presentó (12.4%), la diabetes (9.6%), la obesidad (51.7%). Concluyendo así que el periodo intergenésico largo, el antecedente de preeclampsia, la obesidad son factores de riesgo asociados a preeclampsia.
- 3) **Irma Claudia Heredia Capcha. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014.**⁹ Tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia. El presente estudio fue de tipo descriptivo no experimental y retrospectivo. Los casos estuvieron constituidos por las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas y hospitalizadas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto durante los años 2013 – 2014. Toda la

⁸ **Lilium Mirella Gálvez Cerna.** “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Lambayeque en el período comprendido Entre Enero – Diciembre 2014”. [Tesis de Grado]. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de medicina humana”. Perú 2014.

⁹ **Irma Claudia Heredia Capcha.** “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014”. [Tesis pregrado] Loreto. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana. Perú 2014.

información fue recolectada de las historias clínicas captada en una ficha de recolección de datos revisada por los asesores del estudio. En cuanto a los resultados estadísticos las preeclámpticas el (58.2%) presentaron las edades extremas menor de 20 años y mayor de 34 años, primigestas (54.4%), la hipertensión arterial crónica (36.5%), antecedente de preeclampsia (12.4%), el (10.9%), el embarazo múltiple (10.2%), fueron obesas, diabetes mellitus preexistente (8.9%). Llegando a la conclusión que los factores de riesgo asociados a preeclampsia fueron las edades extremas menor de 20 años - mayor de 34 años y la primigravidez.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Factores de riesgo materno.

➤ Factores de riesgos materno gineco-obstétrico:

✓ Edad Materna:

Las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35) constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo y se han informado que en estos casos de riesgo de padecer preeclampsia se duplica. 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 preeclampsia¹⁰.

¹⁰ **Álvarez TP, Mendoza M.** Incidencia de los factores de riesgo de la hipertensión arterial grave inducida por el embarazo. Bol Méd Postgr. 2010 , XVII (2):1-8.

La preeclampsia afecta a menudo a mujeres jóvenes, mientras que las pacientes mayores tienen mayor riesgo de hipertensión crónica con preeclampsia agregada.¹¹

✓ **Primigravidez:**

Esto ha sido comprobado por múltiples estudios epidemiológicos, que sustentan la validez de este planteamiento, siendo en las primigestas la susceptibilidad de 6 a 8 veces mayor que en las multíparas. La mujer primigesta, por no haber tenido sometido previamente el útero a la distensión de un embarazo, tiene durante toda su evolución un mayor tono del miometrio que, por compresión, disminuye el calibre de las arteriolas espirales, y esto limita la perfusión sanguínea a esta zona, con la consecuente posibilidad de hipoxia trofoblástica, fenómeno que también ha sido implicado en la génesis de la preeclampsia. Así, la inadecuada perfusión de la placenta es seguida por sus cambios patológicos, el escape de trofoblasto a la circulación, y el consecuente y lento desarrollo de una coagulación intravascular sistémica con efectos deletéreos importantes en todo el organismo.¹²

✓ **Período Intergenésico Largo:**

En el caso del período intergenésico algunos estudios mencionan que el período intergenésico largo mayor o igual a 10 años, es un factor de riesgo para la madre en el desarrollo de preeclampsia.

¹¹ **Cunningham Gary F y cols.** Williams Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.

¹² **García FJ y cols.** Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo. Revisión de la literatura. Toko-Gin Pract. 2012; 59 (4):194-212.

Duarte (2009) atribuye que el período intergenésico tiene que ver con la alteración de la tolerancia inmunológica, que normalmente se produce durante el embarazo, el cual influye en el proceso normal de vasculogénesis, formación del tejido placentario y en la producción adecuada de factores que regulan los cambios fisiológicos maternos, las alteraciones inmunológicas que afectan a la formación placentaria y culminan en la disfunción endotelial son las que marcan el paso final para una serie de fenómenos que desencadenan la preeclampsia.¹³

➤ **Factores de riesgo maternos patológicos preexistentes:**

✓ **Diabetes:**

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.

Se estima que el riesgo de preeclampsia en las mujeres con diabetes pregestacional está relacionado del 20% y en la diabetes gestacional en el 9%. El riesgo está relacionado directamente con la severidad de la enfermedad y con los niveles de glucosa a lo largo de la gestación¹⁴.

✓ **Hipertensión Arterial Crónica**

Es conocido que un alto índice de enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión

¹³ Duarte, Díaz, Rubio. Preeclampsia y disfunción endotelial. Bases fisiopatológicas. Med IntMex 2010; 22:220-30

¹⁴ Mongrut Steane, Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. Quinta edición 2011.

arterial preexistente, y que en la medida en que es mayor la tensión arterial pregestacional, 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.¹⁵

✓ **Obesidad**

Consiste en el índice de masa corporal previo a la gestación, mayor de 29 aumenta 4 veces el riesgo de padecer la enfermedad, 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, Por otro lado, los adipocitos secretan citoquinas, en especial el factor de necrosis tumoral, que producen daño vascular, lo que empeora el estrés oxidativo, el fenómeno que también está involucrado en el surgimiento de la preeclampsia¹⁶.

✓ **Enfermedad Renal Crónica (Nefropatías):**

Las nefropatías 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

¹⁵ **Ulanowicz MG y cols.** Hipertensión gestacional. Consideraciones generales, efectos sobre la madre y el producto de la concepción. Rev Posgr VIa Catedr Med. 2011; 152:19-22.

¹⁶ **Cunningham Gary F y cols.** Williams Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.

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 un daño renal importante, se produce con frecuencia hipertensión arterial, y su presencia en la gestante puede coadyuvar a la aparición de la preeclampsia¹⁷.

✓ **Preeclampsia en gestación anterior:**

La probabilidad de padecer un nuevo episodio de preeclampsia es de 20 y 50 %.

Así mismo si se produce una preeclampsia grave en un segundo embarazo, el riesgo de recurrencia en un tercer embarazo será muy elevado, aunque algunas mujeres tienen, no obstante, embarazos relativamente normales.

Las mujeres que tienen una preeclampsia recurrente presentan mayor riesgo perinatal que las pacientes que presentaron preeclampsia como nulíparas¹⁸.

➤ **Factores de riesgo materno de la gestación actual:**

✓ **Control Prenatal Tardío:**

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo, ya que se ha visto que las gestantes con control prenatal tardío o sin control prenatal están expuestas a circunstancias de riesgos como la preeclampsia y eclampsia.

¹⁷ Pacheco J. Ginecología Obstétrica y Reproducción. Segunda edición 2014.

¹⁸ Gabriela Stefany Casana Guerrero. Factores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura [Tesis pregrado] Piura. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana.2014.

Ocurre en determinadas situaciones que hay mujeres que, bien sea por desconocimiento o por opinión personal, no usan los servicios de asistencia sanitaria prenatal. Esta falta de atención prenatal puede ocasionar un incremento de la morbimortalidad materno perinatal¹⁹.

✓ Embarazo Gemelar

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 mismo, se ha informado que la preeclampsia es 6 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en el sencillo. 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.²⁰

2.2.2. Preeclampsia²¹:

Síndrome multisistémicos de severidad variable específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este.

¹⁹ **Castañeda, Carlos, David.** Revista de Ciencia, Tecnología e Innovación: Factores de Riesgo en la Pre-eclampsia y Eclampsia.2015. Vol. (2). Núm. (1).

²⁰ **Cunningham Gary F y cols.** Williams Obstetricia. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.

²¹ **American College of Obstetricians and Gynecologists** Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013 Nov;122(5):1122-31

✓ **Etiología:**

Su etiología es desconocida.

✓ **Fisiopatología:**

El síndrome de preeclampsia - eclampsia se conoce desde hace más de 100 años; sin embargo, su etiología continúa siendo desconocida y su fisiopatología comienza recién a vislumbrarse.

La Hipertensión en el embarazo según estudios recientes, se desarrollaría a partir de una adaptación inmunológica inadecuada de la madre a los antígenos paternos que derivan de los genes presentes en las células fetales (imprinting genético), los cuales provocan una respuesta inflamatoria exagerada que interfiere con la implantación y con el curso normal de la gestación. En la preeclampsia es difícil establecer la diferencia entre eventos inmunes, inflamatorios y vasculares dado que células del sistema inmune secretan citoquinas que poseen capacidad de mediar distintas acciones biológicas, actuando sobre el endotelio vascular, músculo liso, o la coagulación.

Esto se debe a la segunda invasión trofoblástica que finaliza en la semana 20 - 21 de la gestación, la cual destruye la capa musculo elástica vascular de dichas arterias, impidiendo la acción de los agentes vasopresores sobre la circulación útero placentaria, asegurando así una correcta perfusión debido al alto flujo con baja resistencia. En contraste, en la preeclampsia esta segunda invasión trofoblástica se encuentra alterada, por lo que las arterias espiraladas poseen un calibre disminuido. Esto se debería a una mala diferenciación del citotrofoblasto, que se traduce en una mala invasión intersticial y vascular placentaria. También se

encontró un desequilibrio entre factores fibrinolíticos e inhibidores, los que generan un efecto anti invasivo característico de esta enfermedad.

La diferenciación anormal del citotrofoblasto provoca también apoptosis en una subpoblación de células de la decidua, lo que genera la destrucción precoz de la interfase feto-materna, y contribuye al comienzo temprano de los síntomas clínicos, debido al gran pasaje de partículas de membranas de las microvellosidades del sincitiotrofoblasto, ADN fetal libre y citoqueratina, a la circulación materna. Éste fenómeno también se produce en el embarazo normal, pero en menor medida. El citotrofoblasto además, expresa moléculas de factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y de factor de crecimiento placentario (PIGF) cuyo rol es regular la angiogénesis. En estudios en pacientes con PE, se encontró un aumento de una proteína antiangiogénica, la cual bloquea los receptores de VEGF y PIGF. Se ha demostrado que la administración de esta proteína a ratas preñadas induce hipertensión, proteinuria y glomeruloendoteliosis.

Clasificación:

De acuerdo al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), los trastornos hipertensivos actualmente se clasifican en:

- ✚ La preeclampsia-eclampsia.
- ✚ Hipertensión crónica (de cualquier causar).
- ✚ Hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta.
- ✚ Hipertensión gestacional²².

²² American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013 Nov;122(5):1122-31

Según las guías técnica: “Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según la capacidad resolutive” los trastornos hipertensivos se clasifican en:

- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Hipertensión transitoria de la gestación.
- Hipertensión crónica.
- Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada²³.

1) Preeclampsia²⁴:

- Embarazo \geq de 20 semanas o durante el puerperio.
- Hipertensión, definida como una presión arterial sistólica \geq 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica \geq 90 mm Hg, tomada al menos dos veces en un lapso entre 4 horas hasta 7 días.
- Proteinuria, definida de dos formas: Proteínas en orina de 24 horas \geq 300 mg o 1+ en tiras reactivas, repetida en un lapso de 4 horas hasta 7 días; la albuminuria \geq 2+ en tira reactiva no requiere repetición.

Una vez se cumple con el criterio de preeclampsia se debe considerar la existencia de GRAVEDAD. Se considera preeclampsia con rasgos de severidad, si existen uno o más de los siguientes criterios: Crisis hipertensivas, sintomatología, complicaciones con

²³ MINISTERIO DE SALUD, Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, 2007, pp.53 – 62.

²⁴ American College of Obstetricians and Gynecologists’ Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013 Nov; 122 (5):1122-31.

daño a órganos maternos, alteraciones de laboratorio, excesiva pérdida de proteínas y alteraciones fetales.

✚ Características de preeclampsia con rasgos de severidad (Cualquiera de estos resultados).

- La presión arterial sistólica de 160 mm Hg o mayor, o presión arterial diastólica de 110 mm Hg o superior uno dos ocasiones por lo menos 4 horas de diferencia, mientras el paciente está en reposo en cama (a menos antihipertensivo se inicia la terapia antes de este tiempo).
- La trombocitopenia (recuento de plaquetas inferior a 100.000 / microlitro)
- Insuficiencia hepática según lo indicado por los niveles en sangre anormalmente elevados de enzimas hepáticas el doble de la concentración normal), en el cuadrante superior derecho persiste dolor epigástrico que no responde a la medicación y no explica por diagnósticos alternativos, o ambos.
- Concentración de insuficiencia renal progresiva (creatinina sérica superior a 1,1 mg / dL o una duplicación de concentración de creatinina del suero en la falta de enfermedad renal demás)
- Edema pulmonar
- Trastornos cerebrales o visuales.

2) Eclampsia:

Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), define eclampsia como la presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras seis semanas después de éste, en ausencia de otras causas de convulsiones. El

inicio de convulsiones después de las 48 horas posparto sugiere que quizá que éstas se deban a una causa diferente a la

eclampsia (malformación arterio-venosa, ruptura de aneurisma, desorden idiopático).

3) Hipertensión Crónica:

La hipertensión crónica asociada al embarazo se puede diagnosticar con la presencia de presiones arteriales $\geq 140/90$ mm Hg en tres situaciones:

- ✓ Hipertensión crónica conocida o con historia de tal complicación antes del embarazo.
- ✓ Hipertensión diagnosticada por primera vez durante las primeras 20 semanas del embarazo (solo si tiene atención prenatal en la primera mitad del embarazo).
- ✓ Hipertensión que persiste luego del puerperio.

4) Hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta:

- Corresponde a aquella paciente con diagnóstico de hipertensión crónica a la cual, luego de las 20 semanas, se le suma una pre-eclampsia.
- El diagnóstico se confirma si la proteinuria es ≥ 300 mg/24 horas o en tiras reactivas con proteinuria persistente.
- Si la paciente tiene una proteinuria previa a las 20 semanas de embarazo superior a 300 mg en 24 horas, la proteinuria actual debe ser superior a ese valor.
- Usualmente se sospecha de pre-eclampsia superpuesta en hipertensas crónicas cuyas presiones arteriales no son

controlables, aparecen síntomas o complicaciones, aparecen alteraciones de laboratorio o deterioro de la condición fetal.

5) Hipertensión Gestacional:

Hipertensión que aparece luego de las 20 semanas o en el puerperio, al mismo tiempo la proteinuria es negativa. Al igual que la preeclampsia, su definición involucra tres variables:

- Embarazo \geq de 20 semanas o durante el puerperio.
- Hipertensión, definida como una presión arterial sistólica \geq a 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica \geq 90 mm Hg, tomada al menos dos veces en un lapso entre 4 horas hasta 7 días.
- Proteinuria negativa: Proteínas en orina de 24 horas $<$ 300 mg.

❖ Manejo de Preeclampsia (Sin rasgos de severidad)²⁵:

a) Control materno:

- Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
- Exámenes de laboratorio:
 - Perfil renal: Úrea y creatinina.
 - Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría.

²⁵ **Ministerio de Salud**, Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, 2007, pp.53 – 62.

- Perfil hepático: TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas y LDH.

b) Control fetal:

- Autocontrol materno de movimientos fetales diario.
- Test no estresante cada 48 horas.
- Ecografía con perfil biofísico semanal.

c) Considerar hospitalización:

- Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.
- Si vive lejos, considerar la casa de espera.

d) Control en hospitalización:

- Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.
- Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria.
- Autocontrol de movimientos fetales.
- Test no estresante cada 48 horas.
- Ecografía más perfil biofísico semanal.

❖ **Manejo de Preeclampsia (Con rasgos de severidad):**

a) Control materno:

Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.

b) Exámenes auxiliares:

Solicitar desde la evaluación inicial:

- Hemograma (hemoglobina o hematocrito).
- Grupo sanguíneo y Factor Rh.
- Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.
- Examen de orina completo.
- Perfil de coagulación:
 1. Tiempo de Protrombina
 2. Fibrinógeno
 3. Plaquetas.
- Función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Glucosa, urea y creatinina.
- Proteínas totales y fraccionadas.
- Proteínas en orina de 24 horas.
- De imágenes: Pruebas de bienestar fetal:
 1. Ecografía obstétrica.
 2. Perfil biofísico.
 3. Flujiometría Doppler.

❖ Tratamiento:

- ❖ Colocar dos vías endovenosas seguras:
 - ✓ Una con ClNa 9% a 40 gotas por minuto.
 - ✓ Otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9%, pasar 400cc. a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.
- ❖ El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.

- ❖ Administrar Labetalol 200 mg vía oral c/8 hrs de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- ❖ Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mm Hg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 30 minutos.
- ❖ Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- ❖ Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min.
- ❖ Control de funciones vitales maternas.
- ❖ Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.

Continuar con el manejo:

- ❖ Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 horas vía oral.
- ❖ Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg con relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/100 mmHg administrar Nifedipino 10 mg vía oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50mg en 24 horas, tratando de mantener la presión diastólica entre 90 a 100 mmHg.
- ❖ Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis
- ❖ Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros por minuto.
- ❖ Control de funciones vitales.
- ❖ Control de funciones obstétricas: Latidos fetales, dinámica uterina.

- ❖ Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas. De 34 a 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.
- ❖ Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea.
- ❖ Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones.

c) **Efectos adversos del tratamiento y su manejo:**

Las drogas usadas en preeclampsia se deben usar con precaución pues en el caso de antihipertensivos pueden producir hipotensión severa que pueden comprometer la perfusión feto placentaria. (Por ello no disminuir más del 30% de presión arterial si esta es mayor de 160 - 110 mmHg. Así mismo el uso de sulfato de magnesio debe ser usada con monitoreo de diuresis y pruebas de función renal , reflejos osteotendinosos, patrón y frecuencia respiratoria así como estado de conciencia, dosaje de magnesio ya que puede complicar aún más a la paciente si existiera intoxicación por Sulfato de Magnesio.²⁶

❖ **Manejo y tratamiento de la Eclampsia:²⁷**

Las siguientes medidas se deben adoptar tan pronto se produzca la crisis convulsiva, todo en forma simultanea:

1. Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

²⁶ **Ministerio de Salud, Hospital Nacional Docente Madre Niños “San Bartolomé”** Guía de Práctica Clínica: Actualizadas. Elaboradas por el Departamento de Gineco Obstetricia, Octubre 2012.

²⁷ **Ministerio de Salud,** Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva, 2007, pp.53 – 62.

2. Realizar consentimiento informado a los familiares de las intervenciones a realizar y sus posibles complicaciones.
3. Paciente en decúbito lateral izquierdo.
4. Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo, intubación orofaríngea, traqueotomía).
5. Control de la ventilación – oxigenación (equilibrio ácido-básico, pulsometría continua), oxígeno en concentración suficiente para controlar la hipoxemia.
6. Asegurar la permeabilidad de vía endovenosa.
7. Monitorización hemodinámica estricta:
 - Diuresis horaria estricta.
 - Control de PVC.
8. Valoración de las posibles alteraciones funcionales:
 - Función hepática: TGO, TGP.
 - Función renal: Creatinina, ácido úrico, sedimento de orina.
 - Perfil de coagulación: Recuento de plaquetas, Tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno.
 - Descartar siempre la presencia de Síndrome de HELLP.
9. Medidas medicamentosas:
 - Tratamiento de las convulsiones: Sulfato de Magnesio 10 mg diluido en 1,000 cc de ClNa 9‰, vía endovenoso a 400 cc a chorro y luego a 30 gotas/min.
 - Tratamiento antihipertensivo: Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora, vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 horas vía oral.
 - ❖ Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg, en relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral.

- ❖ Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50 mg en 24 horas.
- 10. Controlada las convulsiones, valorar las condiciones maternas y fetales para culminar la gestación.
- 11. Estabilización de la paciente:
 - a. Fluidoterapia.
 - b. Corrección de oliguria.
 - c. Control de factores de la coagulación.
 - d. Presión venosa central.
 - e. Oxigenoterapia.
- 12. La vía de culminación electiva del embarazo es la vaginal, si las condiciones lo permiten.

✓ **Complicaciones Maternas:**

- I. Desprendimiento prematuro de placenta 1 a 4 %.
- II. Coagulación intravascular diseminada/ síndrome de HELLP en 10 a 20%
- III. Edema pulmonar / aspiración 2 a 5 %
- IV. Insuficiencia renal aguda 1 a 5 %
- V. Eclampsia en < 1%
- VI. Stroke raro
- VII. Muerte raro
- VIII. Morbilidad cardiovascular crónica.

✓ **Complicaciones Neonatales:**

- ❖ Parto pretérmino de 1 a 4%
- ❖ RCIU
- ❖ Hipoxia neonatal < 1%
- ❖ Morbilidad crónica asociada por bajo peso al nacer.

2.3. Definiciones de términos básicos:

- a) **Control prenatal:** Actividades ejercidas sobre la gestante, embrión o feto, para preservar la salud de los mismos.

- b) **Eclampsia:** La eclampsia es una complicación en el embarazo que consiste en convulsiones que no son causadas por una afección cerebral previa.

- c) **Edad gestacional:** Tiempo cronológico medido en semanas desde la última menstruación y/o valorado por ultrasonido hasta el momento de la interrupción del embarazo expresado en semanas.

- d) **Enfermedades patológicas:** Son los factores que pueden incidir negativamente en la evolución del embarazo y que se presentan en el transcurso de esta).

- e) **Estado civil:** Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.

- f) **Factores de riesgo:** Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

- g) **Gestación:** Es un proceso fisiológico que involucra la presencia de 2 seres vivos: la madre y el feto. Ambos se encuentran íntimamente

unidos, comparten mecanismos fisiológicos y dependen de un equilibrio tan perfecto y maravilloso que la alteración de uno de ellos origina cambios en el otro.

h) Grado de instrucción: Conjunto de conocimientos adquiridos por una persona y que les permite ir elevando su nivel de educación.

i) La ocupación: La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo.

j) Paridad: Números de partos con finalización del alumbramiento, más allá de la semana 20, o con un recién nacido de peso mayor a 500 gramos.

k) Periodo intergenésico: Es el tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.

l) Preeclampsia (Sin grado de severidad): 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 mayor o igual a 300mg y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.

m) Preeclampsia (Con grado de severidad): 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, acompañado de proteinuria con presencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio.

n) Primigravidez: Mujer embarazada por primera vez, sin importar si el embarazo termina prematuramente o completa la edad gestacional.

o) Procedencia: Lugar de origen de algo o el principio de donde nace o deriva.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación:

Esta investigación es de tipo descriptivo, longitudinal y retrospectivo.

Es **descriptivo**, porque busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno. Es decir; conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes mediante la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Es **longitudinal**, porque recolectan datos a través del tiempo en puntos o períodos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias. (Hernández, Fernández y Baptista, 2007).

Es **retrospectivo**, porque la planificación de la toma de datos se efectuará de registros (sentencia) donde el investigador no tiene participación. En el caso concreto, la evidencia empírica estará referida a una realidad pasada. (Hernández, Fernández y Batista, 2010).

3.2. Diseño de la investigación:

Diseño no experimental descriptivo porque no se manipula la variable, y se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural para después analizarlos. (Hernández, Fernández y Baptista 2007).

3.3. Población y muestra de la investigación:

3.3.1 Población:

El universo poblacional está conformada por 101 gestantes con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, que fueron atendidas en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, durante el periodo comprendido entre enero 2014 – septiembre 2015.

3.3.2 Muestra:

La muestra está conformada por todas las gestantes que presentaron preeclampsia y eclampsia, correspondientes a 101 gestantes, cuya información fueron obtenidas mediante la Historias Clínicas, durante periodo comprendido entre Enero 2014 – Septiembre 2015, en el servicio de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p style="text-align: center;">D2: FACTORES DE RIESGO MATERNOS PATOLÓGICOS PREEXISTENTE</p> <p style="text-align: center;">FACTORES DE RIESGO MATERNOS DE LA GESTACION ACTUAL</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Periodo intergenésico largo: <ul style="list-style-type: none"> - Mayor o igual a 10 años. • Diabetes • Hipertensión arterial crónica • Obesidad • Enfermedades renales • Preeclampsia en gestación anterior. • Eclampsia en gestación anterior. • Control prenatal: <ul style="list-style-type: none"> - Control prenatal tardío. - Sin control prenatal. • Tipo de embarazo: <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo gemelar |
| <p style="text-align: center;">PREECLAMPSIA</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p style="text-align: center;">ECLAMPSIA</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia • Preeclampsia (con rasgo de severidad) • Convulsiones | <p style="text-align: center;">140/90 mmHg</p> <p style="text-align: center;">160/100 mmHg</p> <p style="text-align: center;">Presento No presentó</p> |

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

3.5.1. Técnicas:

Se ingresó al servicio de archivo previa autorización institucional para revisar las historias clínicas, la recolección de datos se realizó de manera sistemática, registrando en la ficha clínica de datos la información de todas las gestantes que presentaron preeclampsia y eclampsia de acuerdo al diagnóstico de la historia clínica.

La recolección de datos se realizó en el departamento de Gineco- obstetricia, en el servicio de emergencia, en un horario determinado, hasta completar la información requerida.

Para la cual, la técnica empleada para copiar los datos requeridos fue la lectura, análisis de documentos.

3.5.2. Instrumentos:

Ficha de recolección de datos.

3.6. Procedimientos:

Obtenida la información, las fichas se ordenaron, enumeraron, y se codificaron ingresando la información al programa de Excel, posteriormente la información se pasó a la base de datos del paquete estadístico SPSS 21.0, a través del cual se obtuvo las tablas de contingencia y se ordenó la información para poder expresarla en gráficas.

Para analizar los datos realizamos lo siguiente:

- Ordenamiento de los datos
- Tabulación de los datos
- Presentación de cuadros y gráficos de acuerdo al nivel de medición.

Se efectuó sobre la matriz de datos, utilizando un programa de computadora. Así, se realizó, en primer término, la interpretación de la estadística descriptiva de los datos para posteriormente efectuar relaciones entre algunas variables.

Para el análisis se empleó distribución de frecuencias, cuadros y gráficos; específicamente los histogramas y las gráficas circulares.

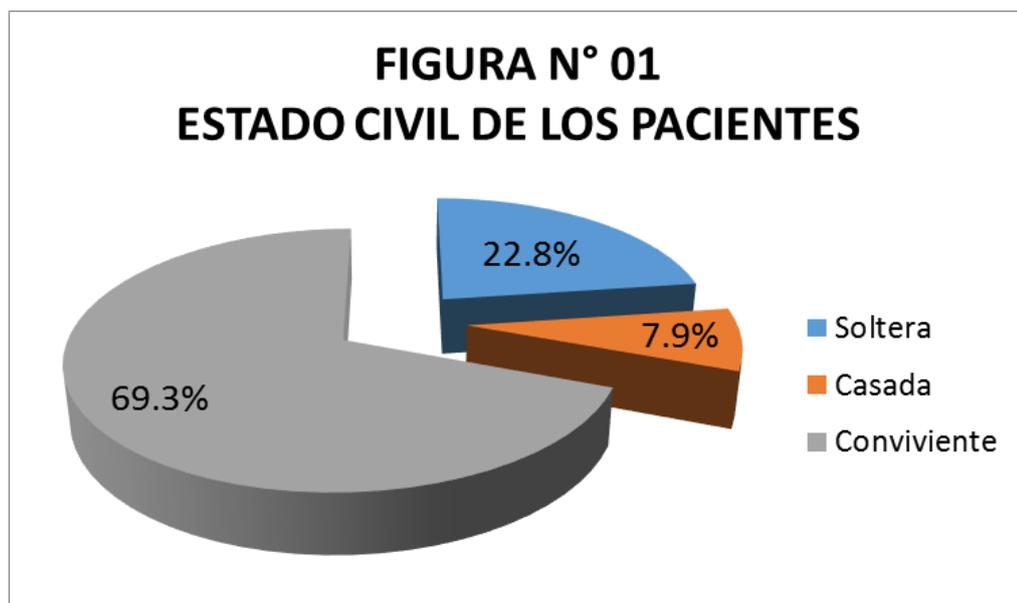
CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Resultados:

Tabla N° 01

| Estado civil de las pacientes | | |
|-------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Soltera | 23 | 22.8 |
| Casada | 8 | 7.9 |
| Conviviente | 70 | 69.3 |
| Total | 101 | 100.0 |

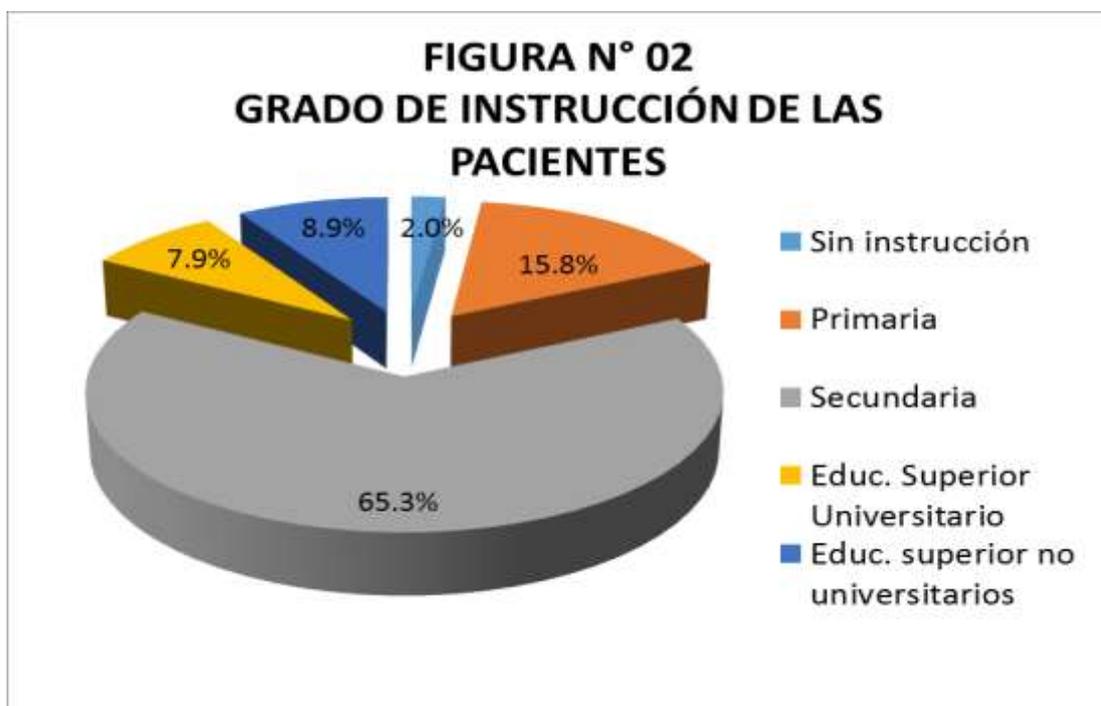


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia según el estado civil de las pacientes, teniendo como resultado un mayor porcentaje las convivientes con el 69.3 %, las pacientes solteras representan el 22.8 % y las casadas el 7.9 %.

Tabla N° 02

| Grado de Instrucción de las pacientes | | |
|---------------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Sin instrucción | 2 | 2.0 |
| Primaria | 16 | 15.8 |
| Secundaria | 66 | 65.3 |
| Superior Universitaria | 8 | 7.9 |
| Superior no Universitaria | 9 | 8.9 |
| Total | 101 | 100.0 |

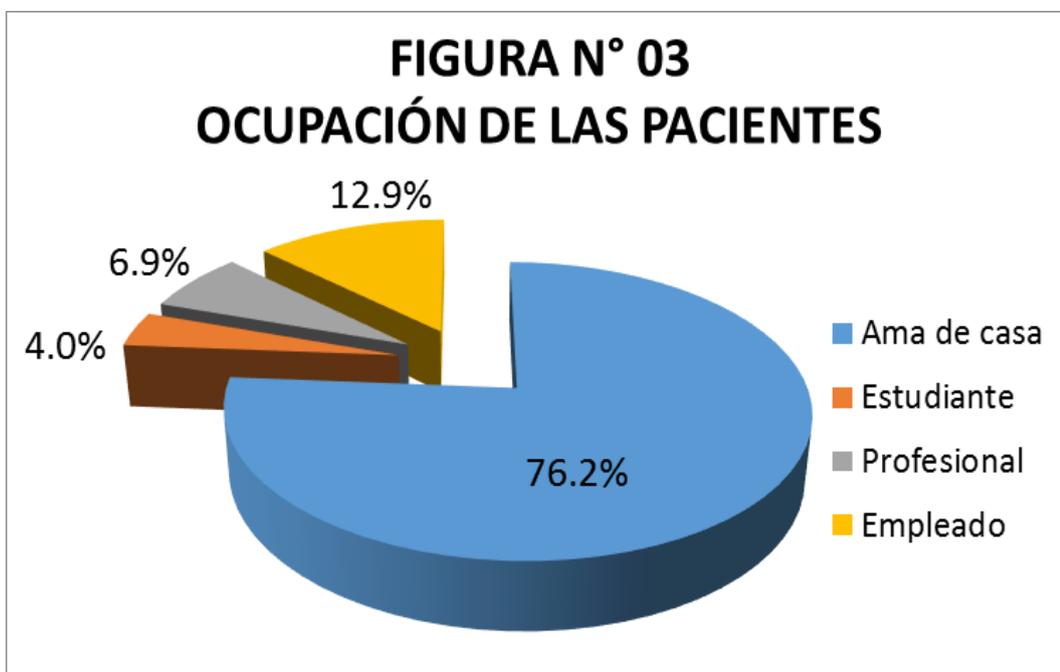


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, según el grado de instrucción, con mayor porcentaje fue el nivel secundario con un 65.3%, seguido del nivel primario con el 16%, a la vez el nivel superior universitario representa también un 7.9 %; el nivel superior no universitario representa un 8.9 % y las gestantes sin instrucción educativa representan un 2.0 %.

Tabla N° 03

| Ocupación de las pacientes | | |
|----------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Profesional | 7 | 6.9 |
| Empleado | 13 | 12.9 |
| Estudiante | 4 | 4.0 |
| Ama de casa | 77 | 76.2 |
| Total | 101 | 100.0 |

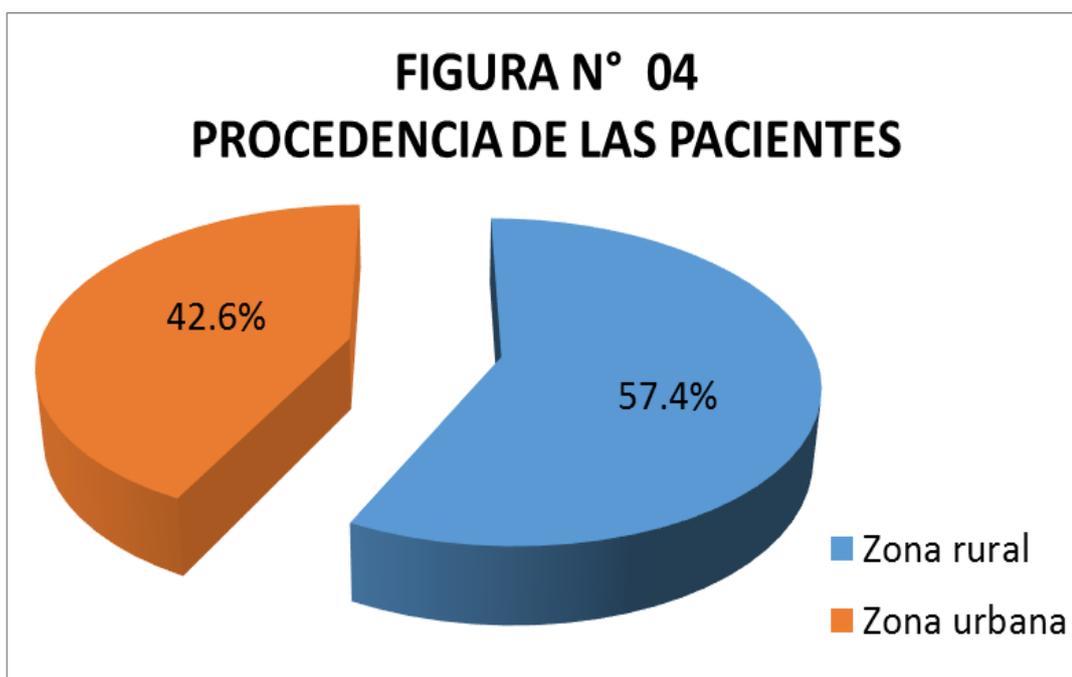


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia según ocupación, las pacientes son en su mayoría amas de casa, con el 76.2 %, el 12.9 % son empleados, el 6.9 % son profesionales, como estudiantes se desempeñan el 4.0 %.

Tabla N° 04

| Procedencia de las pacientes | | |
|-------------------------------------|-------------------|----------|
| | Frecuencia | % |
| Zona rural | 58 | 57.4 |
| Zona urbana | 43 | 42.6 |
| Total | 101 | 100.0 |



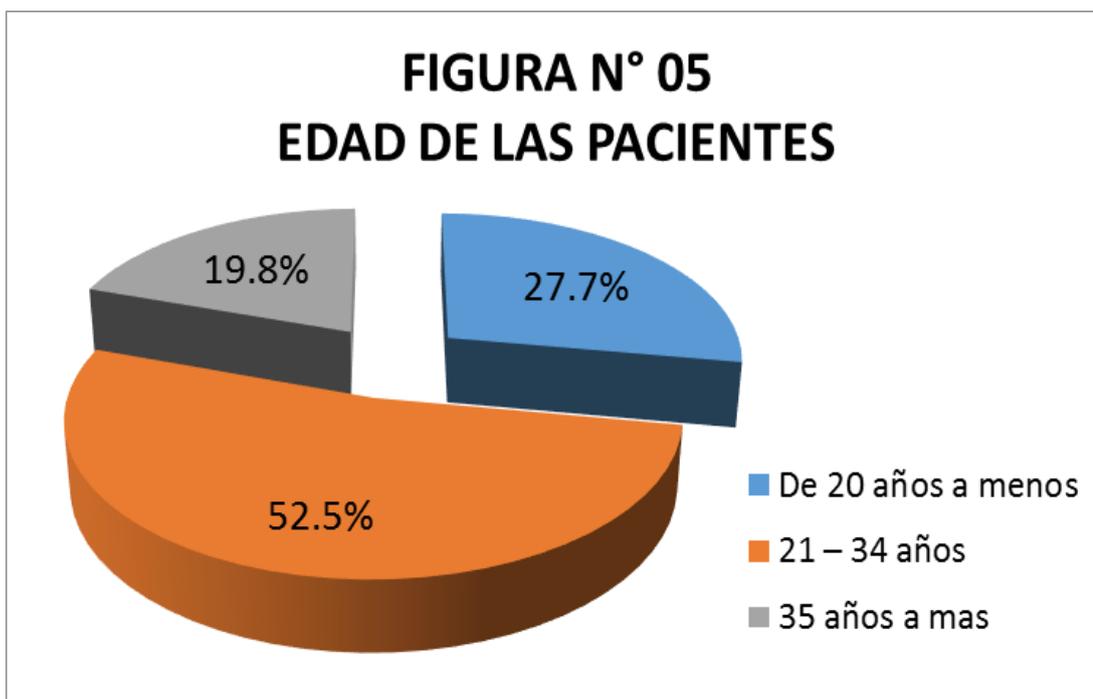
Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de

preeclampsia y eclampsia, según la zona donde se encuentra ubicado su domicilio, la mayoría de gestantes viven en una zona rural con el 57.4% y en una zona urbana representado con un 42.6%.

Tabla N° 05

| Edad de las pacientes | | |
|-----------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| 20 años a menos | 28 | 27.7 |
| 21 a 34 años | 53 | 52.5 |
| 35 años a más | 20 | 19.8 |
| Total | 101 | 100.0 |

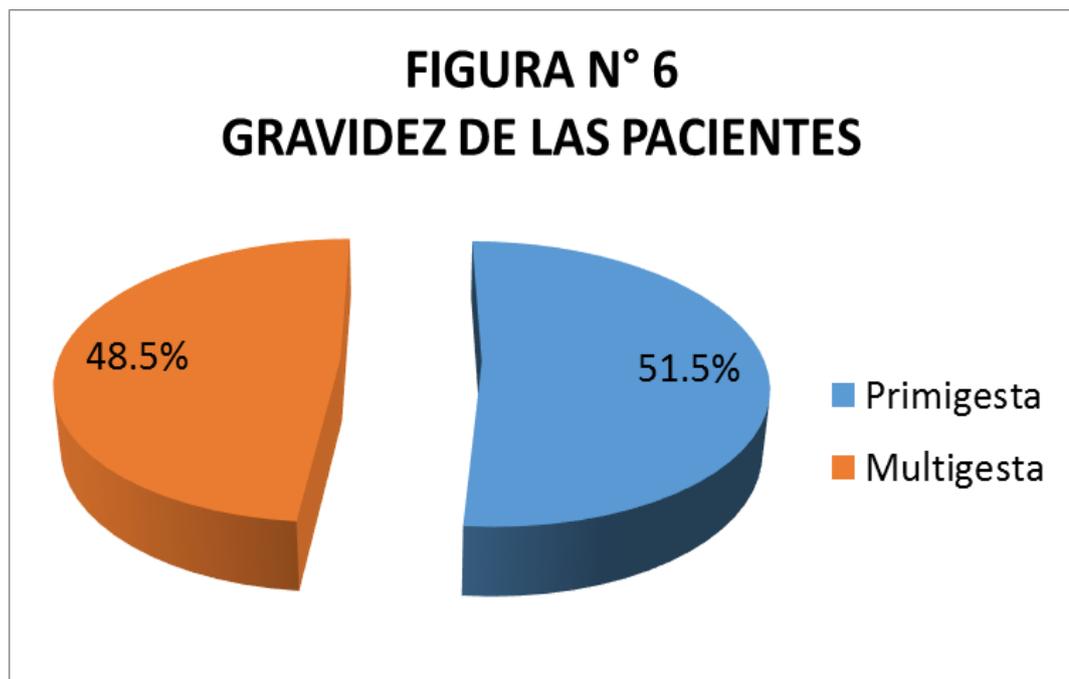


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco - Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, según la edad, menores de 20 años representan el 27.7%; con el 52.5% de 21 a 34 años, mientras las pacientes de 35 años a más, representan el 19.8 %.

Tabla N° 6

| Gravidez de las pacientes | | |
|---------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Primigestas | 52 | 51.5 |
| Multigestas | 49 | 48.5 |
| Total | 101 | 100.0 |

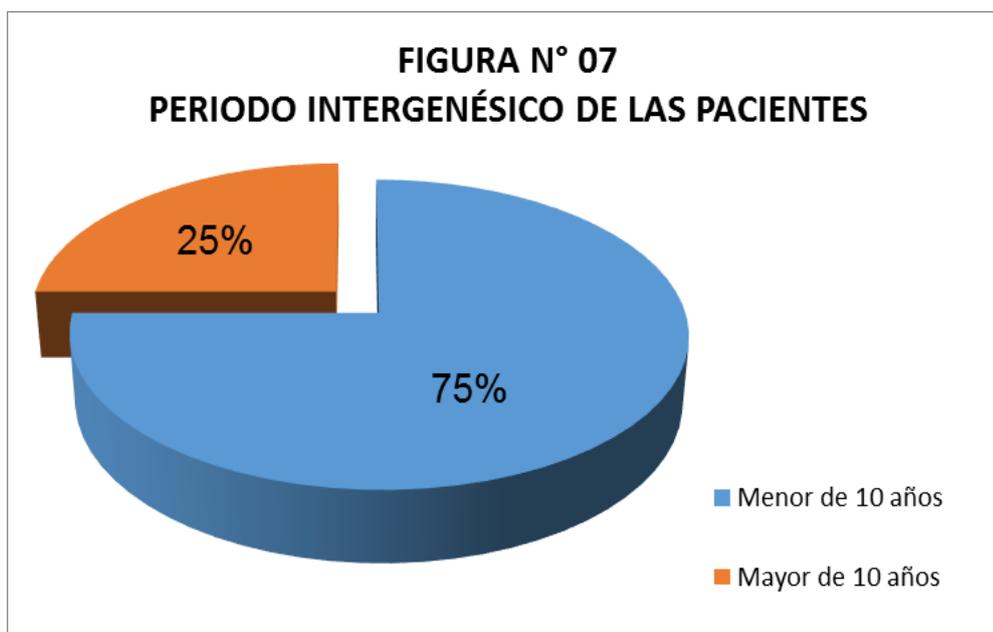


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se detalla que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, según la gravidez de la gestante, el 51.5% son gestantes primigestas, mientras que las multigestas representan el 48.5%.

Tabla N° 07

| Periodo intergenésico largo | | |
|-----------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Menor de 10 años | 36 | 75 |
| Mayor de 10 años | 12 | 25 |
| Total | 48 | 100,0 |

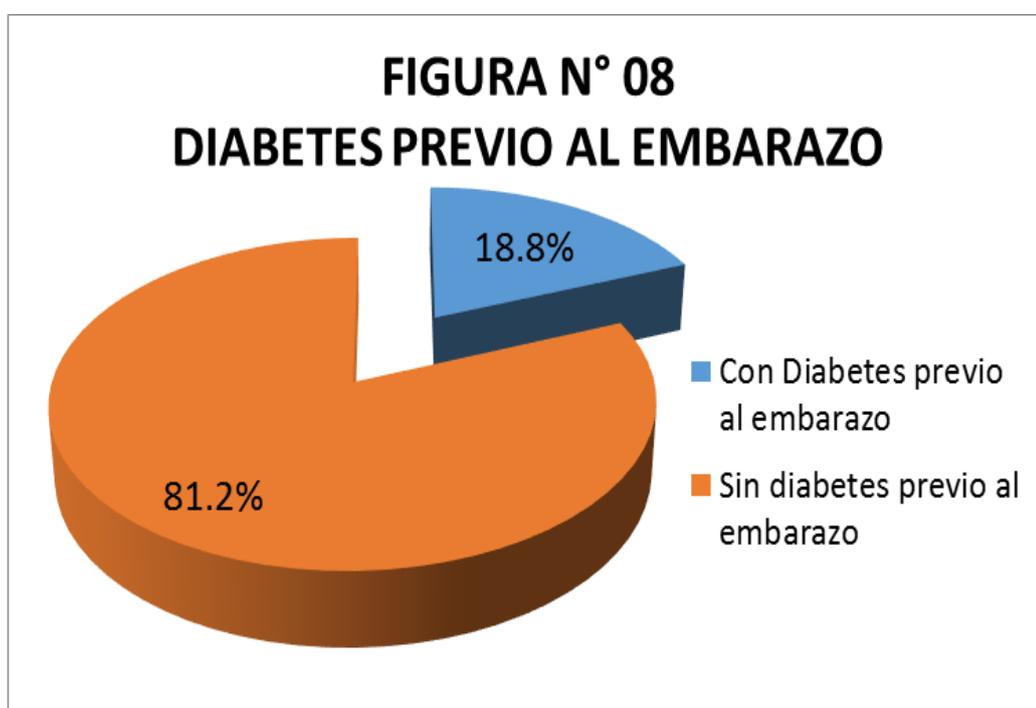


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, según el periodo intergenésico, el más notorio en su mayoría se presentan en pacientes con un periodo intergenésico menor de 10 años con un 75%; teniendo también que el período intergenésico mayor de 10 años, representa un 25%.

Tabla N° 08

| Diabetes previo al embarazo | | |
|-----------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Con diabetes | 19 | 18.8 |
| Sin diabetes | 82 | 81.2 |
| Total | 101 | 100.0 |

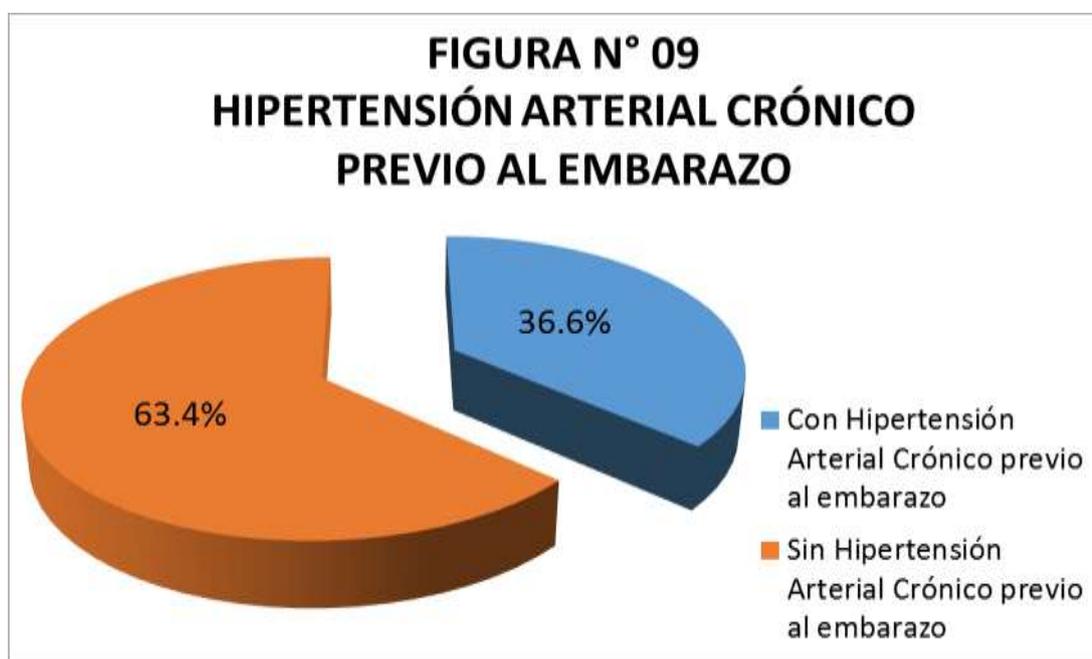


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, con respecto a la diabetes, el 18.8% padece esta enfermedad previo a la gestación, en relación al 81.2% que no presentaron esta patología antes de la gestación.

Tabla N° 09

| Hipertensión Arterial Crónico previo al embarazo | | |
|--------------------------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Con Hipertensión arterial crónico | 37 | 36.6 |
| Sin hipertensión arterial crónico | 64 | 63.4 |
| Total | 101 | 100.0 |

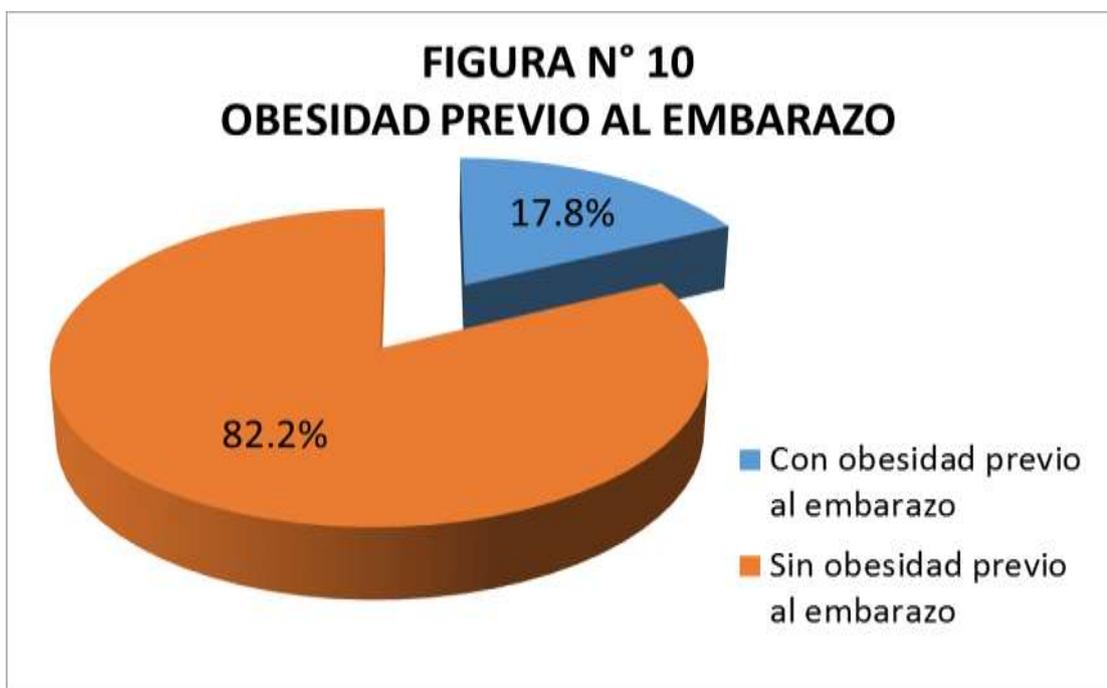


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, con respecto a la hipertensión arterial, el 36.6% padece esta enfermedad previo a la gestación, en relación al 63.4% que no presentaron esta patología antes de la gestación.

Tabla N° 10

| Obesidad previo al embarazo | | |
|-----------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Con obesidad | 18 | 17.8 |
| Sin obesidad | 83 | 82.2 |
| Total | 101 | 100.0 |

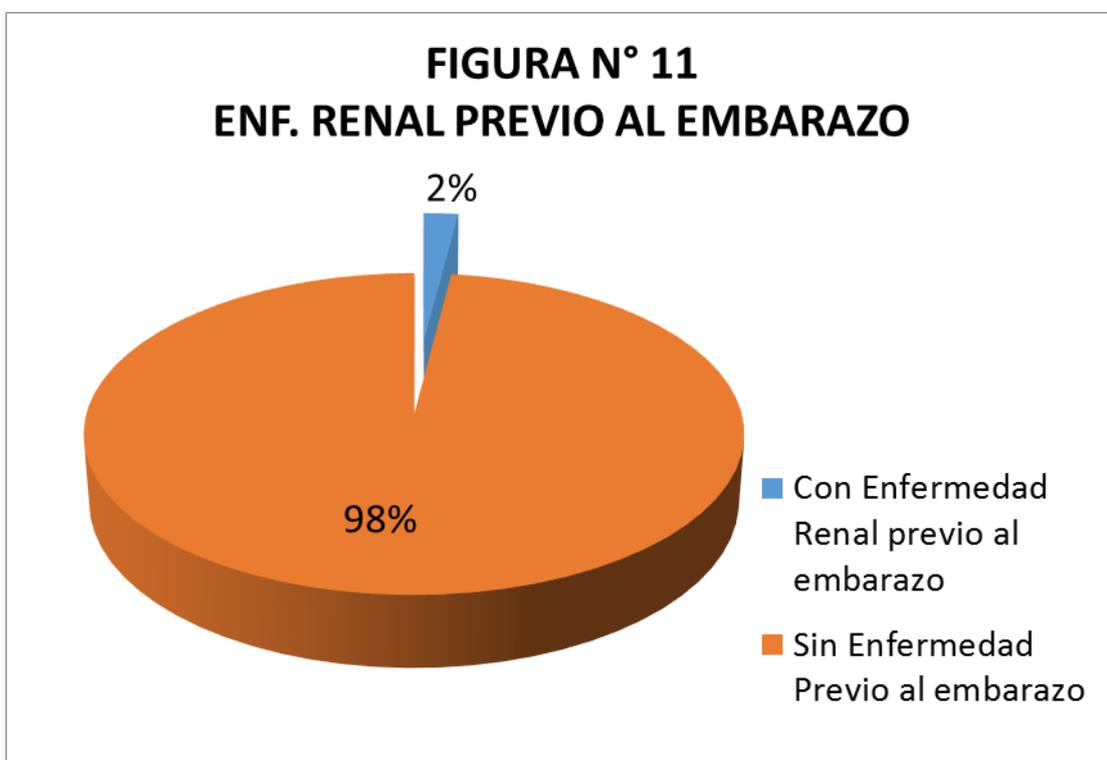


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, con respecto a la diabetes, el 17.8% padece esta enfermedad previo a la gestación, en relación al 82.2% que no presentaron esta patología antes de la gestación.

Tabla N° 11

| Enfermedad renal previo al embarazo | | |
|-------------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Con enfermedad renal | 2 | 2.0 |
| Sin enfermedad renal | 99 | 98.0 |
| Total | 101 | 100.0 |

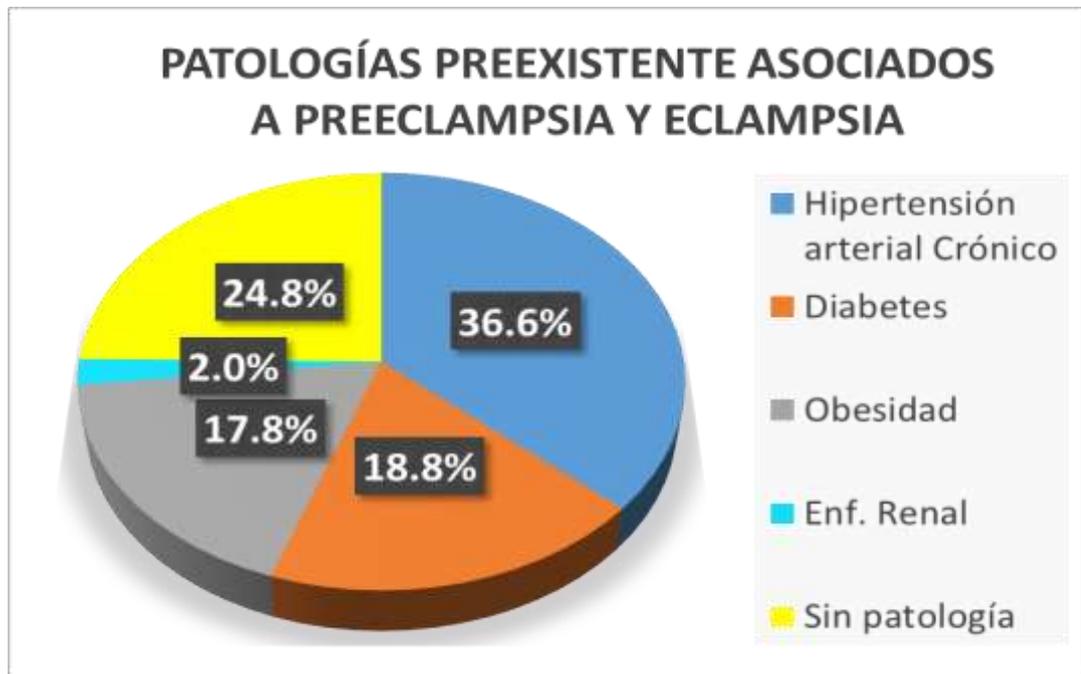


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, con respecto a enfermedad renal, el 2.0% padece esta enfermedad previo a la gestación, en relación al 98.0% que no presentaron esta patología antes de la gestación.

Tabla: Resultados.

| Patologías previas al embarazo | |
|--------------------------------|--------|
| Hipertension arterial crónico | 36.6 % |
| Diabetes | 18.8 % |
| Obesidad | 17.8 % |
| Enfermedades renales | 2.0 % |
| Sin patologías | 24.8 % |
| Total: | 100 % |

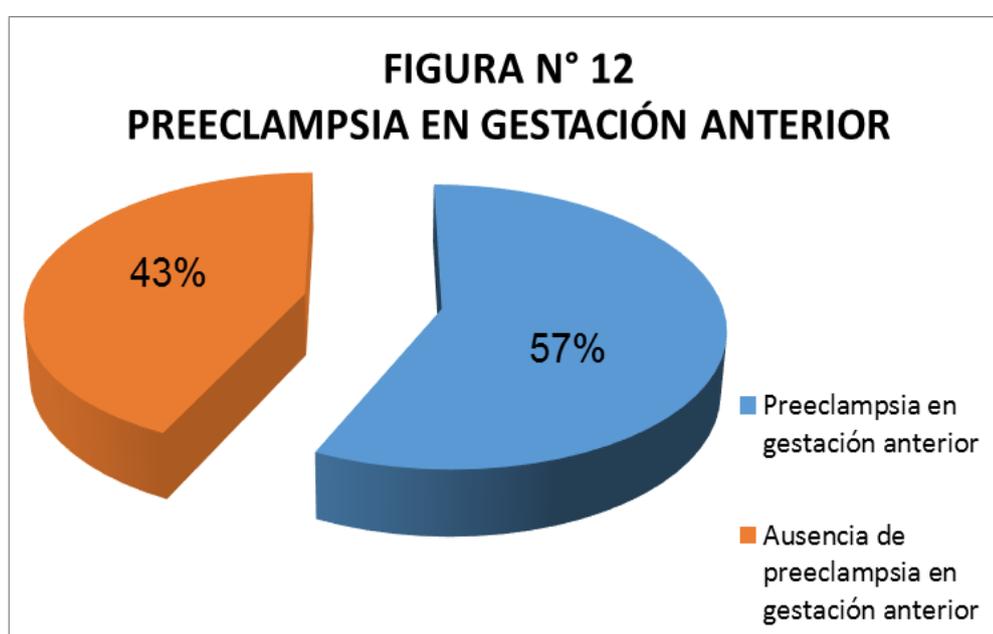


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, con respecto a las patologías preexistentes el 75.2% de las gestantes presentaron estas enfermedades previo al embarazo y el 24.8% no presentó ninguna patología antes de su gestación.

Tabla N° 12

| Preeclampsia en gestación anterior | | |
|------------------------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Preeclampsia en gestación anterior | 28 | 57 |
| Ausencia de preeclampsia en gestación anterior | 21 | 43 |
| Total | 49 | 100.0 |

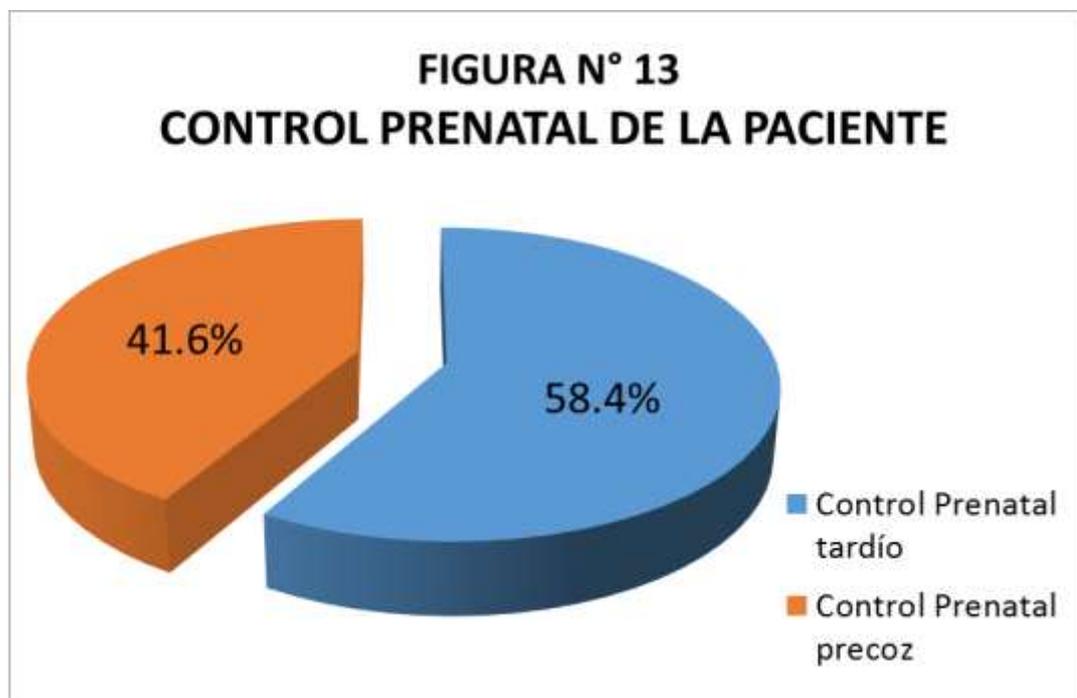


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, con respecto a esta enfermedad el 57% presento esta patología en una gestación anterior, en relación al 43% que no lo presento.

Tabla N° 13

| Control prenatal de la paciente | | |
|---------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Control prenatal tardío | 59 | 58.4 |
| Control prenatal precoz | 42 | 41.6 |
| Sin control prenatal | 0 | 0 |
| Total | 101 | 100.0 |

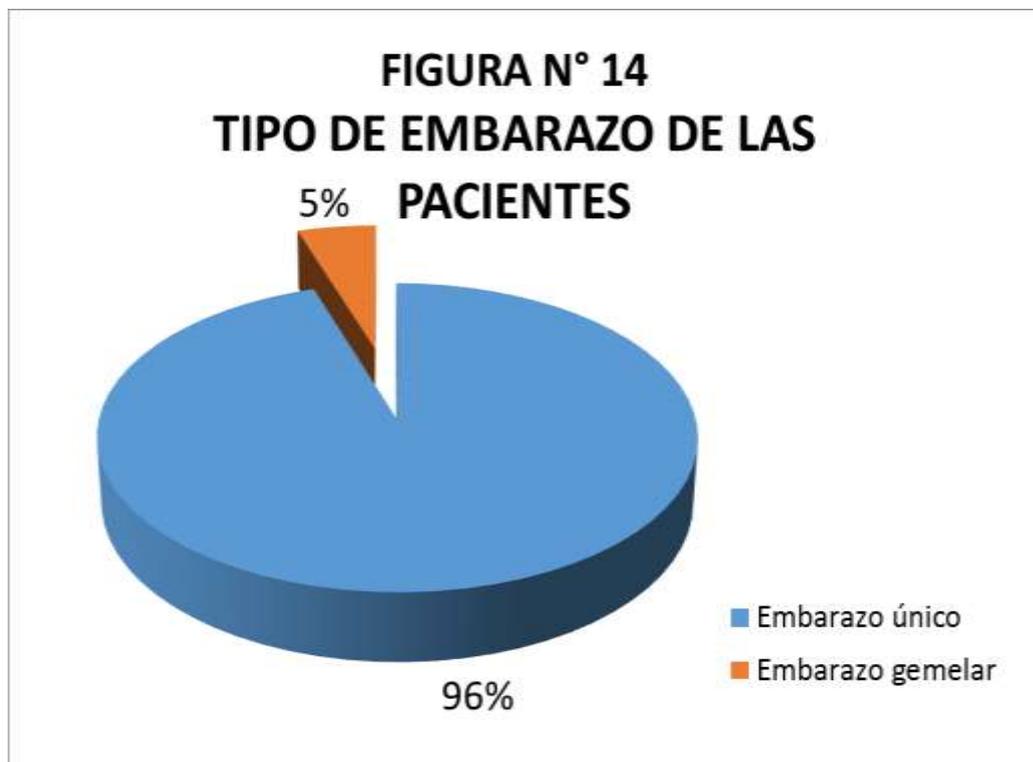


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, aquellas gestantes que tuvieron un control prenatal tardío, representan el 58.4%; mientras que el 41.6% fueron las gestantes que tuvieron un control prenatal precoz, no se presentaron gestantes sin control prenatal.

Tabla N° 14

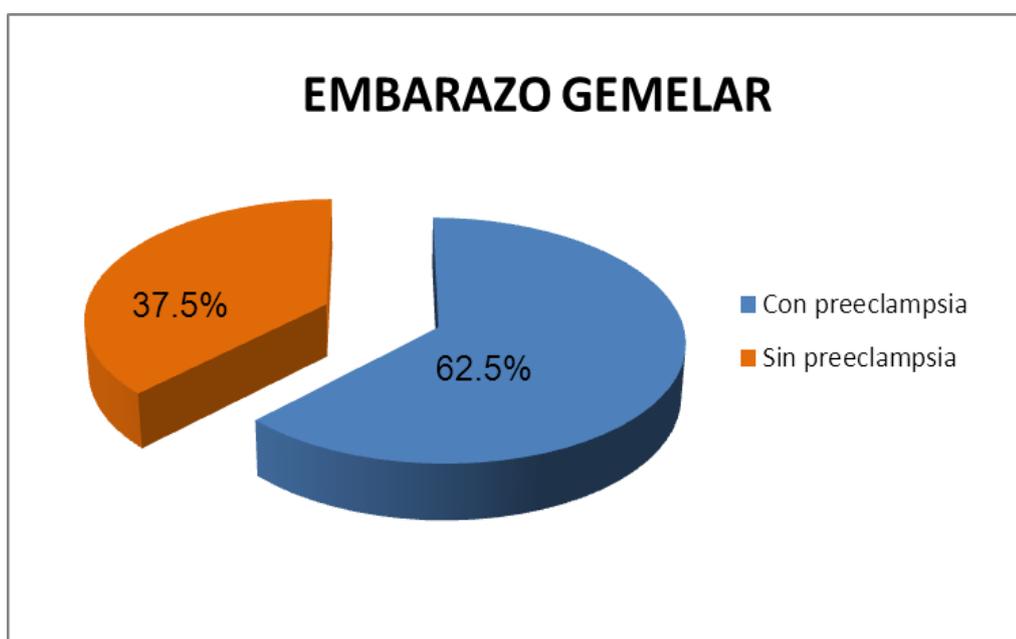
| Tipo de embarazo de las pacientes | | |
|-----------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Embarazo único | 96 | 96.0 |
| Embarazo gemelar | 5 | 5.0 |
| Total | 101 | 100.0 |



Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Tabla: Resultados.

| Embarazo Gemelar | | |
|------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Con preeclampsia | 5 | 62.5 |
| Sin preeclampsia | 3 | 37.5 |
| Total | 8 | 100.0 |



Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, según el tipo de embarazo, el 96.0% presentaron un embarazo de tipo único, en relación al 5.0% que presentaron un embarazo gemelar durante su gestación, así mismo 8 casos fue el total de casos registrados de embarazo gemelar durante el periodo de estudio, de los cuales el 62.5% presentaron preeclampsia, con estos resultados en este grupo de gestante podemos asociar el embarazo gemelar como factor de riesgo de preeclampsia y eclampsia.

Tabla N° 15

| Diagnóstico de ingreso de la paciente | | |
|----------------------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Preeclampsia | 23 | 22.8 |
| Preeclampsia (Con rasgos de severidad) | 77 | 76.2 |
| Eclampsia | 1 | 1.0 |
| Total | 101 | 100.0 |

FIGURA N° 15
DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LA
PACIENTE

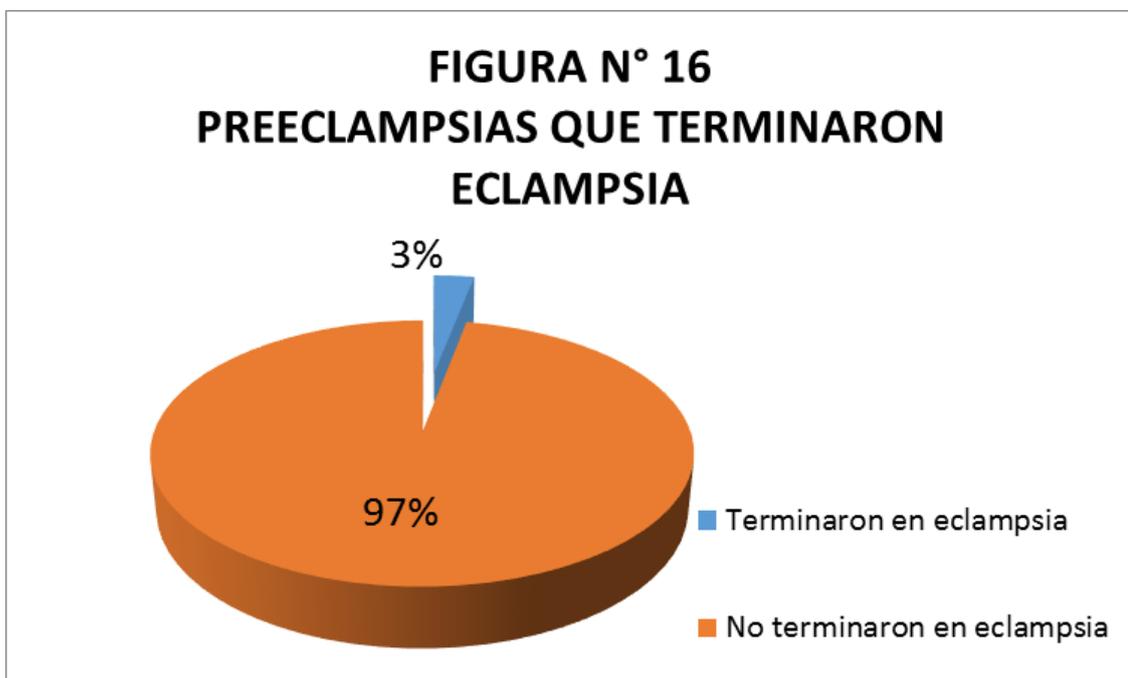


Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, el 22.8% presento preeclampsia, mientras tanto el 76.2% presento preeclampsia con rasgos de severidad y por último el 1.0% presentó eclampsia.

Tabla N° 16

| Preeclampsia que terminaron en eclampsia | | |
|------------------------------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | % |
| Terminaron en eclampsia | 3 | 3.0 |
| No terminaron en eclampsia | 97 | 97.0 |
| Total | 100 | 100.0 |



Fuente: Instrumento de recolección de datos. 2015, datos tomados de las historias clínicas del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay.

Análisis: Se observa que las gestantes atendidas en el departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital de Chancay, con diagnóstico de preeclampsia, estas se complicaron en eclampsia representándose en un 3.0% y un 97.0% las cuales no se complicaron en eclampsia.

4.2. Discusión de los resultados.

El propósito fundamental de esta investigación fue identificar los factores de riesgos maternos para la aparición de preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital de Chancay, durante el periodo enero 2014 a septiembre 2015.

En la investigación realizada por Castañeda Carlos David (2013), precisó un alto índice representado por el 54% de embarazadas que presentaron preeclampsia en edades extremas, menor de 18 años y mayor de 35 años de edad, a diferencia de este estudio en la cual las edades extremas no resultaron ser un factor de riesgo para desencadenar la preeclampsia ya que el mayor porcentaje presentaron las pacientes en un rango de edades de 21 a 34 años con un 52.5%.

En relación a la gravidez de las pacientes de este estudio, las primigestas obtuvieron un mayor porcentaje con el 51.5 %. Estos datos encontrados guardan semejanza con el estudio presentado por Sánchez De La Torre, Mayra Elizabeth (2013), en su estudio las primigestas representaron el 61.1%, donde sostiene que las primigestas por lo general en nuestro medio están en la etapa de la adolescencia, solteras y desempleadas, asociándolo a la presencia preeclampsia y eclampsia.

La presencia de diabetes previo al embarazo en este grupo de estudio, se presentó el 18.8%, la cual guarda semejanza con el estudio realizado por Encarnación Flores Diana (2012), donde un 15.4% presentaron diabetes mellitus.

Así mismo la hipertensión arterial crónico previo al embarazo se presentó el 36.6% en este grupo de estudio, a diferencia del estudio realizado por Encarnación Flores Diana (2012) donde la hipertensión arterial crónico previo al embarazo se representó un 62.3%, lo cual estuvo asociado estadísticamente a la preeclampsia.

No obstante la presencia de obesidad previo al embarazo se presentó en un 17.8%, mientras que en el estudio de Encarnación Flores Diana (2012) la incidencia de obesidad fue casi la mitad con el 49.9%.

Además las enfermedades renales previo al embarazo se presentó en un 2.0%, mientras tanto en el estudio realizado por Castañeda, Carlos David. (2013) la enfermedad renal corresponde al 24% del total de su grupo de estudio.

La ocurrencia de preeclampsia en gestación anterior en las gestantes en esta investigación fue el 57%, guardando semejanza con el estudio realizado por Liliam Mirella Gálvez Cerna (2014), donde tuvo como resultado 53.5% de pacientes que tuvieron un episodio de preeclampsia en su gestación anterior.

En cuanto al control prenatal de las gestantes en este estudio el 58.4% presentaron un control prenatal tardío. Este estudio guarda semejanza con el estudio realizado por Encarnación Flores Diana (2012) donde el control prenatal tardío represento el 55.7%.

En esta investigación el embarazo gemelar se presentó en un 62.5% a diferencia del estudio realizado por Sánchez De La Torre, Mayra Elizabeth (2012) donde el embarazo gemelar se presentó en un 11.2% la cual no estuvo asociado estadísticamente con la preeclampsia.

CONCLUSIONES

- 1) En este grupo de estudio se presentaron ciertas características sociodemográficas tales como: El nivel académico, en este estudio destaca el grado secundario con un 65.3% y zona en la que se encuentra ubicada la vivienda de las gestantes, destacando la zona rural con un 57.4%.
- 2) Los factores de riesgo maternos gineco-obstétricos asociados a preeclampsia y eclampsia, en cuanto a la edad, en este grupo estudiado las edades extremas de la vida resultaron ser un factor riesgo secundario pero no menos significativo para la preeclampsia, ya que las edades entre 21 años a 34 años representaron el 52.5%. En cuanto a la gravidez las primigestas tienen mayor tendencia a padecer preeclampsia que las multigestas, las primigestas representaron el 51.5%. Así mismo el periodo intergenésico mayor de 10 años representa el 25%, no asociándose estadísticamente a la aparición de preeclampsia y eclampsia.
- 3) Los factores de riesgo maternos patológicos preexistentes asociados a preeclampsia y eclampsia en cuanto a la diabetes se manifestó en un 18.8%, la hipertensión arterial crónica previo al embarazo, la cual se presentó en un 36.6%, la obesidad que representa el 17.8% y la preexistencia de enfermedades renales en un 2.0%, siendo este grupo de patologías los cuales actúan como factores de riesgo maternos para que desencadene la preeclampsia y eclampsia. Así mismo la presencia de preeclampsia en un embarazo anterior se presentó en el 57%, demostrándose esta relación entre preeclampsia en una gestación anterior y el desarrollo de un nuevo episodio en la siguiente gestación. Por otro lado no se reportó ningún caso de eclampsia en gestación anterior.

- 4) Los factores de riesgo maternos de la gestación actual asociados a preeclampsia y eclampsia, tenemos el control prenatal tardío representando con el 58.4%, considerando así el control prenatal tardío es un factor de riesgo para la patología en estudio. En cuanto al tipo de embarazo gemelar registrado en las gestantes en este estudio, el 62.5% presentó preeclampsia, con estos resultados en este grupo de gestante podemos asociar el embarazo gemelar como factor de riesgo para desencadenar la preeclampsia y eclampsia.

- 5) En este grupo de estudio de 101 gestantes con diagnóstico preeclampsia y eclampsia, el 22.8% ingresó al servicio de Gineco-obstétrica del Hospital de Chancay con el diagnóstico de preeclampsia, mientras que el 76.2% ingreso con el diagnostico de preeclampsia con rasgos de severidad. Así mismo el 1.0% ingreso con el diagnóstico de eclampsia. De las cuales el 3.0% se complicaron transformándose en eclampsia de las pacientes que tuvieron preeclampsia con rasgos de severidad.

RECOMENDACIONES

- 1) Se propone que las obstetras sensibilicen a los adolescentes, sobre los riesgos del embarazo a una temprana edad, así mismo educar a las gestantes añosas sobre las patologías que ponen en riesgo su vida y la importancia del control prenatal en ellas.
- 2) Se sugiere promover el llenado correcto y responsable del carnet de perinatal, con fines de un diagnóstico precoz y la referencia oportuna de las gestantes a los especialistas que corresponda en caso de presentar una patología previa al embarazo.
- 3) Es de vital importancia que la obstetra sea un profesional competente y se encuentre capacitada para la identificación oportuna de los factores de riesgos que se asocian a la preeclampsia y eclampsia durante el control prenatal.
- 4) Se recomienda que cada establecimiento de salud debe contar con el kit de clave azul, así mismo capacitar al equipo multidisciplinario para la utilización correcta de este y la revisión constante de la fecha de vencimiento de los medicamentos.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. **American College of Obstetricians and Gynecologists'** Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013 Nov; 122(5):1122-31.
2. **Álvarez TP, Mendoza M.** Incidencia de los factores de riesgo de la hipertensión arterial grave inducida por el embarazo. *Bol Méd Postgr.* 2010; XVII (2):1-8.
3. **Castañeda, Carlos David.** Factores de Riesgo en la Pre-eclampsia y Eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Enrique Garcés. Ecuador 2013.
4. **Cunningham Gary F y cols.** *Williams Obstetricia.* México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011.
5. **Duarte, Díaz, Rubio.** Preeclampsia y Disfunción Endotelial. Bases Fisiopatológicas. *Med IntMex* 2011; 22:220-30.
6. **Encarnación Flores Diana.** Factores de riesgo para la Preeclampsia - Eclampsia en embarazadas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de Febrero – Agosto 2012. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
7. **Gabriela Stefany Casana Guerrero.** Factores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa

Rosa de Piura [Tesis pregrado] Piura. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana.2014.

8. **García FJ y Cols.** Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo. Revisión de la literatura. Toko-Gin Pract. 2012; 59(4):194-212.
9. **Guiannina Escalante Gutierrez.** Factores de riesgo para preeclampsia en el Hospital Regional docente de Trujillo, periodo julio – diciembre 2010. [Tesis pregrado] Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Ciencias Médicas. Perú 2010.
10. **Irma Claudia Heredia Capcha.** Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de enero 2013 a diciembre 2014. [Tesis pregrado] Loreto. Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de Medicina Humana. Perú 2014.
11. **Liliam Mirella Gálvez Cerna.** Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Lambayeque en el período comprendido entre Enero – Diciembre 2014. [Tesis de Grado]. Universidad nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de medicina humana”. Perú 2014.
12. **Matías de la Cruz Rocío Pamela.** Factores predisponentes para la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013”. [Tesis de licenciatura] Colombia: Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Colombia.2013.

13. **Miranda O.** (2014). Embarazo. Aspectos conceptuales y prácticos. Capítulo XIV. Trastornos hipertensivos gestacionales. Ed. Mendieta, Quito, pp: 28 -37.
14. **Ministerio de Salud**, Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, 2007, pp.53 – 62.
15. **Ministerio de Salud, Hospital Nacional Docente Madre Niños “San Bartolomé”** Guía de Práctica Clínica: Actualizadas y Nuevas Elaboradas del Departamento de Gineco Obstetricia, Octubre 2012.
16. **Mongrut Steane, Andrés**, Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. Quinta edición. Lima-Perú. Editorial Medica Panamericana.2011.
17. Oficina de estadística del Hospital de Chancay.
18. **OMS**. Tratamientos alternativos con sulfato de magnesio para mujeres con preeclampsia y eclampsia: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de marzo de 2012).La Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. 2014.13 (02):1-7.
19. **Pacheco J.** Ginecología Obstétrica y Reproducción. Lima. Rep SAC. Segunda edición 2014.
20. **Sánchez De La Torre, Mayra Elizabeth.** “Factores De Riesgo Para Preeclampsia - Eclampsia en Mujeres atendidas en el Hospital

Provincial General de Latacunga en el período comprendido entre Enero 2012 a Enero 2013. [Tesis de Grado] Riobamba-Ecuador. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina.

21. **Ulanowicz MG y cols.** Hipertensión gestacional. Consideraciones generales, efectos sobre la madre y el producto de la concepción. Rev Posgr V la Catedr Med. 2011; 152: 19-22.

Anexos

Anexo N°1: Matriz de Consistencia

Título: “Factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia y eclampsia en el servicio gineco-obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015”.

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | INDICADORES | METODOLOGÍA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Problema principal: ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015?</p> <p>Problemas secundarios: ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos Gineco-Obstétricos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay,</p> | <p>Objetivo principal: Determinar los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015.</p> <p>Objetivos secundarios: Determinar los factores de riesgo maternos Gineco-obstétricos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015.</p> | <p>Esta investigación no presenta hipótesis.</p> | <p>Variable X: Factores de riesgo maternos</p> <p>Dimensiones:</p> <p>X1: Factores de riesgo maternos Gineco-Obstétricos</p> <p>X2: Factores de riesgo maternos patológicos preexistentes.</p> <p>X3: Factores de riesgo maternos de la gestación actual.</p> | <p>X1:Primigesta X1:Periodo intergenésico largo</p> <p>X2: Diabetes X2:Hipertensión Arterial Crónica X2 : Obesidad X2: Enfermedades renales.</p> <p>X2: Preeclampsia en gestación anterior.</p> <p>X3:Control prenatal tardío X3: Embarazo múltiple.</p> | <p>Población : 101 gestantes atendidas en el Hospital de Chancay con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia.</p> <p>Muestra: 101 gestantes atendidas en el Hospital de Chancay con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia.</p> |

| PROBLEMA | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES | INDICADORES | METODOLOGÍA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>periodo 2015?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo maternos patológicos preexistentes asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo maternos de la gestación actual asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015?</p> | <p>Identificar los factores de riesgo maternos patológicos preexistentes asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay.</p> <p>Determinar los factores de riesgo maternos de la gestación actual asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay, periodo 2015.</p> | | <p>Variable Y:</p> <p>Preeclampsia y Eclampsia.</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Y1: -Preeclampsia</p> <p>Y2: -Preeclampsia (Con rasgos de severidad)</p> <p>Y3: Convulsiones</p> | | <p>Tipo de investigación: Descriptivo, longitudinal retrospectivo.</p> <p>Método de investigación: Cualitativo</p> <p>Diseño: Diseño no experimental descriptivo</p> <p>Estadístico de prueba: SPSS</p> <p>Instrumento: Fichas de recolección de datos.</p> |

Anexo N°2: Ficha de Recolección de Datos

Factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia en el Hospital de Chancay.

Se le solicita brindar datos para la realización del proyecto que tiene como finalidad la evaluación de los factores de riesgo maternos asociados a preeclampsia y eclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Chancay, periodo 2015. Los datos brindados serán utilizados de forma estrictamente confidencial.

FECHA:

HC:

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICO DE LA GESTANTE.

- **Estado Civil:**

1. Soltera. ()
2. Casada. ()
3. Conviviente. ()

- **Ocupación:**

1. Ama de casa. ()
2. Estudiante. ()
3. Profesional. ()
4. Empleado. ()

- **Grado de instrucción:**

1. Sin instrucción. ()
2. Primaria. ()
3. Secundaria. ()
4. Educ. Superior Universitario. ()
5. Educ. superior no universitarios. ()

- **Procedencia:**

1. Chancay ()
2. Huaral ()

- **Residencia:**

Dirección:

.....

- 1. Zona rural ()
- 2. Zona urbana ()

II. FACTORES GINECO-OBSTETRICOS

- **Edad:**

- 1. Menor de 20 años.
- 2. 21 – 34 años.
- 3. Mayor de 35 años.
- () años

- **Gravidez:**

- 1. Primigesta ()
- 2. Multigesta ()

- **Periodo Intergenésico:**

- 1. Sin periodo intergenésico.
- 2. Menor de 10 años.
- 3. Mayor de 10 años.
- () años.

III. FACTORES PATOLÓGICOS PREEXISTENTES:

| | SI | NO |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| • Diabetes | () | () |
| • Hipertensión arterial crónica | () | () |
| • Obesidad | () | () |
| • Enfermedad renal (Nefropatías) | () | () |
| • Gestación anterior : Preeclampsia | () | () |
| Eclampsia | () | () |

IV. GESTACION ACTUAL:

- **Edad gestacional:**

- 1. Pretérmino
- 2. A termino
- () semanas.

- **Diagnóstico de ingreso de la paciente:**
 1. Preeclampsia ()
 2. Preeclampsia con rasgos de severidad ()
 3. Eclampsia ()

- **Obesidad:**

Según el área de nutrición:

 1. Si ()
 2. No ()

- **Nº de Controles Prenatales:**
 1. Control Prenatal precoz ()
 2. Control Prenatal tardío ()
 3. Sin Control Prenatal ()

- **Tipo de embarazo:**
 1. Embarazo único ()
 2. Embarazo gemelar ()

V. Preeclampsia que termino en Eclampsia.

1. Si
2. No

VI. Vía de culminación de parto.

1. Normal
2. Cesárea

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

| | PÁG. |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|
| TABLA Y FIGURA N° 01 ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES | 52 |
| TABLA Y FIGURA N° 02 GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES . | 53 |
| TABLA Y FIGURA N° 03 OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES | 54 |
| TABLA Y FIGURA N° 04 PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES..... | 55 |
| TABLA Y FIGURA N° 05 EDAD DE LAS PACIENTES..... | 56 |
| TABLA Y FIGURA N° 06 GRAVIDEZ DE LAS PACIENTES..... | 57 |
| TABLA Y FIGURA N° 07 PERIODO INTERGENÉSICO LARGO | 58 |
| TABLA Y FIGURA N° 08 DIABETES PREVIO AL EMBARAZO | 59 |
| TABLA Y FIGURA N° 09 HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICO PREVIO AL EMBARAZO | 60 |
| TABLA Y FIGURA N° 10 OBESIDAD PREVIO AL EMBARAZO | 61 |
| TABLA Y FIGURA N° 11 ENFERMEDAD RENAL PREVIO AL EMBARAZO .. | 62 |
| TABLA Y FIGURA N° 12 PREECLAMPSIA EN GESTACION ANTERIOR..... | 64 |
| TABLA Y FIGURA N° 13 CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES..... | 65 |
| TABLA Y FIGURA N° 14 TIPO DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES..... | 66 |
| TABLA Y FIGURA N° 15 DIAGNÓSTICO DE INGRESO DE LAS PACIENTES | 68 |
| TABLA Y FIGURA N° 16 PREECLAMPSIAS QUE TERMINARON EN ECLAMPSIA | 69 |