

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA PACIENTE  
CON PREECLAMPSIA ATENDIDA EN EL HOSPITAL BELÉN  
DE TRUJILLO, 2012-2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRIZ**

**AUTORA:**

**Bach. Flor Bella Altamirano Guerrero**

**ASESORA:**

**Mg. Ruth Araceli Vargas Gonzales**

**TRUJILLO - PERÚ  
2017**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA PACIENTE  
CON PREECLAMPSIA ATENDIDA EN EL HOSPITAL BELÉN  
DE TRUJILLO, 2012-2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRIZ**

**AUTORA:**

**Bach. Flor Bella Altamirano Guerrero**

**ASESORA:**

**Mg. Ruth Araceli Vargas Gonzales**

**TRUJILLO - PERÚ  
2017**

## DEDICATORIA

*Dedico este proyecto de tesis a mis padres y mis hermanos.*

*A mis padres **Paulina Guerrero Silva y Virgilio Altamirano Martínez**, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar, educación, por su interminable apoyo, por sus enseñanzas y consejos depositando su entera confianza en cada reto, es por ellos que soy lo que soy ahora. Los amo con mi vida.*

*Y a mis hermanos **Andrés Altamirano Y Stalin Altamirano, Anabel Altamirano** quienes han sido la guía en el camino para poder llegar a este punto de mi carrera.*

*Por su ejemplo y dedicación y palabras de aliento y que nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga aun cuando todo se complicaba los amo*

*A mis amigos, las personas que han estado más cerca de mí en estos años de universidad y durante el internado, impidiendo que me sienta sola, apoyándome cuando era necesario y por esos momentos inolvidables llenos de alegría y risas.*

## AGRADECIMIENTO

*El agradecimiento de mi tesis es principalmente a Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza de seguir adelante.*

*A mi familia por su esfuerzo, cariño, apoyo en cada momento de mi vida porque son mi fortaleza y la razón por ser cada día mejor hija.*

*A mi asesora Ruth Vargas Gonzales y a todos mis docentes que fueron parte de mi enseñanza por confiar en mí y haberme enseñado el arte de la Medicina en obstetricia, como una vocación de servicio a la comunidad con valores relacionados a la sencillez, bondad, responsabilidad, disciplina de la mente y el carácter ante hechos dramáticos para trabajar en equipo y resolver problemas.*

*También expresar mi agradecimiento al personal de Hospital Belén de Trujillo, al personal de archivos y recursos humanos quienes me apoyaron desde el primer momento que solicité sus servicios.*

*A mis amigos por los momentos compartidos, buenos y malos, porque sin su amistad no me habría puesto de pie.*

## INDICE

Portada .....	i
Dedicatoria .....	iii
Agradecimiento .....	iv
Índice .....	v
Resumen.....	1
Abstract.....	2
I.- INTRODUCCION.....	3
1.1. Objetivos .....	8
1.1.1. Objetivo General .....	8
1.1.2. Objetivo Específico .....	8
1.2. Marco Teórico.....	9
1.2.1. Bases Teóricas.....	9
1.2.2. Antecedentes de la Investigación .....	15
1.3. Hipótesis .....	17
II.- MATERIAL Y METODOS .....	18
2.1. Diseño de Investigación.....	18
2.1.1. Diseño General .....	18
2.1.2. Diseño Específico.....	18
2.2.- Población y Muestra .....	18
2.1.1.- Población .....	18
2.1.2.- Muestra .....	18
2.1.3.-Unidad de Análisis: .....	19
2.3.- Definición y Operacionalización de las Variables .....	19
2.4.- Técnicas e Instrumentos de Investigación .....	22
2.4.1. Técnica .....	22
2.4.2. Instrumento .....	22
2.4.3. Análisis de Datos .....	22

2.5.- Procedimiento.....	22
2.6.- Aspectos éticos .....	23
III.- RESULTADOS .....	24
IV.- DISCUSION.....	28
V.- CONCLUSIONES.....	34
VI.- RECOMENDACIONES.....	35
II.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	36
ANEXOS .....	44

## RESUMEN

Con el objetivo de determinar el perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia en el Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016, se realizó un estudio descriptivo simple en 1418 historias clínicas, la información se registró en una ficha de recolección de datos. Se encontró de acuerdo al perfil clínico: según el tipo de preeclampsia el 32.09% presentaron preeclampsia leve y el 67.77 % preeclampsia severa, según los signos y síntomas, el 77.43% presentó edema, el 100% presión arterial alta, el 74.29% proteinuria, según las complicaciones; 5.43% presentó síndrome de HELLP, la vía de terminación del parto fue 22.57% vaginal, 77.43% por cesárea y con condición de egreso sano el 99.71%. Según el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia, el promedio de edad de las gestantes es de 26.47+/- 7.50 años; el 55.64% tenía secundaria completa, 70.08 % tienen un estado civil de conviviente; el 27.36% reside en el Porvenir, el 22.36% en el distrito de Trujillo, el 99.92 % no presenta hábito de fumar, el 98.73 % no presenta antecedentes de hipertensión arterial ,el 21.93% presentó historial de abortos, y el 92.52% recibió atención prenatal y de ellas el 78.49% registró más de cuatro controles prenatales.

**PALABRAS CLAVES:** perfil clínico, perfil epidemiológico, preeclampsia.

## **ABSTRACT**

In order to determine the clinical and epidemiological profile of the patient with preeclampsia at the Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016, a simple descriptive study was performed in 1418 clinical records, the information was recorded in a data collection form. According to the type of preeclampsia, 32.09% had mild preeclampsia and 67.77% had severe preeclampsia, according to signs and symptoms, 77.43% had edema, 100% had high blood pressure, 74.29% had proteinuria, According to complications; 5.43% presented HELLP syndrome, the termination of delivery was 22.57% vaginal, 77.43% cesarean section and with healthy discharge condition 99.71%. According to the epidemiological profile of patients with preeclampsia, the average age of pregnant women is 26.47 +/- 7.50 years; 55.64% had full secondary, 70.08% have a civil status of cohabiting; 27.36% live in Porvenir, 22.36% in Trujillo district, 99.92% do not smoke, 98.73% do not have a history of arterial hypertension, 21.93% had a history of abortions, and 92.52% received care Prenatal and of them 78.49% registered more than four prenatal controls.

**KEYWORDS:** clinical profile, epidemiological profile, preeclampsia

## I.- INTRODUCCION

Las enfermedades hipertensivas del embarazo constituyen una de las principales causas de morbilidad materno-fetal en casi todo el mundo. Sus indicadores epidemiológicos varían de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población y la efectividad de la atención en los servicios de salud. <sup>1,2</sup>

Dentro del grupo de las enfermedades hipertensivas del embarazo, la preeclampsia es una de las complicaciones más frecuentes; un síndrome multisistémico de gravedad variable y específico de este proceso en la mujer. <sup>3-4</sup>

La preeclampsia constituye un problema de salud pública; pues incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial. <sup>5</sup> Sin embargo, el impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo; donde junto a la hemorragia y la infección constituyen la triada más letal de la medicina humana <sup>6-7</sup>. A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 1.91-10% de los embarazos <sup>8</sup>

Según Vargas y cols. documentan información de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2011, señalando “que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los no desarrollados 2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente”. <sup>9</sup>

En el año 2009, diez millones de mujeres desarrollaban preeclampsia alrededor del mundo. A nivel mundial, 76,000 mujeres embarazadas morían a causa de la preeclampsia y los trastornos hipertensivos relacionados a ésta. Se cree que el número de bebés que murieron al año por estos trastornos fue de 500,000 por año <sup>10</sup>

En el año 2006 en los países en desarrollo, una mujer tenía siete veces más probabilidades de desarrollar preeclampsia que una mujer que vivía en un país no desarrollado. En América Latina, la preeclampsia era la causa número uno de la muerte materna <sup>11</sup>.

En el Perú, los desórdenes hipertensivos de leves a severos han sido encontrados desde 4,11% hasta 10,8% gestantes que acuden a los hospitales.<sup>12</sup> En el año 2015, las enfermedades hipertensivas del embarazo representan el 31.5 % de los casos, siendo la preeclampsia severa la patología con mayor número de casos y la segunda causa de muerte materna directa<sup>13</sup>.

En el Perú, su incidencia fluctúa entre 10 y 15% en la población hospitalaria. La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo es mayor en la costa que en la sierra. En el Perú, es la segunda causa de muerte materna, con 32% <sup>14</sup>

La causa de esta enfermedad aún se desconoce; se han propuesto diversas teorías, como la alteración en la invasión trofoblástica, estrés oxidativo, disfunción endotelial entre otras, <sup>15</sup> en las que el daño del endotelio vascular y el vasoespasmo son el evento fisiopatológico final de cada una de ellas, considerándose a la placenta como el foco patogénico de origen, <sup>16</sup> ya que el parto proporciona el tratamiento definitivo.<sup>17</sup>

En la literatura mundial, se ha identificado varios factores asociados al desarrollo de preeclampsia, como los factores hereditarios, familiares, ambientales, inmunológicos e individuales; otros factores identificados son las edades maternas extremas, exposición limitada al espermatozoides de la pareja, antecedente de preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus, trombofilias, obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino.<sup>17-18</sup>

Los factores asociados en la preeclampsia como la edad, es más frecuente en menores de 18 años y mayores de 35 años, las mujeres gestantes fumadoras habitualmente tienen con menor frecuencia eclampsia que las no fumadoras, las primigestas tienen más posibilidades de enfermedad hipertensiva del embarazo, son 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas, las hijas de madres que tuvieron preeclampsia tienen la posibilidad de padecerla hasta en un 26% de los casos.<sup>19</sup>

Dentro de los factores protectores se señalan, antecedentes de embarazos a término, factores dietéticos y suplementos vitamínicos, aspirina, actividad física, entre otros.<sup>20</sup>

El abordaje de las mujeres embarazadas se realiza a través de una especialista en el cuidado de la salud ya sea médico, obstetra o enfermera especializada con evaluaciones prenatales frecuentes. En distintas partes del mundo donde existe acceso nulo o limitado al cuidado médico y con un estatus social bajo en las mujeres, las prácticas de salud tradicionales son usualmente inadecuadas para poder detectar la preeclampsia a tiempo. Los trastornos hipertensivos del embarazo comúnmente avanzan a etapas más complicadas de la enfermedad, y muchos partos y muertes ocurren en casa sin ser reportados.<sup>21</sup>

Las mujeres de escasos recursos en áreas remotas son las que tienen menos posibilidades de recibir un adecuado cuidado de su salud. Esto es especialmente evidente en lugares que tienen un bajo número de personal especializado en el área de salud, como en África Subsahariana y Asia Meridional. Aunque los niveles de cuidado prenatal han incrementado en algunas partes del mundo, en la última década, la Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés), reporta que solo el 46 % de las mujeres en países de bajos ingresos, tienen acceso a un cuidado especializado durante el parto. Esto quiere decir,

que millones de partos no son atendidos por un médico, obstetra o enfermera especializada.<sup>22</sup>

El espectro de esta enfermedad, que puede manifestarse clínicamente, como un síndrome materno o como un síndrome fetal va desde medición de elevaciones ligeras de la tensión arterial con mínima significación clínica, hasta hipertensión severa con disfunción multiorgánica.<sup>23</sup>

La preeclampsia es la razón más importante para prematuridad iatrogénica, el mayor contribuidor en la mortalidad perinatal, una causa sustancial de crecimiento intrauterino retardado, además de su asociación con mayor incidencia de sufrimiento fetal, de ingresos en unidades de cuidados intensivos neonatales y lesiones neurológicas en el futuro.<sup>24</sup>

Para mejorar los cuidados en la salud materna a nivel mundial, las barreras que limitan el acceso a los servicios de cuidado maternal de buena calidad deben ser identificadas y dirigidas a todos los niveles de los sistemas de salud; de la misma manera identificar qué características clínicas presentan o los factores asociados a la pre eclampsia a nivel nacional.<sup>25</sup>

En la Región la Libertad, se cuenta con una red de establecimientos de salud entre puestos, centros, hospitales de I nivel hasta hospitales de III nivel, los cuales son de referencia macroregional en el norte del país. Dentro de estos hospitales, el Hospital Belén de Trujillo; uno de los más antiguos en Latinoamérica llega a atender aproximadamente 3800 partos al año; de los cuales aproximadamente el 6.5 % corresponden a casos de preeclampsia.

Durante la realización de las prácticas pre profesionales de la investigadora en los hospitales regionales y establecimientos de salud, se observó que el registro del número de casos de pacientes gestantes con enfermedades hipertensivas aumentó; estos casos fueron referidos

para atención en establecimientos de nivel 3; es por ello que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016?**

Este estudio tiene la finalidad y conveniencia en analizar cuáles fueron los signos y síntomas que presentaron las madres gestantes para llegar a desarrollar preeclampsia y ser atendidas en el Hospital Belén de Trujillo y también que los profesionales de la salud conozcan sobre el tema.

El conocimiento de esta realidad tiene relevancia social como principio importante de la incidencia, y presentación de características del perfil clínico y epidemiológico promedio de los últimos cinco años en uno de los hospitales regionales de mayor atención de mujeres embarazadas.

Con el manejo de la información clínica y epidemiológica en cualquiera de las posiciones diagnósticas se proporciona mayor especificidad y precisión para la identificación y cuantificación de enfermedades hipertensivas y sus comorbilidades asociadas.

Esta investigación tiene utilidad práctica ya que al obtener resultados de la caracterización de la preeclampsia servirán de insumo para fortalecer las acciones y estrategias en los diferentes niveles de atención prenatal e incluso realizar un trabajo más serio con la mujer en edad fértil que aún no opta por un embarazo

## **1.1. OBJETIVOS:**

### **1.1.1. OBJETIVO GENERAL:**

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de la paciente con Pre eclampsia en el Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016.

### **1.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Identificar el perfil clínico en base al tipo de preeclampsia, signos y síntomas, complicaciones obstétricas, vía de terminación del parto, condición de egreso de la paciente del Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016.

Identificar el perfil epidemiológico en base a edad, grado de instrucción, estado civil ,residencia, antecedentes personales, obstétricos, atención prenatal, hábito de fumar, de la paciente con preeclampsia del Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016.

## **1.2. MARCO TEÓRICO:**

### **1.2.1. Bases teóricas:**

La preeclampsia es una de las complicaciones más frecuentes y graves del embarazo que se caracteriza por reducción de la perfusión sistémica, generada por el vasoespasmo y la activación de los sistemas de coagulación. <sup>1,18</sup>

Es un trastorno multisistémico de etiología desconocida definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la vigésima semana de gestación. La preeclampsia es un trastorno hipertensivo del embarazo que afecta a varios sistemas y su fisiopatología.<sup>26</sup>

Un milenio antes de que existiera el término “preeclampsia-eclampsia” cerca de 400 años A.C., Hipócrates afirmó que el dolor de cabeza acompañado por pesadez y convulsiones era grave. Su observación es la primera evidencia de la asociación de una causa específica con un embarazo no sano. A pesar del reconocimiento antiguo de la enfermedad, los únicos remedios efectuados eran intentos para “balancear” los fluidos corporales con dietas especiales, expurgación y sangría médica. Desde entonces y hasta la segunda mitad del siglo XX, los avances para comprender la preeclampsia eran limitados. <sup>27</sup>

A finales del siglo XIX, la teoría sobre la causa del trastorno se basó en la presencia de toxinas y los únicos tratamientos recetados para las mujeres que se ingresaban a hospitales de maternidad con dolores de cabeza y edema el estado pre-eclámptico seguían siendo sangría y expurgación para prevenir convulsiones y liberar la excesiva cantidad de toxinas. A mediados del siglo XIX, los síntomas indicadores, incluyendo dolor de cabeza, pérdida temporal de la visión, dolor intenso en el estómago y

edema en la parte superior del cuerpo contribuyeron al reconocimiento de un estado pre-eclámpico previo a convulsiones que debería llamar la atención del médico y que constituía una condición potencialmente mortal. Sin embargo, no fue hasta la introducción del manómetro de mercurio para medir la presión arterial que conllevó a la comprensión de que la preeclampsia era un trastorno hipertensivo. Desde entonces y hasta hoy en día, el comienzo repentino de hipertensión y proteinuria son los signos predominantes para clasificar la preeclampsia.<sup>27</sup>

Dentro de la etiología se pueden considerar varios factores estudiados, factores vasculo-endoteliales es decir invasión trofoblástica anormal de vasos uterinos, factores Inmunológicos, factores nutricionales o dietéticos y factores genético-hereditarios.<sup>2,3</sup>

Las investigaciones sobre la etiología de la preeclampsia inducen a pensar que en la enfermedad hay una invasión anormal de las arteriolas espirales por el citotrofoblasto es decir un defecto en la implantación o placentación, lo que resulta en disfunción endotelial y reducción de la perfusión uteroplacentaria.<sup>3</sup>

La clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo de hoy en día abarcan a preeclampsia-eclampsia, preeclampsia sobrepuesta a la hipertensión crónica e hipertensión gestacional sin la proteinuria asociada a la preeclampsia. Aun ausente la proteinuria, la preeclampsia se puede diagnosticar cuando se presentan signos de elevación de enzimas hepáticas síndrome (HELLP), la cual es una variante severa de preeclampsia, o incluso otros distintos signos y síntomas.<sup>19</sup>

La Preeclampsia leve es definida como presión arterial >160/110 mmHg o incremento de 30 y 15 mmHg en la tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica respectivamente y proteinuria < 5 mg/dl, en ausencia de compromiso multiorgánico, como edema pulmonar, convulsiones, oliguria,

trombocitopenia, enzimas hepáticas elevadas asociadas con dolor epigástrico persistente o dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, o síntomas severos o persistentes de la enfermedad dolor de cabeza, visión borrosa, ceguera <sup>28</sup>

La Preeclampsia severa; se presenta cuando la presión arterial es > 160 mmHg de sistólica o > 110 mmHg de diastólica, proteinuria mayor de 5 g/en orina de 24hs, oliguria menos de 400 ml/24hs. o existen signos y síntomas premonitorios trombopenia, elevación de las transaminasas síndrome HELLP, dolor epigástrico, edema pulmonar, alteraciones visuales. o compromiso del bienestar fetal, restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), aquí se recomienda hospitalizar a la paciente en un centro hospitalario nivel III. La preeclampsia severa comprende al 0,6% a 1,2% de las embarazadas.<sup>29</sup>

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo, el cual representa un problema obstétrico mayor y de la salud pública mundial que acarrea una importante morbilidad y mortalidad, sobre todo en países en vías de desarrollo <sup>30</sup>. Ésta es una de las condiciones más dañinas para la mujer embarazada y el feto <sup>31</sup>. El riesgo de presentar preeclampsia en cualquier embarazo es del 3,0%; y el riesgo es de 4,1% en el primer embarazo. El riesgo es de 14.7% en el segundo embarazo de aquellas mujeres que tuvieron preeclampsia durante la primera gestación, y de un 31.9% en aquellas que tuvieron dicha patología en los dos embarazos anteriores <sup>32</sup>.

Los retos en la prevención de la preeclampsia, como cualquier proceso de otras enfermedades requieren la disponibilidad de métodos para la predicción de aquellas con mayor riesgo de desarrollar el trastorno. Aunque numerosos ensayos clínicos y bioquímicos se han propuesto para la predicción o la detección temprana de la preeclampsia, la mayoría siguen siendo poco realistas para su uso general en la mayoría de los

casos.<sup>33</sup> Los factores de riesgo sólo predicen cerca de un 30% de las mujeres que desarrollarán preeclampsia, por esta razón, el uso de pruebas de laboratorio e imagenológicas en combinación con los factores de riesgo de las mujeres en riesgo de preeclampsia es un área activa de investigación<sup>34</sup>.

Los estudios Doppler sobre la arteria uterina en el primer trimestre del embarazo y los marcadores séricos maternos se han mostrado prometedores; pero no existe evidencia suficiente para sugerir su uso rutinario en la práctica clínica <sup>35</sup>

El factor de riesgo principal para desarrollar preeclampsia es la primiparidad en el 75% de los casos y además se asocia con algunos síndromes o trastornos como diabetes mellitus, desórdenes autoinmunes, obesidad y predisposición genética para desarrollar la enfermedad <sup>36</sup>. La asociación entre primiparidad y preeclampsia está ampliamente aceptada y hay muchas teorías fisiopatológicas al respecto. Ha sido propuesto que la preeclampsia es consecuencia de reacciones inmunes maternas contra los antígenos paternos expresados en la placenta y que su reacción podría resultar en una deficiencia de invasión trofoblástica placentaria. No obstante; el bajo riesgo de preeclampsia en multíparas ha sido atribuido a la desensibilización después de la exposición de antígenos paternos en la placenta durante embarazos previos<sup>37</sup>.

Otros factores de riesgo potenciales asociados con el desarrollo de preeclampsia incluyen un historial de preeclampsia, múltiples embarazos, diabetes preexistente, alto índice de masa corporal durante el embarazo, edad materna avanzada, un intervalo > 5 años desde el último embarazo y enfermedad renal. <sup>38</sup>

Muchos de los factores de riesgo de esta enfermedad de pre eclampsia en el embarazo no son modificables, excepto la obesidad, excesiva ganancia de peso gestacional que se puede evitar durante la gestación con un mejor estilo de vida. Las mujeres obesas pueden reducir el riesgo

de desarrollar preeclampsia perdiendo peso antes de la gestación y limitando su ganancia de peso durante el embarazo siguiendo las recomendaciones del Instituto de Medicina.<sup>39</sup>

La preeclampsia es un síndrome definido de manera clásica por la aparición de hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación, en el 2013 la Academia Americana de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), propuso que el diagnóstico de preeclampsia no requiere la detección de altos niveles de proteína en la orina (proteinuria). La evidencia ha demostrado que las lesiones en órganos blancos como el riñón e hígado pueden ocurrir sin proteinuria, no prediciendo cuán severo es el progreso de la enfermedad. La preeclampsia es ahora diagnosticada por la persistencia de la presión arterial alta que se desarrolla durante la gestación o durante el período posparto que está asociado con una proteinuria o disminución de las plaquetas, lesiones hepáticas o renales, presencia de líquido en pulmones, o signos de lesión cerebral como convulsiones o defectos visuales<sup>40-41</sup>

Uno de los mecanismos principales en la patogenia de la pre eclampsia es el de la insuficiencia placentaria debida a una remodelación deficiente de la vasculatura materna de perfusión en el espacio intervelloso. En un embarazo normal, el citotrofoblasto fetal invade las arterias uterinas espirales maternas reemplazando el endotelio, y las células se diferencian en citotrofoblastos endotelioides. Este resulta en la transformación de vasos sanguíneos de pequeño diámetro y alta resistencia vascular en vasos de baja resistencia y alta capacitancia, asegurando una distribución adecuada de la sangre materna a la unidad útero-placentaria en desarrollo<sup>42</sup>

La preeclampsia también presenta un componente genético, con participación de historia familiar. En estudios en gemelos, se estima que en 22% a 47% se puede heredar la preeclampsia.<sup>43</sup>

En la paciente predestinada a desarrollar preeclampsia, defectos en los procesos de transformación vascular y genéticos aún no del todo comprendidos conducen a una entrega inadecuada de sangre a la unidad útero-placentaria en desarrollo e incrementa el grado de hipoxemia y estrés oxidativo y del retículo endoplásmico <sup>44</sup>. Esto resulta para el feto en prematuridad iatrogénica dando así el mayor contribuidor en la mortalidad perinatal. Además es causa sustancial de crecimiento intrauterino retardado, también se asocia con mayor incidencia de sufrimiento fetal, de ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales y lesiones neurológicas en el futuro. Además es una importante causa de mortalidad materna, como por ejemplo hemorragia y sepsis <sup>45</sup>

La atención prenatal y el diagnóstico de la preeclampsia siguen en gran parte siendo un gran problema de salud obstétrica en las diferentes comunidades del mundo por diversas situaciones que dificultan una atención prenatal de calidad. Por lo cual no se detectan tempranamente los signos y síntomas de la preeclampsia. Hoy en día los tratamientos alternativos han avanzado en las últimas décadas aunque siguen enfocándose en controlar los signos clínicos explícitos y no en curar la causa subyacente como lo es la terapia antihipertensiva, sulfato de magnesio, esteroides para la maduración pulmonar fetal, y tratamiento conservador para preeclampsia de aparición temprana. <sup>46</sup>

El nacimiento del bebé y expulsión de la placenta representan la única "cura" definitiva y a la vez imperfecta. El nacimiento prematuro de un bebé es una intervención poco satisfactoria; además no siempre se resuelve esta enfermedad materna inmediatamente luego del parto, dejando a la madre vulnerable a sus efectos durante el periodo postparto.<sup>47</sup>

## 1.2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional podemos citar el estudio de, Curiel y cols en el año 2011<sup>32</sup> quien realizó un estudio en Málaga, España, que tuvo como objetivo describir la incidencia y el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con preeclampsia grave en el hospital regional Carlos Haya; se incluyeron 262 mujeres con pre eclampsia grave, con un promedio de  $30,47 \pm 5,7$  años de edad, el 0,37% de las pacientes ingresadas en el hospital, requirieron ingreso en UCI por pre eclampsia grave, eclampsia o síndrome de HELLP. La distribución diagnóstica al ingreso fue 78% con pre eclampsia grave, 16% con síndrome HELLP y 6% con eclampsia, el 63% de las pacientes fueron primigestas y presentaron escasa prevalencia de tabaquismo 3,44%, obesidad 10,3% o hipertensión arterial previa 17,8% . La finalización de la gestación por cesárea fue el 90 % de los casos .La edad gestacional de las mujeres con eclampsia de  $35,6 \pm 5$  fue significativamente superior a la de las gestantes con preeclampsia  $32 \pm 4,2$  y con síndrome de HELLP en  $30,9 \pm 3,8$  semanas el 14 % presentó alguna complicación, siendo por orden de frecuencia, el 9%, fracaso cardiaco insuficiencia renal aguda 5% y coagulopatía el 2%.

Por otro lado, Martínez Sánchez y cols. en el año 2013 <sup>33</sup> realizó un estudio en Medellín Colombia que tuvo como objetivo describir el perfil epidemiológico de las pacientes con diagnóstico de pre eclampsia que fueron tratadas en una clínica privada de Medellín, entre los años 2005 y 2010 se evaluaron las historias clínicas de 707 de mujeres Con diagnóstico de Preeclampsia. Dentro de las características generales de Estas pacientes se pudo apreciar que la edad promedio fue de 28 años, el 92% vive en zona urbana el 91,8% tiene estudios secundarios o superiores. La hipertensión familiar fue el antecedente más frecuente 49,8%, seguido de la hipertensión de 12,4% y la diabetes gestacional 6,8%. Las complicaciones más frecuentes que presentaron las pacientes fueron el síndrome de HELLP 10,9% y la eclampsia 1,8% el 38,7% de los

neonatos presentó bajo peso al nacer, la principal complicación fue el síndrome de HELLP.

A nivel nacional, Moreno y cols, en el año 2014<sup>34</sup> realizaron en Perú un estudio que tuvo como objetivo evaluar la raza negra como factor de riesgo independiente de preeclampsia, Dicho estudio fue observacional analítico, caso control y prospectivo, realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo e Instituto Materno Perinatal, Lima. Se realizó una entrevista estandarizada a 338 gestantes normotensas y 338 pre eclámpicas, siendo la población total de 676 gestantes. La raza fue determinada mediante el fenotipo de la paciente y su reporte de las características de sus antepasados. Encontraron que la preeclampsia fue más frecuente en gestantes con antecedente de preeclampsia OR: 12,9; IC 95% 5,1 a 32,2, obesidad previa al embarazo OR: 2,2; IC 95% 1,3 a 3,6, edad mayor o igual a 35 años OR 2,5; IC 95% 1,4 a 4,6 y en gestantes fenotípicamente de raza negra o cuando reportaron padres o abuelos negros OR: 2,21; IC 95% 1,0 a 5,1; sin embargo, esta última asociación fue marginal  $p=0,047$ . Concluyeron que la raza negra es un factor de riesgo independiente de preeclampsia.

Por último, Benites y col en el año 2011,<sup>35</sup> realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de casos y controles, en 117 Historias Clínicas de pacientes atendidas en el Centro Obstétrico del Hospital de Apoyo II Santa Rosa, en la ciudad de Piura para determinar cuáles son los factores asociados al desarrollo de Preeclampsia; encontraron que la edad promedio fue de 27,8 años, el estado civil del 55% de las mismas fue conviviente, la procedencia fue el departamento de Piura para todos los casos y los controles, aunque el 80% de las pacientes procedían de zona rural. Concluyeron que el 51,3% de las madres presentaron pre eclampsia y el 29,5% de las madres sin pre eclampsia, el 39,7% de las madres tuvieron menos de siete controles prenatales  $p=0.049$ .

A nivel local podemos mencionar el estudio de Arroyo en el año 2014 <sup>36</sup> quien lo realizo en Trujillo – Perú y que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo independientes para la presencia de pre eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo 2008 al 2013. Su estudio fue de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, siendo la población de estudio 176 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin pre eclampsia. Los factores de riesgo reportados en el estudio fueron: edad menor de 15 años OR: 0.66;  $p>0.05$ , sobrepeso OR: 1.99;  $p<0.05$ , primigravidez OR: 2.29;  $p<0.01$ , procedencia rural OR: 0.75;  $p>0.05$  y baja escolaridad OR: 2.99;  $p<0.01$ . Dicho estudio concluyó que el sobrepeso, la primigravidez y la baja escolaridad son factores de riesgo asociados a preeclampsia y que la gestación menores de 15 años y la procedencia rural no son factores de riesgo asociados a preeclampsia.

A nivel local no se encontraron más estudios relacionados a nuestro estudio es por eso que no se mencionan más estudios relacionados con el perfil clínico y epidemiológico de la paciente con pre eclampsia. Ya que nuestro estudio es el primer trabajo realizado en la libertad en el hospital Belén de Trujillo.

### **1.3. HIPÓTESIS:**

Implícita

Por ser una investigación descriptiva

## **II. MATERIAL Y METODOS**

### **2.1. Diseño de la Investigación**

#### **2.1.1. Diseño general:**

No experimental - Transeccional – Retrospectivo

#### **2.1.2. Diseño específico:**

**M:** O

**M:** paciente con preeclampsia

**O:** perfil clínico y epidemiológico

### **2.2. Población y Muestra**

#### **2.2.1. Población:**

La población estuvo constituida por historias clínicas de gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Belén de Trujillo en los años 2012 al 2016.

#### **2.2.2. Muestra:**

Tamaño de muestra: 1418 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de preeclampsia, anexo N° 1

- En los criterios de inclusión se utilizaron registros de historias clínicas perinatales de pacientes con diagnóstico de preeclampsia, referidas y hospitalizadas durante los años 2012-2016.
- En los criterios de exclusión se consideraron las Historias clínicas perinatales con diagnóstico de preeclampsia y con atención solo del puerperio, cuyo parto o puerperio no fue atendido en el Hospital Belén de Trujillo durante los años 2012-2016

### 2.2.3. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Registro de Historias Clínicas Perinatales ingresadas al sistema informático perinatal de gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

### 2.3. DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: perfil clínico y perfil epidemiológico

Definición conceptual:

- El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen.<sup>17</sup>
- El perfil clínico se fundamenta en todas las asociaciones posibles de signos y síntomas que se manifiestan de la enfermedad y su relación con las entidades clínicas consideradas como concomitantes según las normas técnicas del Ministerio de salud Perú.<sup>17</sup>

#### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensión	Tipo	Escalas	Indicadores
Perfil Clínico	Tipo de preeclampsia	Cualitativa	Ordinal	Preeclampsia Leve: Como la tensión arterial >140/90 y <160/110 mm Hg en dos tomas separadas por 4 h después de las 20 sem de edad gestacional, asociada a proteinuria > 300 mg/L en orinas de 24 h.

				<p>Preeclampsia severa:  tensión arterial &gt;160/110 mm Hg,  proteinuria &gt; 2 g/L en orinas de 24 h,  síntomas y signos de daño multiorgánico,  alteraciones de laboratorio:  creatinina &gt; 1,2 mg/dL, TGO &gt; 70 UI,  plaquetas &lt; 100 x 10<sup>9</sup>/L y/o afectación fetal dada por CIUR, oligoamnios o sufrimiento fetal</p>
	Signos y síntomas	Cualitativa	Ordinal	<p>Edema  ROT  Presión arterial alta  Proteinuria</p>
	Vía de terminación del parto	Cualitativa	Nominal	<p>Parto Vaginal  Cesárea</p>
	Complicaciones Obstétricas	Cualitativa	Nominal	<p>S.HELLP  Coagulación Intravascular Diseminada  Insuficiencia Renal Aguda  Muerte materna</p>
	Condición de egreso	Cualitativa	Nominal	<p>Sana  Con patología  Traslado  Fallece</p>

Perfil Epidemiológico	Edad	Cuantitativa	Continua	Numérica: 13 a 17 años 18 a 25 años 26 a 35 años >36 años
	Estado civil	Cualitativa	Nominal	Situación civil actual Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo
	Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior Técnica Superior Universitaria
	Residencia	Cualitativa	Nominal	Trujillo El porvenir La Esperanza Florencia de Mora Víctor Larco Moche Viru chao otros distritos
	Antecedentes personales	Cualitativa	Nominal	Aborto Cirugía pélvica uterina Antecedentes de Hipertensión arterial
	Antecedentes Obstétricos	Cuantitativa	Continua	Historia de abortos N° de hijos vivos y, muertos
	Atención prenatal	Cualitativa	Nominal	Si No
	Hábito de fumar	Cualitativa	Nominal	Si No

## **2.4.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1. TÉCNICA:**

Se empleó una ficha de recolección de datos.

### **2.4.2. INSTRUMENTO:**

Para la recolección de datos se utilizó una ficha semiestructurada, la cual estuvo conformada por un total de 14 items, (anexo 2) la cual identificó las características del perfil clínico y epidemiológico.

Dicho instrumento se encuentra dividido en 2 partes:

Primera parte: el perfil epidemiológico: edad, estado civil, grado de instrucción, residencia, antecedentes personales, familiares, obstétricos, atención prenatal, hábito de fumar de la paciente con pre eclampsia.

Segunda parte: el perfil clínico: tipo de pre eclampsia, signos y síntomas, vía de terminación del parto, condición de egreso de la paciente con pre eclampsia, Complicaciones obstétricas.

### **2.4.3.- ANÁLISIS DE DATOS:**

La base de datos se analizó utilizando el excel 2010 y el software estadístico. Se realizó un análisis descriptivo, respondiendo a los objetivos en cuestión se presentó tablas y gráficos de las variables perfil clínico y perfil epidemiológico así como un análisis de tendencia. Para el análisis de información se estimó proporciones para las variables cualitativas y se calcularon promedios con sus respectivas desviaciones estándar a las variables cuantitativas.

## **2.5.- PROCEDIMIENTO:**

Se presentó un oficio para la autorización del desarrollo de la investigación a la dirección general y se presentó al Jefe del Dpto. de Gineco Obstetricia se le explicó el desarrollo de la investigación y a la

Obstetra responsable del sistema informático perinatal a quien se le explico en que consistió la investigación se recolectó la información de la historia clínica perinatal de la paciente con diagnóstico de pre eclampsia de los años 2012 al 2016 se ingresaron los datos obtenidos y se tabularon para organizarlos y analizarlos.

## **2.6.- ASPECTOS ÉTICOS:**

Anonimato: Los nombres de las madres cuyas historias clínicas perinatales que participaron en la investigación no fueron revelados.

Participación de historias clínicas: El estudio involucró a los expedientes de las historias clínicas.

Confidencialidad de la información obtenida: se ingresó la información en el software que sirvió para el análisis de los datos.

Veracidad de los datos: se tomó con fidelidad los datos que encontramos durante la investigación.

### III. RESULTADOS

**Tabla N° 1**

Perfil clínico de la paciente con preeclampsia del Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016.

Perfil clínico	N	%
<b>Tipo de Pre eclampsia</b>		
Leve	455	32.09
Severa	961	67.77
<b>Total</b>	1418	100
<b>Signos y Síntomas</b>		
Edema	1098	77.43
No presentan edema	320	22.56
<b>Total</b>	1418	100
Presión arterial alta	1418	100
<b>Total</b>	1418	100
Presentaron Proteinuria	1052	74.29
Sin Proteinuria	366	25.81
<b>Total</b>	1418	100
<b>complicaciones obstétricas</b>		
Muerte materna	1	0.071
Eclampsia	10	0.705
Síndrome de Hellp	77	5.43
Otras	1330	93.79
<b>Total</b>	1418	100
<b>Vía de terminación del parto</b>		
Parto vaginal	320	22.57
Cesárea	1098	77.43
<b>Total</b>	1418	100
<b>Condición de Egreso</b>		
Sana	1414	99.71
Con Patología	3	0.21
Traslado	0	0
Fallece	1	0.07
<b>Total</b>	1418	100

Fuente: Registro de Historias Clínicas Perinatales (2017)- servicio de ginecoObstetricia

Se analizó 1418 registros de historias clínicas de gestantes con diagnóstico de preeclampsia en el sistema informático perinatal, según el perfil clínico el 32.09% presentó preeclampsia leve y el 67.7% preeclampsia severa, de las cuales el 5.4% se complicó con síndrome de HELLP, falleciendo una paciente. EL 77.4% de los partos de las pacientes con preeclampsia terminó por cesárea y el 22.5% por vía vaginal. La condición de egreso al alta en el 99.7% de los casos fue sana.

**Tabla N°2**

Perfil epidemiológico de la paciente con preeclampsia del Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016.

<b>Perfil Epidemiológico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>		
De 13 a 17 años	127	8.96
De 18 a 25 años	594	41.89
De 26 a 35 años	479	33.78
> 36 años	218	15.37
<b>Total</b>	<b>1418</b>	<b>100</b>
<b>Grado de instrucción</b>		
Analfabeta	2	0.141
Primaria	314	22.14
Secundaria	789	55.64
Superior técnica	222	15.66
Superior universitaria	91	6.417
<b>Total</b>	<b>1418</b>	<b>100</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltera	234	16.50
Casada	193	13.64
Conviviente	991	70.08
<b>Total</b>	<b>1418</b>	<b>100</b>
<b>Residencia (Distrito)</b>		
Trujillo	317	22.36
El Porvenir	388	27.36
La Esperanza	21	1.48
Florencia de Mora	121	8.53
Víctor Larco	95	6.7
Moche	85	5.99
Viru	87	6.14
Chao	40	2.82
Otros Distritos	264	18.62
<b>Total</b>	<b>1418</b>	<b>100</b>
continua		

<b>Antecedentes personales</b>		
Hábito de fumar	1	0.70
No Hábito de fumar	1417	99.92
<b>Total</b>	1418	100
Antecedente de hipertensión arterial	18	1.26
Sin antecedente de hipertensión arterial	1400	98.73
<b>Total</b>	1418	100
<b>Antecedentes Obstétricos</b>		
Nº de pacientes con Historial de Abortos	311	21.93
Nº de pacientes con Historial de hijos muertos	30	2.11
Antecedente de cirugía pélvica uterina	1077	75.95
<b>Total</b>	1418	100
<b>Atención Pre Natal</b>		
Si	1312	92.52
No	106	7.48
<b>Total</b>	1418	100
<b>Nro de Controles Prenatales</b>		
< 4 controles	305	21.51
≥ 4 controles	1113	78.49
<b>Total</b>	1418	100

*Fuente: Registro de Historias Clínicas Perinatales (2017)- servicio de ginecoObstetricia*

Se analizó 1418 registros de historias clínicas de gestantes con diagnóstico de preeclampsia en el sistema informático perinatal, según el perfil epidemiológico: el grupo más prevalente fue de 18-25 años, el promedio de edad de las gestantes es de 26.47+/- 7.50 años; según el grado de instrucción el 55.64% tenía secundaria completa, el 70.8 % tienen un estado civil de conviviente; el 27.36% reside en el Porvenir, el 22.36% en el distrito de Trujillo, el 21.9% presentaron historial de abortos, con un promedio de 0.33 +/- 0.65, el promedio de hijos vivo por paciente fue de 1.10 +/- 1.33 hijos; el 92.52% recibieron atención prenatal y de ellas el 78.49% registró más de cuatro controles prenatales, con un promedio por paciente de 5.7 controles prenatales +/- 2.

#### **IV.-DISCUSION:**

La hipertensión es una de las complicaciones más comunes de la gestación, la mujer con hipertensión asociada al embarazo y su producto están sometidos a diversos riesgos, sea por la enfermedad o por patología asociada<sup>1</sup>. El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de las pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el hospital Belén de Trujillo durante los últimos cinco años.

En la tabla N°01 los resultados del perfil clínico de las pacientes con preeclampsia; muestran que el 67.7% de las gestantes presentaron preeclampsia severa, estos resultados obtenidos concuerdan con el estudio de Bravo Jordana y cols (Lima, 2013),<sup>47</sup> donde el 68,3% de las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre 2006 y 2012 presentaron preeclampsia severa; de la misma forma en el estudio de Martínez Ruiz (España 2013 ) el 71,4% de las pacientes presento preeclampsia severa y el 33.3% preeclampsia leve; similares datos registrados en nuestro estudio donde el 32.09% presento preeclampsia leve.<sup>48</sup>

Este incremento porcentual de los casos graves en el Hospital Belén de Trujillo, podría atribuirse a una deficiente prevención en todos los niveles, detección temprana y tratamiento oportuno de los casos leves en la atención pre natal; así mismo al ser un hospital de nivel III-1 se recibe los casos obstétricos de capa compleja referidos de instituciones prestadoras de salud de menor nivel.

Si bien la norma técnica de atención prenatal reenfocada del 2013 determina las directrices de atención materna, estas en las instituciones prestadoras de servicios de salud (ipress) no están adecuadamente implementadas; por cuestiones de sobre carga laboral, para toma de pruebas de detección oportuna de preeclampsia como el test de

rodamiento, el número de pacientes atendidas en los turnos, la experticia del evaluador en la toma de la presión arterial que en las ipress lo realiza el personal técnico o en formación (estudiantes).<sup>49</sup>

A nivel de educación para la salud en los consultorios pre conceptuales o en la misma atención prenatal se brinda consejería e información sobre signos de alarma y cuidados para una maternidad saludable y segura, los cuales se brinda a la mujer en edad fértil o gestante, pero no se fortalece adecuadamente a la pareja, familia o comunidad, sea en las ipress o durante el trabajo extramural: visita domiciliaria o visitas de seguimiento a la gestante que se realiza en el primero y segundo nivel; siendo una deficiencia al momento de implementar el autocuidado y la prevención.

Otros resultados mostrados en la tabla N°01; son los síntomas y signos más frecuentes en las mujeres con preeclampsia como: el edema en el 77.43% de gestantes, el 74.29% presentó proteinuria y 100% presentaron presión arterial alta. Datos similares al estudio de Heredia (Loreto-2014)<sup>37</sup> Donde el 70.9% de las pacientes con preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Loreto del año 2010 al 2014 presentaron edema y el promedio de presión sistólica de las pacientes fue de 134.52 con una  $\pm$  27.8mg/dl. Así mismo según Bravo Jordana y cols (Lima, 2013), el 68,8% de pacientes presentó proteinuria datos similares a nuestro estudio.<sup>47</sup>

En la determinación de las causas de la preeclampsia aún existen especulaciones entre distintas teorías, que explicarían los signos y síntomas que se presentan en este síndrome. Las teorías más viables se enfocan en el papel de la placenta y dividen el trastorno en dos etapas. En la primera, la causa inicial provoca que la placenta produzca elementos (proteínas específicas, "desperdicios" de la placenta) que entran al sistema circulatorio de la madre. Se cree que tales factores conllevan a la próxima etapa donde se presenta evidencia

La presión arterial alta es un signo importante de la preeclampsia; es por eso que el conocimiento de los signos de alarma por parte de las pacientes es una de las herramientas importante que existe para ayudar a las mujeres a recibir satisfactoriamente el cuidado que necesitan. La verificación de peso, revisión de la presión arterial y examen de orina para descartar proteínas son pruebas fundamentales para la detección de la preeclampsia y deben de llevarse a cabo en cada atención pre natal. <sup>12</sup>

Las complicaciones de la Preeclampsia más frecuentes obtenidas en este estudio (ver Tabla N° 01) fueron el Síndrome de HELLP en el 5.43% seguido de la Eclampsia en el 0.70%. Similar al estudio de Martínez Sánchez (Colombia – 2013)<sup>23</sup>, donde el síndrome de HELLP fue la principal complicación el 10.9% de las pacientes, seguida de la Eclampsia. El 0.71% de los casos de preeclampsia tuvo como condición de egreso el fallecimiento<sup>23</sup>

El síndrome de Hellp es una enfermedad multisistémica que acompaña a los cuadros graves de preeclampsia. Es un elemento de pronóstico desfavorable en las pacientes afectadas por una hipertensión durante el embarazo. Se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica microangiohepática, disfunción hepática con elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. La gestante con hipertensión arterial está expuesta a desarrollar complicaciones, con alta letalidad materna, como desprendimiento prematuro de placenta, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral y falla hepática, entre otras estas complicaciones que explican en su mayor parte las muertes maternas en mujeres con hipertensión arterial. <sup>7</sup>

Otros resultados obtenidos en el presente estudio en el perfil clínico (ver tabla N°01) fue la vía de terminación del parto, de las pacientes con preeclampsia el 77.4% termino su parto por cesárea. Similares datos al estudio de Altunaga (2011) <sup>50</sup> el 73,2% fue por cesárea así mismo Pérez Hernández y cols el 91,7 %; fue por cesárea de las pacientes con pre eclampsia.<sup>51</sup>

La cesárea es la intervención quirúrgica comúnmente realizada, que se utiliza para finalizar un embarazo o parto que ayudará a conservar la salud y la vida materno-fetal; siendo el objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Es el procedimiento quirúrgico más común en obstetricia y la más antigua y moderna de las operaciones que ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional.<sup>51</sup>

Otros resultados mostrados en la tabla N°01; se encontró que el 99.72% presentaron condición de egreso sana de las pacientes con pre eclampsia, que fueron atendidas en el Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016.

En la tabla N° 2 los resultados del Perfil epidemiológico de las pacientes con pre eclampsia, muestran que el promedio de edad de las gestantes es de 26.47 +/- 7.50 años; el grupo más prevalente fue de 18-25 años lo cual no coincide con lo encontrado por Sibai y cols.<sup>52</sup> en las edades extremas de la vida, a diferencia del estudio de Suarez J. y Cols.<sup>53</sup> donde el mayor porcentaje de mujeres que padecieron de preeclampsia severa se encontraban en los extremos de la vida; así mismo, en el estudio de Monterrosa y cols. Predominaron las adolescentes como principal grupo de riesgo.<sup>54</sup>

Este resultado puede deberse a que en las mujeres mayores de 34 años existe daños crónicos del sistema vascular, que sufre desgastes, con la consecuente esclerosis de los vasos, lo cual compromete el aporte sanguíneo adecuado al embarazo y se establece una insuficiencia circulatoria con la consiguiente isquemia útero-placentaria, explicándose entonces la preeclampsia por una isquemia placentaria secundaria al aumento de lesiones escleróticas en las arterias del miometrio. En las menores de 19 años existe mayor frecuencia de formación de placentas anormales, hecho que da mayor valor a la teoría de la placentación inadecuada que conllevaría a preeclampsia. Además se puede plantear

que en esta edad el músculo uterino ofrece mayor resistencia y existe una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación. La literatura médica destaca que las mujeres jóvenes son las que tienen mayor frecuencia de hipertensión durante la gestación, esto hace que se acepten diferentes teorías, entre ellas las de tipo inmunológico <sup>55</sup>.

Según el grado de instrucción el 55.64% tenía secundaria completa, estos resultados concuerdan con el estudio de Heredia (Loreto-2014) el 60.7% tenían secundaria completa.<sup>37</sup>

El 69.9% tienen un estado civil conviviente; el 27.36% reside en el Porvenir, el 22.36% en el distrito de Trujillo, el 21.9% presentaron historial de abortos, el 92.52% recibieron atención prenatal y de ellas el 78.49% registró más de cuatro controles pre natales, como características de la paciente del Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016.

Los trastornos hipertensivos del embarazo son problemas médicos importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento, o si evoluciona hacia una eclampsia que es el estadio más grave de la enfermedad. Se recomienda realizar una correcta atención prenatal a todas las gestantes con riesgos potenciales de desarrollar preeclampsia.<sup>8</sup>

Según el hábito de fumar el 0.70% de las pacientes de nuestro estudio eran fumadoras activas, cifra similar al estudio de Jasovic et y cols con el 2% en su población de estudio.<sup>55</sup>

El consumo de alcohol y tabaco puede disminuir el riesgo de preeclampsia en la gestación encontró un menor riesgo de pre-eclampsia cuando el número de cigarrillos consumidos diariamente era mayor. Sin embargo, los graves efectos que ejercen ambas sustancias en la salud de

la madre y el desarrollo del feto impiden a todas luces su posible uso en la prevención de la pre-eclampsia. La evaluación de estos hábitos en nuestra población no es posible debido a su baja prevalencia.<sup>54</sup>

Se concluye que un gran número de madres gestantes desarrolló preeclampsia grave o algunas de las complicaciones inherentes a esta afección, por lo que resulta imprescindible continuar estudios que nos permitan modificar precozmente los factores de riesgo y relacionar un grupo de acciones que garanticen una mejor gestión de calidad así como la atención prioritaria de las gestantes complicadas, según nuestro estudio el 92.52% de las gestantes con pre eclampsia si recibieron atención prenatal lo cual se concluye que las gestantes no recibieron una atención de calidad durante la atención prenatal esta deficiencia es mayormente por la sobre carga laboral del profesional de salud por lo cual estos casos relacionados con pre eclampsia están aumentando en la actualidad a nivel mundial . Durante la atención prenatal se debe brindar charlas educativas que incentiven a las pacientes a una buena calidad de vida, a disfrutar de una maternidad saludable y sin futuras complicaciones. También orientando a las familias sobre educación sexual, planificación familiar y las patologías más comunes para evitar embarazos en la adolescencia. Aumentando el nivel de educación en salud para todas las pacientes, en especial aquellas mujeres menores de 20 años por medio del trabajo en equipo de médicos y obstetras.

Y que en todas las instituciones de salud se cuente con equipamiento básico adecuado para brindar una atención de calidad para las pacientes, garantizando la integridad, salud y vida de cada persona, además de referir a la unidad de atención de mayor complejidad los casos que ameriten una atención especializada.

## **V.-CONCLUSIONES:**

Según el perfil clínico de las pacientes con pre eclampsia del hospital Belén de Trujillo, 2012- 2016 fue según el tipo de pre eclampsia leve en 32.09% y 67.77 % severa; según los signos y síntomas, el 77.43%, edema el 100% presentaron presión arterial alta, el 74.29% proteinuria; según las complicaciones el 5.43% presentó síndrome de Hellp, la vía de terminación del parto el 77.43% fue por cesárea y la condición de egreso sano fue 99.71% y el 0.21% con patología, en los casos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016.

El Perfil epidemiológico de las pacientes con pre eclampsia, indica que el grupo más prevalente se encuentra entre los 18-25 años, el promedio de edad de las gestantes es de 26.47+/- 7.50 años; según el grado de instrucción el 55.64% tenía secundaria completa, el 70.8% tienen un estado civil de conviviente; el 27.36% reside en el Porvenir, el 22.36% en el distrito de Trujillo, el 21.9% presentaron historial de abortos, con un promedio de 0.33 +/- 0.65, el promedio de hijos vivo por paciente fue de 1.10 +/- 1.33 hijos; el 92.52% recibieron atención prenatal y de ellas el 78.49% registró más de cuatro controles pre natales, con un promedio por paciente de 5.7 controles prenatales +/- 2, en los casos atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- ❖ Fortalecer las competencias del equipo multidisciplinario para la atención temprana de esta patología desde las organizaciones prestadoras de salud del I nivel.
- ❖ Se sugiere el adecuado registro del diagnóstico de la enfermedad y su seguimiento estadístico en las instituciones para que se disponga de una base de datos electrónica que facilite investigaciones posteriores.
- ❖ Localización oportuna durante la atención prenatal desde las organizaciones prestadoras de salud del I nivel, mediante capacitación permanente del personal de salud que atiende a las gestantes, con el fin de diagnosticar y tratar a tiempo esta enfermedad.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Sosa, L Guirado , M. Estados hipertensivos del embarazo. Rev Urug Cardiol 2013; 28:285-298.
- 2.-Velasco V, Navarrete E, Pozos JL, Cardona JA. Características epidemiológicas de la preeclampsia-eclampsia en el IMSS. Rev Méd IMSS 1999;37:325-331.
- 3.-Morgan-Ortiz F, Calderón-Lara C , Martínez-Félix J, González-Beltrán,A; Quevedo-Castro E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2010;78(3):153-159.
- 4.-Shah A, Fawole B, M'Imunya JM. Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. Intl J GynecObstet 2009;107:191-7.
5. Wolf Elizabeth, E. Causes, risk factors and prevention strategies .2010. Disponible en URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893926/> . [ citado el 21-07-2017].
- 6.- Verdecía D , Castillo F, Lluch A, Morales A. Morbimortalidad materna en la preeclampsia complicada. Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25(12).
- 7.- Xiao J1, Shen F2, Xue Q3, Chen G3, Zeng K4, Stone P5, Zhao M1, Chen Q6. Is ethnicity a risk factor for developing preeclampsia? An analysis of the prevalence of preeclampsia in China. J Hum Hypertens. 2014 Nov;28(11):694-8. doi: 10.1038/jhh.2013.148. Epub 2014 Jan 16.
- 8.- Thornton C, Dahlen H, Korda A, Hennessy A. The incidence of preeclampsia and eclampsia and associated maternal mortality in

Australia from population-linked datasets: 2000-2008. *Am J Obstet Gynecol.* 2013 Jun;208(6):476.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2013.02.042.

9.-Vargas V, Acosta G, Moreno M. La preeclampsia un problema de salud pública mundial.*Rev chil obstet ginecol* 2012; 77(6): 471 – 476.

10.-Kuklina EV, et al. Hypertensive Disorders and Severe Obstetric Morbidity in the United States. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1299-306..

11.- Ronsmans C, Graham WJ on behalf of the Lancet Maternal Survival Series steering group, “Maternal mortality; who, when, where and why.” *The Lancet, Maternal Survival*, Septiembre 2006.

12.- Sánchez, S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. *Rev. Peru. ginecol. obstet.* 2015, vol.60, n.4 [citado 2017-04-10], pp.309.320.Disponible en URL:<[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000400007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007&lng=es&nrm=iso)>.

13.-Gil F. Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. 2015; *Bolet Epidemiologic* 25 (4): 66 – 74.

14.-Martínez D, Alfonso L, del Mar Díaz Pedraza N, Díaz S, Cecilia N. El pronóstico de los hijos de madres con preeclampsia: Parte 1: Efectos a corto plazo. *Arch Argent Pediatría.* 2011 Oct;109(5):423–8.

15.-Flores, k , Factores de riesgo para preeclampsia Severa Weblog. [citado el 10-04-2017] from: [http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/URPU\\_085f4d773ee28fcb679d276e7938618b/Details](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/URPU_085f4d773ee28fcb679d276e7938618b/Details) .

16-Widmer M, Villar J, Lindheimer M. Mapping the Theories of Preeclampsia and the Role of Angiogenic Factors. *American College of Obstetricians and Gynecologist* 2006;109:168-182.

17.-Fajardo-Dueñas S. Estados hipertensivos del embarazo. *Obstetricia y Medicina Perinatal*. Temas selectos: COMEGO 2006;p:214-223.

18.-Cunningham ,Pregnancy In: Williams Obstetrics, . Hipertensive disorders en pregnancy. [from: [ircmj.com/23592.pdf](http://ircmj.com/23592.pdf) [ citado ell 20-07-2017].

19.- American College of Obstetricians and Gynecologist: Diagnosis and Management of Preeclampsia-Eclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 33. *Obstet Gynecol* 2002;99:159-167.

20.-Roberts JM, Taylor RN, Goldfien A. A Clinical and Biochemical evidence of endothelial cell disfunction in pregnancy síndrome preeclampsia. *Am J Hypertens* 1991;4:700.

21.- García Santos FJ, Costales Badillo CA, Jimeno JM. Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo. Revisión de la literatura. Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Cátedra de Obstetricia y Ginecología (Prof. M. Escudero Fernández). *Toko-Ginecología Práctica* Mayo 2000; Número 645 p. 194 - 212.

22.-Pérez M, Sáez C, Agüero A, González G, Alfonso D, etal. Incidencia y caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo. [citado el 2017-04-16] disponible en URL : [scielo.sld.cu/pdf/gin/v40n2/gin03214.pdf](http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v40n2/gin03214.pdf).

23.-Martínez S. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con preeclampsia Available from:[http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40\\_2\\_14/gin03214.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin03214.htm) [Accessed 20-07-2017].

24.- Hillesund ER, Overby NC, Engel SM, Klungsøyr K, Harmon QE, Haugen M, Bere E. Associations of adherence to the New Nordic Diet with risk of preeclampsia and preterm delivery in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Eur J Epidemiol*. 2014 Oct;29(10):753-65

25-Bujold E, Roberge S, Lacasse Y, Bureau M, Audibert F, Marcoux S, Forest JC, Giguère Y. Prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction with aspirin started in early pregnancy: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2010 Aug;116(2 Pt 1):402-14. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181e9322a.

26.-Lefevre, Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Low-dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: [citado 2017-04--17].From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25200125> .

27.- Bell M, la pre eclampsia: una historia de 2,400 años. Disponible en URL:<https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/53-informacion-de-salud/257-history-of-preeclampsia> [citado 21- 07- 2017].

28.-Chappell LC, Seed PT, Briley A, Kelly FJ, Hunt BJ, Charnock-Jones DS, Mallet AI, Poston L. A longitudinal study of biochemical variables in women at risk of preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Jul;187(1):127-36.

29.-Di Marco I, Basualdo MN, Di Pietrantonio E, Paladino S, Ingilde M, Domergue G, et al. Guía de práctica clínica: estados hipertensivos del embarazo 2010. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá.* 2011;30(1):70-93.

30.- Saez V, Prez H. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2014;40(2):155-164.

31.-Díaz Martínez LA, Díaz Pedraza NM, Serrano Díaz NC. El pronóstico de los hijos de madres con preeclampsia. Parte 1: Efectos a corto plazo. *Arch Argent Pediatr.* 2011;109(5):423-8.

32.-Curiel-Balsera,E ,Prieto-Palomino M, Munoz-Bono J, Ruiz de Elvira M, Galeas J, Quesada García G. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave, eclampsia y síndrome HELLP que

ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos gineco-obstétrica. Med Intensiva. 2011;35(8):478---483

33.-Martínez L, Agudelo L, Rodríguez-Gázquez M, Cardona J, Becerra D, Palacio D, Mejía L, Zapata. .Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con preeclampsia atendidas en una Clínica privada de Medellín, Colombia (2005-2010) Clin Invest Ginecol Obstet 2014;41:66-70

34.- Moreno. Raza negra como factor de riesgo independiente para preeclampsia. Disponible en URL:<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516005.pdf>. [Citado 20-07-2017].

35.-Benites-cóndor, Yamalí; Bazán-Ruiz, Susy; Valladares-Garrido, Danai. .Factores asociados al desarrollo de preeclampsia from:<http://www.redalyc.org/pdf/717/71723601003.pdf>. [Citado 2017-04-16].

36.-Arroyo c, Factores de Riesgo Independientes para la presencia de Preeclampsia [citado en el 2017-04-16]. .from:[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/935/1/Gozar%20Casas%20Miguel%20%C3%81ngel\\_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/935/1/Gozar%20Casas%20Miguel%20%C3%81ngel_2017.pdf).

37.-Heredia\_irma, Factores de Riesgo asociados a Pre eclampsia [citado en 2017-04-16]. disponible en URL: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1262/1/HEREDIA\\_IRMA\\_FACTORES\\_RIESGO\\_PREECLAMPSIA.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1262/1/HEREDIA_IRMA_FACTORES_RIESGO_PREECLAMPSIA.pdf).

38.- Linhares JJ, Macêdo NMQ, Arruda GM de, Vasconcelos JLM, Saraiva TDV, Ribeiro AF. [Factors associated with mode of delivery in women with pre-eclampsia]. Rev Bras Ginecol E Obstetrícia Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstetrícia. 2014 Jun;36(6):259–63.

39.-Ruiz c , Factores de Riesgo asociados a Preeclampsia

[Citado el 19 de abril del 2017]. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516005.pdf> .

40.-Kleinrouweler. Accuracy of circulating placental growth factor, vascular endothelial. Disponible en URL

:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.14710528.2012.03311.x/full> [citado el 20-07- 2017].

41.- Velásquez Berrio M, Gil-Villa AM, Cadavid Jaramillo AP. Lipoxinas inducidas por la aspirina: una alternativa para modular los procesos proinflamatorios en la preeclampsia. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2013 Sep;39(3):292–305.

42.-Hernández-Díaz S, Toh S, Cnattingius S. Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: prospective cohort study. BMJ. 2009 Jun 18;338:b2255.

43.-Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG, High Risk of Pre-eclampsia Identification Group. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. BMJ. 2016 Apr 19;353:i1753.

44.-Duckitt K, Harrington D. Risk factors for preeclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. BMJ. 2005 Mar 10;330(7491):565.

45. Brantsaeter AL, Associations of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain with pregnancy outcome and postpartum weight retention: a prospective observational cohort study. BMC PregnancyChildbirth. 2014;14:201.

46.-Wallace AE, Host AJ, Whitley GS, Cartwright JE. Decidual natural killer cell interactions with trophoblasts are impaired in pregnancies at increased risk of preeclampsia. Am J Pathol. 2013 Dec;183(6):1853–61.

47.-Jordana bravo,Characteristics of pregnants with chronic hypertension.Disponible en URL [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2011000200004&lng](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000200004&lng) [ citado el 20-07- 2017].

48.- Martínez ruiz. Biomarcadores Predictores de preeclampsia en Gestantes con Factores de Riesgo. Disponible en URL :<https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/35460/1/TESIS%20ANA%20MART%C3%8DNEZ%20RUIZ.pdf> citado el 20-07- 2017].

49.-. Norma técnica de atención prenatal reenfocada del 2013. Weblog.

Disponible en URL.<http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf> [citado el 20-07- 2017].

50.-Altunaga P. Lugones Botell M. Resultados perinatales en la preeclampsia con signos de gravedad. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2011 Ago [citado 03 Jul 2017]; 37(2):147-53. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200004&lng=es).

51.-Pérez Hernández MT, Sáez CV, Agüero AG, González GH, Alfonso DA, Vilches LF. Incidencia y caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo. MEDISUR. 2011 [citado 21 junio 2017]; 9 (5):13-6.Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1709/6562>.

52.-Sibai b,Pre-eclampsia Lancet. Pre-eclampsia Lancet. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15733721> [Accessed 20-07- 2017].

53.-Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Cairo González V, Bravo Torres Y, Corrales Gutiérrez A, Tempo Alberto C. Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con preeclampsia grave. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2009 Sep [citado 03 Jul

2017];35(3):Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2009000300004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300004&lng=es).

54.-Monterrosa castro, Incidencia y Aspectos Clínicos Relacionados con la preeclampsia. Incidencia y Aspectos Clínicos Relacionados con la preeclampsia. Disponible en [www.scielo.org.co/pdf/rcog/v53n3/v53n3a06.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v53n3/v53n3a06.pdf) [citado el 20-07-2017].

55.-Jasovic V, Demographic characteristics in preeclamp. Available in : [www.scielo.cl/scielo.php?script=sci...98872011000600008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci...98872011000600008) [citado el 20-07-2017].

# **ANEXOS**

## ANEXO: N° 1

EDAD	AÑOS DE ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	ABORTOS	HIJOS VIVOS	HIJOS MUERTOS	PESO PRE GESTACIONAL	EDAD GESTACIONAL	VIA DE TERMINACION	
24	5	CONVIVIENTE	1	0	0	53.0	41	PARTO ESPONT	
24	2	CONVIVIENTE	0	0	0	47.0	37	PARTO ESPONT	
20	5	CONVIVIENTE	0	0	0	53.0	42	CESAREA EMER	
30	4	CONVIVIENTE	0	0	0	46.0	33	PARTO ESPONT	
26	5	CASADA	1	2	0	56.2	40	PARTO ESPONT	
26	5	CONVIVIENTE	0	1	0	47.0	41	PARTO ESPONT	
39		SOLTERA	1	0	0	55.0	40	CESAREA EMER	
28	5	CONVIVIENTE	0	2	0	65.0	8	NO APLICA	
23	3	CONVIVIENTE	0	2	0	68.0	40	CESAREA EMER	
22	3	CONVIVIENTE	1	2	0	42.0	37	CESAREA EMER	
17	5	SOLTERA	0	0	0	45.0	41	PARTO ESPONT	
25	2	CONVIVIENTE	0	1	0	66.0	38	PARTO ESPONT	
40	5	CASADA	0	0	0	48.0	31	CESAREA EMER	
40	2	CONVIVIENTE	0	5	0	59.0	36	CESAREA EMER	
32	5	CASADA	1	2	0	56.0	41	PARTO ESPONT	
31	Sin Dato	CONVIVIENTE	0	3	0	66.0	36	PARTO ESPONT	
22	5	CONVIVIENTE	0	0	0	53.0	38	CESAREA EMER	
23	5	CONVIVIENTE	1	1	0	72.0	8	NO APLICA	
31	5	CONVIVIENTE	1	0	0	58.0	40	CESAREA EMER	
30	3	CONVIVIENTE	0	1	0	62.0	39	CESAREA EMER	
26	5	CONVIVIENTE	0	3	0	47.0	41	PARTO ESPONT	
31	5	CASADA	0	2	0	54.0	33	CESAREA EMER	
36	5	CONVIVIENTE	1	2	0	76.0	39	CESAREA EMER	
22	1	CONVIVIENTE	0	0	0	Sin Dato	40	CESAREA EMER	
29	5	CASADA	0	3	0	71.0	38	PARTO ESPONT	
32	5	CASADA	0	5	0	58.0	36	CESAREA EMER	
32	5	CASADA	0	5	0	58.0	36	CESAREA EMER	
19	5	CONVIVIENTE	0	0	0	56.0	39	PARTO ESPONT	
35	4	CASADA	1	5	0	Sin Dato	8	NO APLICA	
18	3	CONVIVIENTE	0	0	0	55.0	8	NO APLICA	
24	5	CONVIVIENTE	0	1	0	65.0	33	PARTO ESPONT	
27	5	CONVIVIENTE	1	2	0	62.0	39	CESAREA EMER	
15	5	CONVIVIENTE	0	0	0	42.0	40	CESAREA EMER	
24	5	CONVIVIENTE	0	1	0	68.0	39	CESAREA EMER	
26	5	SOLTERA	0	0	0	69.0	41	CESAREA EMER	
18	3	CONVIVIENTE	1	0	0	52.0	39	PARTO ESPONT	
19	3	SOLTERA	0	0	0	48.0	38	CESAREA EMER	
34	5	CONVIVIENTE	2	2	0	57.0	37	PARTO ESPONT	
23	1	CONVIVIENTE	1	0	0	49.0	40	PARTO ESPONT	
17	3	SOLTERA	0	0	0	56.0	41	PARTO ESPONT	
25	2	SOLTERA	0	2	0	Sin Dato	8	NO APLICA	
38	5	CASADA	0	3	0	53.0	39	PARTO ESPONT	
31	1	CONVIVIENTE	0	2	0	58.0	37	PARTO ESPONT	
16	5	CONVIVIENTE	0	0	0	Sin Dato	37	CESAREA EMER	
19	1	CONVIVIENTE	0	0	0	48.0	38	CESAREA EMER	
27	3	CONVIVIENTE	1	2	0	52.0	40	PARTO ESPONT	
21	3	CONVIVIENTE	0	0	0	59.0	39	CESAREA EMER	
19	3	SOLTERA	0	0	0	53.0	39	CESAREA EMER	
25	5	CASADA	0	1	0	40.0	38	CESAREA EMER	
19	3	SOLTERA	0	0	0	40.0	40	PARTO ESPONT	
32	5	CONVIVIENTE	0	4	0	Sin Dato	8	NO APLICA	
22	5	CASADA	1	1	0	53.0	39	CESAREA EMER	
20	2	SOLTERA	0	0	0	50.0	40	PARTO ESPONT	
33	5	CONVIVIENTE	0	5	0	65.0	40	PARTO ESPONT	
20	4	CONVIVIENTE	0	1	0	Sin Dato	39	PARTO ESPONT	
22	5	SOLTERA	0	0	0	52.0	33	PARTO ESPONT	
0	19	2	SOLTERA	0	0	51.0	41	CESAREA EMER	
3	27	5	CONVIVIENTE	0	3	0	66.0	39	CESAREA EMER
0	17	1	CONVIVIENTE	0	0	41.0	41	CESAREA EMER	
1	20	1	CONVIVIENTE	1	0	73.0	37	CESAREA EMER	
2	25	Sin Dato	CONVIVIENTE	0	2	0	45.0	38	PARTO ESPONT
0	21	2	CONVIVIENTE	0	0	55.0	8	NO APLICA	
2	26	2	CONVIVIENTE	1	1	0	61.0	42	PARTO ESPONT
3	26	5	CONVIVIENTE	2	1	0	47.0	38	PARTO ESPONT
5	27	1	CASADA	4	1	0	72.0	8	NO APLICA
1	24	5	CONVIVIENTE	0	1	0	84.0	38	PARTO ESPONT
1	27	3	CONVIVIENTE	0	1	0	45.0	8	NO APLICA
3	30	5	CASADA	1	2	0	60.0	40	PARTO ESPONT
0	22	2	CONVIVIENTE	0	0	0	55.0	39	PARTO ESPONT
3	35	5	CASADA	0	3	0	56.0	39	CESAREA EMER
3	30	1	CASADA	1	3	0	32.0	8	NO APLICA
2	23	5	CONVIVIENTE	0	2	0	60.0	39	CESAREA EMER
0	19	5	CASADA	0	0	0	53.0	40	CESAREA EMER
3	42	5	CONVIVIENTE	0	3	0	82.0	8	NO APLICA
0	19	1	CONVIVIENTE	0	0	0	55.0	40	PARTO ESPONT
0	29	5	CONVIVIENTE	0	0	0	55.0	37	PARTO ESPONT
0	20	5	CONVIVIENTE	0	0	0	52.0	39	PARTO ESPONT
1	20	3	SOLTERA	0	1	0	53.0	39	PARTO ESPONT
3	26	5	CONVIVIENTE	0	3	0	65.0	39	PARTO ESPONT
1	25	3	CASADA	0	1	0	76.0	36	PARTO ESPONT
0	24	5	SOLTERA	0	0	0	44.0	5	NO APLICA
1	19	2	SOLTERA	0	1	0	59.0	38	CESAREA EMER
2	29	4	CONVIVIENTE	1	1	0	53.0	8	NO APLICA

0	24	1	CONVIVIENTE	0	0	0	43.0	38	CESAREA EMER
1	23	5	CASADA	0	1	0	Sin Dato	40	CESAREA EMER
0	20	5	CONVIVIENTE	0	0	0	73.0	39	PARTO ESPONT
0	25	5	CASADA	0	0	0	58.0	38	CESAREA EMER
2	38	5	CONVIVIENTE	0	2	0	73.0	8	NO APLICA
0	16	3	CONVIVIENTE	0	0	0	47.0	8	NO APLICA
2	24	5	CONVIVIENTE	0	2	0	59.0	15	NO APLICA
0	30	5	CASADA	0	0	0	60.0	38	PARTO ESPONT
1	30	3	CONVIVIENTE	0	1	0	58.0	39	CESAREA EMER
0	19	3	SOLTERA	0	0	0	63.0	39	PARTO ESPONT
1	18	2	CONVIVIENTE	1	0	0	50.0	39	CESAREA EMER
0	42	3	CASADA	0	0	0	53.0	8	NO APLICA
3	36	5	CONVIVIENTE	0	3	0	72.0	38	PARTO ESPONT
0	19	3	CONVIVIENTE	0	0	0	72.0	42	CESAREA EMER
2	23	5	CONVIVIENTE	0	2	0	55.0	8	NO APLICA
2	30	5	CONVIVIENTE	0	2	0	Sin Dato	8	NO APLICA
3	37	2	CASADA	0	3	0	53.0	34	CESAREA EMER
1	22	5	CONVIVIENTE	0	1	0	45.0	36	CESAREA EMER
2	34	3	CASADA	0	2	0	60.0	34	PARTO ESPONT
0	23	1	CONVIVIENTE	0	0	0	55.0	38	CESAREA EMER
2	32	5	CONVIVIENTE	0	2	0	Sin Dato	8	NO APLICA
3	39	5	CASADA	1	2	0	73.0	41	CESAREA EMER
1	20	4	CONVIVIENTE	0	1	0	51.0	40	CESAREA EMER
5	35	3	CONVIVIENTE	1	4	0	66.0	8	NO APLICA
1	20	4	CONVIVIENTE	0	1	0	Sin Dato	15	NO APLICA
2	23	1	CONVIVIENTE	1	1	0	58.0	38	CESAREA EMER
3	26	1	CASADA	1	2	0	56.0	39	CESAREA EMER
2	21	5	CASADA	0	2	0	62.0	39	PARTO ESPONT
6	40	5	CASADA	0	6	0	52.0	8	NO APLICA
0	17	1	SOLTERA	0	0	0	55.0	37	CESAREA EMER
0	18	4	CONVIVIENTE	0	0	0	48.0	40	CESAREA EMER
1	28	5	CONVIVIENTE	1	0	0	51.0	40	CESAREA EMER
1	36	4	CASADA	0	1	0	51.0	8	NO APLICA
0	18	5	CONVIVIENTE	0	0	0	47.0	38	CESAREA EMER
2	32	3	CASADA	0	2	0	73.0	38	CESAREA EMER
4	40	5	CASADA	1	3	0	68.0	8	NO APLICA
2	25	3	CONVIVIENTE	1	1	0	68.0	40	CESAREA EMER
3	24	5	CONVIVIENTE	1	2	0	56.0	8	NO APLICA
3	38	4	CASADA	0	3	0	84.0	39	PARTO ESPONT



## II. PERFIL CLINICO

Semana de Gestación: \_\_\_\_\_

Peso pre gestacional \_\_\_\_\_

### 1. Tipo de Pre eclampsia

Severidad de pre eclampsia: Leve ( ) Severa ( )

### 2. Signos y síntomas

#### 2.1. Valoración del edema.

0: no presenta edema	SI ( )	( ) No
1+edema leve	SI ( )	( ) No
2+edema evidente	SI ( )	( ) No
3+edema de miembros inferiores, superiores y cara	SI ( )	( ) No
4+anasarca con ascitis	SI ( )	( ) No

#### 2.2. Reflejos obstetendinosos:

0: Arreflexia	SI ( )	( ) No
1+: hiporreflexia	SI ( )	( ) No
2+: normal	SI ( )	( ) No
3+: hiperreflexia	SI ( )	( ) No
4+: anasarca	SI ( )	( ) No

2.3. Presencia de Proteinuria: SI ( ) NO ( )

#### 2.4. Diagnóstico de Embarazo

✓ Hipertensión gestacional.	SI ( )	( ) No
✓ Preeclampsia	SI ( )	( ) No
✓ Eclampsia	SI ( )	( ) No
✓ Enfermedad de Hellp	SI ( )	( ) No
✓ Hipertensión arterial crónica	SI ( )	( ) No

#### 2.5. Complicaciones Maternas presentes en la Embarazada con Enfermedad Hipertensiva

✓ Coagulación Intravascular Diseminada	SI ( )	( ) No
✓ Insuficiencia Renal Aguda	SI ( )	( ) No
✓ Muerte Materna	SI ( )	( ) No

### 3. Vía de terminación del Embarazo

✓ Parto	( )
✓ Cesárea	( )