

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DANIEL ALCIDES CARRIÓN**



**"COMPLICACIONES MATERNO-FETALES ASOCIADAS A LA
PREECLAMPSIA HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO
ICA, 2013"**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

**QUISPE DE LA CRUZ, ROXANA BEATRIZ
QUISPE DOLORIER, JHENNIFER KATHERINE
ZEGARRA JIBAJA, PAMELA LIZETH**

ICA - PERU

2014

**“COMPLICACIONES MATERNO-FETALES ASOCIADAS A LA
PREECLAMPSIA HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA, 2013”.**

ASESOR:

DR. JORGE LUIS YBASETA MEDINA.

MIEMBROS DEL JURADO:

DR. DOMINGO ARCOS JERÓNIMO.

DR. LUIS CUROTTO PALOMINO.

DR. CESAR ZÚÑIGA FERNÁNDEZ.

DR. ISMAEL ROLANDO GONZALES TIPIANA.

DEDICATORIA

Roxana Quispe

A mis padres, porque todo lo que soy se lo debo a ellos.
A mis seres amados, por su apoyo y amor incondicional.

Jhennifer Quispe

A mis padres por su apoyo constante.
A mí amada hija por ser mi motivo y razón de ser.

Pamela Zegarra

A mis padres, mi razón de ser,
Por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba.
A mis hermanos por comprender mi ausencia en casa, por su peculiar amor y
cariño.

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Te agradecemos a ti Dios por guiar y bendecir cada uno de nuestros caminos sin pedir nada a cambio, porque hiciste y haces realidad nuestros sueños anhelados.

A la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica y especialmente a nuestra querida Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión:

Por darnos la valiosa oportunidad de estudiar y culminar esta etapa académica.

A nuestros Maestros, Asesor y Jurados:

Por compartir sus conocimientos sin egoísmo alguno, por su paciencia, guía y visión crítica.

A nuestros seres amados:

Por su apoyo y amor incondicional.

Son muchas las personas que forman parte de nuestras vidas a las que nos encantaría agradecerles su compañía, consejos, apoyo, ánimo en los momentos más difíciles de nuestras vidas. Algunas se encuentran físicamente con nosotros y otras viven eternamente en nuestros corazones queremos darles las gracias por formar parte de nosotros, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

ÍNDICE

	PÁG
PORTADA	
Título	
Asesor y Miembros del Jurado	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Índice de contenido	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y MÉTODOS	4
RESULTADOS	6
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	31

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

	PÁG
- TABLA N° 1 PREECLAMPSIA POR GRUPO DE EDAD, HSMSI 2013	6
- TABLA N° 2 Y GRÁFICO N° 1 ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013	7
- TABLA N° 3 Y GRÁFICO N° 2 GRADO DE INST. DE LOS PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013	8
- TABLA N° 4 Y GRÁFICO N° 3 EDAD GEST. DE LOS PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013	9
- TABLA N° 5 PARIDAD EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013.	10
- TABLA N° 6 Y GRÁFICO N° 4 CPN EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013.	11
- TABLA N° 7 Y GRÁFICO N° 5 VIA DE TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013.	12
- TABLA N° 8 Y GRÁFICO N° 6 RCIU EN MADRES PREECLÁMPTICAS, HSMSI 2013.	13

- TABLA Nº 9 Y GRÁFICO Nº 7 14
S.F.A. EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HSMSI 2013.

- TABLA Nº 10 Y GRÁFICO Nº 8 15
MUERTE FETAL EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HSMSI 2013.

- TABLA Nº 11 Y GRÁFICO Nº 9 16
ECLAMPSIA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HSMSI 2013

- TABLA Nº 12 Y GRÁFICO Nº 10 17
ABRUPTIO PLACENT. EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HSMSI
2013

- GRÁFICO Nº 11 18
MUERTE MATERNA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HSMSI 2013

RESUMEN

Objetivo: Identificar las complicaciones clínicas materno - fetales asociadas a la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica Perú en el año 2013.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, de secuencia transversal. El grupo de casos fueron 62 mujeres que presentaron preeclampsia y que cumplían con los criterios de inclusión. Se utilizó un instrumento validado ⁽⁴⁾ que permitió recoger la información necesaria de las historias clínicas de pacientes gestantes con preeclampsia. Para el análisis de datos se utilizaron tablas y gráficos estadísticos en el programa Microsoft Excel 2010 y para la interpretación se aplicó promedios y frecuencias porcentuales.

Resultados: La madre con mayor riesgo de preeclampsia tiene una edad comprendida entre los 19 – 34 años, instrucción secundaria (52%), estado civil conviviente (58%), con controles prenatales < 5 4%, edad gestacional > 37 semanas 80%. Las complicaciones neonatales asociadas fueron RCIU 13%, SFA 5%, Muerte fetal 2%; complicaciones maternas: Eclampsia 3%, Abruption placentae 3%. Estos hallazgos muestran las principales complicaciones materno – fetales asociadas a la preeclampsia dentro de la población estudiada.

Conclusiones: Existen complicaciones materno – fetales asociadas a la preeclampsia que pueden ser modificables por lo que es necesario que los hospitales cuenten con la tecnología y recursos humanos idóneos para las actividades preventivas y para el tratamiento de la preeclampsia y sus complicaciones,

Palabras clave: Pre-eclampsia, factores de riesgo, sufrimiento fetal.

(Fuente Decs BIREME).

ABSTRACT

Objective: To identify clinical complications maternal - fetal associated with preeclampsia in patients treated at the Hospital of Santa Maria Socorro Ica Peru in 2013.

Material and Methods: A retrospective, observational, and descriptive was study. The cases were 62 women who developed preeclampsia and who met the inclusion criteria of a validated instrument ⁽⁴⁾ which allowed to collect the necessary information from the medical records of pregnant patients with preeclampsia was used. For data analysis statistical tables and graphs were used in the Microsoft Excel 2010 program and for interpreting averages and percentage frequencies are applied.

Results: Mother with increased risk of preeclampsia is aged between 19 - 34 years, secondary education (52%), civil states cohabiting (58%), with prenatal controls < 5 4%, gestational age > 37 weeks 80%. Neonatal complications associated with IUGR were 13%, SFA 5%, Fetal death 2%; maternal complications: Eclampsia 3%, Abruptio placentae 3%. These findings show the principal fetal - maternal complications associated with preeclampsia in the study population.

Conclusions: There are complications maternal - fetal associated with preeclampsia that can be modified so it is necessary that hospitals have the technology and qualified human resources for prevention activities and treatment of pre-eclampsia and its complications.

Keywords: Pre -eclampsia, risk factors, fetal distress.

(Source Decs NLM).

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia, proceso hipertensivo específico del embarazo, constituye la causa más importante de morbilidad materna y fetal. En el mundo desarrollado, con la mejoría de las condiciones sociales y de la asistencia médica a la mujer gestante se ha observado en las últimas décadas una disminución de la incidencia y severidad de toda la patología médica asociada al embarazo, incluyendo la derivada de la hipertensión arterial (HTA) y de sus complicaciones. ^(1, 2, 3)

Los trastornos hipertensivos del embarazo se agrupan en una extensa gama de procesos que tienen de común la existencia del signo de la hipertensión. Estos trastornos hipertensivos constituyen un problema de salud. Representan la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo, lo cual representa 4 defunciones por 100,000 nacimientos y 150 o más defunciones por 100,000 nacimientos, respectivamente. ^(4, 6, 7, 8, 9, 5, 10, 11, 29)

En embarazos pre término es aún más difícil la preeclampsia ya que es causa de muerte fetal y neonatal, así como de recién nacido (RN) con bajo peso al nacer, hipóxico, con APGAR bajo, pretérmino. ^(1, 2, 11, 12, 29) La preeclampsia se presenta típicamente en primíparas durante el tercer trimestre de gestación y viene definida por la presencia de HTA y proteinuria superior a 3 g/24 horas, habitualmente asociada a edemas generalizados e hiperuricemia. Existen una serie de factores

favorecedores como son la primiparidad, gestación múltiple, hipertensión crónica del embarazo, diabetes gestacional, madre con edad superior a los 35 años, antecedentes familiares, fertilización artificial y otras menos relevantes. Su incidencia es variable se estima que puede aparecer en torno al 3 - 14% de las gestaciones en el mundo occidental. Resulta difícil conocer su incidencia real en el tercer mundo. (1, 3, 15, 16, 17, 18, 19, 20)

Su fisiopatología no ha sido todavía bien esclarecida. La existencia de múltiples hipótesis nos han acercado mejor a su conocimiento y ha permitido que su estudio y seguimiento se haya extendido, desde la Obstetricia hasta ámbitos muy diversos del conocimiento médico clínico y experimental (biólogos, nefrólogos, internistas, hematólogos, oftalmólogos, intensivistas, etc.) para el manejo de las complicaciones asociadas a la preeclampsia grave como: Hemorragia cerebral, ruptura hepática, insuficiencia renal, coagulación intravascular diseminada, etc. Existen una serie de marcadores biológicos que pueden ayudar a delimitar la gravedad del cuadro, estos son la hiperuricemia, el recuento plaquetario, las pruebas de función hepática y renal, así como los niveles de presión arterial y grado de proteinuria. Y en el feto las complicaciones frecuentes son RCIU, sufrimiento fetal, etc., que conllevan a morbimortalidad del producto de la gestación. (1, 2, 6, 21, 22, 23, 24, 25)

La preeclampsia constituye un problema de salud pública ya que afecta de un 8 a un 10% de las mujeres embarazadas en Latinoamérica. En nuestro país ocupa el tercer lugar como causa de muerte y en Ica es considerada la primera causa de muerte materna (MM) (5,29); esta enfermedad es causal de otras repercusiones, tanto a nivel materno como del recién nacido, que es motivo de hospitalizaciones prolongadas y

repercusiones económicas para la familia, los establecimientos de salud y el país en general. (3, 15, 16)

Optimizar la asistencia sanitaria para prevenir y tratar los trastornos hipertensivos en las mujeres representa un paso necesario para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio según la Organización Mundial de la Salud. (26)

Sobre la base del conocimiento actual, parece probable que esta enfermedad pueda ser prevenida, por lo que nuestra preocupación está orientada a la identificación de características sociodemográficas y ginecológicas de nuestra población con preeclampsia para que sobre ellos se realice diagnóstico precoz, manejo adecuado y oportuno, previniendo así llegar a la eclampsia.

El aporte de todo el esfuerzo desplegado para la realización de la presente investigación tiene como fin identificar exactamente las complicaciones clínicas materno - fetales asociadas a la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2013, las mismas que deben ser utilizadas por autoridades de salud del Gobierno Regional y del Hospital como una herramienta de gestión para la disminución de indicadores negativos a nivel materno perinatal, hecho que será beneficioso para nuestra población de atendidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo y diseño de la investigación

Es un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

2.2. Universo de Estudio

Universo:

Según el sistema informático perinatal del Hospital Santa María del Socorro de Ica se registró en el año 2013, 2435 partos de los cuales 1602 fueron por parto eutócico y 833 por cesárea, se encontró 65 casos con diagnóstico de preeclampsia de los cuales 62 casos conforman el universo de estudio por cumplir criterios de inclusión.

2.3. Criterios de Inclusión

- Pacientes que presentaron complicaciones relacionadas con preeclampsia durante el embarazo, parto y puerperio mediato.
- Pacientes con historias clínicas completas.

2.4. Técnicas de recolección y procesamiento de datos

La técnica para la recolección de datos se dio por medio de la observación estructurada. En la que se seleccionaron los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión que se atendieron en el año 2013.

Para el presente estudio se tomó como instrumento de recolección de datos la ficha validada del autor Sayra Caiza Mosquera de la Tesis “Complicaciones materno – fetales asociadas a la preeclampsia en el Hospital José María Ibarra – Tena Ecuador” en el año 2010 ⁽⁴⁾ ya que es un Hospital de Latinoamérica con similares características poblacionales que se adaptan a nuestro estudio.

Para el análisis e interpretación de datos se utilizaron tablas y gráficos estadísticos en el programa Microsoft Excel 2010 y para la interpretación se aplicó promedios y frecuencias porcentuales.

RESULTADOS

TABLA N° 1

PREECLAMPSIA POR GRUPO DE EDAD, HSMSI 2013

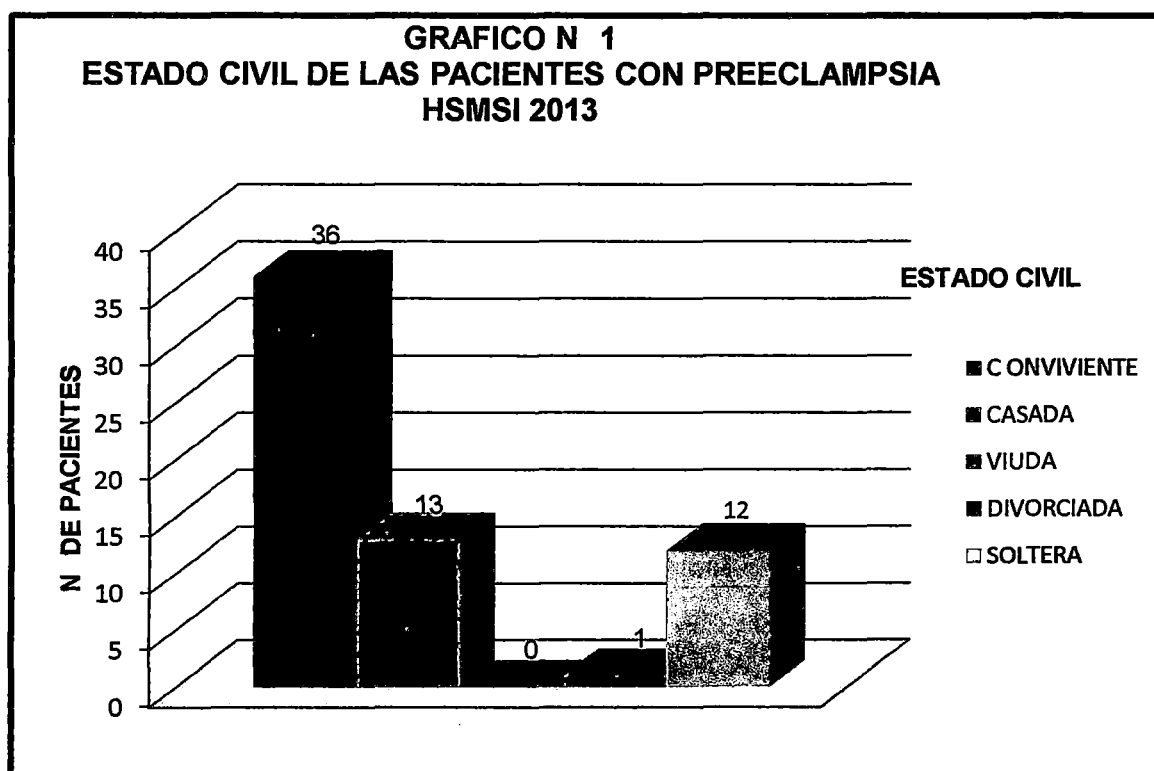
EDAD	N° CASOS	%
<19	10	16
19 y 34	37	60
35 o más	15	24
TOTAL	62	100

En la población estudiada hubo 62 pacientes con preeclampsia, la misma que se ha estratificado en tres grupos: Menores de 19 años que corresponde al grupo de gestantes adolescentes, entre 19 y 34 años que corresponde al grupo de gestantes adultas y finalmente el grupo de 35 años a más que abarca a las gestantes añosas. Encontramos que el mayor porcentaje de pacientes con preeclampsia se encuentra en el grupo de adultas con un valor de 60% seguido del grupo de gestantes añosas y adolescentes.

TABLA N° 2.

ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013

ESTADOCIVIL	N° CASOS	%
CONVIVIENTE	36	58
CASADA	13	21
VIUDA	0	0
DIVORCIADA	1	1
SOLTERA	12	20
TOTAL	62	100

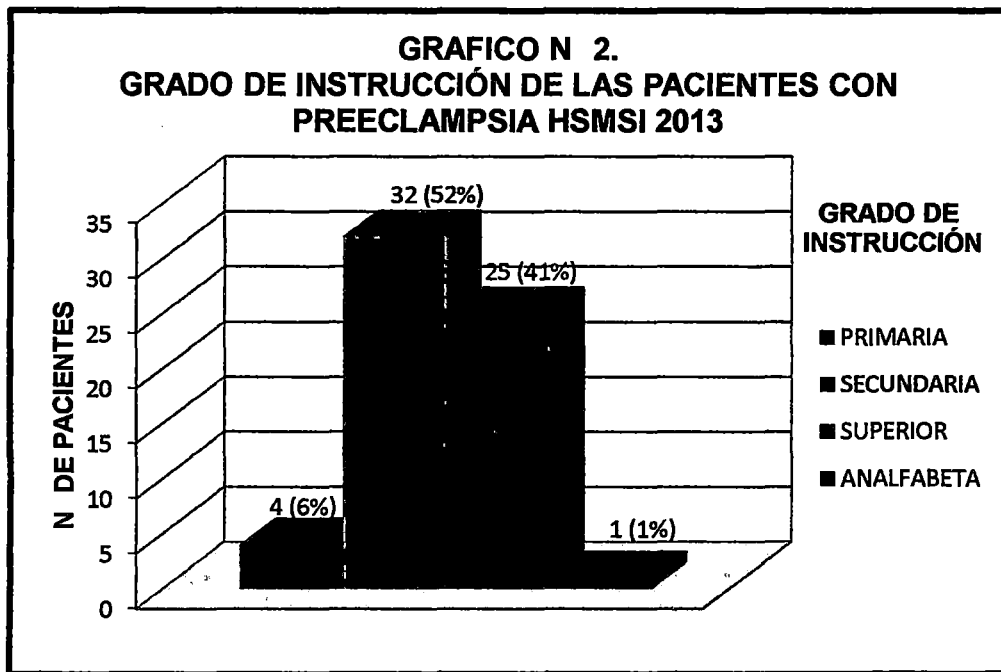


Con respecto al estado civil se observa un predominio del grupo de gestantes convivientes con 36 casos, seguida por las casadas con 13 casos, solteras con 12 casos y divorciadas 01 caso. Siendo los porcentajes de 58, 21, 19 y 1 % respectivamente.

TABLA N° 3.

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI
2013**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N° CASOS	%
PRIMARIA	4	6
SECUNDARIA	32	52
SUPERIOR	25	41
ANALFABETA	1	1
TOTAL	62	100



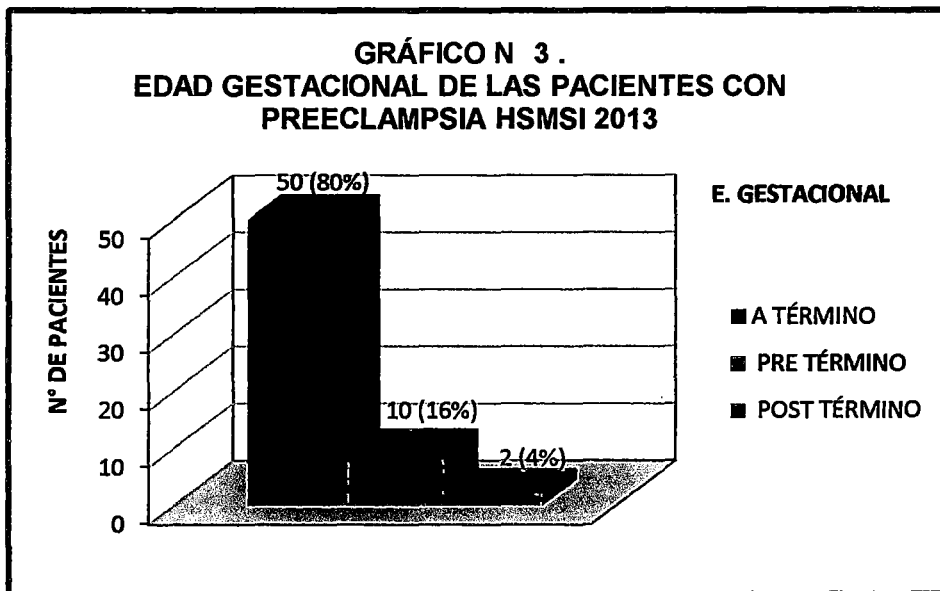
En la tabla N° 3 y gráfico N° 2 se observa que el grado de instrucción de las pacientes con preeclampsia predominante corresponde a las gestantes con grado de instrucción secundaria con 32 casos (52%), seguido de las gestantes que poseen

una instrucción superior con 25 casos (41%), el grupo de instrucción primaria presente con 4 casos (6%) y el analfabetismo con sólo 01 caso (1%).

TABLA N° 4.

EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013

EDAD GESTACIONAL	N° CASOS	%
PRETÉRMINO	10	16
A TÉRMINO	50	80
POST TÉRMINO	02	04
TOTAL	62	100



En la población estudiada hubo 62 pacientes con preeclampsia, la misma que se ha estratificado en tres grupos: Gestantes a término (37- 41 semanas), pretérmino (menor a 37 semanas) y gestantes post término (mayor a 41 semanas). Encontramos que el mayor número de pacientes con preeclampsia se encuentra en el grupo de gestaciones a término con 50 casos (80%) seguido del grupo de pretérmino con 10 casos (16%) y las post término con 02 casos (4%).

TABLA N° 5.

PARIDAD EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013.

PARIDAD	N° CASOS	%
NULÍPARA	27	44
MULTÍPARA	35	66
TOTAL	62	100

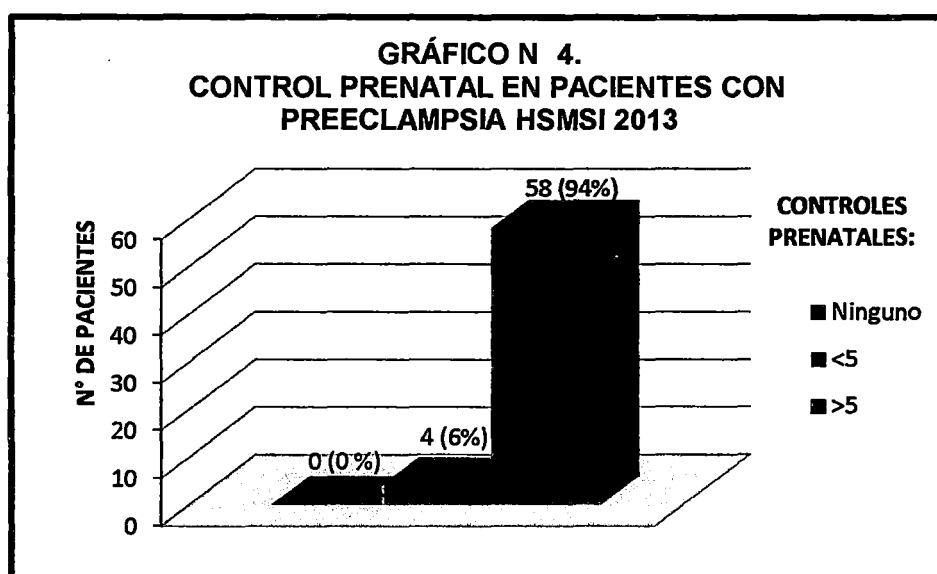
En tabla N° 5 se observa que la paridad en pacientes con preeclampsia, se presenta en mayor número en el grupo de multíparas con 35 casos (66%), mientras que en las nulíparas corresponde a 27 casos (44%).

TABLA N° 6

CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA HSMSI 2013.

CONTROL PRENATAL	Nº CASOS	%
Ninguno	0	0
<5	4	6
>5*	58	94
TOTAL	62	100

*CPN ADECUADO

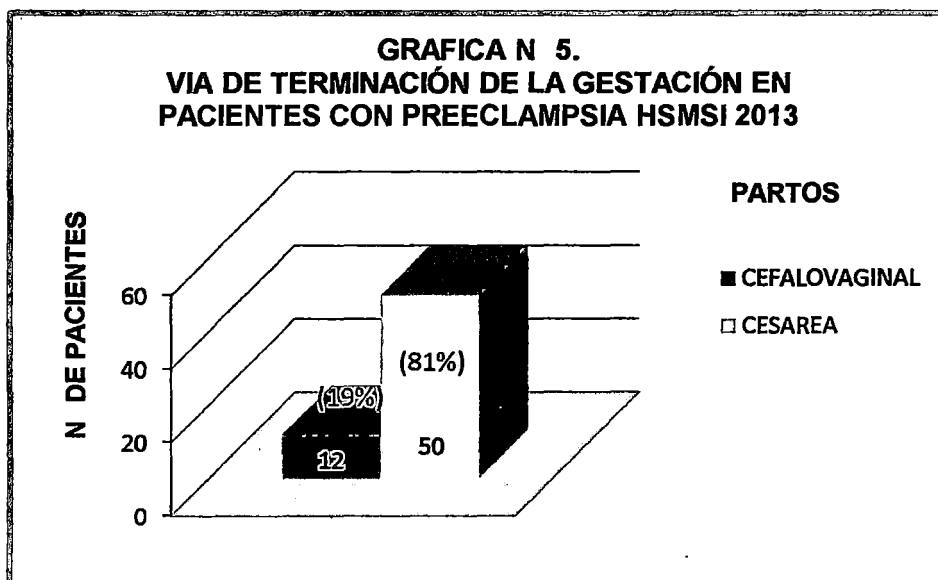


En tabla N° 6 y gráfico N° 4 se observa que el control prenatal en pacientes con preeclampsia, se presenta en mayor número en el grupo de pacientes con CPN >5 con 58 casos (94%), mientras que en las que tienen < de 5 CPN les corresponde 04 casos (06%).

TABLA N° 7.

**VIA DE TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN EN PACIENTES CON
PREECLAMPSIA H S M S I 2013.**

VIA DE TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN	Nº CASOS	%
CEFALOVAGINAL	12	19
CESÁREA	50	81
TOTAL	62	100

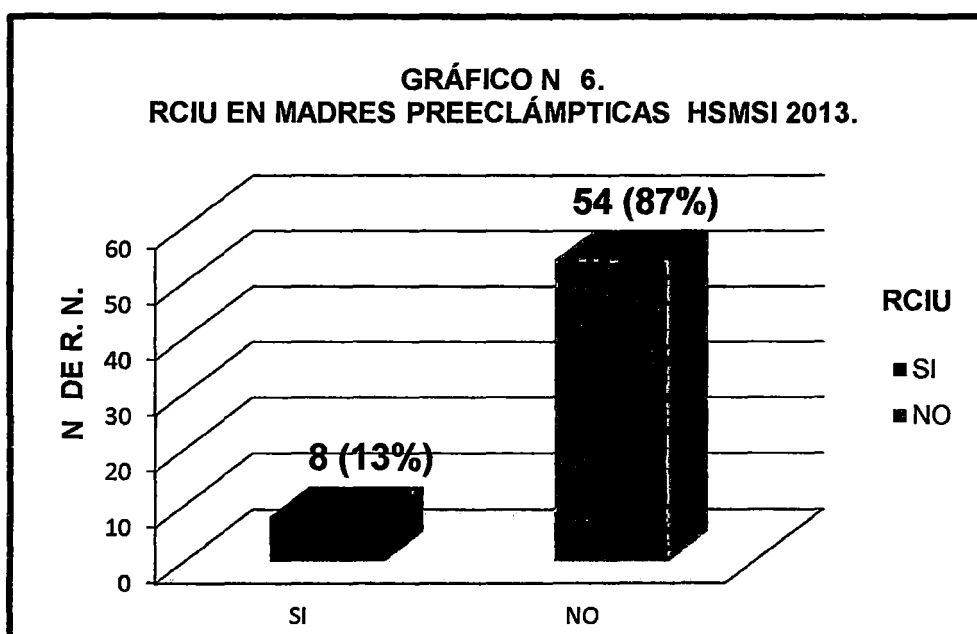


En tabla N° 7 y gráfico N° 5 se observa que la vía de terminación de la gestación en pacientes con preeclampsia predominante fue cesárea con 50 casos (81%) mientras que al parto vaginal corresponden 12 casos (19%).

TABLA N° 8.

RCIU EN MADRES PREECLÁMPTICAS, HSMSI 2013.

RCIU	N° CASOS	%
SI	08	13
NO	54	87
TOTAL	62	100

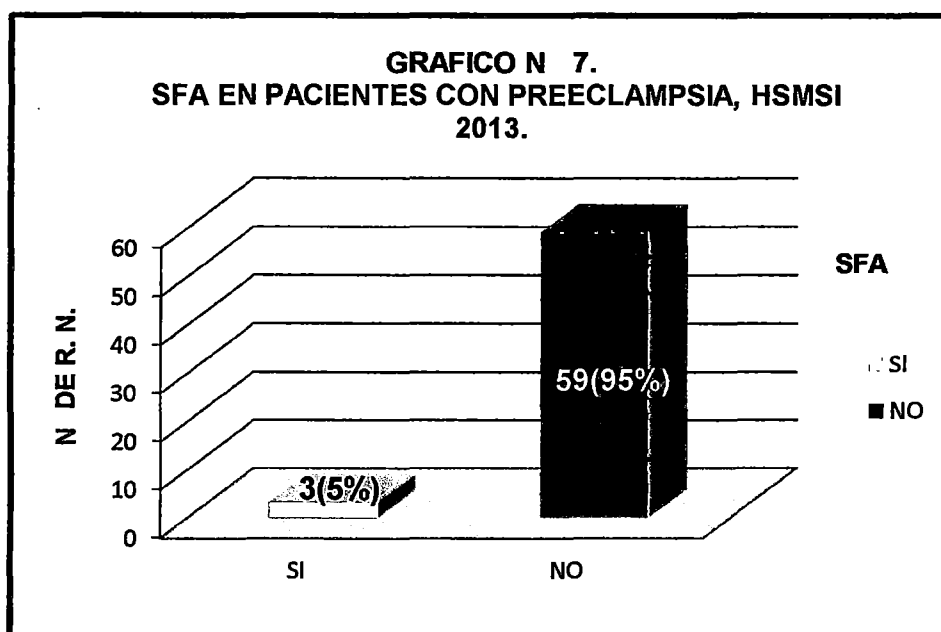


Según la tabla N° 8 y gráfico N° 6. En relación al retardo de crecimiento intrauterino (RCIU). En el estudio se encontraron que 08 (13%) recién nacidos de madres pre eclámpticas tienen RCIU y 54 (87%) nacieron con peso normal.

TABLA N° 9.

SUFRIMIENTO FETAL EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HSMSI 2013.

SFA	Nº CASOS	%
SI	03	05
NO	59	95
TOTAL	62	100

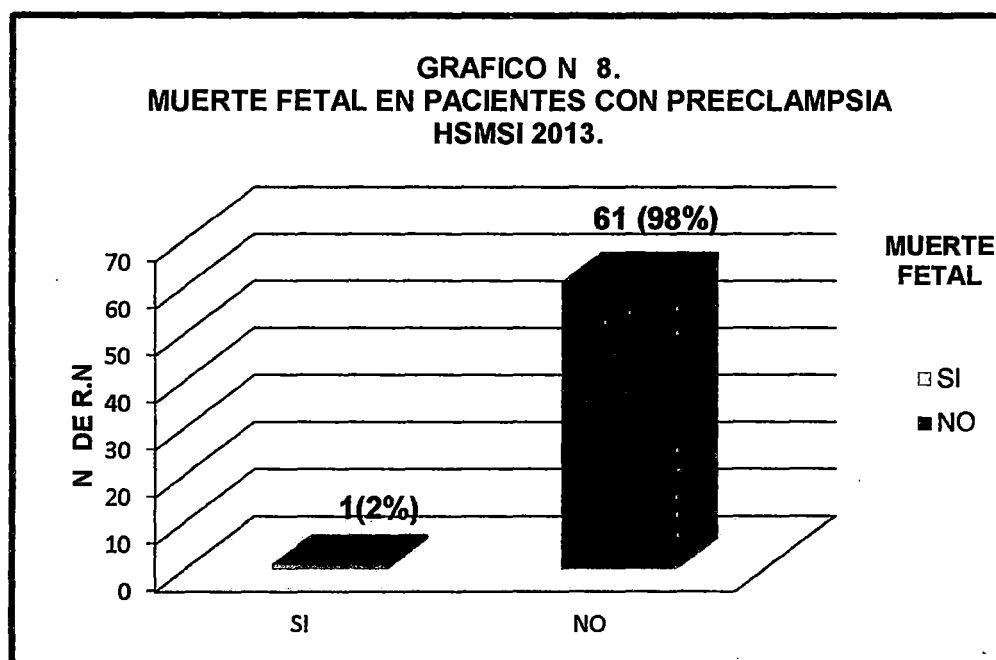


Según la tabla N° 9 y gráfico N° 7 en relación al SFA se encontró que 03 (05%) productos tuvieron Sufrimiento Fetal Agudo y 59 (95%) fetos estaban en condiciones adecuadas.

TABLA N° 10

MUERTE FETAL EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HSMSI 2013.

MUERTE FETAL	N° CASOS	%
SI	01	02
NO	61	98
TOTAL	62	100

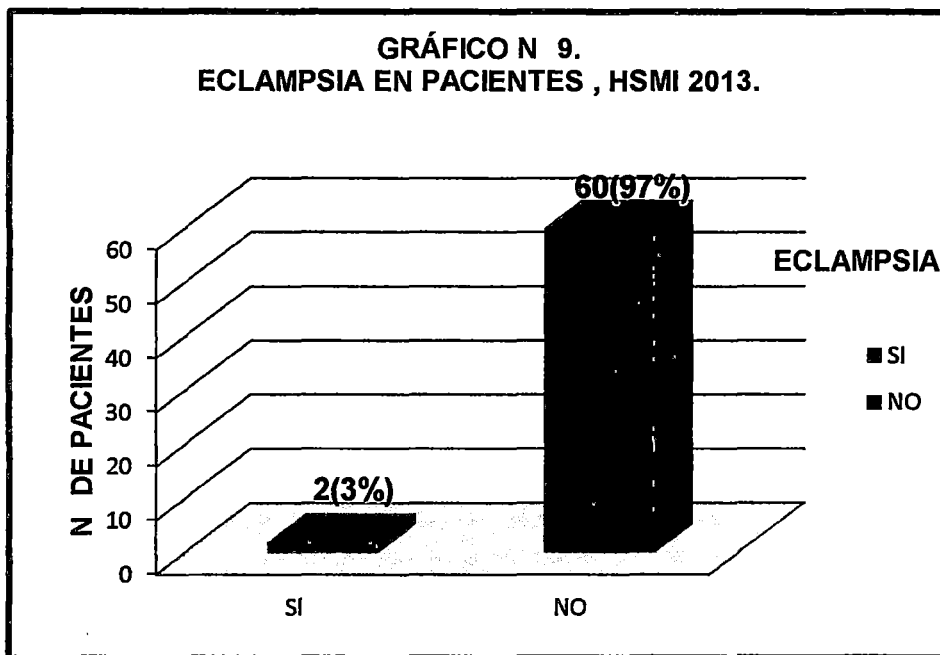


Según la tabla N° 10 y Gráfico N° 7. En relación a la muerte fetal en madres preeclámpticas. En el estudio se halló sólo 01 muerte fetal.

TABLA N° 11.

ECLAMPSIA EN PACIENTES, HSMSI 2013

ECLAMPSIA	N° CASOS	%
SI	02	03
NO	60	97
TOTAL	62	100

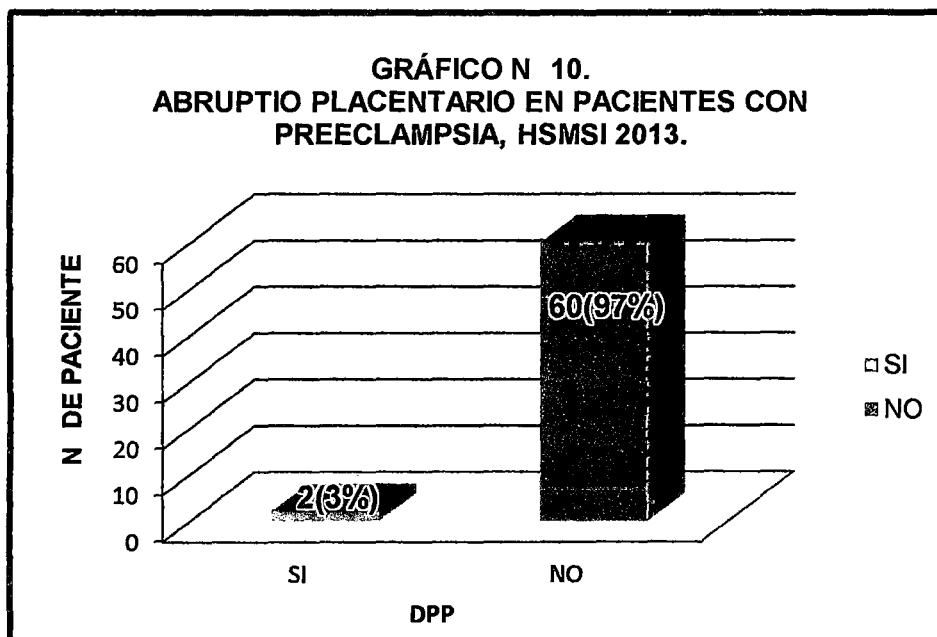


Según la tabla N° 11 y gráfico N° 9. Se encontró que sólo 02 (3%) gestantes desarrollaron eclampsia.

TABLA Nº 12

**ABRUPTIO PLACENTARIO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HSMSI
2013.**

ABRUPTIO PLACENTARIO	Nº CASOS	%
SI	02	03
NO	60	97
TOTAL	62	100

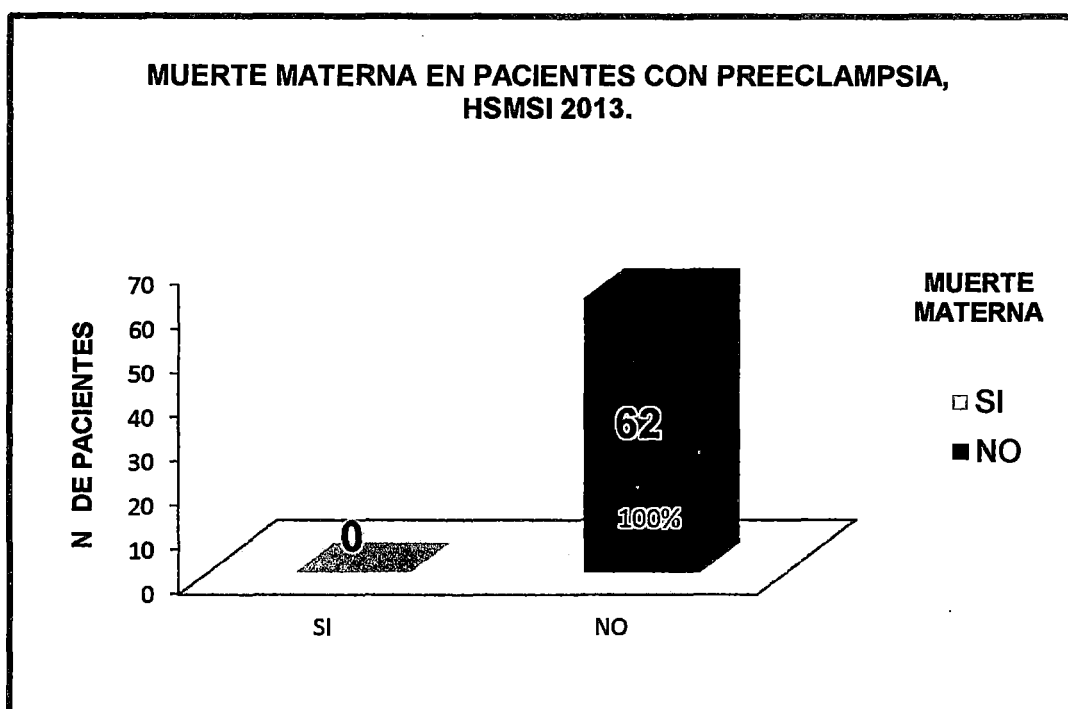


Según la tabla Nº 12 y gráfico Nº 10. En relación al abrupcio placentario en madres preeclámpticas se halló en el estudio 02 casos (03%) de abrupcio placentario.

Mientras que 60 pacientes (97%) no presentaron desprendimiento prematuro de placenta.

GRÁFICO N° 11.

MUERTE MATERNA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA, HSMSI 2013.



Según el gráfico N° 11. En relación a la muerte materna. En el estudio no se registró muerte materna alguna.

DISCUSIÓN

La literatura médica destaca que los trastornos hipertensivos asociados al embarazo complican del 3 al 8% de los embarazos a nivel mundial y está relacionada con las principales causas de mortalidad y morbilidad materna, fetal y neonatal. ^(6, 8, 9, 13)

La preeclampsia una enfermedad del endotelio de causa no bien conocida, que se manifiesta con hipertensión arterial y proteinuria luego de la 20° semana de gestación o en el puerperio. Se trata de un síndrome que puede llegar hasta la falla multiorgánica poniendo en riesgo la vida de la madre y el feto. ⁽¹⁾ Esta enfermedad carece de tratamiento específico, y exige para cada caso en particular ejecutar la mejor conducta terapéutica que indique el equipo multidisciplinario actuante, en el momento oportuno y en el lugar adecuado. ⁽³¹⁾

En el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú se encontró en el año 2013 que el 2.6% de los embarazos se complican con preeclampsia, patología que ocupa el primer lugar entre las causas de mortalidad materna en la Región Ica y segunda causa de muerte en nuestro país. ⁽⁵⁾

Los datos referentes a la edad en los diferentes grupos etarios de estudio (Tabla N° 1) no se comportan en concordancia con la literatura revisada, que expresa que las edades extremas de la vida de la mujer (menor de 19 y mayor a 35 años) han estado asociadas estadísticamente con la preeclampsia. ^(4, 5) La literatura médica destaca

que las mujeres jóvenes son las que tienen mayor frecuencia de hipertensión durante la gestación, esto hace que se acepten diferentes teorías, entre ellas las de tipo inmunológico, además se plantea que en esta edad el músculo uterino ofrece mayor resistencia y existe una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación. También se plantea que la preeclampsia afecta a mujeres mayores de 35 años producto de los daños ya crónicos del sistema vascular, que sufre desgastes, con la consecuente esclerosis de los vasos, lo cual compromete el aporte sanguíneo adecuado al embarazo y se establece una insuficiencia circulatoria con la consiguiente isquemia útero-placentaria. ⁽²⁴⁾ A pesar de lo antes expuesto, nuestro estudio es similar al de Juan Antonio Suarez y Cols (2010), ⁽¹⁾ pero no concuerda con la mayoría de literatura revisada puesto que el grupo de mayor porcentaje con preeclampsia fue la que se encuentra en la mejor edad reproductiva o edades no extremas de la vida, es probable que otros factores como el control prenatal favorecieron la disminución de riesgo de padecer preeclampsia en las edades extremas.

Nuestro estudio es concordante con el realizado por Caiza Mosquera (2012), en su estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra – Tena en Ecuador ⁽⁴⁾ donde encuentra resultados con cifras muy parecidas y describe que la paciente con estado civil conviviente tiene mayor riesgo de preeclampsia. Es posible que las deficiencias de consolidación familiar influyan en el aspecto psicológico, si bien las diversas literaturas revisadas no establecen que el estado civil conviviente pueda ser

un factor de riesgo, lo que faltaría es esclarecer que es una característica común en la población.

En nuestro estudio referente al grado de instrucción (Tabla N° 3), encontramos un mayor porcentaje de pacientes que tienen estudios secundarios y superior congruente con diversas literaturas revisadas.

El bajo nivel de instrucción está relacionada como factor predisponente de la preeclampsia en razón que las embarazadas con un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos óptimos para el control del embarazo ⁽¹⁷⁾ por lo que esta variable está íntimamente relacionada con el nivel de escolaridad así como las actitudes y prácticas de la mujer con respecto al cuidado de la salud y a la percepción de riesgo.

En la tabla N° 4, se muestra que la mayoría de neonatos eran nacidos a término, similar a lo encontrado en el Hospital Gineco-obstétrico "Mariana Grajales" con diagnóstico de preeclampsia grave en el año 2010, donde reportan que cerca de la tercera parte de nacimientos de madres preeclámplicas son pretérminos. ⁽¹⁷⁾ esto sustenta que ante preeclampsia, las gestaciones pretérminos no tienen mayor complicación y que una mayor incidencia de aparición de los primeros síntomas se registran en embarazos a término. Es por ello posible alargar un período de tiempo razonable a la gestación, hecho que explica que la mayor frecuencia de recién nacidos de madres preeclámplicas es a término.

Al analizar los grupos de preeclámpticas según paridad (Tabla N° 5), el porcentaje fue mayor en grupo de multíparas, al revisar en la literatura médica ^(2, 5, 14, 29) los trabajos no corresponden a nuestras estadísticas, se acepta que la hipertensión inducida por el embarazo es una enfermedad casi exclusiva de las nulíparas ⁽²⁾ y que es una condición de riesgo para preeclampsia, existen estudios que señalan que las nulíparas tienen mayor frecuencia de presentar preeclampsia, Juan Antonio Suarez destaca la nuliparidad es factor de riesgo para preeclampsia con una frecuencia del 64,16%,⁽³⁾ sin embargo resultados de nuestra investigación no reafirma estas aseveración, la misma que se puede explicarse por la característica de la población en estudio, ya que la gestante multípara está en una proporción alta en relación a la nulípara.

Con respecto al control prenatal (Tabla N° 6 y gráfico N° 4), en un estudio realizado en una entidad de salud de Santa Marta, Colombia en los meses de enero del 2011 al 2012, se encontró un 45% de pacientes con preeclampsia que no tienen control prenatal hecho que a simple vista muestra discordancia con nuestro estudio, puesto que el 94% de nuestros pacientes que están en el estudio tienen control prenatal.⁽²⁷⁾

Es probable que otros factores como la escolaridad, factor socioeconómico y la calidad de atención durante el control prenatal tenga relación con nuestro resultado, otra investigación encontrada afirma que el control prenatal no cumple el papel protector esperado.⁽¹⁶⁾

En una investigación en el Hospital Gineco - Obstétrico "Mariana Grajales" de Colombia, en relación a la vía del nacimiento en pacientes con preeclampsia, el grupo de nacimientos por cesárea constituyó la principal vía del nacimiento con el 67,8% ⁽¹⁷⁾, resultado concordante con nuestro estudio (Tabla N° 7 y gráfico N° 5), mientras que en el Hospital Bertha Calderón Roque en Nicaragua encuentran que un 70,4% finalizaron su parto por vía vaginal y 29.6% por vía cesárea.⁽⁴⁾ La terminación de la gestación en pacientes preeclámpicas es una situación que difiere entre los estudios realizados. Realmente los autores están de acuerdo que la terminación de la gestación debería efectuarse después de las 37 semanas y por la vía vaginal, sin embargo la decisión va depender de la complicación materna o fetal.
(22)

Al comparar los porcentajes de cesáreas expresados líneas antes con nuestro estudio, podemos deducir que en nuestro hospital se estaría practicando cesáreas innecesarias.

En relación a la Tabla N° 8 y Gráfico N° 6 sobre retardo de crecimiento intrauterino, nuestro resultado es considerablemente mayor al encontrado por Caiza Mosquera (2012) en su estudio realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra – Tena en Ecuador ⁽⁴⁾ donde sólo encuentra 1%, sin embargo otro estudio como el realizado en el Instituto Perinatal de México encuentra un 30% de RCIU porcentaje mucho mayor. ⁽⁵⁹⁾ La preeclampsia es un síndrome clínico multisistémico, multifactorial exclusivo del embarazo en el ser humano ⁽⁸⁾ que no es uniforme esto puede explicar la variación de las frecuencias de la morbilidad fetal en los distintos estudios.

Con respecto al sufrimiento fetal en la Tabla N° 9 y Gráfico N° 7 se observa un 3%, diferente al 30% hallado en el Instituto Materno Perinatal de México en su estudio realizado en México.⁽⁵⁹⁾ Estas diferencias están relacionadas con el nivel del Hospital, con la complicación ocasionada por la preeclampsia en la gestante y/o feto, con la edad gestacional del feto, peso del feto, método de diagnóstico del SF y el momento del diagnóstico en relación a la hipoxia, hipoxemia y acidosis.

En nuestra investigación (Tabla N° 10 y gráfico N° 8) encontramos que de 62 pacientes preeclámpticas el 2% de ellas tuvieron óbito fetal discordante con otros estudios como el de Aquino et al., que reporta que el 41,9% pacientes con preeclampsia tuvieron óbito fetal muy similar a lo referido por Sabalvarro en Nicaragua, donde encuentra un 40%, mientras que Fanete en estudios realizados en Venezuela, encontró que 30,4% de las pacientes hipertensas tuvieron óbito fetal.⁽²³⁾ A pesar de los datos bibliográficos en nuestro estudio se registra sólo un 2% de muerte fetal. Diferencias que podrían deberse a que la población de gestantes donde se hace el estudio es inferior a la de otros estudios, como también a que se ha logrado emplear terapias antihipertensivas acertadas a las utilizadas en décadas anteriores donde se encontraba una letalidad fetal del 50% o que simplemente los hospitales donde se hicieron aquellos estudios son de mayor complejidad y de la misma manera las pacientes hipertensas deben haber tenido mayor complicación. En la Tabla N° 11 y gráfico N° 9, observamos un 3% de eclampsias, resultado congruente con el 2,2% encontrado en una investigación realizada en el Hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque en Nicaragua,⁽⁴⁾ sin embargo nuestro estudio

difiere de otra bibliografía que reporta una frecuencia de 22.9 %⁽⁶⁰⁾ y de lo encontrado por el profesor Baha Sibai en Houston, Texas quien reportó un 16,7 % de eclampsia, así como de lo hallado por Caiza en el año 2010,⁽⁴⁾ quien reportó un 18% en el Hospital José María Velasco Ibarra - Tena en Ecuador. Nuestro estudio se confirma con el de otros debido a que probablemente las poblaciones son semejantes y porque hubo un manejo estandarizado de la preeclampsia.

En relación al abruptio placentario (Tabla N° 12 y gráfico N° 10) los resultados coinciden con diversos autores en nuestro país y de otros donde se hallan cifras similares. ⁽⁴⁾ El desprendimiento prematuro de placenta causa una elevada morbimortalidad materno - fetal, riesgo que se debe vigilar en casos de preeclampsia.

La mortalidad materna por preeclampsia, es responsable de 60,000 muertes anuales a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud reporta una muerte materna cada 7 minutos, del 50 - 75% de ellas están relacionadas con eclampsia. La preeclampsia es una enfermedad evolutiva de curso impredecible cuyo único "tratamiento" curativo es la extracción de la placenta.⁽⁴⁰⁾

Afortunadamente, muerte materna como consecuencia de la preeclampsia no ocurrió en el periodo de estudio (Gráfico N° 11), sin embargo debemos de tener presente que la primera causa de muerte materna en la Región Ica es la preeclampsia y a nivel nacional es la segunda causa de muerte ⁽⁵⁾ dejando claro que la tasa de mortalidad materna en la Región Ica es una de las más bajas del país.

CONCLUSIONES

1. En el estudio se halló que el 2,5% de la totalidad de partos atendidos corresponde a los casos de preeclampsia durante el año 2013 en el Hospital Santa María del Socorro de Ica.
2. Con respecto a las características socio demográficas tenemos que la madre con preeclampsia es una mujer entre los 19 a 34 años (60%); de estado civil conviviente (58%) y con grado de instrucción secundaria (52%).
3. En las características gineco-obstétricas se concluye que la paciente con preeclampsia del Hospital Santa María del Socorro de Ica en el año 2013 es una paciente con una gestación a término (80%); multipara (66%); con adecuado control prenatal (94%) y con término de la gestación mediante la operación cesárea (81%).
4. En cuanto a las complicaciones maternas de la preeclampsia se halló 3% de eclampsias y un 3 % de abrupcio placentario.
5. En cuanto a las complicaciones fetales encontramos un 13% de retardos de crecimiento intrauterino y 5% de sufrimiento fetal agudo.
6. Con respecto a mortalidad materna de preclámplicas no se registra en el año 2013, si registrándose un 2% de muertes fetales en madres con preeclampsia.

RECOMENDACIONES

- 1. Capacitar eficientemente al personal de salud para establecer el diagnóstico adecuado con el propósito de mejorar la calidad en la atención de salud para así disminuir las complicaciones materno - fetales de la preeclampsia.**
- 2. En el control prenatal dar un buen plan educacional a la paciente de riesgo, sobre los signos y síntomas de la preeclampsia para poder minimizar las complicaciones.**
- 3. Es necesario que los hospitales cuenten con la tecnología y recursos humanos idóneos para las actividades preventivas y para el tratamiento de la preeclampsia y sus complicaciones.**
- 4. Se debe actualizar las guías clínicas nacionales e internacionales sobre el manejo de pacientes con preeclampsia.**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Suárez González JA, Cabrera Delgado MR, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Cairo González V, Rodríguez Royelo L.** Resultados de la atención a pacientes con riesgo de preeclampsia-eclampsia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012; 38(3)305-312. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin03312.pdf>
2. **Suarez González JA, Gutiérrez Machado M.** Caracterización de la preeclampsia precoz y tardía y su relación con los signos de agravamiento. Rev Electrón PortalesMedicos.com. 2012; 7(15). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4592/1/Caracterizacion-de-la-preeclampsia-precoz-y-tardia-y-su-relacion-con-los-signos-de-gravamiento.html>
3. **Juan Antonio Suárez González, Vivian de las Mercedes Cairo González, Mario Gutiérrez Machado. Yoany Marín Tápanes.** Sistema de acciones para el diagnóstico precoz de la preeclampsia-eclampsia en Villa Clara. Acta Médica del Centro. 2014;(8)1. Disponible en: <http://www.revactamedicacentrosld.cu/index.php/amc/article/view/39/5>
4. **Caiza Mosquera S.** Complicaciones Materno-Fetales Asociadas a la Preeclampsia en el Hospital José María Velasco Ibarra - Tena en el periodo enero 2009 - enero 2010. [Tesis Médico General]. Chimborazo: Escuela de Medicina, Ecuador; 2012.

5. **Ybaseta-Medina J.** Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna en la Región de Ica, Perú. 2001- 2005. Rev. Méd. Panacea 2011, 1:9-13.
6. **Álvarez Toste Mireya, Hinojosa Álvarez María del Carmen, Álvarez Sergio Salvador, López Barroso Reinaldo, González Rodríguez Guillermo, Carbonell Isabel et al.** Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev. Cubana Hig Epidemiol. 2011; 49(3):420-433. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15
7. **Cruz Mercedes; Satian, Martha; Torres, Ximena.** Incidencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo y la calidad de atención proporcionada por el personal de enfermería en el servicio de ginecología del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán en el período de abril - octubre del 2007. [Tesis de Grado]. Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería. 2013.
8. **Mayorga Ortiz, María de Lourdes .**Influencia del nivel de educación en las complicaciones de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en el hospital provincial docente Ambato en el período julio - diciembre del 2010. [Tesis para optar Grado de Médico]. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Ecuador. 2011. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/926>
9. **Steegerss E, Dadelszen P, Duyekot J, Pijnenborg R.** “Revisión: Pre-eclampsia”. IntraMed – Artículos. Lancet 2010; 376: 631–44 Septiembre 2010. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp ?contenidoID=67523>

10. **Cóndor Quincho, M., Domínguez López D.** Asociación entre el estrés crónico y la preeclampsia en mujeres de 20 a 34 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2013. [Tesis para optar el Título de Licenciado en Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. E.A.P. Obstetricia 2013.
11. **Lucio Figueroa, Ana Leslie.** Mortalidad Materna. Monografía para obtener el Título de Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Colima, Colombia, 2011.pp 61
12. **HC Sánchez-Carrillo, LRM Romero-Ramirez, AK Rázuri-Ruggel, C Díaz-Vélez.** Factores de riesgo de la preeclampsia severa en gestantes del HNAAA en el periodo de 2006 a abril de 2010. Rev. Cuerpo Médico HNAAA 2013;6(2):12-16.
13. **Wang IK, Muo CH, Chang YC, Liang CC, Chang CT, Lin SY et al.** Association between hypertensive disorders during pregnancy and end-stage renal disease: a population based study. 2013; Vol 185: 207–213.
14. **Parreño, Chapalbay; Cecilia, Rene.** Principales Complicaciones de Preeclampsia en Pacientes que Acuden al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, [Tesis de Grado]. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. 2010.
15. **Shahbazian N, Shahbazian H, Ehsanpour A, Aref A, Gharibzadeh S.** Hypertension and microalbuminuria 5 years after pregnancies complicated by pre-eclampsia. Iran J Kidney Dis 2011; Vol 5:324–327.

16. **Kattah AG, Asad R, Scantlebury DC, Bailey KR, Wiste HJ, Hunt SC et al.**
Hipertensión en el embarazo es un factor de riesgo de microalbuminuria más adelante en la vida. *J Clin Hypertens. Greenwich.* 2013; 15: 617 -623.
17. **Suárez González J., Gutiérrez Machado M., Cairo González V., Bravo Torres Y., Corrales Gutiérrez A., Tempo Alberto C.** Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con preeclampsia grave. *Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet].* 2009 [citado Mar 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300004&lng=es.
18. **Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L.** Estimaciones Globales y Regionales de la preeclampsia y la eclampsia: una revisión sistemática. *Rev Med Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 170 (0):1-7.
19. **Lazdam M, de la Horra A, Diesch J, Kenworthy Y, Davis E, Lewandowski AJ et al.** Características de la presión arterial en la madre y los hijos después de la primera aparición de la preeclampsia. *Hipertensión* 2012; 60:1338-1345.
20. **Australasian Society For The Study Of Hypertension In Pregnancy.** Management of hypertension in pregnancy: executive summary. En: *The Medical Journal of Australia* Vol. 17 N° 158 pp. 700-702. 2011.
21. **Mogollon-Saker Sandra Patricia, Salcedo-Ramos Francisco, Ramos_Clason Enrique Carlos.** Resultados materno perinatales de la preeclampsia lejos del término. *Rev Cienc Biomed.* 2011; 2(2):262-269.

22. **Altunaga, Margarita; Lugones, Miguel.** Incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con grupos de gravedad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2010; 36(3):352-359.
23. **Étienne Beals y Cols.** Estudio Comparativo de la Morbimortalidad del Producto gestacional en mujeres embarazadas con preeclampsia moderada o severa. *Revista Anacem.* 2009(3).15-19.
24. **Morgan, Fred y Otros.** Factores de riesgo asociados con preeclampsia. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México* 2010(3)78 pp 153-159. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf>
25. **Hypertension in pregnancy.** Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; Vol 122: 1122–1131.
26. **Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia.** Organización Mundial de la Salud. 2011 Disponible en:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr
27. **González Ruiz, Gisela Esther y Cols.** Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en mujeres atendidas en una entidad de salud de Santa Marta. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.* 2013.
28. **Gutiérrez BI.** Factores de riesgo asociados al embarazo. [Tesis de Bachiller en Medicina]. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1993. p 72

29. **Arcos M.** Morbilidad perinatal en el Hospital Maternidad de Lima. [Tesis de Bachiller en Medicina]. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1985.
30. **Castillo D.** Síndrome de HELLP actualización. Rev. Cubana HematolInmunolMedTranf. 2009; 23(1). Disponible en: http://bvs.sid.cu/revistas/hh/vol23_01_07
31. **Malvino E, Mc Loughlin D, Lopez Gastón O.** Trombofilias y trombosis venosa cerebral en el puerperio. CI Invest Ginec Obstet 2009;36(25):186-189.
32. **Castro Bamaca, Carlos,** Características epidemiológicas y complicaciones de la paciente con preeclampsia, [Tesis de Grado], Universidad de San Carlos de Guatemala. 1997.
33. **Martel, Luciana Maria; Ovejero, Silvina Carla; Gorosito, Ignacio Carlos.** Preeclampsia y factores de riesgo en embarazadas en el Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes en Tucumán. Argentina Intra Med Journal, 2012, Vol. 1, No 3.
34. **Luealon, Phanida; Phupong, Vorapong.** Risk factors of preeclampsia in Thai women. J Med Assoc Thai, 2010, Vol. 93, No 6, p. 661-6.
35. **Benites-Cóndor, Yamalí; Bazán-Ruiz, Susy; Valladares-Garrido, Danai.** Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un Hospital de Piura, Perú. Ciencia e Investigación Medico Estudiantil Latinoamericana, 2012, Vol. 16, No 2. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71723601003>

36. **Terán Paz, Eduardo Javier.** Factores que inciden en la prevalencia de hipertensión arterial en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl en el periodo enero a julio 2012. [Tesis de Grado]. Universidad Técnica del Norte. Ibarra. Ecuador. 2013.
37. **Romero Arauz Juan y cols.** Velocimetría Doppler de la arteria umbilical y resultado perinatal adverso en preeclampsia severa. *Ginecol Obstet Mex.* 2008; 76 (8):440.9.
38. **Peñaloza Valenzuela Juan José, Molina Maldonado Juan Carlos, Garcia Flores Antonio, Torrico Aponte William A., Ardaya Guzman Patricia.** Ecografía doppler como factor de predicción de preeclampsia y restricción del crecimiento fetal. *Rev. Méd. Cochabamba.* 2008; 19(29): 17-23.
- Disponible en:
[http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092008002900004&lng=pt.](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092008002900004&lng=pt)
39. **Étienne Beals y Cols.** Estudio Comparativo de la Morbimortalidad del Producto gestacional en mujeres embarazadas con preeclampsia moderada o severa. *Revista Anacem.* 2009(3).15-19.
40. **Reyna-Villasmil, Eduardo; Briceño-Pérez, Carlos; Torres-Cepeda, Duly.** Vasculogénesis y angiogénesis durante el embarazo normal y en la preeclampsia. *Rev Obstet Ginecol Venez,* 2010, Vol. 70, No 4, p. 265-279.

41. **Mutter Wp, Karumanchi Sa.** Molecular mechanisms of preeclampsia. *Microvascularresearch*.2008. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2241748/>
42. **Díaz-Martínez, Luis Alfonso; Serrano-Díaz, Norma Cecilia.** Oportunidades de investigación en preeclampsia, desde la perspectiva de prevención primaria. Un artículo de reflexión. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 2008, Vol. 59, No 3, p. 206-215.
43. **Sánchez, Eulalia y otros.** Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de HELLP, comportamiento clínico. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008 /un054e.pdf>
44. **Barrientos Penaloza, José Manuel; Azcarraga Hurtado, Germán Mauricio Y Mendoza Lopez Videla, Jhosep Nilss.** Preeclampsia complicada con síndrome de HELLP y AVC. *Rev. Méd. La Paz*. 2009, Vol.15, N.1, pp. 51-56.
45. **Altamirano Vergara, Carlos; Coronel Delgado, Hernan; Villegas Piguave, Damian.** Preeclampsia: factores de riesgo y resultante materno-neonatal en gestantes del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Tesis Doctoral. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Ecuador. 2010.
46. **Gabriela Valarino y cols.** Eclampsia. Morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009;69 (3):152-161
47. **Vigil-De Gracia P.** Maternal de aths due to eclampsia and HELLP syndrome. *Int J Gynecol Obstet*. 2009;104: 90-94

48. **Vikse, Irgens LM, Leivestad T, Skjaerven R, Iversen BM.** La Pre-eclampsia y el riesgo de enfermedad renal en etapa terminal. *N Engl J Med* 2008; Vol 359:800 -809.
49. **Karelis Martucci, Lucila Melendez, Yasmín Morales, Andrea Sánchez, Mireya Zavala,** Factores de riesgo que predisponen a las Complicaciones más frecuentes en las pacientes obstétricas ingresadas a la Unidad De Cuidados Intensivos de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" durante el periodo febrero - junio, en *Rev. Med.* 2010, Vol 1; pp 11-16.
50. **Reyna E., Briceño C., Torres D.** Inmunología, inflamación y preeclampsia. *Revista de Obstetricia y Ginecología. Venezuela.* 2009. 69 (2): 112-116.
51. **Duley, I. Y otros.** Agentes antiplaquetarios para la prevención de la preeclampsia y de sus complicaciones. *Cochrane Review.* 2008. (5): 21- 31
52. **Pérez Ramos, Luis Henry.** Mortalidad Materna por pre-eclampsia en el Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión". [Tesis de Grado]. Lima: Escuela de post grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2008.
53. **Cararach V, Bottet F.** Preeclampsia, Eclampsia y síndrome HELLP. Hospital Clínic de Barcelona. *Protocolos Terapéuticos Diagnósticos de la AEP,* 2008.
54. **Curriel-Balseira y cols.** Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica. Unidad de Cuidados Intensivos Maternal, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España. *Med. Intensiva.* 2011; 35(8): pp 478-483.

55. **Tamariz B Ana**, Incidencia y complicaciones materna, fetales y neonatales más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza enero 2010 - enero 2011, [Tesis de Grado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2012.
56. **Hernández M. Sayda, Ramírez G. Adriana**. Características maternas y resultado neonatal en pacientes con preeclampsia en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central entre julio de 2011 y junio de 2013. Universidad Militar Nueva Granada. 2014. Disponible en hdl.handle.net/10654/10769.
57. **Ajito U Daniel**. Morbimortalidad perinatal en gestantes con parto pre término asociado a preeclampsia y eclampsia en el servicio de obstetricia del hospital Edgardo Rebagliati Martins en el año 2005. [Tesis de Grado]. Lima. Universidad Ricardo Palma; 2013. Disponible en <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/198>.
58. **Suárez G Juan, Corrales G Alexis, Benavides C María, Gutiérrez M. Mario**. Preeclampsia con signos de agravamiento y su relación con los resultados maternos Y perinatales, 2009-2010. Rev COG 2011; 16 (3): 89-92.
59. **Castellón Pasos Rosa Marcela y Cols**. Criterios de inducción del nacimiento en mujeres con preeclampsia severa en tratamiento expectante. Ginecol Obstet Mex 2013; 81: 92-98.

60. **García Ochoa, E., Briones Garduño, J., Guerrero Hernández, A., Díaz de León Ponce, M., ‡ Briones Vega, C.** Hemorragia cerebral por preeclampsia y síndrome microangiopático. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2013;27(4):249-254

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS de Caiza Mosquera ⁽⁴⁾

COMPLICACIONES MATERNOS-FETALES ASOCIADAS A LA PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA, 2013

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

- Edad
.....
- Ocupación.....
.....
- Domicilio rural ()
urbano ()
- Escolaridad.....
.....
- Estado
civil.....

II. CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS

- Edad gestacional.....
- G P A
- CPN NO () SI () N°

III. TIPO DE TERMINACION DEL PARTO

- Vaginal ()
- Cesárea ()

IV. CARACTERISTICAS DEL RN

- APGAR AL 1°
MIN.....
- PESO.....
.....
- APGAR AL 5°
MIN.....
- Líquido amniótico
meconial SI ()NO()

V. MORBILIDAD FETAL

- RCIU SI ()NO()
- Asfixia al nacimiento SI ()NO()
- Muerte fetal SI ()NO()

VI. MORBI-MORTALIDAD MATERNA

- Hipertonía uterina SI ()NO()
- Preeclampsia refractaria al tratamiento SI ()NO()
- Abruption placentario SI ()NO()
- Insuficiencia renal aguda SI ()NO()
- Eclampsia SI ()NO()
- CID SI ()NO()
- Hematoma subcapsular hepático SI ()NO()
- Muerte materna SI ()NO()

VII. PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO

- Interno De Medicina ()
- Médico Residente ()
- Obstetra ()
- Médico Asistente ()

⁽⁴⁾ Caiza Mosquera S. 2010.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES⁽⁴⁾

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA
DEPENDIENTE			
COMPLICACIONES MATERNO-FETALES	Gestante o producto de la gestación que complica su salud con motivo de la hipertensión inducida por el embarazo.	Cualitativa	Si / No
1. Morbilidad Fetal:			
RCIU	Crecimiento de altura uterina < P ₁₀ .	Cualitativo	Si / No
Sufrimiento Fetal	Taquicardia + desaceleraciones de la FCF; Desaceleraciones+ líquido amniótico meconial; DIPS II repetitivos; Bradicardia severa.	Cualitativo	Si / No
Muerte fetal	Feto sin funciones vitales.	Cualitativo	Si / No
2. Morbilidad materna			
Hipertonía uterina	Ausencia de relajación uterina.	Cualitativo	Si / No
Abruptio placentario	Hemorragia 3º trimestre.	Cualitativo	Si / No
Insuficiencia renal aguda	Oliguria- anuria.	Cuantitativo	Creatinina > 8 mg/%
Eclampsia	Presencia de hipertensión gestacional y convulsiones.	Cualitativo	Si / No
CID	Plaquetopenia.	Cuantitativo	Conteo de plaquetas entre 50 y 100.000/mm ³
Hematoma capsular hepático	Transaminasas aumentadas, plaquetopenia, tomografía con	Cualitativo	Si / No

	diagnóstico de hematoma capsular.		
Muerte materna	Gestante que fallece por causa de preeclampsia.	Cualitativa	Si / No
INDEPENDIENTE			
PREECLAMPSIA	Presencia de hipertensión, edema y proteinuria.	Cualitativo	Si / No
INTERVINIENTE			
1. Características socio-demográficas			
Edad	Años cumplidos.	Cuantitativa	Menor 19 /19-35/ mayor de 35 años
Instrucción	Años de estudio.	Cualitativa	Analf/Prim./Sec./Sup
Estado civil	Unión conyugal.	Cualitativa	Cas/Conv/Solt/Otro
2. Características Gineco-obstétricas			
Paridad	Nº partos previos.	Cualitativa	Nulípara Multípara
Óbitos previos	Productos previos fallecidos.	Cualitativa	Si / No
Control prenatal	Nª de controles prenatales.	Cualitativa	Menor a 5 Mayor a 5
3. Tipo de terminación de la gestación			
Cesárea	Terminación de la gestación por vía alta.	Cualitativo	Si / No
Parto vaginal	Terminación de la gestación por vía natural.	Cualitativo	Si / No

(4) Caiza Mosquera S. 2010.