



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
TESIS DE POSGRADO

MORTALIDAD PERINATAL EN PREECLAMPSIA
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2015



PRESENTADA POR
JOHNNY ANTONIO CLAVO FERIA

ASESOR
MGTR. ZOEL ANIBAL HUATUCO COLLANTES

TESIS
PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ
2017



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

El autor permite entremezclar, ajustar y construir 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/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**MORTALIDAD PERINATAL EN PREECLAMPSIA
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2015**

PARA OPTAR

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN MEDICINA CON MENCIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR
JOHNNY ANTONIO CLAVO FERIA**

**ASESOR
MGTR. ZOEL ANIBAL HUATUCO COLLANTES**

**LIMA, PERÚ
2017**

JURADO

Presidente: Pedro Javier Navarrete Mejía, doctor en Salud Pública

Miembro: Juan Carlos Velasco Guerrero, doctor en Salud Pública

Miembro: Hilda Beatriz Rivera Córdova, doctora en Educación

A mis queridos padres,
por forjan en mí
sus sabias enseñanzas

AGRADECIMIENTOS

A las personas que, de manera especial, colaboraron para poder desarrollar este trabajo.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	3
1.1. Antecedentes	3
1.2. Bases teóricas	5
1.3. Definición de términos básicos	8
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	10
2.1. Formulación de la hipótesis	10
2.2. Variables y operacionalización	10
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	13
3.1. Tipos y diseño	13
3.2. Diseño muestral	13
3.3. Procedimientos de recolección de datos	15
3.4. Procesamiento y análisis de los datos	15
3.5. Aspectos éticos	16
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	17
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
FUENTES DE INFORMACIÓN	34
ANEXOS	
1. Registros de recolección de datos	

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación existente de la mortalidad perinatal entre pacientes con diagnóstico de preeclampsia materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal periodo enero - marzo de 2015.

Metodología: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal Lima - Perú.

Se analizaron 47 registros de pacientes, siendo los criterios de inclusión las pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa, cuya edad gestacional se confirmó por fecha de última regla, mismas que han terminado su embarazo en el Instituto.

Resultados: El 73.8% fueron gestantes entre 29 y 34 años, la población vulnerable fue la de las nulíparas (45%), el 73.8% fue la población cuya edad gestacional fue mayor 37 semanas; de estas, 66.9% acudieron a sus controles prenatales.

El 34.04% presentaron un aborto, como antecedente obstétrico, el 72% tenían una historia familiar de hipertensión previa al embarazo y el 12.77% de pacientes presentaron antecedentes personales de preeclampsia.

El término del embarazo fue: parto por vía abdominal (82.98%) y las complicaciones fueron: desprendimiento prematuro de placenta/hemorragia uterina (6.5%), síndrome HELLP (6.5%).

Conclusión: El mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de preeclampsia fueron primíparas y nulíparas (83%), estando entre los rangos normales de acuerdo a las variables que se investigaron (edad, número de controles prenatales, edad gestacional, paridad, hemorragia uterina: DPP/Hemorragia uterina, síndrome HELLP).

Palabras clave: preeclampsia, epidemiológicas,

ABSTRACT

Objective: To determine the existing relation of perinatal mortality among patients diagnosed with maternal preeclampsia in the National Maternal Perinatal Institute period January - March 2015.

Methodology: Retrospective, cross-sectional, descriptive study, conducted at the National Maternal Perinatal Institute Lima - Peru.

A total of 47 patient records were analyzed, the inclusion criteria being patients diagnosed with severe preeclampsia, whose gestational age was confirmed by the date of the last period, same as having completed their pregnancy at the Institute.

Results: 73.8% were pregnant between 29 and 34 years, the vulnerable population was the nulliparous population (45%), 73.8% was the population whose gestational age was 37 weeks; of these, 66.9% went to their prenatal controls.

34.04% had an abortion, as an obstetric history, 72% had a family history of hypertension prior to pregnancy and 12.77% of patients had a personal history of preeclampsia.

The term of pregnancy was: abdominal delivery (82.98%) and the complications were: premature placental abruption / uterine hemorrhage (6.5%), HELLP syndrome (6.5%).

Conclusion: The highest percentage of patients diagnosed with preeclampsia were primiparous and nulliparous (83%), being among the normal ranges according to the variables investigated (age, number of prenatal controls, gestational age, parity, uterine bleeding: DPP / Uterine hemorrhage, HELLP syndrome).

Key words: preeclampsia, epidemiological.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un trastorno del embarazo, que solo se presenta en gestantes después de las 20 semanas y del cual se han señalado multiplicidad de causas. Se desconoce su etiología; sin embargo, se sabe sobre su fisiopatología.

Actualmente, los trastornos hipertensivos en el embarazo continúan siendo una de las principales causas de morbilidad en el mundo y, en el Perú, representa la segunda causa de morbilidad materna, luego de la hemorragia, por lo que constituye un problema de salud pública.

El Instituto Nacional Materno Perinatal es una Institución nivel III-2 que se dedica a la investigación, pero principalmente es el centro de referencia a nivel nacional de pacientes con patología gineco-obstétrica y neonatal.

En la actualidad, aunque se han implementado acciones conjuntas que incluyen la formación y acreditación de los profesionales especializados, la utilización de programas preventivos promocionales y mejora tecnológica, la mortalidad neonatal es alta. Se realizó el presente estudio para tener información exacta de mortalidad perinatal en pacientes con preeclampsia, para así poder implementar acciones que mejoren el tratamiento de esta patología.

Por lo expuesto, se formuló el siguiente problema: ¿En el Instituto Nacional Materno Perinatal, cuál es la relación de la mortalidad perinatal y la preeclampsia de enero a marzo 2015?. Planteándose el objetivo general: determinar si hay relación de la mortalidad perinatal en gestantes con preeclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el periodo de enero a marzo 2015.

La hipertensión por gestación constituye el origen de muerte materna más común en los países que se encuentran en vías de desarrollo, ocasionando unas 63,000 muertes maternas anuales, a nivel mundial.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la mortalidad materna como la causa de muerte de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (OPS/OMS, 1995:139).

En el Perú, la preeclampsia, es la segunda causa de muerte materna, representa entre 17 a 21% de muertes, las prevalencias en Hospitales de Lima oscilan entre 14.2% a 10% de los desórdenes por hipertensión leve o severo.

La preeclampsia es un síndrome obstétrico constituyendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal. Puede ser: leve o severa.

El diagnóstico de preeclampsia leve se establece cuando los criterios se presentan la siguiente manera: después del parto o dentro de las seis primeras semanas postparto, después de haber cumplido las 20 semanas de gestación, postparto sin antecedente de hipertensión arterial.

La hipertensión arterial previa: presión arterial mayor 140/90 mmHg y menor de 160/110 mmHg tomadas con intervalo de seis horas cada una en dos periodos con intervalos de seis horas cada uno, durante el reposo en cama, con proteinuria \geq 300 mg <5g. en una recolección de orina por durante 24 horas.

Esto, generalmente se relaciona en una paciente asintomática con presencia de 30 mg/dl en tiras reactivas.

Las enfermedades hipertensivas se definen como trastornos de la gestación que tienen en común: presión diastólica \geq 90 mmHg y/o presión sistólica \geq 140 mmHg, en por lo menos dos registros con intervalo de seis horas entre cada toma.

Según Álvarez F, la preeclampsia se define por la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20. El conocimiento mínimo de la fisiopatología y etiología lleva a que el único tratamiento efectivo sea el parto.

Torres L et al., en 1998, definieron que la preeclampsia es un síndrome clínico frecuente en nuestro medio, principalmente en áreas rurales y/o marginales, las mismas que constituyen áreas socio económicas bajas en donde no se realizan los controles prenatales.

El Instituto Nacional Materno Perinatal es el centro de referencia materna y neonatal nacional, misma que cuenta con unidades de atención maternas: Consultorio Externo, Hospitalización, UCIM y UCIN.

Tal es así, que en todos estos años se han realizado diferentes estudios para evidenciar la relevancia que tiene una patología frecuente materna como lo es la preeclampsia-eclampsia y su implicancia en la muerte neonatal.

En un estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins durante, el año 2000, (Rev. Med. Hered v.14 n.3 Lima set. 2003) se descubrió que una de la principales causas de óbito fetal y muerte perinatal era la preeclampsia – eclampsia.

Sánchez S publicó el artículo sobre epidemiología de la preeclampsia, el cual hace referencia que la preeclampsia es la complicación más frecuente del embarazo.

En el Perú, la morbimortalidad es alta, y se consideran factores asociados al desarrollo de preeclampsia: primer embarazo, hipertensión crónica, diabetes tipo I o II, enfermedad renal crónica, edad <18 años o \geq 40 años, entre otros.

En referencia a la culminación del embarazo, este dependerá de la condición de la gestante, ya que la conducta a seguir debe ser continuar la gestación bajo monitoreo materno-fetal estricto.

Asimismo, se considera como tratamiento a la elección de culminación de la gestación sea por inducción al trabajo de parto o por cesárea, siempre y cuando se evidencie la existencia de sufrimiento fetal o retardo de crecimiento intrauterino.

La mortalidad materna tiene como determinantes aspectos: culturales, socio económicos y educativos entre otros.

La muerte de las gestantes en el Perú en el año 2015, fueron de 93 x cada 100 mil nacidos con vida. Para aproximarse al objetivo de desarrollo del Milenio, el país debería mostrar una casuística de mortalidad aproximada de 66 x 100 mil nacidos vivos.

Guevara E y Meza L, en 2014, presentan un trabajo en el Perú, en donde definen que la hipertensión $\geq 140/90$ mmHg y $< 160/110$ mmHg sin disfunción hematológica, son algunos de los criterios para diagnosticar la preeclampsia.

Considerándose que si la gestante ya tiene 37 semanas o más, el tratamiento definitivo es la culminación de la gestación, debiendo ser ésta electiva, por cesárea o inducida vía vaginal.

En el caso que la gestante tenga menos de 37 semanas y no exista afectación fetal o materna, se puede tener una conducta expectante, teniendo en cuenta siempre un monitoreo materno y fetal. En todo momento, la prioridad debe ser el estado de salud de la gestante.

1.2 Bases teóricas

La eclampsia se reconoce con la presencia de convulsiones en gestantes que presentan hipertensión sin o con proteinuria, sin que existan otras causas de convulsiones conocidas. Sin embargo, el 16% de hipertensión puede estar ausente.

La preeclampsia es el aumento de tensión que ocasiona el embarazo. Es peligrosa tanto para la madre como el feto.

Afecta al 15% de las gestantes, pero si se detecta a tiempo, se puede controlar y, por ende, disminuir sus riesgos.

La preeclampsia, generalmente, se desarrolla al principio de la gestación, pero recién se evidencia aproximadamente al iniciar el tercer trimestre de gestación. Se desconoce su causa.

La preeclampsia determina que la presión arterial va en aumento, medida por lo menos en dos momentos $\geq 140/90$ mmHg y proteinuria ≥ 300 mg/24 h. Asimismo existen factores que ocultan el pronóstico: presión sistólica ≥ 160 mmHg o presión diastólica ≥ 110 mmHg, plaquetas $\leq 100\ 000$ células/mm³, proteinuria ≥ 2 g en 24 horas, creatinina sérica ≥ 1.2 mg/dl. Teniendo la certeza de la existencia de anemia hemolítica microangiopática con aumento de ácido láctico deshidrogenasa, enzimas hepáticas, perturbaciones visuales, dolor de cabeza y dolor en epigástrico persistente.

La preeclampsia puede complicarse de forma aguda: eclampsia, síndrome HELLP, constituyendo un peligro para el bienestar materno y fetal. Anemia hemolítica, microangiopática, edema pulmonar, desprendimiento prematuro de placenta, rotura hepática, falla renal, retardo de crecimiento, coagulopatía intravascular diseminada, edema cerebral, óbito fetal, hemorragia cerebral, amaurosis.

La preeclampsia se presenta predominantemente en mujeres que cuentan con ciertos factores de riesgo, como los siguientes: nuliparidad, edades extremas, raza negra, obesidad, delgadez, embarazo múltiple, falta de control prenatal y el antecedente de un embarazo complicado con preeclampsia y otros factores asociados a la historia personal y familiar de la gestante.

En la preeclampsia, respecto a las gestantes normotensas, la hiperlipidemia se encuentra en niveles altos, así como la vitamina E se encuentra disminuida, del

mismo modo también se presenta en muchos tejidos espasmo arterial, especialmente en hígado, riñones o cerebro.

La hipertensión arterial afecta a las mujeres nulíparas, con los años se muestra una incidencia de la hipertensión crónica, que conlleva al aumento del riesgo de padecer preeclampsia. Por ende es factible considerar que la población más susceptible son las gestantes que se encuentran comprendidas en los extremos de la edad reproductiva.

La tasa de morbimortalidad perinatal secundaria a eclampsia, se deben a la condición materna y a la edad gestacional y; siendo los riesgos primarios del feto debido a las convulsiones maternas puede ser la hipoxia por insuficiencia placentaria y como secundaria se puede dar el (DPP) desprendimiento prematuro de placenta, por ende, las complicaciones por prematuridad, debido a la interrupción del embarazo, el 22% producen las muertes perinatales.

Clasificación de preeclampsia

Preeclampsia leve: definida como la ausencia de la disfunción orgánica, siendo la ganancia de peso o edema la que orienta al diagnóstico, sino hay proteinuria.

Preeclampsia severa: cuando la presión diastólica es $>$ a 110 mmHg o la presión sistólica $>$ 160 mmHg, asimismo se evidencia que en el órgano blanco hay daño: oliguria, cefalalgia, proteinuria, función hepática alterada, confusión, alteraciones visuales, anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, dolor en hipogastrio o hipocondrio derecho, edema pulmonar, retardo de crecimiento uterino y oligohidramnios.

La detección de la preeclampsia, se realiza en los controles prenatales, éstos cuando son oportunos, ya que puede iniciarse e ir progresando hasta desencadenar en una crisis en menos de dos semanas. Asimismo podemos concluir que en periodos largos (cuatro semanas) en los que se realizan cada control prenatal, entre la semana 20 a 28 de gestación, quedan algunas gestantes expuestas a que no se

detectó la preeclampsia, incrementándose el riesgo, motivo por el cual, es deseable que las primigestas cuando menos tengan un control prenatal después de las 24 semanas, cada dos semanas.

El síndrome HELLP es una enfermedad multisistémica que acompaña las formas severas de eclampsia y preeclampsia. Su principal característica es la presencia de anemia hemolítica microangiopática, la trombocitopenia que progresa a la disfunción hepática y la coagulación intravascular diseminada..

1.3 Definiciones de términos básicos

Síndrome hipertensivo del embarazo: Presencia de PAS >140 mmHg y/o 90 mmHg de PAD durante la gestación. Se recomienda que la medición de la PA se realice cada vez que va a control prenatal, está se mide en el brazo a la altura del corazón, la posición debe ser sentada. De esta forma, la presión arterial sistólica es el primer ruido de Korotkoff, siendo la presión arterial diastólica, el quinto ruido. Utilizándose el cuarto ruido, si existe hay persiste la auscultación hasta 0 mmHg.

Preeclampsia: Trastorno del embarazo que ocurre después de las 20 semanas, caracterizado por la presencia de hipertensión arterial, asociada a proteinuria, asimismo se subclasifica: preeclampsia leve y preeclampsia severa.

Preeclampsia leve: Presencia de presión arterial sistólica \geq 140/90mmHg. o < de 160/100 mmHg, con ausencia de daño de órgano blanco (criterios de severidad). Proteinuria cualitativa desde trazas a una+.

Preeclampsia severa: Se asocia la presión diastólica >110 mHg o la presión sistólica > 160 mmHg o se puede evidencia daño en órgano blanco, teniendo una proteinuria cualitativa de dos a tres+ (en test de ácido sulfosalicilico). El compromiso de órganos se manifiesta mediante edema pulmonar, disfunción hepática, elevación de creatinina sérica, oliguria, trastorno de coagulación, ascitis, entre otros.

Eclampsia: Complicación de preeclampsia que producen convulsiones tónico –

clónicas generalizadas.

Hipertensión gestacional: Anteriormente llamada hipertensión inducida por el embarazo. Es la presencia de presión arterial alta, después de las 20 semanas de gestación, sin tener antecedentes de hipertensión, misma que se normaliza en el postparto. Esta categoría incluye la eclampsia, preeclampsia e hipertensión transitoria durante la gestación.

Hipertensión crónica: Se incluyen los cuadros hipertensivos que se detectan antes del embarazo o de lo contrario antes de las 20 semanas de embarazo, y permanecen después del parto.

Hipertensión crónica más preeclampsia sobreagregada: Cuadro grave que conlleva a un mal pronóstico perinatal, a su vez se requiere que para su diagnóstico, una sospecha clínica, la misma que constituye un desafío para el personal profesional tratante.

Rotura hepática: Cuando se complica la preeclampsia severa o el síndrome HELLP, ocasiona muerte materna en un aproximado del 30%, estas por causa hipertensiva.

Síndrome HELLP: Complicación aguda de la preeclampsia severa, cuya característica es la elevación de enzimas hepáticas, plaquetopenia, anemia hemolítica microangiopática.

Plaquetopenia: Las plaquetas son menores de $100\,000\text{mm}^3$.

Anemia hemolítica microangiopática: Existe una alteración en el frotis sanguíneo (esquistocitos), LDH $> 600\text{ UI/L}$ o la hiperbilirrubinemia es $>1,2\text{ mg/dl}$.

Elevación de enzimas hepáticas: Aspartado aminotransferasa (TGO) $\geq 70\text{ UI/L}$.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de hipótesis

En este trabajo no se realizó la formulación de una hipótesis, debido a que se trató de un estudio tipo observacional descriptivo.

2.2 Operacionalización de variables

- Edad
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Antecedentes patológicos personales
- Paridad
- Aborto previo
- Control prenatal
- Tipo de embarazo por número de fetos
- Término de gestación
- La edad gestacional del recién nacido
- Pequeño producto para la edad gestacional
- Complicaciones maternas después del parto vaginal/cesárea
- Complicaciones fetales/neonatales

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	INDICADOR DE CATEGORÍA
Preeclampsia	Trastorno del embarazo producido después de la semana 20, presentando edema, hipertensión y proteinuria.	Cualitativa Dependiente	Nominal	Registro de recolección.	0. NO 1. SI
Antecedentes: patológico personales	Patologías existentes en la paciente diagnosticada de pre-eclampsia	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	1. Ninguno 2. Hipertensión 3. Preeclampsia 4. Diabetes 5. Obesidad
Paridad	Partos de la paciente hasta antes del presente embarazo	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	1. Nulípara 2. Primípara 3. 3 o 4 gestaciones 4. > 4 gestaciones
Aborto	Abortos que tuvo la paciente antes de su última gestación	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	1. Sí 2. No
Control prenatal	Número de control prenatal realizado antes de la culminación de la gestación	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	1. Ninguno 2. < 4 CPN 3. 4 ó más
Tipo de embarazo por número de fetos	Se refiere a si es un embarazo único o una gestación doble o gemelar	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	1. Único 2. Doble / gemelar
Término de gestación	Se refiere a la vía por el cual se obtiene el producto de la gestación	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	1. Parto normal 2. Cesárea
Edad gestacional del recién nacido	Edad del feto, expresada en semanas desde el primer día del último período menstrual de la madre.	Cualitativa Interviniente	Ordinal	Registro de recolección.	1. < 26 semanas 2. > 26 - < 28 semanas 3. > 28 - < 32 semanas 4. > 32 - < 37 semanas 5. > 37 semanas
Producto pequeño para la edad gestacional	Determinación del peso de recién nacido en el momento del nacimiento	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	1. Sí 2. No
Complicaciones maternas después del parto vaginal/cesárea	Alteración que se presenta en la madre después de la culminación de la gestación	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	1. Hemorragia uterina/DPP 2. CID 3. Síndrome Hellp 4. Muerte 5. Ning.

Complicaciones fetales/neonatales	Alteración que se presenta en el recién nacido	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apgar 1 – 3 2. Muerte Feto/neonato 3. Otras 4. Ninguna
Edad	Años cumplidos, es el momento transcurrido entre el nacimiento y el día del diagnóstico de embarazo	Cualitativa Interviniente	Razón	Registro de recolección.	<ol style="list-style-type: none"> 1. < 16 años 2. > 16 y < 18 años 3. > 18 y < 30 años 4. > 30 y < 40 años 5. > 40 años
Estado civil	Condición de la persona dada por determinados aspectos de sus relaciones de familia.	Cualitativa Interviniente	Nominal	Registro de recolección.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Conviviente 4. Divorciada/se parada
Nivel de instrucción	Grado de escolaridad, año aprobado por la madre al momento de su diagnóstico	Cualitativa Interviniente	Ordinal	Registro de recolección.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Sup. técnica 5. Sup. Universitaria

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipos y diseño

Se realizó un estudio cuantitativo, cuyo alcance fue descriptivo, de corte y proyección transversal, siendo su naturaleza no experimental por lo que fue retrospectiva, así como se utilizó una estadística descriptiva.

El estudio descriptivo, se realizó obteniendo la información de las historias clínicas de las pacientes gestantes que se diagnosticaron de preeclampsia, asimismo fue de corte transversal, ya que la medida de las variables fueron realizadas en un solo momento.

3.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes gestantes con diagnóstico de hipertensión gestacional que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal dentro del periodo enero – marzo 2015, las cuales fueron evaluadas mediante la revisión de cada historia clínica.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Todas las pacientes gestantes que tuvieron hipertensión arterial con diagnóstico de preeclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el periodo de enero a marzo 2015.

Criterio de exclusión

Se excluyeron las pacientes gestantes que tuvieron hipertensión arterial con diagnóstico de eclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo de enero a marzo 2015.

Muestra

De acuerdo con la fórmula y los criterios de inclusión y exclusión, resultó que escogieron 47 historias clínicas, ya que la población conocida era de 184 pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia (leve o severa).

Tamaño de muestra

47 historias clínicas de pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

Selección de la muestra

Método de muestreo: La muestra probabilística fue escogida en relación al total de gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

N = 184 pacientes diagnosticadas con pre-eclampsia (leve o severa).

p = 0.05 proporción esperada 5%

q = (1 - 0.05) = 0.95

Z = 1.96 seguridad al 95%

d = 5.4%

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

$$n = \frac{184 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.054(184 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{184 * 3.9416 * 0.0475}{0.054(183) + 3.9416 * 0.1843968}$$

$$n = \frac{33.575584}{0.716104}$$

$$n = 47$$

Unidad de análisis

Gestantes que fueron diagnosticadas con preeclampsia.

Unidad de muestreo

Pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia, que se atendieron durante el periodo de enero a marzo de 2015 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Marco muestral

Relación de pacientes embarazadas diagnosticadas de preeclampsia, las mismas que se atendieron en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo de enero a marzo de 2015.

Estrategia de muestreo

Muestreo aleatorio simple.

3.3 Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos, se elaboró como instrumento el Registro de Recolección de Datos (anexo 1), se registró la información acorde con los objetivos planteados; durante el periodo de estudio, previo permiso.

Se utilizó como fuente a la Oficina de Procesamiento de Datos y con el permiso de la Oficina de Estadística e Informática, se obtuvo la lista de las historias clínicas pertenecientes a las pacientes gestantes diagnosticadas con preeclampsia, mismas que fueron atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el periodo de enero a marzo de 2015.

3.4 Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó acorde con las variables consideradas, relacionadas con la mortalidad perinatal y preeclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, periodo enero - marzo 2015, por ende se elaboró con el programa de SPSS v 23, una base de datos de acuerdo a la codificación de variables.

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics v.23 para la plataforma de Windows poder realizar el análisis de datos y así determinar la frecuencia y porcentaje. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y figuras, para finalmente realizar el informe final.

3.5 Aspectos éticos

En todo trabajo de investigación se deben considerar los aspectos éticos, por lo cual, se solicitó la autorización a la Oficina de Estadística e Informática del INMP, para obtener la información veraz, misma que fue extraída de las historias clínicas, con las cuales se trabajó siguiendo los principios éticos contemplados en el Código de Helsinki (aprobado en 1964, Helsinki, Finlandia).

Para realizar la investigación médica en seres humanos y la evaluación y opinión del Comité de Ética Institucional.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

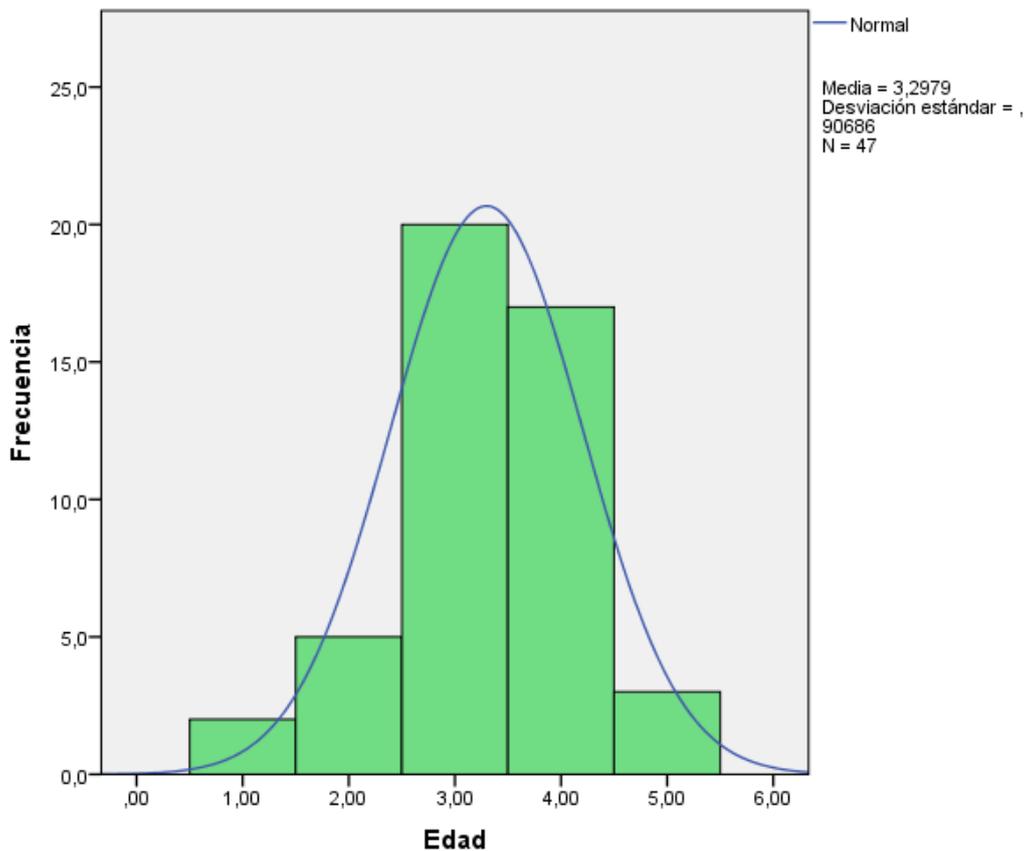


Figura 1. Histograma de distribución de la población estudio de acuerdo a la edad Instituto Nacional Materno Perinatal enero a marzo 2015.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, la edad de la población investigada, osciló entre mayores de 16 y menores de 40 años.

Tabla 1. Características socio demográficas de la población en estudio. Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

Característica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estado Civil				
Soltera	5	10.0	10.0	10.0
Casada	6	12.0	12.0	22.0
Conviviente	36	78.0	78.0	100.0
Grado de Instrucción				
Primaria	3	6.0	6.0	6.0
Secundaria	33	72.0	72.0	78.0
Educción superior	7	14.0	14.0	92.0
Superior universitaria	4	8.0	8.0	100.0

La tabla 1 presenta las características socio demográficas de la población investigada. Observándose lo siguiente: el estado civil, conviviente (78%) ocupa el primer lugar y el grado de instrucción observada con mayor frecuencia corresponde a la categoría secundaria (72%).

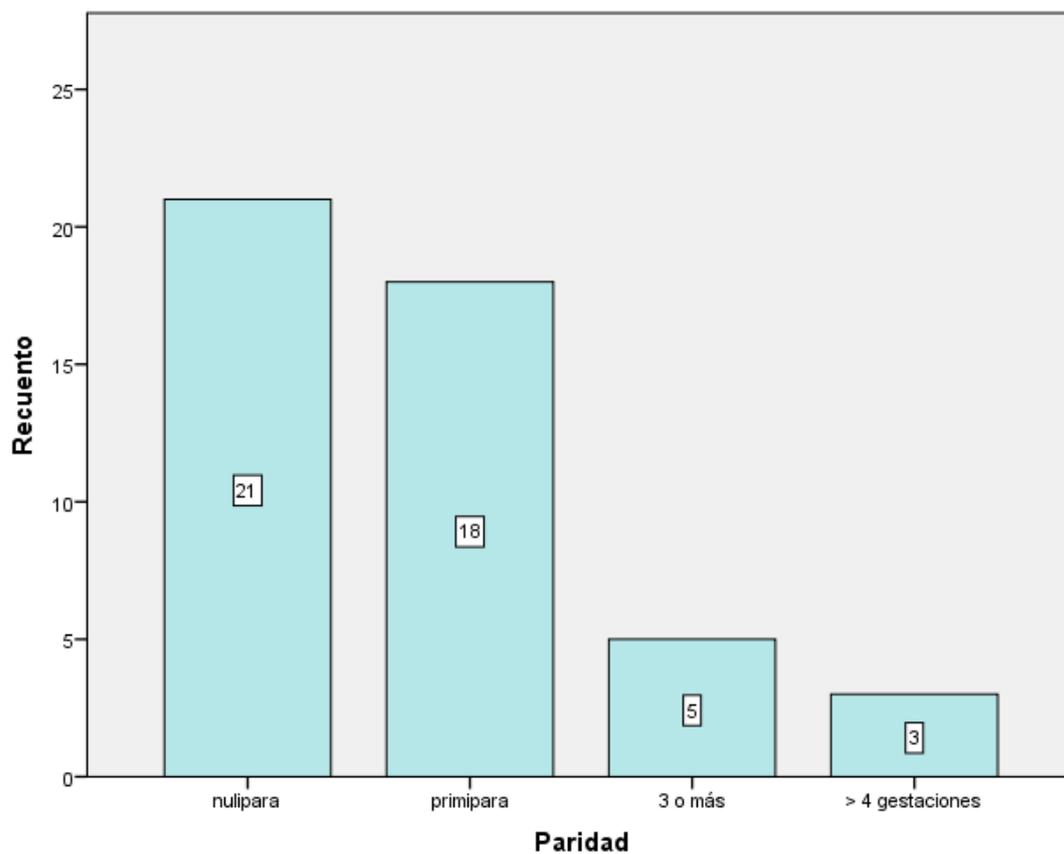


Figura 2. Clasificación de la población sujeta a estudio de acuerdo a sus antecedentes obstétricos Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

En la figura 2, en relación a la variable paridad, observamos que pacientes nulíparas corresponde al 45% (n=21), las primíparas representaron el 38% (n=18), las pacientes que han tenido tres gestaciones constituyeron el 11% (n=5) y las que tuvieron cuatro o más gestaciones representaron el 6% (n=3).

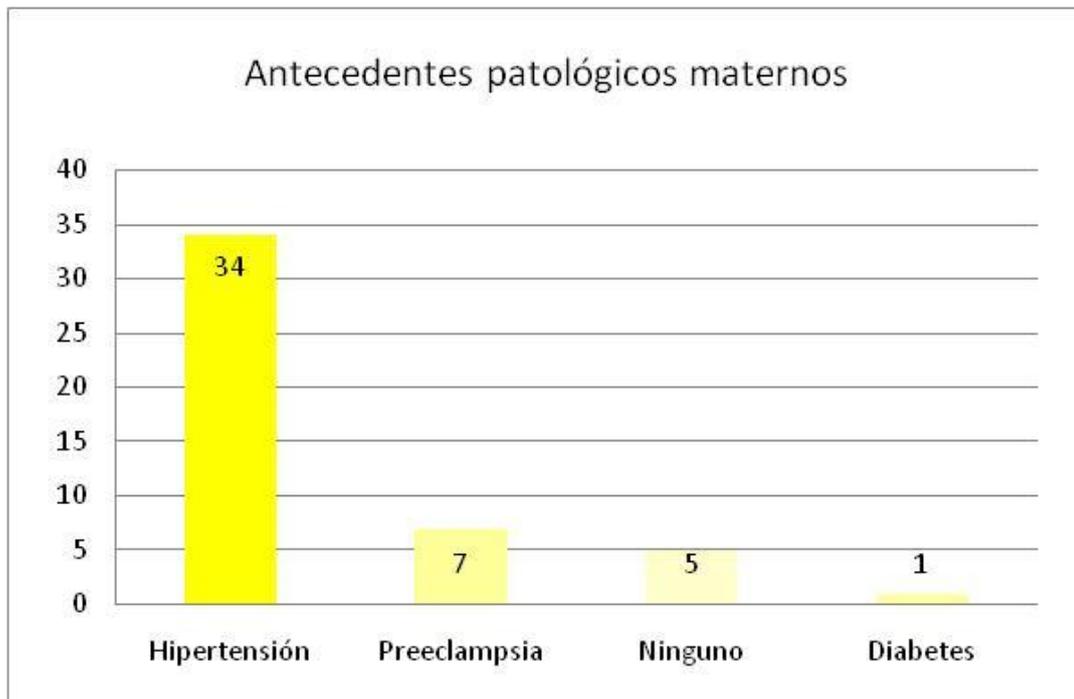


Figura 3. Distribución de los antecedentes patológicos maternos. Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

En la figura 3. Se observó que un 10% no tiene antecedente patológico materno, un 72% de pacientes gestantes presentaron hipertensión previa al embarazo, un 15% presentó preeclampsia previa y, para finalizar, 3% tenemos con antecedente de diabetes.

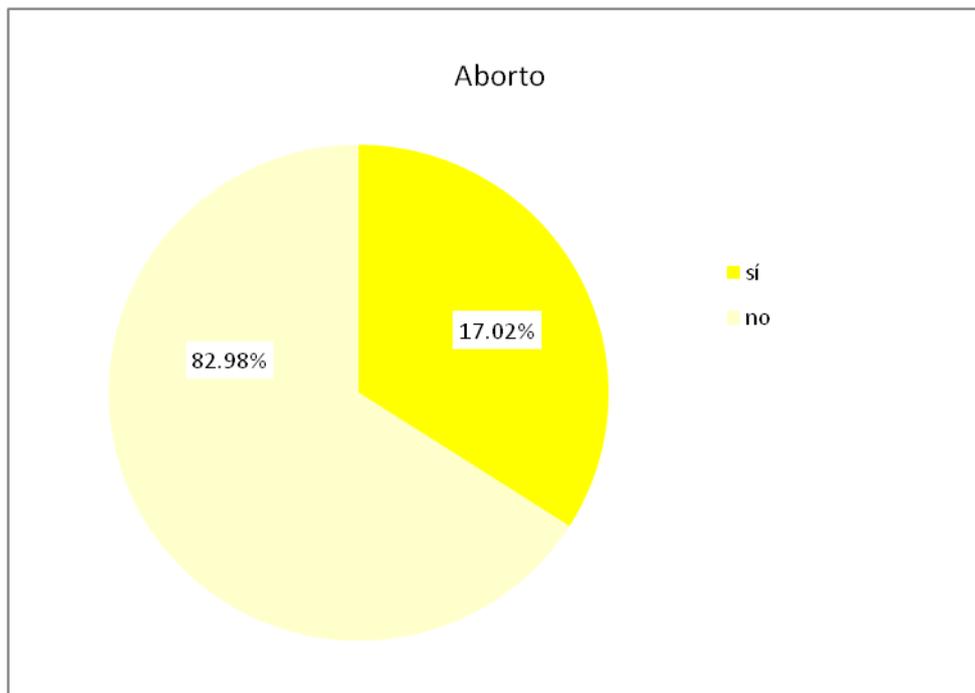


Figura 4. Distribución de aborto. Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

En la figura 4. Se observó que las pacientes gestantes diagnosticadas con preeclampsia que no presentaron aborto previo como antecedente a la gestación actual fue el 65.96%, mientras que aquellas pacientes que tuvieron un aborto previo representaron el 34.04%.

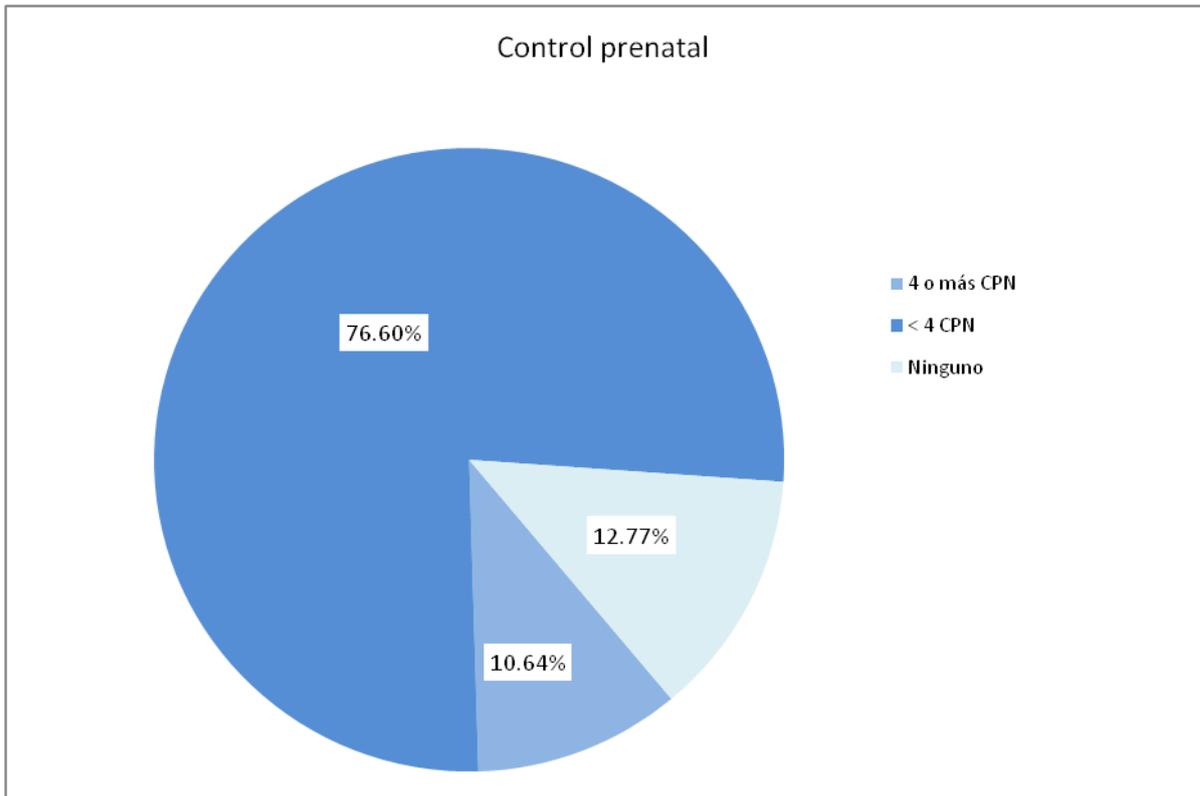


Figura 5. Distribución de las pacientes según controles prenatales Instituto Nacional Materno Perinatal 2015.

En la figura 5. Se observó que las pacientes gestantes atendidas que se diagnosticaron con preeclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, no tenían control prenatal; las mismas que representaron el 12.77%, las pacientes que se controlaron el embarazo menos de cuatro veces fueron el 76.60% y las pacientes que acudieron a sus controles periódicamente más de cuatro veces representaron el 10.64%.

Tipo de embarazo según número de fetos

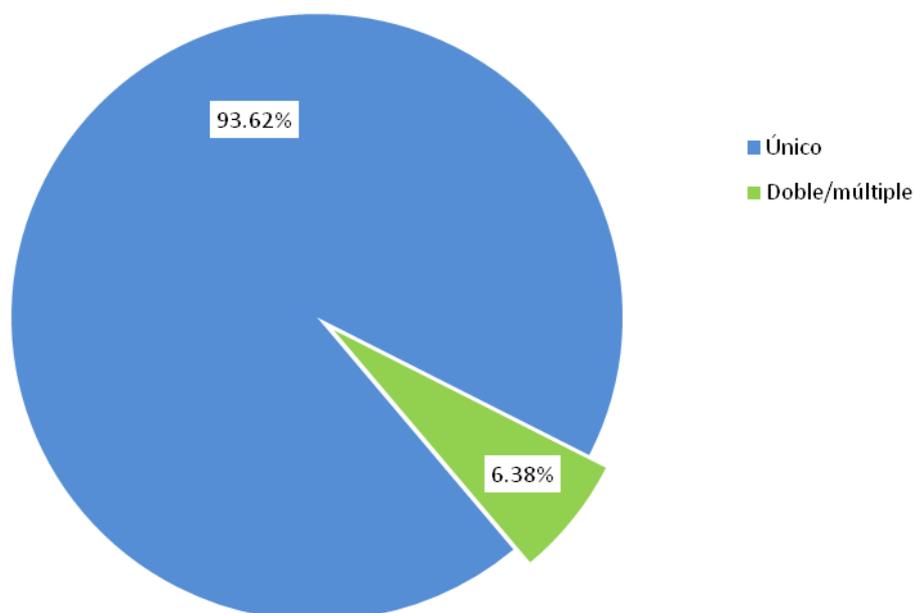


Figura 6. Clasificación de las gestantes de acuerdo al número de fetos Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

La figura 6. Muestra que el 93.62% de gestantes atendidas diagnosticadas con preeclampsia el Instituto Nacional Materno Perinatal, tuvieron un embarazo único y el 6.38%, lo representaron las gestantes que tuvieron un embarazo doble/múltiple.

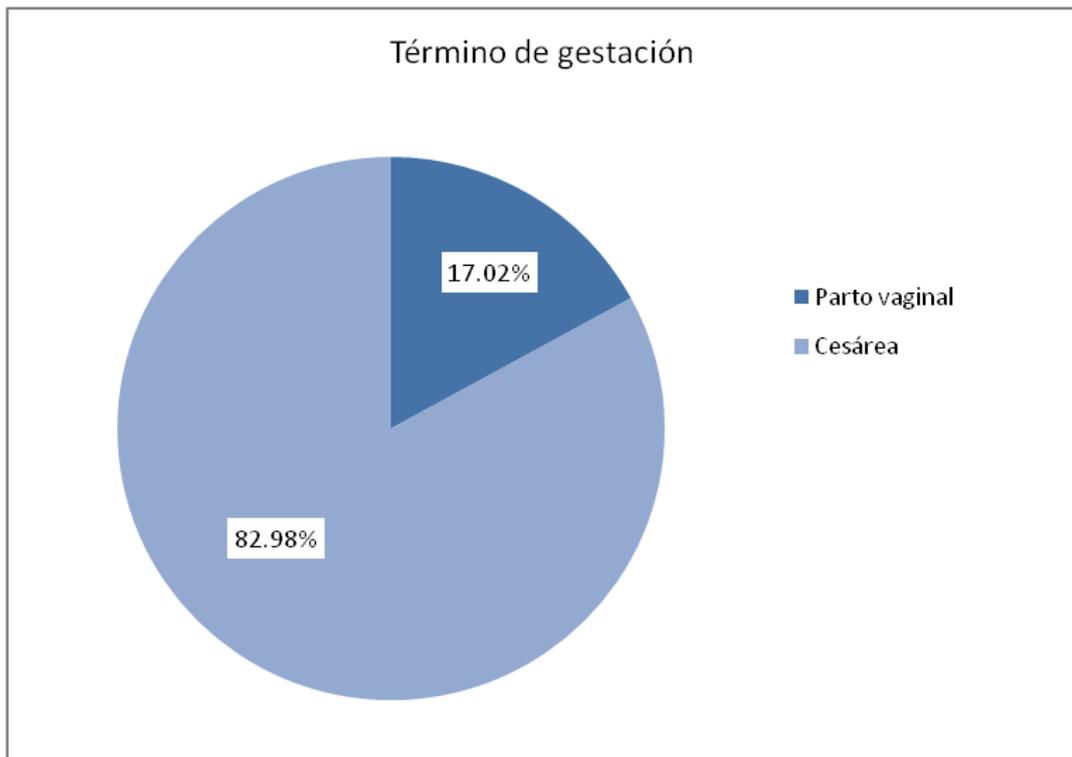


Figura 7. Clasificación de gestantes de acuerdo a la culminación de la gestación. Instituto Nacional Materno Perinatal 2015.

En la figura 7. Muestra que la culminación del embarazo por vía abdominal fue del 82.98% y por vía vaginal, 17.02%.

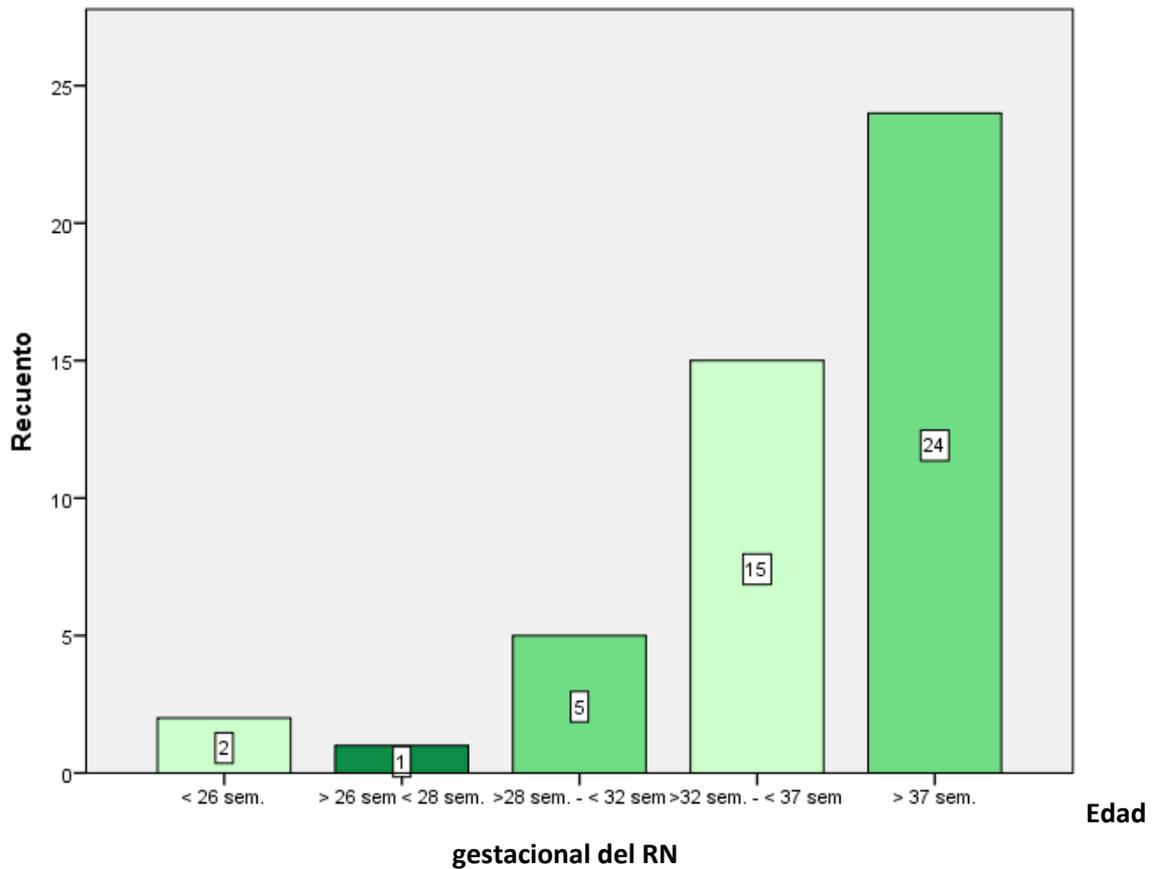


Figura 8. Distribución de pacientes gestantes según edad gestacional del recién nacido. Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

En la figura 8. En relación a las pacientes gestantes que fueron diagnosticadas con preeclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el 4% de pacientes tuvieron una edad gestacional < de 26 semanas; mientras que el 2% fue > de 26 semanas y < de 28 semanas; el 11% fue > de 28 semanas y < de 32 semanas, el 32% tuvo una edad gestacional > de 32 semanas y > de 37 semanas y el 51% tuvo > de 37 semanas de edad gestacional.

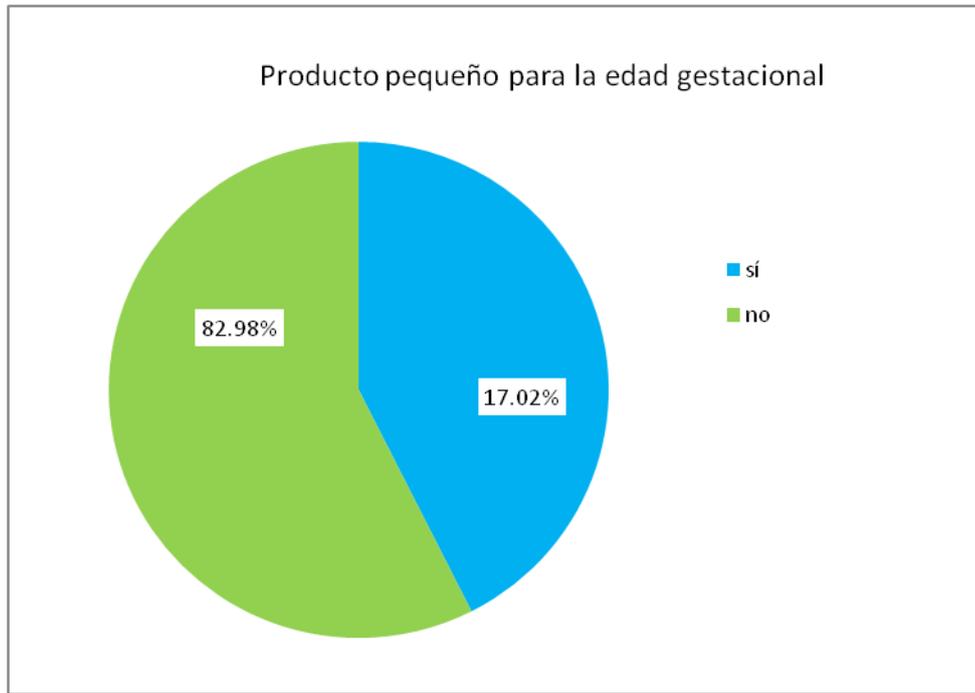


Figura 9. Distribución de pacientes según producto pequeño para edad gestacional. Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

En la figura 9. Se observa que del 100% de recién nacidos de pacientes con preeclampsia, el 57.45% de recién nacidos de pacientes diagnosticadas con preeclampsia, nacieron en su peso, y el 42.55% nació con un peso por debajo del estimado.

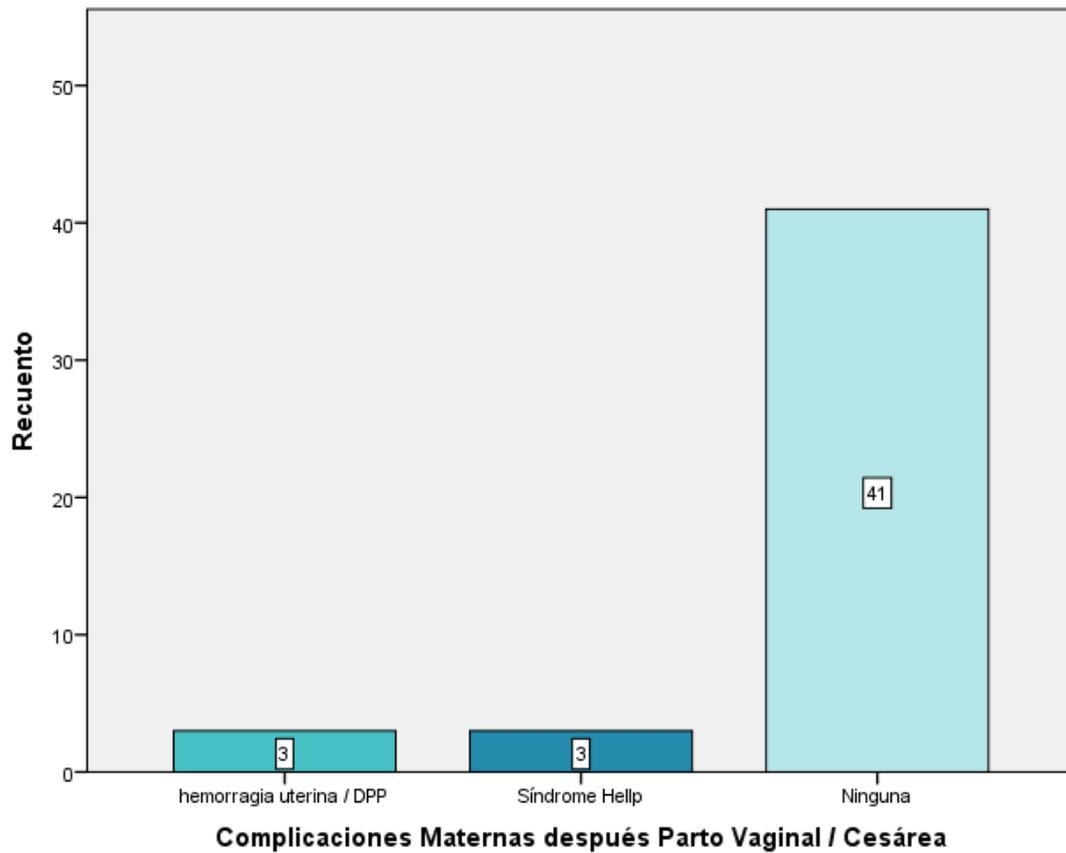
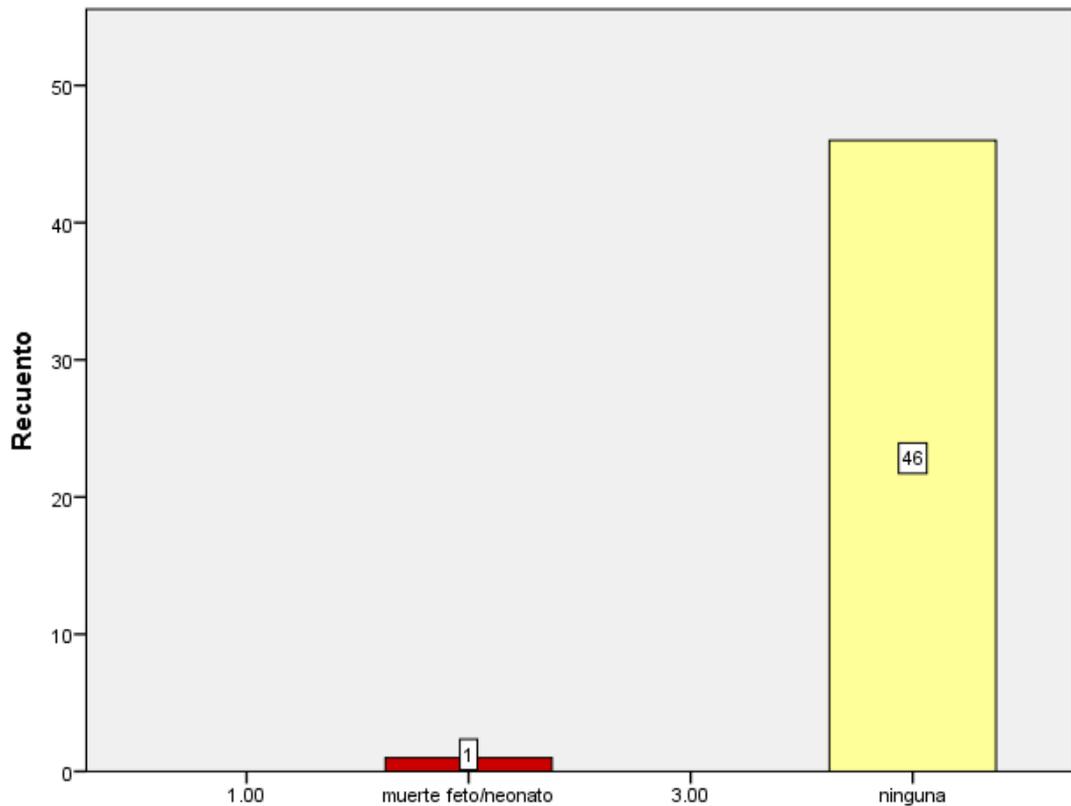


Figura 10. Complicaciones maternas después del parto vaginal/cesárea. Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

En la figura 10, se puede observar que del 100% de las gestantes con preeclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el 87% no presentó complicación después del parto o cesárea, el 6.5% que presentó hemorragia uterina/desprendimiento prematuro de placenta y el otro 6.5% presentó síndrome HELLP.



Complicaciones feto/neonatales

Figura 11. Distribución según complicaciones feto/neonatales. Instituto Nacional Materno Perinatal 2015

En la figura 11, se observó que el 98% de los recién nacidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, no presentaron complicación, mientras que el 2%, de recién nacidos falleció luego de su nacimiento.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El Instituto Nacional Materno Perinatal es el centro referencia a nivel nacional del Perú, que cuenta con servicios de atención materna (consultorios externos, Emergencia, hospitalización y UCIM) y servicios de hospitalización de atención neonatal. Tal es así que durante años se han realizado diferentes estudios para evidenciar la relevancia de una patología frecuente materna como lo es la preeclampsia-eclampsia y su implicancia en la muerte neonatal, según Barreto, en 1999.

La preeclampsia es una hipertensión, misma que se presenta en mujeres gestantes a partir de las 20 semanas, siendo múltiples las causas, pero aún se desconoce su etiología.

La preeclampsia se puede complicar con la presencia de eclampsia o síndrome HELLP en forma aguda, las mismas constituyendo un peligro para el bienestar materno – fetal.

La mortalidad perinatal secundaria a eclampsia presenta una tasa acorde con la edad gestacional y la condición materna; el peligro primario del feto se debe a causa de las convulsiones maternas, la cual produce hipoxia por insuficiencia placentaria, el desprendimiento placentario, por lo que la culminación de la gestación precoz, debe darse a evitar las muertes perinatales por complicaciones por prematuridad,

Se observó que entre pacientes gestantes mayores de 18 años y menores de 30 años de edad con un 43% (n=20), es el mayor grupo etario; seguido con un 36% (n=17) grupo de gestantes mayores de 30 años y menores de 40 años; con un 11% (n=5) pacientes mayores de 16 y menores de 18 años; el 6% (n=3) representaron a gestantes mayores de 40 años; y el 4% (n=2) fueron gestantes menores de 16 años, en el estudio de Suarez J, se concluye que el mayor porcentaje de gestantes que tuvieron preeclampsia severa se encontraban al culmino de su vida. De manera similar, la investigación de Monterrosa A. y Bello Trujillo, como principal grupo etario de riesgo, lo constituyo las gestantes en edad adolescente; sin embargo, en el

estudio de Barreto S, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal se concuerda que el grupo de mayor riesgo son las mujeres gestantes adultas (edad entre 19 y 34 años) en un 71.3% y que un 18% fueron pacientes gestantes adolescentes.

Diversos estudios, como el de Suarez E, muestra que el porcentaje de pacientes nulíparas fueron el 51%; Cedeño M y et al. observaron que el grupo comprendió el 77.7%; en el Instituto Nacional Materno Perinatal del total de la población investigada pudiendo observar que el 45% fueron pacientes nulíparas; las primigestas el 38%; el 11% lo conformaron las pacientes que tuvieron más de dos partos y hubo un 6% de gestantes con más de cuatro embarazos.

En la muestra de estudio, las pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el 51% tiene una edad gestacional de más de 37 semanas de edad gestacional, el 32% tiene una edad gestacional de más de 32 semanas y menor de 37 semanas, 11% estuvo entre mayor de 28 semanas y menos de 32 semanas, el 4% tuvieron una edad gestacional menor de 26 semanas, mientras que el 2% tuvo entre más de 26 semanas y menos de 28 semanas.

Con relación a los antecedentes patológicos maternos, se observó que el 72% de las pacientes gestantes, presentaron hipertensión arterial previa; las gestantes que padecieron de pre-eclampsia en un embarazo fueron el 15% (n=7); seguido por el 11% (n=5) que no presentaron antecedentes, así como también hubo un 2% (n=1) que presentó diabetes como antecedente materno.

Asimismo, en relación con el aborto previo, tenemos que el 65.96% no había presentado aborto previo como antecedente, mientras el 34.04% si precisó tener antecedente de aborto.

La culminación de la gestación, por vía cesárea, fue del 82.98%, y el 17.02% fue por vía vaginal. Como podemos apreciar, la indicación más frecuente para culminar un embarazo es la preeclampsia, debiéndose tener cuenta los riesgos existentes tanto para la madre y para el feto.

La frecuencia en que se dan las complicaciones depende de la duración del embarazo, desde el momento en que se diagnostica la preeclampsia ya sea con la presencia o ausencia de complicaciones asociadas y así como la calidad del manejo médico.

De las gestantes atendidas con el diagnóstico de preeclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el 87% no presentó complicaciones después del parto o cesárea; asimismo, hubo un 6.5% que presentó hemorragia uterina/desprendimiento prematuro de placenta el otro 6.5% presentó síndrome HELLP.

Se observó el 57.45% de recién nacidos de pacientes con diagnóstico de preeclampsia nacieron en su peso y el 42.55% con un peso por debajo del estimado.

Del mismo modo, se observó que el 98% de recién nacido de paciente con diagnóstico de preeclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal, no presentó complicación, obtuvieron un Apgar de 8 al minuto y consecutivamente Apgar10 a los 5 minutos.

Las variables que se observaron en diversos trabajos revisados que tienen relación con este trabajo, están entrelazadas al tipo de población investigada.

CONCLUSIONES

En el Instituto Nacional Materno Perinatal, la mortalidad perinatal por preeclampsia, fue del 2% en el periodo comprendido entre enero a marzo de 2015.

El 83% de las gestantes con preeclampsia fueron primíparas y nulíparas.

La vía de culminación del embarazo de pacientes gestantes con preeclampsia fue de un 17.02% vía vaginal y 82.98% por cesárea.

El 76% de gestantes con preeclampsia tuvieron < de cuatro controles prenatales, el 10% más de cuatro controles prenatales, mientras que el 14% no tuvo ningún control prenatal.

El 93.62% de las pacientes gestantes diagnosticadas con preeclampsia tuvieron un embarazo con feto único y el resto, embarazo gemelar.

Las complicaciones más frecuentes en las pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia fueron: desprendimiento prematuro de placenta y síndrome HELLP.

RECOMENDACIONES

Elaborar protocolos orientados a la detección e identificación de factores de riesgo relacionados a pacientes gestantes con preeclampsia que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal.

Incorporar variables en la Historia Clínica gineco-obstetra que incluyan información de complicaciones de preeclampsia para una mejor caracterización de esta patología.

Promover acciones educativas en las gestantes que permitan la detección temprana de signos y síntomas que se relacionan con la preeclampsia, para así evitar el control prenatal insuficiente.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Barreto S. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de hellp: características maternas y resultado neonatal. 1° edición. Buenos Aires, Argentina; Revis. Hosp. Mat. Ramón Sarda; 2002.[internet] 2012. Extraído el 10 de octubre de 2014. Disponible en asociacionsarda@yahoo.com.ar
2. Flores G., et al. Morbilidad y Mortalidad en Neonatos de madres con preeclampsia severa. 1° Edición. México, Medigraphic; 2002.[internet] 2002. Extraído el 19 de octubre de 2014. Disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=9549>.
3. Valarino G, et al. Eclampsia. Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Caracas. Rev. ObstetGinecolVenez; 2009.[internet] 2009. Extraído el 10 de octubre de 2014. Disponible en RevObstetGinecolVenez v.69 n.3 Caracas sep. 2009.
4. Farfán J. Predicción de preeclampsia y valoración fetal durante el embarazo. Disponible en Rev. Per. GinecolObstet. 2006; 52(4):229-36.[internet] 2006. Extraído el 10 de octubre de 2014. Disponible en sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecología/vol52_n4/pdf/A07V52N4/pdf/A07V52N4.pdf
5. Lineamiento Técnico de Prevención, Diagnóstico y Manejo de la hipertensión Arterial en el Embarazo. México Secretaría de Salud: 2007.
6. Álvarez F, Simposio Problemas de la Mujer y el feto en el embarazo y post parto, Presidente de la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). Disponible en <https://www.immedicohospitalario.es/noticia/2037/La-preeclampsia-la-principal-causa-de-mortalidad-y-morbilidad-en-embarazadas-y-neonatos>.

7. Torres L, et al Primeras experiencias de la unidad de hipertensión inducida por el embarazo. Disponible en Rev. GinecolObstet Venezuela 1998;53(1):23:6. Bvs.sid.cu/revistas/gin/vol27_3_01/gin32001.pdf
8. Carbajal R, et al Aspectos epidemiológicos de la preeclampsia severa y eclampsia en el hospital III Víctor Lazarte Echeagaray Essalud Trujillo 1996. Tema Libre presentado al Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología Lima – Perú 1996.
9. Reports of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy, Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013. [internet] 2013. Extraído el 14 de noviembre de 2014. Disponible en <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>
10. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Módulo de Capacitación en Preeclampsia y Eclampsia. Diciembre 2012:1-53
11. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia.2011:1-38. [internet] 2011. Extraído el 14 de noviembre de 2014. Disponible en Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia versión On-Line ISSN 2304-5132 http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015
12. López M. et al Preeclampsia- eclampsia: Un problema médico diferido. Gac. Med. Méx 1999; 135 (4).
13. Barreto S. Preeclampsia severa, eclampsia y síndrome hellp: características maternas y resultado neonatal. Unidad de cuidados intensivos maternos. Instituto Materno Perinatal. Lima, Perú 1999-2000 Artículo original Dra. Susana Barreto Rivero Instituto Materno Perinatal. Lima, Perú. Disponible en www.redalyc.org/pdf/912/91221104.pdf
14. National high blood pressure education program. Working group report on high blood pressure in pregnancy. NIH Publication N° 00- 3029. 2010.

15. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según el nivel de capacidad resolutive. Perú. ISBN: 9972-776-22-0. 2007.
16. Sánchez S, et al Factores de riesgo preeclampsia en mujeres. Disponible en Rev. GinecolObstet Perú. 2001; 47(2):102-111.
17. Cruz J, et al Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Disponible en Parte I. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007;23(4).
18. Gary F. et al. Trastornos hipertensivos del embarazo en: Williams Obstetrics, 21th ed. Estados Unidos, Mc Graw-Hill Interamericana 2001: 489-525.
19. Pacheco J. Enfermedades Hipertensivas, Ginecología y Obstetricia, 1ra ed. Lima – Perú, José Pacheco y Mad Corp. S.A. 1999: 953-77.
20. Schiff E, et al Aggressive versus expectant management of severe preeclampsia at 28 to 32 weeks gestation: A Randomized Controlled Trial. Am J ObstetGynecol 1996.
21. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstétrica y perinatología – Instituto Nacional Materno Perinatal.
22. Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstétrica y perinatología – Instituto Nacional Materno Perinatal, pag. 67
23. Chesley L. Historia y epidemiología de la preeclampsia – eclampsia. Clin Obstet Gynecol. 1998;4: 1025-1047
24. Anumba DOC, et al. Management of preeclampsia and haemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets syndrome. CurrOpinObstetgynecol1999: 11(2): 146-56.
25. Sánchez S. Epidemiología de la Pre-eclampsia. Disponible en Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(4). [internet] 2006. Extraído el 14 de noviembre de 2014. Disponible en www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a7v60n4.pdf

26. Valdés M, et al Factores de riesgo para preeclampsia. Disponible en Revista Cubana de Medicina Militar. 2014; 43(3). 307-316.[internet] 2014. Extraído el 15 de noviembre de 2014. Disponible en Scielo.sid.cu/pdf/mil/v43n3/mil05314.pdf.
27. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014; 60(4).
28. Casana Guerrero G. Factores de riesgo asociado a recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura. Tesis de titulación. Fac. Medicina Humana. Universidad Privada Antenor Orrego Trujillo. Perú. 2014.
29. Gómez PI, et al. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Disponible en www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci
30. Carvajal J, et al Manual de Obstetricia y Ginecología. Quinta ed.; 2014.
31. Minaya G, et al. Compendio de normativa ética para uso por los comités de ética en investigación Lima: Ministerio de Salud; 2011.
32. Cervantes R, et al, Muerte materna y perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud, Disponible en Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, OPS. Lima 1998.
33. Socol ML, et al. Depressed apgar scores, acid–base status, and neurologic outcome. Am J Obstet Gynecol 1994. [internet] 2006. Extraído el 14 de noviembre de 2014. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?db=pubme>

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos

ANEXO 1. REGISTRO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA:

EDAD

1. < 16 años
2. >16 y < 18 años
3. >18 y < 30
4. >30 y < 40 años
5. > 40 años

ESTADO CIVIL

1. Soltera
2. Casada
3. Conviviente
4. Divorciada/ Separada

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior Técnica
5. Superior Universitaria

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS MATERNOS

1. Ninguno
2. Hipertensión
3. Preeclampsia
4. Diabetes

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

1. Ninguno
2. Hipertensión
3. Preeclampsia
4. Diabetes
5. Obesidad

FACTORES DE RIESGO

PARIDAD:

1. Nulípara
2. Primípara
3. Multípara
4. Gran multípara

ABORTO PREVIO:

1. Sí
2. NO

CONTROL PRE-NATAL

1. Ninguno
2. Mínimos
3. Óptimos

TIPO DE EMBARAZO POR NÚMERO DE FETOS

1. Único
2. Doble / Múltiple

TÉRMINO DE GESTACIÓN

1. Parto vaginal
2. Cesárea

EDAD GESTACIONAL DEL RN

1. Pretérmino
2. Inmaduro
3. A término

PEQUEÑO PRODUCTO PARA LA EDAD GESTACIONAL

1. SÍ
2. NO

COMPLICACIÓN MATERNA DURANTE EL PARTO VAGINAL/CESÁREA

1. Hemorragias Uterina
2. Síndrome Hellp
3. CID
4. Muerte
5. Ninguna

COMPLICACIONES MATERNAS DESPUÉS EL PARTO VAGINAL / CESÁREA

1. Hemorragias Uterina
2. Síndrome Hellp
3. Cid
4. Muerte
5. Ninguna

COMPLICACIONES FETO / NEONATALES

1. Depresión Neonatal
2. Muerte Feto/Neonato
3. Otras
4. Ninguna