



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**COMPLICACIONES CLÍNICAS EN LAS GESTANTES CON
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL**

**CARLOS LANFRANCO LA HOZ
ENERO 2013 - JULIO 2014**

**PRESENTADA POR
MAYRA LIZETH SOLIS ALVAN**

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

**LIMA – PERÚ
2014**



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

COMPLICACIONES CLÍNICAS EN LAS GESTANTES CON
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS

LANFRANCO LA HOZ

ENERO 2013 - JULIO 2014.

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

BACHILLER EN OBSTETRICIA. SOLÍS ALVÁN MAYRA LIZETH

LIMA, PERÚ

2014

COMPLICACIONES CLÍNICAS EN LAS GESTANTES CON
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ ENERO 2013 - JULIO 2014.

ÍNDICE

PORTADA

TÍTULO

ASESOR

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

CAPITULO I INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO II MATERIAL Y MÉTODOS.....	6
2.1 Diseño de estudio.....	6
2.2 Población y muestra.....	6
2.3 Criterios de selección.....	7
2.4 Objetivos de la investigación.....	8
2.5 Variables y operacionalización.....	9
2.6 Definiciones conceptuales.....	12
2.7 Definiciones operacionales.....	13
2.8 Técnicas de recolección de datos.....	17
2.9 Técnicas para el procesamiento de la información.....	18
2.10 Aspectos éticos.....	18
CAPITULO III RESULTADOS.....	19
CAPITULO IV DISCUSIÓN.....	30
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40

CAPITULO VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
CAPITULO VII ANEXOS.....	51

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1 - A.....	19
Frecuencia de preeclampsia según partos atendidos	
TABLA N°1 - B.....	19
Frecuencia de preeclampsia según tipo	
TABLA N°2.....	21
Gestantes con preeclampsia según características sociodemográficas	
TABLA N°3.....	23
Gestantes con preeclampsia según características gineco-obstétricas	
TABLA N°4.....	25
Gestantes con preeclampsia según complicaciones maternas	

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1 - A.....	20
Frecuencia de preeclampsia según partos atendidos	
GRÁFICO N°1 - B.....	20
Frecuencia de preeclampsia según tipo	
GRÁFICO N°2.....	22
Gestantes con preeclampsia según características sociodemográficas	
GRÁFICO N°3.....	24
Gestantes con preeclampsia según características gineco-obstétricas	
GRÁFICO N°4.....	26
Gestantes con preeclampsia según complicaciones maternas	

ASESORA:

Mg. Obst. Nelly Binasco Cortéz

MIEMBROS DEL JURADO:

Mg. Obst. Pedro Bustios Rivera

Mg. Obst. Flor de María Chumpitaz Soriano

Mg. Obst. Tula Zegarra Samame

DEDICATORIA

A mis padres que son mi más grande motor y
a mis dos ángeles que desde el cielo me guían.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A Dios por permitirme concluir cada uno de mis objetivos brindándome salud y fortaleza.
- ❖ A mis padres por permitirme realizar cada uno de mis sueños y a mi hermana por ser incondicional.
- ❖ A mi asesora Mg. Obst. Nelly Binasco Cortéz por brindarme todos sus conocimientos y permitir enriquecerme de sabiduría.
- ❖ Al personal del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La hoz por las facilidades para llevar a cabo esta investigación.

RESUMEN

Objetivo: Determinar las complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante Enero del 2013 a Julio del 2014.

Material y métodos: Diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 117 historias clínicas de gestantes que presentaron diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo Enero 2013 – Julio 2014. Los datos fueron obtenidos durante la investigación por medio de la ficha de recolección de datos.

Resultados: El 3% de los partos atendidos presentaron preeclampsia. Con respecto a las edades la mayoría de gestantes tuvieron entre 20 – 24 años resultando 23.9% de los casos, 77.8% eran convivientes, 70.9% cuentan con instrucción de nivel secundario; 54.7% resultaron multigestas, 47.9% nulíparas; 82.1% no tienen antecedentes de hipertensión inducida por el embarazo, 55.6% tuvieron atención prenatal inadecuada, 84.6% culminaron en cesárea. La complicación materna más frecuente fue el parto prematuro con 16.2%, seguido por 7.7% desprendimiento prematuro de placenta y 4.3% eclampsia y hemorragia postparto respectivamente.

Conclusiones: La frecuencia de preeclampsia fue 3% en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio; siendo la complicación materna más frecuente parto prematuro y desprendimiento prematuro de placenta.

Palabra clave: Preeclampsia, complicaciones maternas.

ABSTRACT

Objective: Determine the clinical complications in pregnant women with preeclampsia treated at the Hospital Carlos Lanfranco La Hoz during January 2013 to July 2014.

Material and methods: Descriptive, cross-sectional and retrospective design. The sample consisted of 117 medical records of pregnant women who had preeclampsia treated at the Hospital Carlos Lanfranco La Hoz during the period January 2013 - July 2014. The data were obtained during the investigation through data collection sheet.

Results: The 3% of births attended preeclampsia. With respect to most pregnant women ages were between 20 - 24 years resulting in 23.9% of cases, 77.8% were living together, 70.9% have secondary education level; 54.7% were multiparous, 47.9% nulliparous; 82.1% have no history of pregnancy-induced hypertension, 55.6% had inadequate prenatal care, 84.6% resulted in cesarean section. The most common maternal complication was preterm delivery with 16.2% followed by 7.7% abruption and 4.3% respectively eclampsia and postpartum hemorrhage.

Conclusions: The incidence of preeclampsia was 3% in the Carlos Lanfranco La Hoz Hospital during the study period; the most frequent complication preterm birth and maternal placental abruption.

Keyword: Preeclampsia, maternal complications.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.¹

La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) es una complicación médica más frecuente del embarazo. La elevación tensional de la embarazada tiene diversas causas y expresiones, en primer lugar el embarazo puede inducir elevación tensional y daño renal específico para esta condición. Por otra parte, un número importante de mujeres hipertensas en edad fértil son susceptibles de quedar embarazadas y finalmente otras con predisposición genética para desarrollar hipertensión, la expresan en forma transitoria durante la gestación, al estar sometidas a las alteraciones hemodinámicas y hormonales de esta condición.²

En el mundo, la preeclampsia complica alrededor de 10% de los embarazos de mujeres de los países en desarrollo, y una cifra ligeramente menor en los países industrializados. Cuando no se diagnostica oportunamente, o no se atiende en forma apropiada, puede evolucionar hacia las complicaciones, como el síndrome de HELLP y la eclampsia, lo que aumenta la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.³ Una vez que se hace el diagnóstico de preeclampsia, las opciones terapéuticas son

limitadas, motivo por el cual recientemente se ha prestado mucha atención a su prevención. A pesar de la investigación extensa, hasta ahora ninguna estrategia aislada ha mostrado ser beneficiosa para prevenir la preeclampsia en grupos de bajo o alto riesgo.

Los trastornos hipertensivos son las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo en Estados Unidos, siendo la segunda causa de muerte materna y contribuye a 15% de ellas. En Venezuela, la frecuencia de preeclampsia oscila entre 1,56% y 6,3%, y 0,05 a 0,45% para la eclampsia.⁴

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, la cual es precursor de la eclampsia y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente). La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos (1-3). Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7%.⁵

Una investigación realizada por Caiza Mosquera, Sayra en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena-Ecuador en el periodo Enero 2009 – Enero 2010. Obtuvo como resultado que la madre con mayor riesgo de preeclampsia tiene una edad

comprendida entre los 19 - 23 años, instrucción secundaria 60%, unión libre 34%, con control prenatal de <5 36%, edad gestacional > 34 semanas 98%. Las complicaciones neonatales asociadas fueron RCIU 1%, Dificultad Respiratoria 15%, hipoglicemia 3%, muerte neonatal 1%; complicaciones maternas Preeclampsia refractaria 1%, Eclampsia 18%, Insuficiencia Renal 3%, Síndrome de HELLP 71%.²

Un estudio realizado por Chapalbay Parreño, Rene en el Hospital Provincial General Docente Riobamba–Ecuador en el año 2010. Encontró que el 10% de las gestantes se complicaba con síndrome de HELLP; el 9% con eclampsia y el 4% presentaron eclampsia y síndrome de HELLP al mismo tiempo.⁶

En el Perú en el año 2012, las principales causas directas de muertes maternas registradas fueron hemorragia en 40,2%; hipertensión inducida por el embarazo en 32%; aborto en 17,5% e infecciones relacionada al embarazo en 4,1%.⁷

La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.¹

Esta investigación nació como respuesta a esa necesidad informativa de establecer una relación entre gestantes preeclámplicas y el desarrollo de complicaciones, con el objetivo de tomar las medidas adecuadas para prevenir esta patología y sus complicaciones. Dado que esta patología es la primera causa de muerte materna intrahospitalaria.

En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, existen datos estadísticos sobre la patología a estudiar. La incidencia de morbi-mortalidad materna tiene un porcentaje elevado a causa de las complicaciones de la preeclampsia. Teniendo en cuenta que en el año 2013 el 0.6% es la tasa de mortalidad materna neta, lo que buscamos reducir con esta investigación realizando una descripción precisa de las complicaciones a estudiarse de la preeclampsia.

La investigación propuesta se considera importante dado que la preeclampsia constituye la segunda causa de morbimortalidad tanto maternas como fetales en nuestro país, además, permite abordar una patología muy poco estudiada a nivel regional; aportando con esta investigación a disminuir la tasa de mortalidad materna en el hospital de estudio.

Asimismo, la relevancia del estudio está dada por su proyección, en tanto los resultados de la investigación beneficiarán a un amplio sector social; tales como, profesionales de la salud, pacientes, instituciones de salud, familias e instituciones educativas.

Motivada por la realidad problemática de nuestro país se realizó la presente investigación para conocer ¿Cuáles son las complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante Enero del 2013 a Julio del 2014? Teniendo como objetivo general: “Determinar las complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital

Carlos Lanfranco La Hoz durante Enero del 2013 a Julio del 2014". Y como objetivos específicos:

- Identificar la frecuencia de gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.
- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.
- Identificar las características gineco-obstétricas de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.
- Identificar las complicaciones maternas según tipo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Diseño metodológico:

La investigación utilizó el diseño descriptivo, transversal y retrospectivo.

- Descriptivo: Porque buscamos específicamente las complicaciones de la preeclampsia, para luego someterlas a un análisis.
- Transversal: Porque se realizó con los datos obtenidos en un momento puntual.
- Retrospectivo: Porque se obtuvo la información de hechos pasados y ya registrados.

2.2 Población y muestra:

2.2.1 Población:

Conformada por 168 historias clínicas de gestantes que presentaron diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante Enero 2013 - Julio 2014.

2.2.2 Muestra:

Estuvo conformada por 117 historias clínicas de gestantes que presentaron diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo Enero 2013 – Julio 2014 que cumplieron con los criterios de selección.

2.2.3 Tipo de muestreo

No probabilístico intencionado

2.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Todas las historias clínicas de gestantes que tuvieron diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.
- Historias clínicas que registraron datos completos.

2.4 Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Determinar las complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante Enero del 2013 a Julio del 2014.

Objetivos específicos:

- Identificar la frecuencia de gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.
- Identificar las características gineco-obstétricas de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.
- Identificar las complicaciones maternas según tipo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.

2.5 Variables y operacionalización:

2.5.1 Variables:

Variable 1:

- Preeclampsia

Variable 2:

- Complicaciones clínico maternas

Variable de control:

- Características sociodemográficas
- Características gineco-obstétricas

2.5.2 Cuadro de operacionalización

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable 1: Preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> • Leve <ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg. - Proteinuria de 0.3 a 5 g/litro en orina de 24 hrs. - Proteinuria cualitativa desde 1 trazas a 1(+). • Severa: <ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial mayor o igual que 160/110 mmHg. - Proteinuria igual o mayor de 5 g/litro en orina de 24 hrs. - Proteinuria cualitativa de 2 a 3(+). 	Nominal	Historia Clínica
Variable 2: Complicaciones Maternas	<ul style="list-style-type: none"> • Eclampsia • Síndrome de HELLP • Eclampsia + Síndrome de HELLP • Parto prematuro • Edema pulmonar • Rotura o hematoma hepática • Insuficiencia renal • Desprendimiento prematuro de placenta • Coagulación intravascular diseminada • Hemorragia postparto 	Nominal	Historia Clínica

	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna complicación 		
--	--	--	--

2.5.3 Cuadro de operacionalización

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Variable de control: - Características socio demográficas:			
Edad	<ul style="list-style-type: none"> • > 15 años • 15 – 19 años • 20 – 24 años • 25 – 29 años • 30 – 34 años • 35 años a más 	Intervalo	Historia clínica
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Conviviente • Soltera • Otro 	Nominal	Historia clínica
Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior • Superior No Univ. 	Nominal	Historia clínica
- Características gineco-obstétricas:			
Gestación	<ul style="list-style-type: none"> • 1 gestación • 2 – 5 gestaciones • 6 a más gestaciones 	Intervalo	Historia clínica
Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • 0 partos • 1 parto • 2- 5 partos • 6 a más partos 	Intervalo	Historia clínica
Antecedente de hipertensión inducida	<ul style="list-style-type: none"> • Si 	Nominal	Historia clínica

por el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> No 		
-----------------	--	--	--

2.5.3 Cuadro de operacionalización

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
- Características gineco-obstétricas: Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> 23 – 36 semanas 37 – 40 semanas 41 a más semanas 	Intervalo	Historia clínica
Atención prenatal	<ul style="list-style-type: none"> 0 - 1 2 - 5 6 a más 	Intervalo	Historia clínica
Culminación del parto	<ul style="list-style-type: none"> Vaginal Cesárea 	Nominal	Historia clínica

2.6 Definiciones conceptuales

2.6.1 Eclampsia: forma más grave de toxemia del embarazo caracterizada por convulsiones similares a las del gran mal, coma, hipertensión, proteinuria y edemas. Los síntomas de convulsión inminente suelen incluir ansiedad, dolor epigástrico, cefalea y visión borrosa.³⁰

2.6.2 Parto pretérmino: Es aquel que acontece antes de las 37 semanas completas o 259 días desde la fecha de última regla.³³

- 2.6.3 Insuficiencia renal: Incapacidad de los riñones para excretar los productos de desecho del organismo, concentrar la orina y conservar los electrólitos. Puede ser aguda o crónica.³⁰
- 2.6.4 Desprendimiento prematuro de placenta: Aumento brusco de la presión venosa uterina en el espacio inter veloso, rotura, hematoma y desprendimiento placentario.²²
- 2.6.5 Hemorragia postparto: La que ocurre poco después del trabajo de parto o el nacimiento. Suele deberse a retención de fragmentos placentarios, laceraciones del cuello o la vagina no descubiertas o incompletamente suturadas o subinvolución de la herida placentaria intrauterina. Se caracteriza por su intensidad y se acompaña de signos de anemia y shock inminente.³⁰

2.7 Definiciones operacionales

2.7.1 Edad:

- Menor de 15 años
- 15 – 19 años
- 20 – 24 años
- 25 – 29 años
- 30 – 34 años

- 35 años a más

2.7.2 Estado civil:

- Casada
- Conviviente
- Soltera
- Otro

2.7.3 Grado de instrucción:

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Superior No Univ.

2.7.4 Gestaciones:

- Primigesta (1 gestación)
- Multigesta (2 – 5 gestaciones)
- Gran multigesta (6 a más gestaciones)

2.7.5 Paridad:

- Nulípara (0 partos)
- Primípara (1 parto)
- Multípara (2 – 5 partos)
- Gran multípara (6 a más partos)

2.7.6 Antecedente de hipertensión inducida por el embarazo:

- Si
- No

2.7.7 Edad gestacional:

- Pretérmino (23 – 36 semanas)
- A término (37 – 40 semanas)
- Postérmino (41 semanas a más)

2.7.8 Atención prenatal:

- Ninguno (0 - 1)
- Inadecuado (2 – 5)
- Adecuado (6 a más)

2.7.9 Culminación de parto:

- Vaginal
- Cesárea

2.7.10 Preeclampsia:

- Leve:
 - ✓ Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg.
 - ✓ Proteinuria de 0.3 a 5 g/litro en orina de 24 hrs.
 - ✓ Proteinuria cualitativa desde 1 trazas a 1(+).
- Severa:
 - ✓ Presión arterial mayor o igual que 160/110 mmHg.
 - ✓ Proteinuria igual o mayor de 5 g/litro en orina de 24 hrs.
 - ✓ Proteinuria cualitativa de 2 a 3(+).

2.7.11 Complicaciones maternas:

- Eclampsia
- Síndrome de HELLP
- Eclampsia + Síndrome de HELLP
- Parto prematuro

2.7.11 Complicaciones maternas:

- Edema pulmonar
- Insuficiencia renal
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Coagulación intravascular diseminada
- Hemorragia postparto
- Ninguna complicación

2.8 Técnicas de recolección de datos

Se utilizó las historias clínicas de todas las gestantes con diagnóstico de preeclampsia que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante Enero 2013 - Julio 2014. Se utilizó una ficha de recolección de datos, para recoger la información, preparada especialmente para el estudio.

El instrumento utilizado en la presente investigación fue validado por expertos, entre ellos, 2 gineco-obstetras de la institución donde se realizó el estudio.

2.9 Técnicas para el procesamiento de la información

La recolección de datos para la investigación se obtuvo de las historias clínicas de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia ingresadas al hospital durante el periodo de estudio.

Se utilizó los paquetes estadísticos de media o promedio aritmético, la desviación estándar y el rango o intervalo, para describir las variables cuantitativas y la descripción porcentual para las variables y datos cualitativos. La información se procesó en el programa informático de Microsoft Office Word para la digitalización y procesamiento de la información.

Para la elaboración de gráficos y tablas estadísticas se utilizó el programa informático de Microsoft Office Excel y el estadístico SPSS statistics.

Se realizó el análisis pertinente de los resultados obtenidos; a partir de la cuales se elaboraron las conclusiones y recomendaciones.

2.10 Aspectos éticos

El presente trabajo se basó en la confidencialidad:

Asegurando mantener el anonimato de los nombres de las gestantes registradas en las historias clínicas seleccionadas. Se registraron solo los datos necesarios para la investigación y el número de historia clínica; no se registraron los nombres, dirección y otros datos personales de las gestantes.

CAPITULO III

RESULTADOS

Tabla N°1-A

Frecuencia de preeclampsia según partos atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco
La Hoz Enero 2013 - Julio 2014

FRECUENCIA DE PREECLAMPSIA	N°	%
Con diagnóstico de preeclampsia	168	3
Sin diagnóstico de preeclampsia	5364	97
Total	5532	100

Fuente: Oficina de Estadística del HCLLH

La presencia de Preeclampsia del total de partos atendidos tiene una frecuencia de 3% en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.

Tabla N°1-B

Frecuencia de preeclampsia según tipo en gestantes atendidas en el Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz Enero 2013 - Julio 2014

TIPO DE PREECLAMPSIA	N°	%
Leve	24	20.5
Severa	93	79.5
Total	117	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

El tipo de preeclampsia más frecuente es la severa con 79.5% del total de casos estudiados de gestantes con preeclampsia en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio.

Gráfico N°1-A

Frecuencia de preeclampsia según partos atendidos en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Enero 2013 - Julio 2014

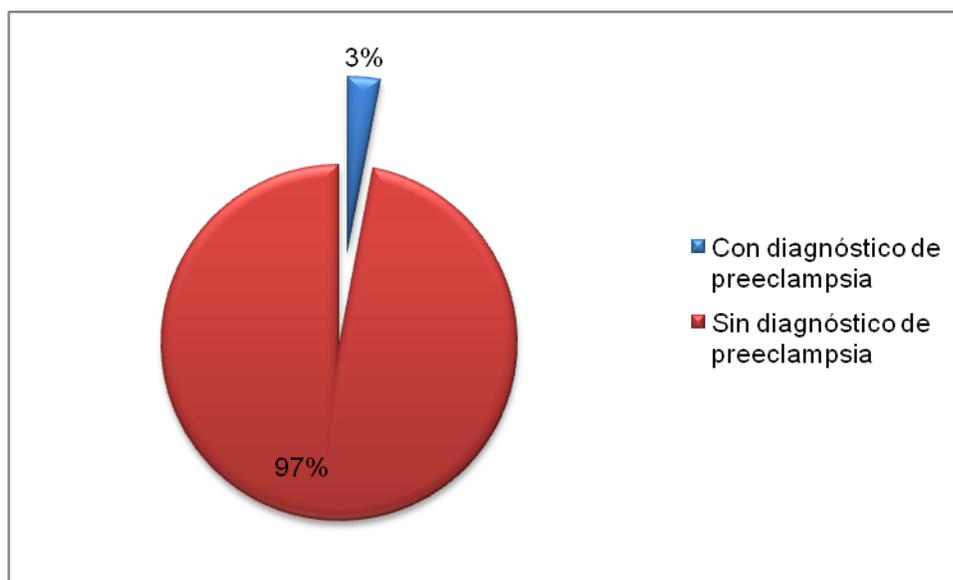


Gráfico N°1-B

Frecuencia de preeclampsia según tipo en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Enero 2013 - Julio 2014

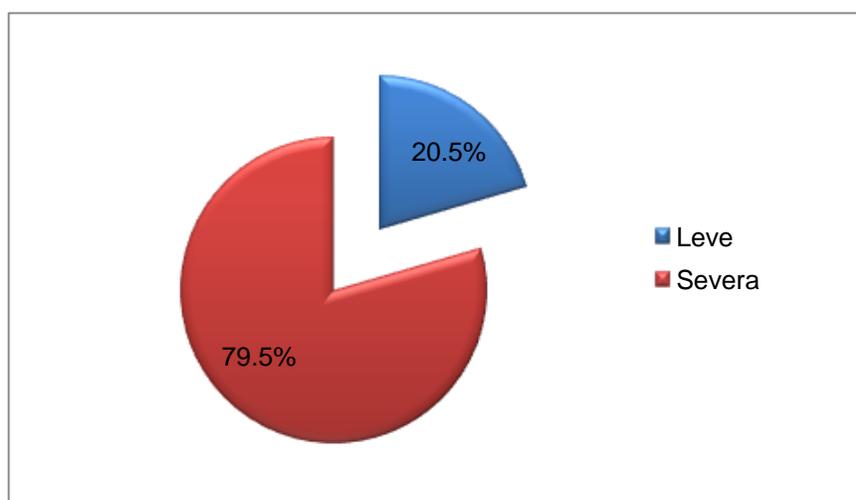


Tabla N°2

Gestantes con preeclampsia según características sociodemográficas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Enero 2013 – Julio 2014

Características sociodemográficas	Nº	%
EDAD		
<15	1	0.9
15-19	19	16.2
20-24	28	23.9
25-29	19	16.2
30-34	25	21.4
35 a más	25	21.4
ESTADO CIVIL		
Casada	9	7.7
Conviviente	91	77.8
Soltera	17	14.5
GRADO DE INSTRUCCIÓN		

Analfabeta	3	2.6
Primaria	10	8.6
Secundaria	83	70.9
Superior	4	3.4
Superior No Univ.	17	14.5
TOTAL	117	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según nuestros resultados un total de 61.5% se encuentra en edad fértil, mientras que solo 7.7% son casadas y 82% no cuentan con estudios superiores.

Gráfico N°2

Gestantes con preeclampsia según características sociodemográficas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Enero

2013 – Julio 2014

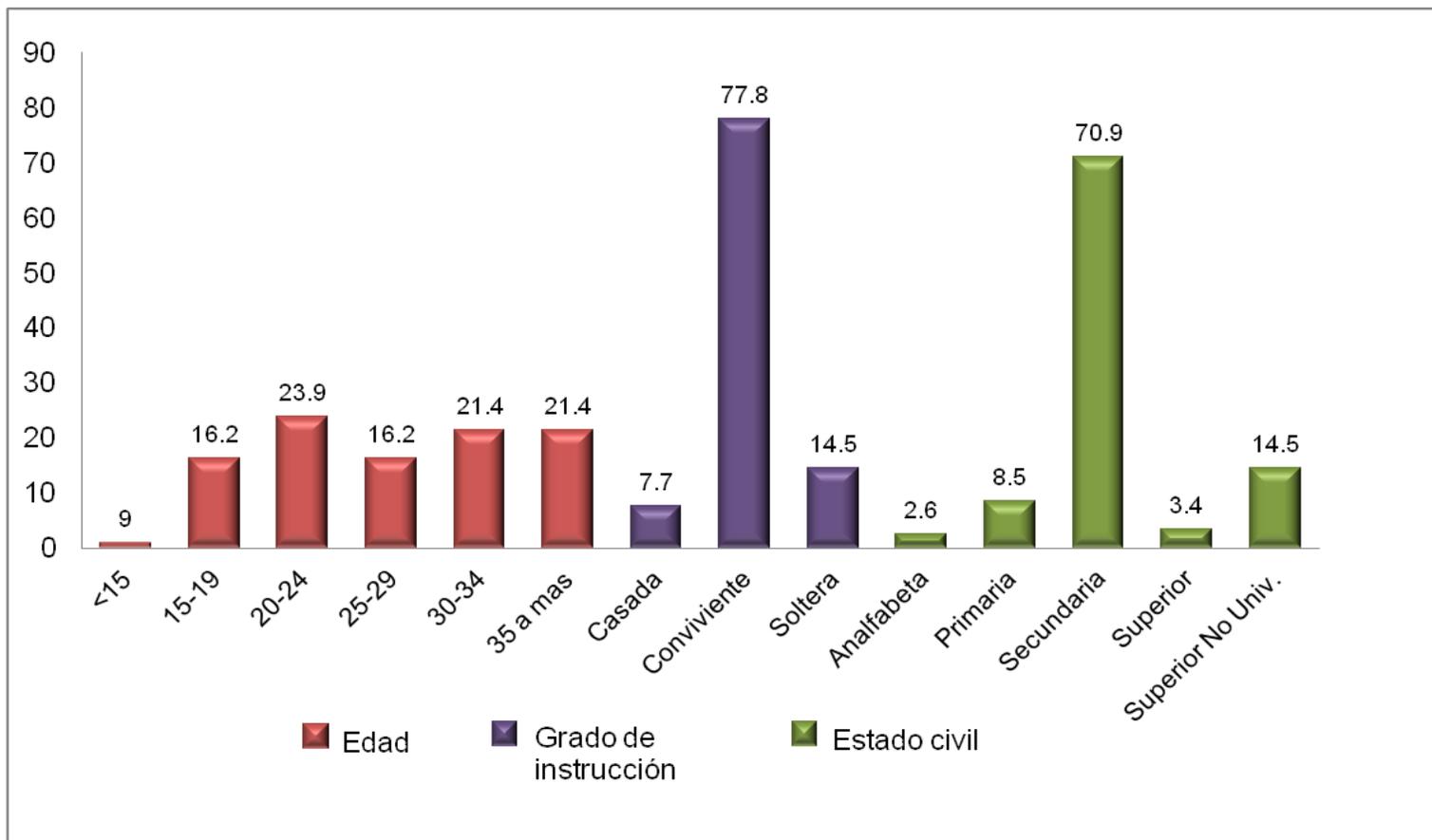


Tabla N°3

Gestantes con preeclampsia según características gineco-obstétricas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Enero 2013 – Julio 2014

Características gineco-obstétricas	Nº	%
GESTACIONES		
Primigesta (1 gestación)	46	39.3
Multigestas (2-5 gestaciones)	64	54.7
Gran multigesta (6 a más)	7	6
PARIDAD		
Nulípara (0 partos)	56	47.9
Primípara (1 parto)	28	23.9
Múltipara (2-5 partos)	33	28.2
ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO		
Si	21	17.9
No	96	82.1
EDAD GESTACIONAL		
Prétermino (23-36)	22	18.8
A término (37-40)	82	70.1
Postérmino (41 a más)	13	11.1
ATENCIÓN PRENATAL		
Ninguno (0-1)	16	13.7
Inadecuado (2-5)	49	41.9
Adecuado (6 a más)	52	44.4
CULMINACIÓN DE PARTO		
Vaginal	18	15.4
Cesárea	99	84.6
TOTAL	117	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Las gestantes con preeclampsia en su mayoría resultaron multigestas con 54.7%, en cuanto a paridad la mayoría son nulíparas, sin antecedentes de hipertensión inducida por el

embarazo, con un embarazo a término y cuentan con control prenatal adecuado, culminando 84.6% en cesárea.

Gráfico N°3

Gestantes con preeclampsia según características gineco-obstétricas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Enero

2013 – Julio 2014

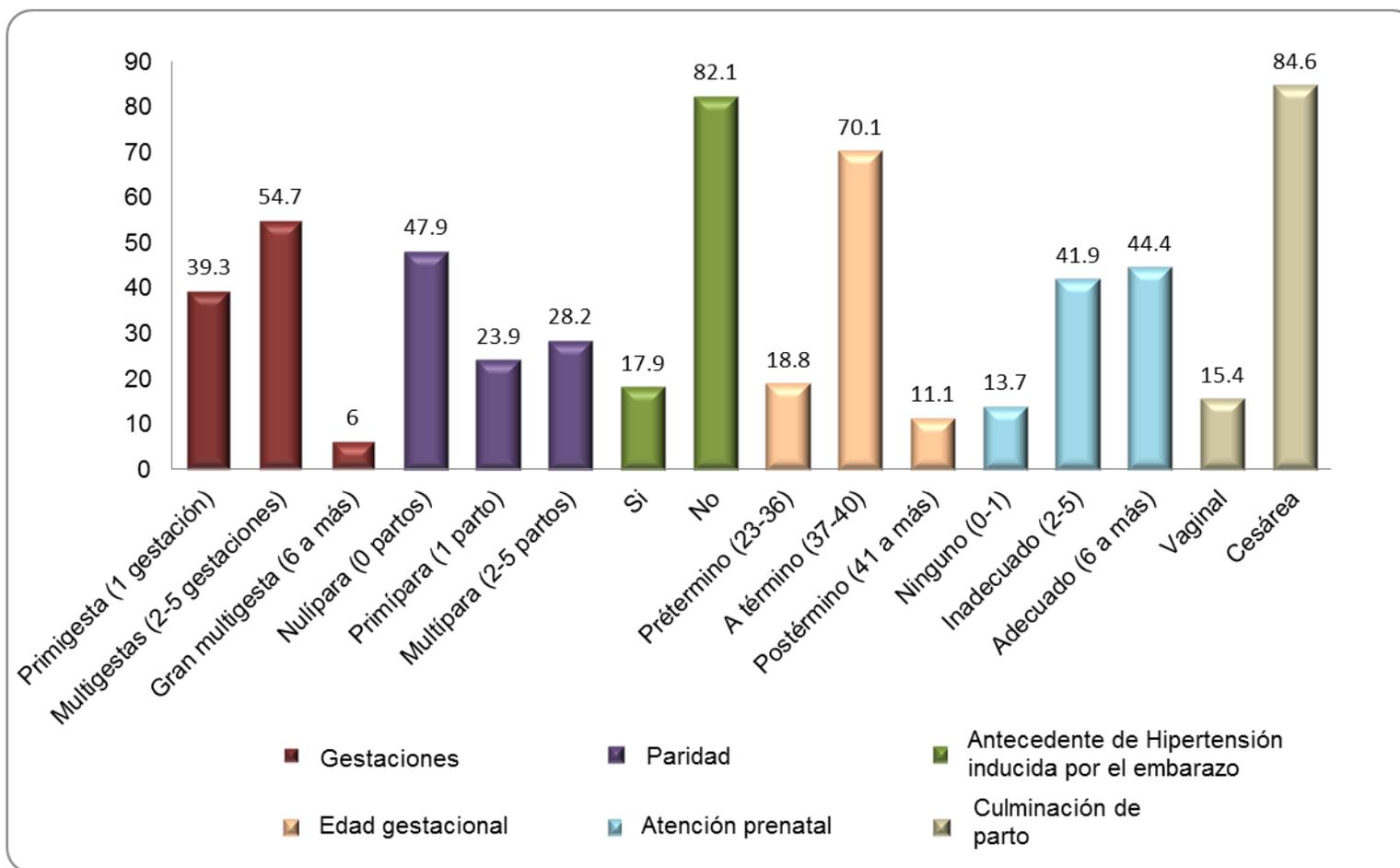


Tabla N°4

Gestantes con preeclampsia según complicaciones maternas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Enero 2013 – Julio 2014

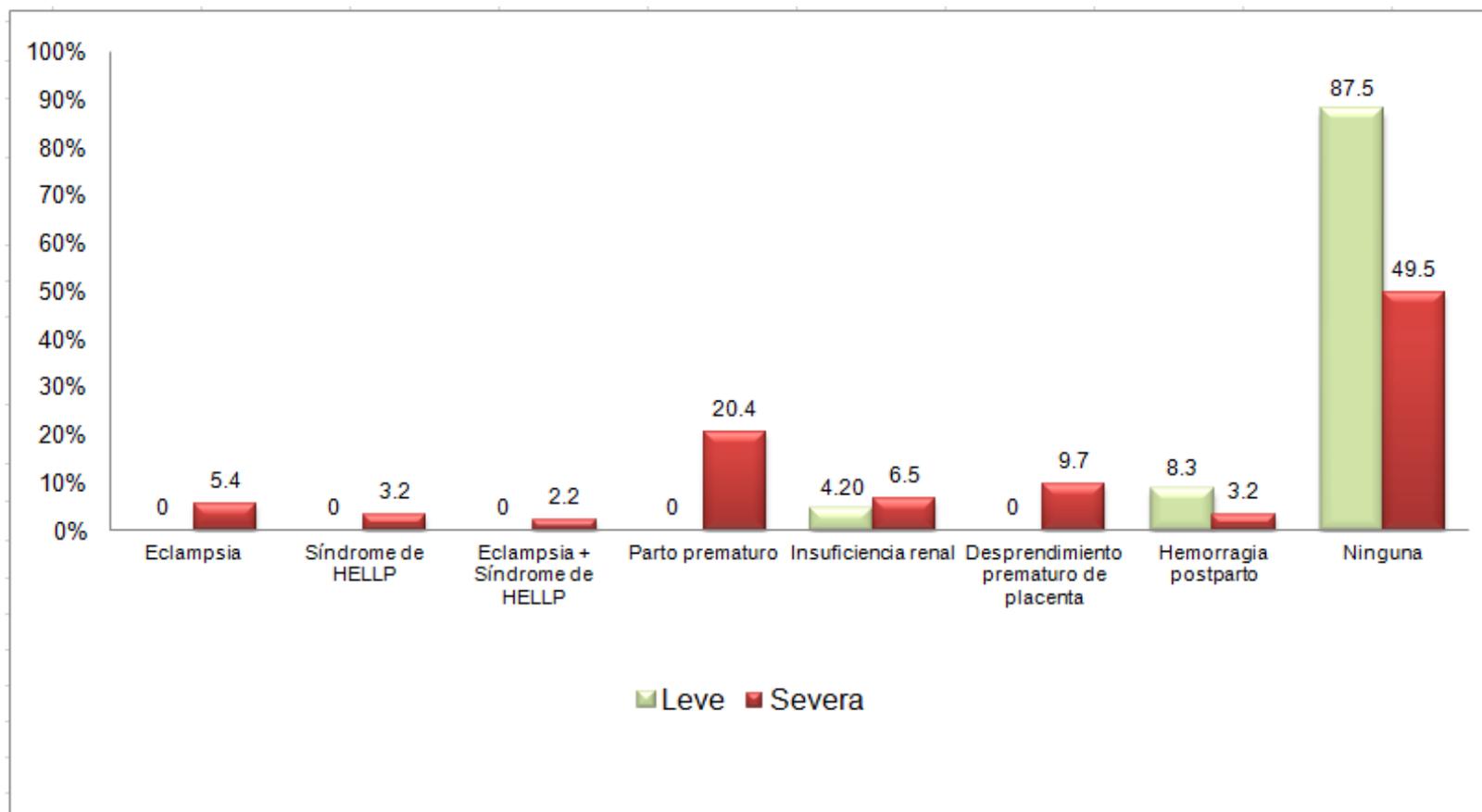
PREECLAMPSIA						
COMPLICACIONES MATERNAS	Leve		Severa		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
• Eclampsia	-	-	5	5.4	5	4.3
• Síndrome de HELLP	-	-	3	3.2	3	2.6
• Eclampsia + Síndrome de HELLP	-	-	2	2.2	2	1.7
• Parto prematuro	-	-	19	20.4	19	16.2
• Insuficiencia renal	1	4.2	6	6.5	7	6
• Desprendimiento prematuro de placenta	-	-	9	9.7	9	7.7
• Hemorragia postparto	2	8.3	3	3.2	5	4.3
• Ninguna complicación	21	87.5	46	49.5	67	57.3
TOTAL	24	100	93	100	117	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según los estudios, las complicaciones maternas más frecuentes fueron en gestantes con preeclampsia severa; obteniendo un mayor porcentaje la presencia de parto prematuro con 20.4% entre las complicaciones enunciadas.

Gráfico N°4

Gestantes con preeclampsia según complicaciones maternas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Enero 2013 – Julio 2014



CAPITULO IV

DISCUSIÓN

TABLA I-A. Frecuencia de preeclampsia según partos atendidos:

El porcentaje de preeclampsia en el periodo de estudio (Enero 2013-Julio 2014) resultó 3% (168) del total de partos atendidos.

Sin embargo en un estudio realizado por Ochoa Z., Ricardo y Parrella S., Mauricio, para determinar la morbilidad por preeclampsia leve y severa en pacientes embarazadas atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 - Septiembre 2009. Barcelona, Marzo 2010⁴, hallaron resultados de gestantes con preeclampsia con un total de 1.2% (84), lo cual es aproximadamente la mitad comparado con nuestra investigación.

TABLA I-B. Frecuencia de preeclampsia según tipo:

Con respecto a nuestra investigación encontramos un mayor porcentaje de gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa 79.5%(93) del total de casos.

A diferencia de la investigación realizada por Tito Pizarro Amelia Crisanta, sobre “Complicaciones clínicas y epidemiológicas en las pacientes con preeclampsia en el periodo de Enero 2009 a Noviembre 2013 en la Clínica Internacional sede San Borja”⁸ en el cual se revisaron 165 historias clínicas de gestantes con preeclampsia,

halló que la mayoría de casos de gestantes con preeclampsia tuvieron del tipo leve 62% (102); lo cual discrepa con nuestra investigación.

TABLA II. Gestantes con preeclampsia según características sociodemográficas:

De acuerdo a esta investigación el grupo etario de mayor predominio fue entre 20 - 24 años con 23.9% (28), seguido por el grupo etario de 30 – 34 años y 35 a más años de edad ambos con el mismo porcentaje de 21.4% (25).

Para la mayoría de estudios realizados, las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) han estado asociadas estadísticamente con la preeclampsia y en estos casos el riesgo se duplica.

En nuestra investigación el mayor porcentaje lo obtuvieron las mujeres en edad reproductiva, lo que puede ser un factor de riesgo en esta población; es decir la mujer en edad fértil.

Se encuentra similitud con nuestra investigación el estudio realizado por Tito Pizarro Amelia Crisanta sobre “Complicaciones clínicas y epidemiológicas en las pacientes con preeclampsia en el periodo de Enero 2009 a Noviembre 2013 en la Clínica Internacional sede San Borja”⁸ donde hubo una mayor frecuencia de gestantes que tuvieron preeclampsia con edades comprendidas entre 20 a 34 años con 67.9% (112).

Así mismo la investigación de Castro Vintimilla Josue Esteban¹⁶ coincide con nuestra investigación, obteniendo el mayor porcentaje entre las edades 20 – 24 con 30,81%(23).

Con respecto al estado civil se encuentra un mayor predominio de gestantes que conviven 77.8% (91), seguido estadísticamente por gestantes solteras con 14.5% (17) y con un menor porcentaje las gestantes casadas con 7.7% (9).

Coincidiendo con nuestra investigación, el estudio realizado por Incacari Condori Bertha Victoria sobre “Morbimortalidad materno-perinatal en madres preeclámpticas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el periodo Enero – Diciembre 2011”¹² obtuvo que el mayor porcentaje de gestantes eran convivientes 72.5% (87).

Respecto al grado de instrucción el mayor porcentaje gestantes 70.9% (83) realizó estudios hasta el nivel secundario, mientras que el porcentaje más bajo 2.6% (3) fueron gestantes analfabetas y 3.4% (4) no recibió estudios superiores universitarios.

Para Caiza Mosquera Sayra en su tesis sobre “Complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia atendidos en el Hospital José María Velasco Ibarra - Tena en el periodo Enero 2009 - Enero 2010, Ecuador”² encuentra 60% (37) con instrucción secundaria, seguido por el nivel de instrucción primaria con 29% (28), mientras que el porcentaje más bajo fue para el nivel de instrucción superior con 8%

(5) y 3% (2) no ha tenido ninguna instrucción; coincidiendo estos resultados con los de nuestra investigación.

TABLA III. Gestantes con preeclampsia según características gineco-obstétricas:

Con respecto a nuestra investigación el mayor porcentaje de gestantes con preeclampsia se observa en el grupo de multigestas (2 – 5 gestaciones) con 54.7% (64), seguido por las gestantes primigestas (1 gestación) con 39.3% (46).

A diferencia con nuestra investigación, el estudio de Chapalbay Parreño Rene sobre “Principales complicaciones de preeclampsia en pacientes que acuden al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, Ecuador”⁶ los resultados obtenidos fueron con un mayor porcentaje primigestas 54% (42), seguido con 46% (36) multigestas.⁶

Se encontraron también diferencias con nuestro estudio, en la investigación realizada por la tesista Matías de la Cruz Rocio Pamela sobre “Factores de riesgo de preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga 2010”¹⁷ con 72% (36) primigestas y en un menor porcentaje 28% (14) multigestas.

La literatura médica indica como un factor de riesgo la primera gestación a diferencia de nuestra investigación el mayor porcentaje de gestantes son multigestas lo que puede indicar un aumento de riesgo en este grupo.

Con respecto a la paridad, se presenta un predominio de gestantes nulíparas con 47.9% (56), seguido por las primíparas y las múltiparas, ambos con los mismos porcentajes 23.9% (28) cada uno.

Un estudio realizado sobre “Complicaciones clínicas y epidemiológicas en las pacientes con preeclampsia en el periodo de Enero 2009 a Noviembre 2013 en la Clínica Internacional Sede San Borja”⁸ coincide con la investigación hallando el 47.3% (78) de gestantes nulíparas.

A diferencia con nuestra investigación, el estudio sobre “Complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia atendidos en el Hospital José María Velasco Ibarra-Tena en el periodo Enero 2009 – Enero 2010, Ecuador”² donde el mayor porcentaje fue de gestantes múltiparas con 66.1% (41).

En nuestra investigación la mayoría de gestantes con preeclampsia 82.1% (96) no tuvieron antecedente de hipertensión inducida por el embarazo y 17.9% (21) si presentaron antecedente de hipertensión inducida por el embarazo.

Similar con nuestra investigación, la tesis realizada por Ochoa Z., Ricardo y Parrella S., Mauricio sobre “Morbilidad por preeclampsia leve y severa en pacientes embarazadas atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 - Septiembre 2009, Barcelona”⁴, 88.24% (70) no tuvieron antecedente de hipertensión inducida por el embarazo.

De acuerdo a nuestra investigación el mayor porcentaje de las gestantes fueron a término (37 – 40 semanas) resultando 70.1% (82) y en un menor porcentaje las gestantes posttérmino (41 a más semanas) con 11.1% (13).

Igualmente para Diaz Tamariz Cecilia Antonella¹¹ en su estudio retrospectivo, transversal, descriptivo sobre “Características clínicas epidemiológicas de la preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2011” encontró 77.8% (96) con edad gestacional mayor de 37 semanas; siendo similar a nuestra investigación.

De la misma manera coincide con nuestra investigación el estudio realizado sobre “Principales complicaciones de preeclampsia en pacientes que acuden al Hospital Provincial General Docente de Riobamba”⁶, obtuvo que el mayor porcentaje de gestantes 67% (52) presentaron una gestación a término.

De la misma manera coincide con nuestro estudio la investigación de Torres Camacho María sobre “Factores de riesgo de preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga 2010. Riobamba-Ecuador”¹⁷, obtuvo 46% (23) de gestantes con edad gestacional mayor a 37 semanas.

Según nuestro estudio realizado en este grupo de gestantes 44.4% (52) tuvieron atención prenatal adecuada (6 a más) y representando la gran mayoría de gestantes con 55.6% (65) tuvieron una atención prenatal inadecuada.

Similar con nuestra investigación, el estudio de Matías de la Cruz Rocio Pamela en su tesis “Factores predisponentes de 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. Guayaquil-Ecuador”¹⁵, halló que la mayoría de gestantes con 56% (101) tuvieron inadecuada atención prenatal (hasta 5).

A diferencia con los resultados obtenidos en nuestra investigación, el estudio realizado por Martinez Ortiz Karina Marisol sobre Severidad de la preeclampsia en relación con la edad en pacientes ingresadas al servicio de ginecología del IESS en el período junio 2009 a mayo 2010. Ecuador”¹⁴, halló resultados de mayor porcentaje con 77% (37) en gestantes que se realizaron entre 6 y 10 atenciones prenatales.

La culminación del parto en nuestra investigación en la mayoría de gestantes fue cesárea representando 84.6% (99) y en un mínimo porcentaje con 15.4% (18) culminó en parto vaginal.

Se encontró similitud con nuestra investigación en la tesis de Incacari Bertha Victoria sobre “Morbimortalidad materno-perinatal en madres preeclámpticas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Enero-Diciembre 2011”¹², encontrando un mayor porcentaje representado por 85.8% (103) de gestantes que culminaron en cesárea.

Sin embargo encontramos diferencias entre nuestra investigación y el estudio realizado sobre “Complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia

atendidos en el Hospital José María Velasco Ibarra - Tena en el periodo Enero 2009 - Enero 2010, Ecuador”², el cual obtuvo resultados de 54.9% (34) fueron gestantes que culminaron su parto vía vaginal.

TABLA IV. Gestantes con preeclampsia según complicaciones maternas:

Con respecto a la investigación realizada se reporta 57.3% sin ninguna complicación materna entre gestantes con preeclampsia leve y severa, la complicación más relevante fue el parto prematuro con 20.4% del total de las gestantes con preeclampsia severa; 7.7% tuvo desprendimiento prematuro de placenta y con un mínimo porcentaje 1.7% presentó eclampsia + síndrome de HELLP entre preeclampsia leve y severa. Observándose en nuestro estudio que las gestantes con preeclampsia leve se complicaron 12.5%, mientras que las gestantes que tuvieron preeclampsia severa se complicaron 50.5% lo cual coincide con la literatura médica.

Se encuentra similitud con nuestro estudio en la investigación de Tito Pizarro Amelia Crisanta sobre “Complicaciones clínicas y epidemiológicas en las pacientes con preeclampsia en el periodo de Enero 2009 a Noviembre 2013 en la Clínica Internacional sede San Borja” ⁸, donde la complicación materna más frecuente fue el parto prematuro representado por 42.3% (83).

A diferencia con nuestro estudio, Incacari Condori Bertha Victoria en su tesis sobre “Morbimortalidad materno-perinatal en madres preeclámpticas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima Enero-Diciembre 2011”¹², obtuvo como

la complicación materna más frecuente la insuficiencia renal aguda representado por 15% del total de casos, mientras que en nuestra investigación la insuficiencia renal aguda obtuvo un resultado de 6%; siendo en nuestro estudio la tercera complicación materna.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La hipertensión arterial durante la gestación es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna. A pesar de los múltiples avances en la atención prenatal y perinatal, la preeclampsia continúa teniendo importantes efectos en la morbi-mortalidad materna de un país.
- La frecuencia de preeclampsia fue 3% en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante Enero 2013 a Julio 2014, coincidiendo con el rango en porcentaje de preeclampsia a nivel nacional.
- La mayoría de gestantes con preeclampsia 61.5% pertenecen a la edad fértil, se debe considerar este grupo etario como factor de riesgo; la mayoría resulto conviviente y con un nivel de instrucción secundario, lo cual nos indica el nivel económico bajo en esta población.
- En las características gineco-obstétricas podemos concluir que la preeclampsia se presentó en pacientes multigestas y nulíparas, representando este un indicador a tener en cuenta como factor de riesgo. Con respecto al antecedente de hipertensión inducida por el embarazo 17.9% tuvieron este como antecedente; predominó la gestación a término, con una atención prenatal inadecuada lo que indica que a pesar de las estrategias innovadas para la atención prenatal esta no es adecuada y la morbi-mortalidad por preeclampsia prevalece. En su mayoría culminan el embarazo por vía

abdominal siendo este uno de los manejos de la complicación por preeclampsia.

- Respecto a las complicaciones maternas, la mayoría de las gestantes que tuvieron preeclampsia severa presentaron parto prematuro y en un mínimo porcentaje se complicaron en Eclampsia. Con respecto a la preeclampsia leve en su mayoría presentaron hemorragia postparto. En cuanto a la insuficiencia renal presentó la misma cantidad de casos entre preeclampsia leve y severa. No se reportó ningún caso con edema pulmonar y coagulación intravascular diseminada.

RECOMENDACIONES

Al personal del departamento de Gineco-obstetricia se le recomienda:

- Sensibilizar a la población sobre las complicaciones de la preeclampsia y la importancia de la atención prenatal.
- Educar a la gestante y entorno social en signos de alarma del embarazo y la importancia de realizarse todos los exámenes solicitados y acudir a todas las interconsultas solicitadas para prevenir las complicaciones de la patología estudiada.
- Elaborar estrategias nuevas para tener una óptima atención prenatal.
- Realizar un seguimiento de los exámenes auxiliares, resaltando la importancia del ácido sulfosalicílico y proteinuria; difundir su uso obligatorio en la atención prenatal.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Internet]. Mayo, 2014 [consultado 07 Agosto 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
2. Cayza S. Complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia atendidos en el Hospital José María Velasco Ibarra - Tena en el periodo Enero 2009 - Enero 2010 [Tesis]. Ecuador: Escuela superior politécnica de Chimborazo. Facultad de salud pública; 2010. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1901>
3. Coronado B. Frecuencia de la preeclampsia en pacientes primigestas. Propuesta de prevención en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de ciencias médicas. Escuela de obstetricia; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1858>
4. Ochoa R, Parrella M. Morbilidad por preeclampsia leve y severa en pacientes embarazadas atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 - septiembre 2009 [Tesis]. Venezuela: Universidad de Oriente. Escuela de Ciencias de la Salud; 2010. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/4299>

5. Vargas V, Acosta G, Moreno M. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev. chil. obstet. ginecol. [Revista en línea]. 2012 [Consultado 5 agosto 2014]; 77(6), 471-476. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci_arttext
6. Chapalbay R. Principales complicaciones de preeclampsia en pacientes que acuden al Hospital Provincial General Docente de Riobamba, 2010 [Tesis en línea]. Ecuador: Escuela superior politécnica de Chimborazo. Facultad de salud pública; 2010. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1905>
7. Del Carpio AL. Situación de la mortalidad maternal en el Perú, 2000-2012. Rev Perú Med Exp Salud Pública. [Revista en línea] 2013 [Consultado 5 agosto 2014]; 30(3):461-4. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Jun2014/publicaciones/DEL-CARPIO-Situacion-Mortalidad-Materna-Peru-2000-2012.pdf>
8. Tito A. Complicaciones clínicas y epidemiológicas en las pacientes con preeclampsia en el periodo de Enero 2009 a Noviembre 2013 en la Clínica Internacional sede San Borja [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina; 2014.
9. Vargas H. Complicaciones de la preeclampsia en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital María Auxiliadora en el periodo Junio 2013 a Noviembre 2013 [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina; 2014.

10. Jáuregui M. Complicaciones frecuentes asociadas a la preeclampsia en puérperas en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren - EsSalud de Enero a Diciembre del 2010 [Tesis]. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Facultad de Medicina; 2011.
11. Díaz C. Características clínicas epidemiológicas de la preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el período 2008 – 2009 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2011.
12. Incacari B. Morbimortalidad materno-perinatal en madres preeclámpticas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima Enero-Diciembre 2011 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela de Post-grado; 2012.
13. Pérez L. Mortalidad materna por pre-eclampsia en el Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión" 2004-2008 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2009.
14. Martínez K. Severidad de la preeclampsia en relación con la edad en pacientes ingresadas al servicio de ginecología del IESS en el período junio 2009 a mayo 2010 [Tesis en línea]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud; 2011. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/922>

15. Matías R. 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 en línea]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia; 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>
16. Castro J. Prevalencia, signos y síntomas de preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Provincial de la Ciudad de Riobamba en el Periodo Abril 2009 – Marzo 2010 [Tesis en línea]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina; 2010. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1911>
17. Torres M. Factores de riesgo de preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga 2010 [Tesis en línea]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública. Escuela de Medicina; 2010. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/803>
18. Malvino, E. Obstetricia Crítica [Libro electrónico]. Argentina; 2008. Disponible en: http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Historia_Preeclampsia.pdf
19. Schwarcz RL, Fesina RH, Duverges CA. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005. p. 301.
20. Carputo R., Barranco AM. Clases de residentes: Fisiopatología de la preeclampsia. ¿es posible prevenirla? [Libro en línea]. 2013. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/activi

dad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_fisiopatologia_preeclampsia.pdf

21. Schwarcz RL, Fesina RH, Duverges CA. Obstetricia. 6ta ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005. pp. 302 – 303.
22. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Lima, Enero del 2007. pp. 31, 53 - 55.
23. Cunningham FG, Gant N, Leveno K, et al. Williams Obstetricia. 21^a ed. McGraw-Hill: Interamericana de México; 2005. pp. 18 – 19.
24. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. INMP. 2010. pp. 61-62, 64-65.
25. Botero UJ., Henao G., Londoño CJ. Obstetricia y Ginecología. 8a ed. Colombia; 2010. pp. 225, 230 – 231.
26. FASGO. Consenso: Manejo de la preeclampsia grave – eclampsia. Elaborado por la Sociedad Argentina de Hipertensión y Embarazo [En línea]. 2006. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/coneclampsia.pdf>
27. Ministerio de Salud. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión en el embarazo. 2^a ed. Dirección Nacional de salud materno infantil; 2010. pp. 19.
28. Gambone JC. Hobel, CJ, Neville FH. Ginecología y obstétrica de Hacker y Moore. México: Manual moderno; 2011. p. 174.

29. Heras M. Aumento del volumen medio plaquetario como marcador para preeclampsia, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador 2012 [Tesis doctoral en línea]. Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Postgrado de Ginecología y Obstetricia; 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3999>
30. Diccionario de medicina. Oceano Mosby. 4ª Edición. Barcelona. pp. 268, 373, 429, 433, 443, 976, 432, 429, 645.
31. Manual de obstetricia y ginecología. 1ª Edición. 2011. Pg. (43).
32. Dorland Diccionario médico de bolsillo. Dorland. 26ª ed. 2006. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 2004. pp. 155, 170, 412, 642, 734.
33. Dra. Couto ND., Dr. Nápoles MD., Dr. Montes DP., Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Cuba. MEDISAN 2014;18(6):852. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san14614.pdf
34. Dr. Jimenez LO., Dra. Jimenez P. Accidentes cerebrovasculares. Cap. 14. 2003. [consultado el 12 Agosto 2014]. pp. 143. Disponible en: <http://www.med.ufro.cl/Recursos/neurologia/doc/c14a.pdf>

CAPITULO VII

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia en gestantes atendidas
en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
Enero 2013 – Julio 2014

Ficha de recolección de datos

1. Edad:

- Menor de 15 años
- 15 – 19 años
- 20 – 24 años
- 25 – 29 años
- 30 – 34 años
- 35 años a más

2. Estado civil:

- Casada
- Conviviente
- Soltera
- Otro

3. Grado de instrucción:

- Analfabeta
- Primaria
- Secundaria
- Superior
- Superior No Univ.

4. Gestaciones:

- 1 gestación
- 2 – 5 gestaciones
- 6 a más gestaciones

5. Paridad:

- 0 partos

- 1 parto
- 2 – 5 partos
- 6 a más partos

6. Antecedente de hipertensión inducida por el embarazo:

- Si
- No

7. Edad gestacional:

- 23 – 36 ss
- 37 – 40 ss
- 41 ss a más

8. Atención prenatal:

- 0 – 1
- 2 – 5
- 6 a más

9. Culminación de parto:

- Vaginal
- Cesárea

10. Preeclampsia:

- Leve
- Severa

11. Complicaciones maternas:

- Eclampsia
- Síndrome de HELLP
- Eclampsia + Síndrome de HELLP
- Parto prematuro
- Edema pulmonar
- Insuficiencia renal
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Coagulación intravascular diseminada
- Hemorragia postparto
- Ninguna complicación