



Universidad de Oriente  
Escuela de Ciencias de la salud  
Núcleo de Anzoátegui  
Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Estado Nueva Esparta

MORBILIDAD POR PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA EN  
PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL CENTRAL DR. LUIS ORTEGA, PORLAMAR.  
SEPTIEMBRE 2008 - SEPTIEMBRE 2009

Presentado por:

Ochoa, Ricardo C.I.17.223.920

Parrella Mauricio C.I. 16.719973

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO ANTE LA UNIVERSIDAD DE  
ORIENTE COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

**MÉDICO CIRUJANO**

Barcelona, Marzo 2010



Universidad de Oriente

Escuela de Ciencias de la salud

Núcleo de Anzoátegui

Departamento de Ginecología y Obstetricia

Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Estado Nueva Esparta

MORBILIDAD POR PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA EN  
PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL CENTRAL DR. LUIS ORTEGA, PORLAMAR.  
SEPTIEMBRE 2008 - SEPTIEMBRE 2009

**Dr. Filgia Quintero**

Asesor Académico

Firma

**Dr. Leonel Goitia**

Co-asesor Académico

Firma

Barcelona, Marzo 2010



Universidad de Oriente  
Escuela de Ciencias de la salud  
Núcleo de Anzoátegui  
Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Estado Nueva Esparta

MORBILIDAD POR PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA EN  
PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL CENTRAL DR. LUIS ORTEGA, PORLAMAR.  
SEPTIEMBRE 2008 - SEPTIEMBRE 2009

---

**Dr. Quintero Filgia**  
**Asesor Académico**

---

**Prof. Chópite Victor**  
**Jurado Principal**

---

**Prof. López Wilfrido**  
**Jurado Principal**

Barcelona, Marzo 2010

## **RESOLUCIÓN**

De acuerdo con el reglamento de trabajos de grado de la Universidad de Oriente en su artículo 44 establece:

“Los trabajos de grado son propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, el cual lo participará al Consejo Universitario”.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por este logro.

A nuestros padres.

A la Dra. Filgia Quintero, por aceptar el compromiso de ser nuestra guía para elaborar este trabajo.

A la Dra. Maria Ovalles, al Dr. Victor Chópita y Dr. Leonel Goitia, por colaborar con sus conocimientos para lograr este trabajo

Al personal de Hospital Central Dr. Luis Ortega, al Dpto. de Gineco-Obstetricia, Dpto. de Historias médicas, enfermeras y secretarias.

A la Universidad de Oriente, todos los Profesores y doctores, quienes contribuyeron en nuestra formación y desarrollo académico.

## **DEDICATORIA**

A mis padres; por ser mis guías, por sus consejos, comprensión y entendimiento, por haberme apoyado durante todo este largo recorrido. Gracias a Ustedes soy lo que soy, son mis modelos a seguir. Es un orgullo ser su hijo.

Ricardo Ochoa.

A Dios.

A mis padres. Mi mama, la mujer mas grande que he conocido, sin su esfuerzo de día a día no lo hubiese logrado

A Carolina Del Carmen Ruiz Chópite, fuiste parte de todo esto.

A todos, gracias.

Mauricio Parrella

## RESUMEN

Los trastornos hipertensivos son las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo en Estados Unidos, siendo la segunda causa de muerte materna y contribuye a 15% de ellas. Para el año 2004, según la Organización Panamericana de la Salud, Venezuela experimentó una tasa de Mortalidad Materna de 59,9 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos registrados, y perinatal de 45,6 por cada 1000 nacidos vivos, incentivando esto aún más al estudio y seguimiento de la preeclampsia, que por no tener una etiología bien definida es considerada hoy en día un problema de salud pública.

En Venezuela, la frecuencia de preeclampsia oscila entre 1,56% y 6,3%, y 0,05 a 0,45% para la eclampsia. Se realizó una investigación de morbilidad a partir de 6880 pacientes atendidas entre septiembre de 2008-2009 por el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Central Dr. Luis Ortega de Porlamar, 84 pacientes presentaron preeclampsia, siendo la incidencia 12,1 por cada 1000 habitantes. 40 pacientes (47,62%) presentaron preeclampsia leve y 44 pacientes (52,38%) preeclampsia severa. 20 pacientes (23,84%) tenían una edad comprendida entre 15-20 años, 26(30,95%) entre 21-26 años, 20(23,84%) entre 27-32 años, 14(16,66%) entre 33-38 años y 4(4,76%) entre 39-44 años. 30 pacientes (35,71%) fueron primigestas, 22(26,19%) segundigestas y 32(38,09%) con 3 o más gestas. 56 pacientes (66,66%) procedían del medio urbano y 28(33,33%) del rural. Del total de 84 pacientes con preeclampsia, 40(47,61%) presentaron antecedentes personales patológicos, de los cuales 24 pacientes (60%) padecían de hipertensión arterial crónica, 14(35%) preeclampsia y 2(5%) diabetes. Se complicaron 32 pacientes (38,09%) del total, 16 pacientes (50%) presentaron Parto pretérmino, 8(25%) RCIU, 2(6,75%) bienestar fetal comprometido, 4(12,75%) Síndrome HELLP, 2(6,75%) edema cerebral evidenciado por RMN. La incidencia de esta patología superó; duplicando el porcentaje de preeclampsia a nivel nacional. El grupo más susceptible son las pacientes primigestas, en la tercera década de la vida así como las hipertensas crónicas y procedentes del área urbana. Se demostró que la preeclampsia tiene importantes implicaciones en la

salud materno fetal y que en la práctica profesional diaria se debería tomar en cuenta los factores de riesgo contemplados en este y otros trabajos para hacer mayores intervenciones en la prevención de esta patología.

# ÍNDICE

RESOLUCIÓN .....	iv
AGRADECIMIENTOS .....	v
DEDICATORIA .....	vi
RESUMEN .....	viii
ÍNDICE.....	x
INDICE DE TABLAS .....	xii
INDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
CAPÍTULO I .....	1
INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Planteamiento del problema .....	7
1.2. Objetivos.....	8
1.2.1. Objetivo general .....	8
1.2.2. Objetivos específicos .....	8
1.3. Justificación .....	9
1.4. Factibilidad .....	10
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO .....	11
2.1. Antecedentes de la Investigación .....	11
2.2. Bases teóricas .....	15
CAPÍTULO III .....	18
MARCO METODOLÓGICO .....	18
3.1. Tipo y Diseño .....	18
3.2. Población .....	18
3.3. Muestra .....	18
3.4. Recolección de Datos .....	18
3.5. Procesamiento y análisis de Datos.....	19
3.6. Recursos.....	19
3.7. Horario de actividades .....	20
3.8. Calendario de actividades .....	21

CAPÍTULO IV .....	21
RESULTADOS Y ANÁLISIS .....	21
CAPÍTULO V .....	31
DISCUSIÓN .....	31
CAPÍTULO VI .....	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	34
6.1. Conclusiones.....	34
6.2. Recomendaciones .....	36
BIBLIOGRAFIA .....	37
ANEXO .....	39
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO: .	40

## INDICE DE TABLAS

<b>Nº</b>	<b>Descripción</b>	<b>Pág.</b>
1	Incidencia de Preeclampsia leve y Severa en pacientes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HCLO – Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	20
2	Distribución de la muestra según grupo etario. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	21
3	Distribución del total de pacientes del grupo etario 21 – 26 años según su diagnóstico. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	22
4	Distribución de la muestra según procedencia. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009.	23
5	Distribución de la muestra según el número de gestas. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	24
6	Distribución de la muestra según pacientes con Antecedentes personales. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	25
7	Distribución de pacientes con Antecedentes personales según su tipo. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	26
8	Distribución de la muestra según pacientes que se complicaron. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	28
9	Distribución de pacientes según el tipo de complicación. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta.	29

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>Nº</b>	<b>Descripción</b>	<b>Pág.</b>
1	Incidencia de Preeclampsia leve y Severa en pacientes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HCLO – Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	20
2	Distribución de la muestra según grupo etario. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	21
3	Distribución del total de pacientes del grupo etario 21 – 26 años según su diagnóstico. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	22
4	Distribución de la muestra según procedencia. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	23
5	Distribución de la muestra según el número de gestas. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	25
6	Distribución de la muestra según pacientes con Antecedentes personales. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	26
7	Distribución de pacientes con Antecedentes personales según su tipo. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	27
8	Distribución de la muestra según pacientes que se complicaron. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009	28
9	Distribución de pacientes según el tipo de complicación.	30

Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

La Preeclampsia se conoce desde hace más de 2000 años, pues la identificaron en la antigüedad los egipcios y los chinos. El cuadro clínico fue descrito gráficamente por Hipócrates. Durante la segunda mitad del siglo XIX y hasta los dos o tres primeros decenios del siglo XX, la toxemia, como también se denominó, se confundió con glomerulonefritis. Durante el mismo periodo también se efectuaron varios estudios de vigilancia, y casi todos los autores informaron de “nefritis crónica” como secuela de la enfermedad. Sin embargo, en 1927, Corwin y Eric destacaron que la glomerulonefritis era poco frecuente en la gestación y que la lesión concomitante con Preeclampsia era principalmente vascular y no renal. Este hecho fue destacado ulteriormente por Reid y Tell, y por Eric y Tilman en 1935 y 1939 respectivamente (Arias, 1995).

La preeclampsia es una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad perinatal. El origen es desconocido y se han emitido muchas teorías y señalado diversos factores para explicarla, pero ninguno se ha confirmado. En 1954 Pritchard comunicó la presencia de hemólisis, trombocitopenia, y otras anormalidades hematológicas asociadas a la enfermedad hipertensiva del embarazo o toxemia (Atkinson et al., 1994).

Goodlin, en 1982, describió un grupo de pacientes con hipertensión y embarazo con cambios hematológicos y elevación de las enzimas hepáticas, particularmente las transaminasas. Se acuñó el nombre de HELLP (síndrome caracterizado por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas bajas) para llamar la atención en la gravedad del problema, considerándolo una entidad diferente de la preeclampsia severa. En 1990 después de varios estudios realizados por diferentes autores, Sibai unificó y normó los criterios clínicos y de laboratorio para el diagnóstico de este síndrome (Arias, 1995). Los trastornos hipertensivos

son los desordenes médicos más comunes durante el embarazo; de todos ellos la hipertensión gestacional y Preeclampsia – Eclampsia constituyen aproximadamente el 50%, el otro 30% esta representado por la hipertensión arterial crónica, primaria o secundaria, diagnosticada antes del embarazo o en las primeras 20 semanas del mismo (Guarilia 2007).

La Preeclampsia es una patología muy controversial desde todos los aspectos, desde su definición, clasificación y etiología, hasta su prevención y tratamiento sigue siendo un área de intenso estudio e investigación a nivel mundial. Es un desorden multisistémico donde existe hipertensión y proteinuria, pero que puede estar asociado con anomalías de la coagulación, de la función hepática con fallo renal o isquemia cerebral.

La etiología de la preeclampsia aún es desconocida, sin embargo, se han aclarado algunos de los mecanismos fisiológicos o fisiopatológicos, lo que ha permitido avanzar en el campo de su manejo y tratamiento; además se han identificado los factores predisponentes de mayor riesgo, como factores hereditarios, factores maternos donde se incluyen edad avanzada, obesidad, vasculopatías, nefropatías, y otros factores asociados a la gestación como embarazo múltiple, anomalías congénitas, entre otros; sobre los cuales se pueden aplicar medidas preventivas y terapéuticas para disminuir la morbilidad materna y perinatal (Zigheboim y Guariglia, 2007).

La clasificación más aceptada de hipertensión durante el embarazo corresponde a la propuesta por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en 1972, por la cual se divide en cuatro grupos: 1) Preeclampsia/eclampsia, 2) Hipertensión Crónica, 3) Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida e 4) Hipertensión transitoria. Esta clasificación constituye la más sencilla siendo reafirmada en 1990 por el denominado Grupo de Trabajo Nacional sobre Programas de Educación en Hipertensión Arterial de Estados Unidos de Norteamérica (Zigheboim y Guariglia, 2007).

A partir del año 2000, el Grupo de Trabajo Nacional sobre Programas de Educación en Hipertensión Arterial de Estados Unidos de Norteamérica, ha tratado de aclarar y poner orden dentro de la confusión reinante en la clasificación de los desórdenes hipertensivos del embarazo. Como resultado de lo anterior, se propuso una nueva clasificación, con pequeñas modificaciones, sobretodo en la terminología, la cual se presenta a continuación: 1) Hipertensión arterial crónica (primaria o esencial y secundaria), 2) Preeclampsia/Eclampsia (preeclampsia leve o grave y eclampsia), 3) Preeclampsia sobreagregada a la hipertensión arterial crónica e 4) Hipertensión gestacional (hipertensión transitoria e hipertensión crónica).

Se añadió el término de hipertensión gestacional y se eliminó el de hipertensión inducida por el embarazo, por el más específico de preeclampsia-eclampsia. Según lo expresado anteriormente, los términos "hipertensión gestacional-preeclampsia/eclampsia" englobarían un amplio espectro de pacientes, que van desde la hipertensión gestacional leve y grave, sin proteinuria, que aparece por primera vez después de la semana 20 de gestación, hasta la preeclampsia, eclampsia y el síndrome de HELLP (Guariglia, 2007).

Se ha definido clásicamente a la preeclampsia como la tríada de hipertensión, proteinuria y edema, que ocurre después de las 20 semanas de gestación en una mujer antes normotensa. Es un trastorno frecuente que complica 5 a 10% de los embarazos y puede avanzar hasta una situación que pone en peligro la vida de la madre y el feto. En su origen, la preeclampsia es un trastorno de la placenta, que repercute tanto sobre la madre como sobre el feto, provocando dos síndromes: materno y fetal (Puerto, 2000).

Los cambios fisiológicos característicos de la preeclampsia consisten en sensibilidad en aumento a los agentes presores, disfunción endotelial, aumento de la permeabilidad vascular y depósito de fibrina con activación de la cascada de la coagulación. Estas lesiones contribuyen a la insuficiencia uteroplacentaria de la preeclampsia. Se ha demostrado que el embarazo complicado con hipertensión

causa trastornos del crecimiento y la supervivencia fetal (Usandizaga y Fuente, 2004).

A la luz de los conocimientos actuales la etiopatogenia de la preeclampsia podría resumirse de forma esquemática en cuatro etapas encadenadas en forma sucesiva: 1) implantación placentaria inadecuada (factor placentario), 2) producción de factores citotóxicos (factor plasmático), 3) disfunción endotelial y alteración plaquetaria (factor endotelial), y 4) vasoespasmo generalizado (factor vascular).

Sin placenta no puede haber preeclampsia, pero, por el contrario, puede haber preeclampsia sin feto, como sucede en algunos casos de mola hidatídica, y sin modificaciones gravídicas del útero, como ocurre en algunos casos de embarazos abdominales. Hoy en día se admite que en la génesis de la preeclampsia está la isquemia placentaria, bien sea por un fallo en el proceso de implantación, o bien sea por un aumento exigido a su función no compensado por un adecuado incremento del flujo sanguíneo.

En el embarazo normal, una vez que se ha realizado la implantación ovular en la zona de la decidua basal, se produce una invasión de las arterias por partes del trofoblasto, que destruye su endotelio e incluso la capa muscular, y que persiste hasta las doce semanas. Entre las 16 y las 20 semanas se produce una nueva invasión por parte del trofoblasto que afecta al tercio distal del trayecto miometrial de las arterias. Todo ello condiciona una baja resistencia del lecho vascular, que favorece el flujo circulatorio y el recambio nutricional del feto (Bonilla-Musoles y Pellicer, 2007).

En la preeclampsia, la invasión trofoblástica afecta el trayecto decidual de los vasos; no así el miometrial, que conserva los elementos musculoelásticos, que dificultan la dilatación vascular, lo que, consecuentemente, impide un flujo sanguíneo adecuado en el espacio intervelloso.

En cuanto al factor plasmático, se afirma que en las gestantes con preeclampsia se producen en la interfase trofoblastodecidua, una serie de agentes nocivos para las células endoteliales que pueden difundirse a través del plasma a todo el organismo. Entre ellos podrían distinguirse: lipoperóxidos, proteínas proinflamatorias, homocisteína, hiperactivación inmunitaria (Usandizaga y Fuente, 2004).

En las gestantes con preeclampsia, uno o varios de los agentes plasmáticos citotóxicos, actúan sobre las células endoteliales; en la actualidad se piensa que hay una primera fase de estimulación del endotelio, seguida de otra de agotamiento. Posiblemente todos los agentes plasmáticos capaces de producir una disfunción del endotelio sean fisiológicos hasta cierto nivel, una vez sobrepasado el cual, actúan de forma patológica, permitiendo que la barrera endotelial se haga más permeable, se alteren la síntesis de sustancias vasoactivas y aumente la agregación plaquetaria, con producción de microtrombos (Bonilla-Musoles y Pellicer, 2007).

El desequilibrio consecutivo de los agentes vasoactivos que conlleva a la disfunción y posterior lesión vascular, produce un vasoespasmo, al principio en el territorio placentario para extenderse después a otros territorios. A partir de este vasoespasmo generalizado y la activación plaquetaria, se pueden entender todos los signos y síntomas de la preeclampsia.

En todo el mundo mueren cada año de medio a un millón de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y de estas muertes el 99% ocurren en países en vías de desarrollo (Mahler 1987). Alrededor de 50.000 muertes anuales en todo el mundo ocurren a causa de la Eclampsia (Duley 1992).

En los países sub-desarrollados o en vías de desarrollo, las primeras causas de muerte siguen siendo la infección y la hemorragia, sin embargo muchas de estas muertes se deben a la Preeclampsia – Eclampsia. En los países desarrollados

donde se han podido disminuir la mortalidad materna, a expensas de la reducción de la hemorragia y sobretodo la infección, una gran proporción de las muertes están relacionadas con la Preeclampsia – Eclampsia.

La Preeclampsia se considera un problema de salud pública y está asociada a una alta morbimortalidad materno fetal y prematuridad. En Estados Unidos de Norteamérica se estima una frecuencia entre el 6% y 8% de todos los embarazos y constituye el 15% de todas las muertes maternas y el mayor factor de riesgo de morbimortalidad de perinatal. En el caso de Venezuela algunos estudios han demostrado que el factor de riesgo de morbimortalidad oscila entre el 1,5 y 6,2% para la Preeclampsia y 0,05 a 0,5% para la Eclampsia y es la segunda causa de muerte materna, solo superada por la infección. (Guarilia. 2007).

## **1.1. Planteamiento del problema**

La preeclampsia sigue siendo causa significativa de mortalidad materna y perinatal, así como de complicaciones. Una vez que se hace el diagnóstico de preeclampsia, las opciones terapéuticas son limitadas, motivo por el cual recientemente se ha prestado mucha atención a su prevención. A pesar de la investigación extensa, hasta ahora ninguna estrategia aislada ha mostrado ser beneficiosa para prevenir la preeclampsia en grupos de bajo o alto riesgo.

Una conducta saludable para este trastorno junto con la intervención intensiva y temprana en caso de complicaciones de la preeclampsia pueden disminuir al mínimo los sucesos maternos y perinatales adversos en el contexto de su forma grave.

¿Conociendo las características de la población de mujeres embarazadas de nuestro medio podremos identificar cuales tienen mayor riesgo de presentar preeclampsia leve y severa?

Decidimos en la presente investigación estudiar la morbilidad por Preeclampsia leve y severa en pacientes atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 - Septiembre 2009 como objetivo general.

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo general**

Determinar morbilidad por Preeclampsia leve y severa en pacientes atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 - Septiembre 2009

### **1.2.2. Objetivos específicos**

1. Determinar la incidencia de pacientes con diagnóstico de Preeclampsia leve y severa atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 – Septiembre 2009.
2. Identificar grupo etáreo de pacientes con diagnóstico de Preeclampsia leve y severa atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 - Septiembre 2009.
3. Identificar como factor de riesgo, edad, procedencia, número de gestas, antecedentes patológicos: preeclampsia, Hipertensión Arterial crónica, Diabetes y enfermedades renales en pacientes con diagnóstico de Preeclampsia leve y severa atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 - Septiembre 2009.
4. Determinar índice de masa corporal y nivel de instrucción en pacientes con diagnóstico de Preeclampsia leve y severa atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 - Septiembre 2009.
5. Enumerar las complicaciones que pacientes con diagnóstico de Preeclampsia leve y severa atendidas en el departamento de Ginecología y

Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, Porlamar. Septiembre 2008 - Septiembre 2009

### **1.3. Justificación**

La investigación propuesta se considera importante dado a que la preeclampsia constituye una de las primeras causas de morbimortalidad tanto maternas como fetales, además que, permite abordar una patología muy poco estudiada a nivel regional.

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

Es de suma importancia para el médico en general conocer el número de pacientes con diagnóstico de Preeclampsia presentes en cualquier país, región o localidad. Contar con un registro actualizado de casos podría influir en la toma de decisiones acerca de implementar o no planes de salud, programas de prevención presentados por los médicos al Sistema de Salud Nacional con la finalidad educar a la población acerca de síntomas, signos, factores de riesgo, antecedentes, tratamiento y complicaciones de dicha patología además de incentivar a las pacientes embarazadas a que acudan a consultas de planificación familiar y control prenatal, llegando a disminuir en un futuro cercano la morbimortalidad materno-fetal.

Actualmente no se conoce con exactitud el origen de la enfermedad, sin embargo, se conocen algunos factores de riesgo que predisponen a padecerla que son de gran ayuda para el médico a mantenerse alerta y prestar especial atención para realizar un diagnóstico precoz, terapéutica adecuada para finalmente disminuir las complicaciones de la Preeclampsia.

#### **1.4. Factibilidad**

Dentro del Hospital Central “Dr. Luis Ortega” de Porlamar funciona un sistema de registro realizado que permite coleccionar de manera estadística las actividades realizadas por los distintos departamentos que lo integran, el cual es perfectamente accesible a las personas que quieran realizar estudios estadísticos que beneficien a este centro Hospitalario.

Por otro lado existe buena factibilidad ya que se cuenta con los conocimientos necesarios para realizar métodos estadísticos y científicos, también se cuenta con los conocimientos teóricos para el análisis de una situación de salud determinada. Además se cuenta con el asesoramiento por partes de especialistas perteneciente al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital, Ginecólogos y Epidemiólogos siendo de gran ayuda para la obtención de la información, su manejo y análisis.

Es importante acentuar que el Hospital Central “Dr. Luis Ortega” cuenta con un sistema de registro e información que es completamente gratuito.

Aunque no se cuenta con trabajos de investigación acerca de este tema en la biblioteca del Hospital Central “Dr. Luis Ortega” de Porlamar, si se pueden encontrar textos bibliográficos referentes a la Preeclampsia que sirven de material de apoyo para la realización de este trabajo de investigación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación

Se han descrito toda una serie de características epidemiológicas que configuran los factores de riesgo para la Preeclampsia que permiten definir el grupo al cual se dirigirán los mayores esfuerzos para una detección más temprana de esta patología. Estos han sido denominados factores preconceptionales o crónicos y relacionados con el embarazo. Los primeros dos incluyen: nuliparidad (por lo general la Preeclampsia se considera enfermedad de los primeros embarazos), primipaternidad, duración de la cohabitación sexual previa al embarazo, uso de anticonceptivos, antecedentes de tabaquismo, presencia de Preeclampsia previa (en especial si se presentó antes de la semana 30 de gestación) y antecedente familiar de Preeclampsia. También se incluyen los trastornos subyacentes como: hipertensión crónica, nefropatías, Diabetes Mellitus o gestacional, obesidad, trastornos trombofílicos y drepanocitemia. (Dekker, 1999).

Los factores de riesgo vinculados con el embarazo incluyen: los embarazos múltiples, presencia de anomalías congénitas estructurales y cromosómicas, mola hidatiforme e infecciones de las vías urinarias. (Dekker, 1999).

Es importante detectar las pacientes con mayor riesgo de Preeclampsia, donde la vigilancia prenatal cercana, puede permitir el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, y por lo tanto prevenir las secuelas potencialmente mortales tanto para la madre como para el feto. Existen muchos estudios de factores de riesgo relacionados con la Preeclampsia.

La frecuencia de Preeclampsia es mayor en primigestas jóvenes y en pacientes mayores de 35 años, debido fundamentalmente al aumento de

hipertensión gestacional y a la hipertensión crónica no diagnosticada (Cabero y Cararach, 2000).

Sin embargo el efecto protector de la nuliparidad se pierde con un cambio de pareja sexual.

Al respecto Trupin et al. (1996) estudiaron 5058 nulíparas y 5800 multíparas, encontraron que la incidencia de preeclampsia en nulíparas fue 3,2% y de 3% en multíparas que cambiaron de compañero sexual siendo similar el resultado, en comparación con 1,9% de multíparas sin dicho cambio.

La duración de la cohabitación sexual es un determinante importante como factor de riesgo (Dekker, 1999). Klonoff et al. (1989) en sus estudios demostraron un incremento del 2,4 del riesgo de preeclampsia en pacientes que utilizaban anticonceptivos de barrera. Según estos investigadores los métodos de barrera pueden contribuir con hasta 60% de los casos de preeclampsia.

Por su parte Robillard et al. (1994) realizaron un estudio prospectivo de la relación entre la exposición a espermatozoides y la preeclampsia, sus estudios revelaron una incidencia de hipertensión inducida por el embarazo de 11,9% en primigestas, 4,7% en multíparas con el mismo padre y 24% en multíparas con cambio reciente de conyugue. La duración de la cohabitación sexual antes de la concepción tuvo relación inversa con la incidencia de hipertensión inducida por el embarazo, se demostró en este estudio que un período de cohabitación sexual de cero a cuatro meses relaciona un riesgo de preeclampsia de 11,6%.

Dekker (1999) encontró, que el no tener sexo oral puede ser un factor de riesgo adicional, en su estudio comparo grupos de primigestas preeclámpicas que no practicaban sexo oral. Encontró una incidencia de preeclampsia en el segundo grupo de 82% y en el primero del 44%.

Se sabe que las madres que presentaron preeclampsia en el primer embarazo tienen un riesgo sustancialmente mayor de presentarla en uno posterior, este riesgo más alto cuando la enfermedad es severa en etapas tempranas de la gestación (Dekker, 1999). Sibai et al. (1986) estudiaron el riesgo de preeclampsia en el embarazo subsiguiente de 406 jóvenes que habían tenido preeclampsia severa en su primer embarazo, demostrando la recurrencia del cuadro en el 45,5% de los casos, encontraron de igual manera que la recurrencia de la enfermedad fue mayor en pacientes con diagnóstico de preeclampsia en el segundo trimestre del embarazo.

La preeclampsia y la eclampsia tienen una tendencia familiar (Dekker, 1999). Chesley et al. (1968) encontraron una incidencia de 26% de preeclampsia en hijas de mujeres que la padecieron, pero solo el 8% en las hijastras. Por su parte Cinecotta et al, (1998) estudiaron prospectivamente 368 primigestas, para valorar la utilidad clínica del antecedente familiar de la preeclampsia como predictor de su aparición, encontró que el 22% de las pacientes con antecedentes familiares de preeclampsia, presentaron esta patología, en comparación con 5,1% de aquellas sin él. Concluyen que el antecedente familiar de preeclampsia se vincula con un riesgo triple de padecerla y se cuadruplica si se trata de la forma severa.

La incidencia de preeclampsia asociada es mayor en pacientes con hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus o gestacional, cardiopatía y/o nefropatía. Cuando se estudia mujeres con antecedentes de preeclampsia severa de inicio temprano, se encuentra hipertensión arterial crónica en casi 30% o 40% de los casos. Por otra parte, pacientes con drepanocitemia tienen un riesgo mayor de preeclampsia, así lo demostró Dekker (1990).

El hábito tabáquico se encuentra relacionado con la preeclampsia, según Sibai et al. (1995) el riesgo es mayor en aquellas pacientes que nunca han fumado, después de aquellas mujeres que continúan fumando durante la

gestación y el menor riesgo se produce en aquellas pacientes que han fumado y lo interrumpen en el momento de saber que están embarazadas. Esto parece deberse a que fumar disminuye la actividad específica de una enzima que degrada al factor activador plaquetario, el cual es un potente vasodilatador y agregante plaquetario (Allen y Pagés, 2000)

La incidencia de preeclampsia y eclampsia de inicio temprano es significativamente mayor en pacientes con embarazo gemelar (Coonrod et al. 1995).

Los embarazos triples tienen un riesgo mayor de presentar preeclampsia grave que los gemelares (Dekker, 1999).

En cuanto a las anomalías cromosómicas, la trisomía 13 y 18 han sido vinculada con la aparición de preeclampsia (Tuohy y James, 1992). El embarazo molar de igual manera constituye un factor de riesgo para la preeclampsia en etapas tempranas de la gestación (Beischer et al. 1997). El polihidramnios también ha sido considerado como factor de riesgo para preeclampsia (Lluis, 1996).

Existen estudios (Cifuentes, 2002), que han encontrado que las infecciones urinarias preparto, se relacionan casualmente con la preeclampsia. La incidencia de bacteriuria asintomática es tres veces mayor en las preeclámpicas y la infección de las vías urinarias es un fuerte factor de riesgo (Hsu y Witter, 1995). Se desconoce el mecanismo. Teóricamente, cualquier infección puede aumentar la síntesis de productos inflamatorios, que incluyen ciertas citocinas, especies de radicales libres y enzimas proteolíticas, las cuales participan en la fisiopatología de la preeclampsia (Dekker, 1999).

Sibai et al. (1995) demostraron que la obesidad es un factor de riesgo para la hipertensión arterial inducida por el embarazo y preeclampsia. Stone et al.

(1994) encontraron que los únicos factores vinculados con la aparición de preeclampsia grave fueron obesidad importante en todas las pacientes y el antecedente de preeclampsia en multíparas.

La obesidad se produce cuando el peso real es superior al 20% de peso teórico ideal (Viegas, 1999). Generalmente los pesos ideales se obtienen de tablas, las cuales proveen los pesos apropiados o satisfactorios con relación a la talla.

Existe coincidencia en que la ganancia de peso optima en la mujer que empieza su embarazo con el peso proporcionado para la talla, esta alrededor de los 12Kg. (Viegas, 1999)

Un bajo nivel socioeconómico ha sido relacionado con preeclampsia. Sin embargo, existe escasa evidencia de que la pobreza propiamente favorezca el desarrollo de esta patología a través de alteraciones en la nutrición o la higiene de la madre. En general, el consenso (Pérez y Donoso, 1999) se orienta a considerar que debido al bajo nivel cultural estas mujeres realizan un mal control prenatal, lo que facilita el progreso del cuadro clínico y deterioro materno fetal, llegando a consultar con cuadros graves y en ocasiones terminales para la madre y el feto.

## **2.2. Bases teóricas**

El embarazo es uno de los fenómenos más perfectos de la naturaleza, en el organismo materno ocurren una serie de cambios adaptativos, que permitirán el desarrollo y crecimiento normal del producto de la concepción, sin embargo, existen patologías que alteran su evolución normal y producen elevadas tasas de morbimortalidad materna y perinatal (Allen y Pages, 2000).

Los trastornos hipertensivos del embarazo se consideran hoy un problema de salud pública, ya que es una causa importante de morbi-mortalidad materno-fetal. Conde (2000) estima, que en algunos países de Latinoamérica el 22-35% de las muertes maternas se asocian a preeclampsia. Esta afectación se relaciona con

un elevado porcentaje de partos pretérminos, niños de bajo peso para la edad gestacional y muerte intrauterina y perinatal en todo el mundo.

Los trastornos hipertensivos son las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo en Estados Unidos. Casi 70% de ellas se debe a hipertensión gestacional o preeclampsia, en tanto que el otro 30% a hipertensión o nefropatía previa, no diagnosticadas o de ambos tipos (Sibai, 1999).

A pesar de los grandes esfuerzos de investigación que se han realizado y que se remota a la era prehipocrática, no se conoce la etiología de la preeclampsia, ni están completamente aclarados los mecanismos fisiopatológicos implicados en su desarrollo (Lluis, 1996).

En cuanto al diagnóstico y clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia propone una serie de criterios para establecer el diagnóstico de hipertensión gestacional en función a tres parámetros: (Arias, 1997).

- Tensión arterial: mayor o igual a 140/90 mmhg o incrementos de 30 mmhg de la sistólica o 15 mmhg de la tensión arterial media.  
Estas alteraciones de la presión arterial deben registrarse por lo menos en dos ocasiones consecutivas, con un intervalo de 4-6 horas.
- Proteinuria: el glomérulo es normalmente permeable a sustancias de peso molecular de menos de 60.000, pero cuando se afecta su membrana, se filtra grandes cantidades de proteínas, especialmente albumina y en menor proporción transferrinas y algunas globulinas. Se considera que una concentración de proteínas igual o mayor de 300 mgs en orinas de 24 horas es patológica.
- Edema: en el embarazo normal puede haber edema por factores mecánicos en estos casos aumenta con la actividad diaria, generalmente desaparece con el reposo nocturno y se limita a los miembros inferiores (pretibial). Se

considera que el edema es patológico en las siguientes circunstancias: cuando no solo esta circunscrito a la región pretibial, presentándose también en manos y caras, cuando no cede después del reposo nocturno o cuando hay aumento ponderal anormal, es decir superior a 500grs. por semana 2000grs. por mes (edema oculto).

A partir del año 2000, el Grupo de Trabajo Nacional sobre Programas de Educación en Hipertensión Arterial de Estados Unidos de Norteamérica, ha tratado de aclarar y poner orden dentro de la confusión reinante en la clasificación de los desórdenes hipertensivos del embarazo. Como resultado de lo anterior, se propuso una nueva clasificación, con pequeñas modificaciones, sobretudo en la terminología, la cual se presenta a continuación: 1) Hipertensión arterial crónica (primaria o esencial y secundaria), 2) Preeclampsia/Eclampsia (preeclampsia leve o grave y eclampsia), 3) Preeclampsia sobreagregada a la hipertensión arterial crónica e 4) Hipertensión gestacional (hipertensión transitoria e hipertensión crónica).

Se añadió el término de hipertensión gestacional y se eliminó el de hipertensión inducida por el embarazo, por el más específico de preeclampsia-eclampsia. Según lo expresado anteriormente, los términos "hipertensión gestacional-preeclampsia/eclampsia" englobarían un amplio espectro de pacientes, que van desde la hipertensión gestacional leve y grave, sin proteinuria, que aparece por primera vez después de la semana 20 de gestación, hasta la preeclampsia, eclampsia y el síndrome de HELLP (Guariglia, 2007).

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo y Diseño**

Se realizara una investigación de tipo retrospectiva comprendida entre el periodo Septiembre 2008 – Septiembre 2009 con un diseño descriptivo de corte transversal, epidemiológico, analítico, estableciendo la morbilidad por Preeclampsia leve y severa.

#### **3.2. Población**

Estará constituido por la totalidad de pacientes embarazadas atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar, estado Nueva Esparta, durante el periodo Septiembre 2008 - Septiembre 2009.

#### **3.3. Muestra**

En este trabajo se aplicará un muestreo aleatorio en pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas como Preeclampsia leve y severa atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar, estado Nueva Esparta, durante el periodo Septiembre 2008 - Septiembre 2009.

#### **3.4. Recolección de Datos**

Para la obtención de datos se utilizara un instrumento de recolección tipo formulario que se ajusta a los requerimientos de estudio previamente diseñado.

### **3.5. Procesamiento y análisis de Datos**

Los datos obtenidos serán tabulados de manera manual. Se utilizara el programa SSP (Social Statistics Package) para presentar los cuadros estadísticos y su representación grafica. El análisis de los mismos serán expresados de forma cuantitativa (porcentual) y descriptiva. Finalmente de los resultados se derivaran las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

### **3.6. Recursos**

Para llevar a cabo la recolección de datos se hace necesario el uso de los siguientes recursos materiales:

- Instrumento prediseñado para la recolección de datos
- Historias médicas
- Computadoras
- Impresoras
- Hojas de papel
- Carpetas
- Lapiceros
- Lápices

### 3.7. Horario de actividades

<b>Actividades 2009</b>	<b>Lun</b>	<b>Mar</b>	<b>Mier</b>	<b>Juev</b>	<b>Vier</b>	<b>Sab</b>
<b>7:00 am – 9:00 am</b>						
<b>9:00 am – 11:00 am</b>		<b>Asist. al Dpto. de Registro de Historias Médicas</b>		<b>Asist. al Dpto. de Regist ro de Histor ias Médic as</b>		<b>Organizac. y proc. de la inf. y datos de los expedientes</b>
<b>11:00am – 1:00 pm</b>						
<b>1:00 pm – 3:00 pm</b>					<b>Reuniones de equipo</b>	
<b>3:00 pm – 5:00 pm</b>					<b>Reuniones de equipo</b>	
<b>5:00pm – 7:00 pm</b>						
<b>7:00pm – 9:00 pm</b>	<b>Tutorías</b>		<b>Tutorías</b>			

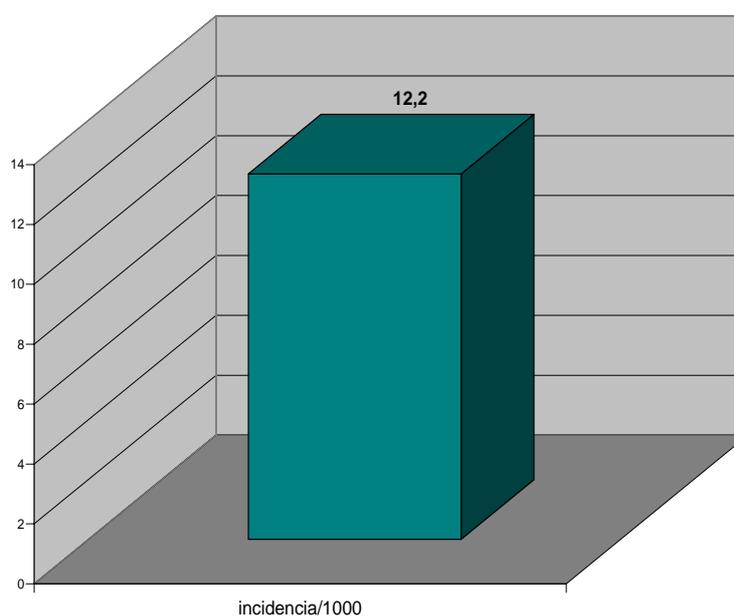


**Tabla N°1.** Incidencia de Preeclampsia leve y Severa en pacientes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HCLO – Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009

<b>Total de pacientes atendidas</b>	<b>Pacientes Dx. Preeclampsia leve y severa</b>	<b>Incidencia / 1000</b>
6.880	84	12.2

**Fuente:** Registro de Historias Médicas

**Grafica 1.** Incidencia de Preeclampsia leve y Severa en pacientes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del HCLO – Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009



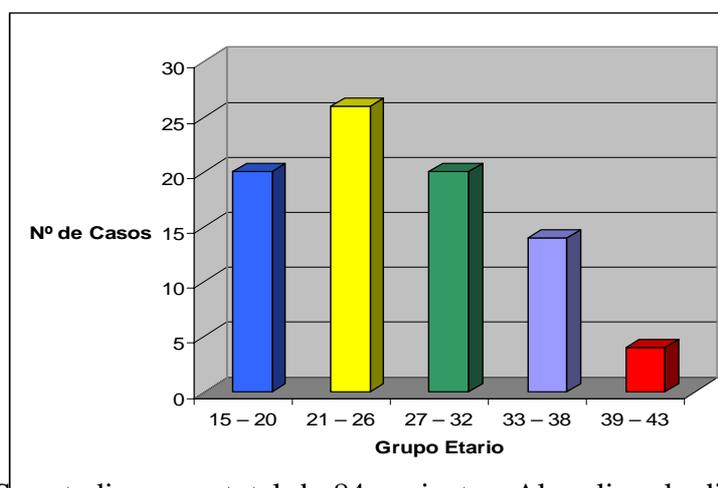
**Análisis:** de las 6880 pacientes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Dr. Luis Ortega, de Porlamar se encontró que 84 presentaron la patología en estudio con una incidencia por cada 1000 pacientes de 12,2 afectadas.

**Tabla N°2.** Distribución de la muestra según grupo etario. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009

<b>Grupo Etario (años)</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
15 – 20	20	23,8
21 – 26	26	30,9
27 – 32	20	23,8
33 – 38	14	16,7
39 – 43	4	4,8
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuente: Propia

**Grafico 2.** Distribución de la muestra según grupo etario. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008–Septiembre 2009



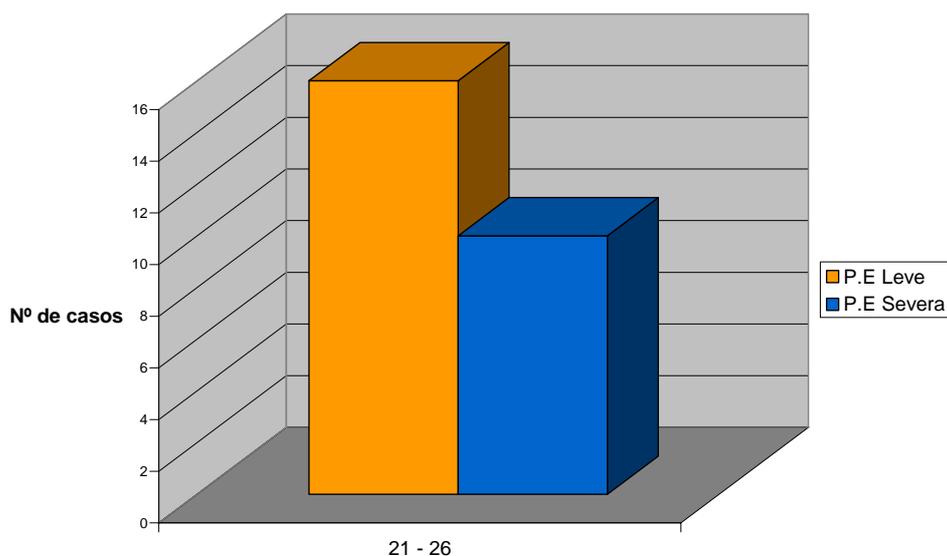
**Análisis:** Se estudiaron un total de 84 pacientes. Al realizar la distribución por grupo etario, el que tuvo mayor porcentaje fue el de 21-26 años de edad (30,9%) con 26 pacientes, seguido por el grupo etario de 15-20 años y 27-32 años de edad ambos con 20 pacientes (23,8%).

**Tabla N° 3.** Distribución del total de pacientes del grupo etario 21 – 26 años según su diagnóstico. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008– Septiembre 2009

<b>Grupo Etario</b>	<b>P.E Leve</b>	<b>P.E Severa</b>	<b>Total</b>
21 - 26	16	10	26

Fuente: Propia

**Gráfica N° 3.** Distribución del total de pacientes del grupo etario 21 – 26 años según su diagnóstico. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009



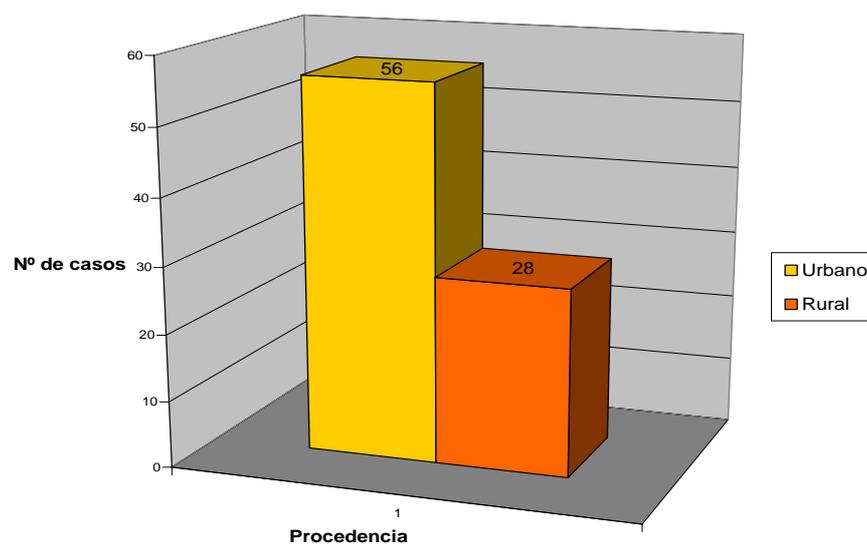
**Análisis:** de 26 pacientes pertenecientes a este grupo etario, 16 pacientes sufrieron Preeclampsia leve mientras que el resto presentaron Preeclampsia severa

**Tabla N° 4.** Distribución de la muestra según procedencia. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009

Procedencia	Nº de casos	%
Urbano	56	66,6
Rural	28	33,3
<b>Total</b>	84	100

Fuente: Propia

**Gráfico 4.** Distribución de la muestra según procedencia. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Estado nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009



**Análisis:** de un total de 84 pacientes estudiadas, 56 de ellas (66,6%) procedían del medio urbano, mientras que 28 (33,3%) procedían del medio rural

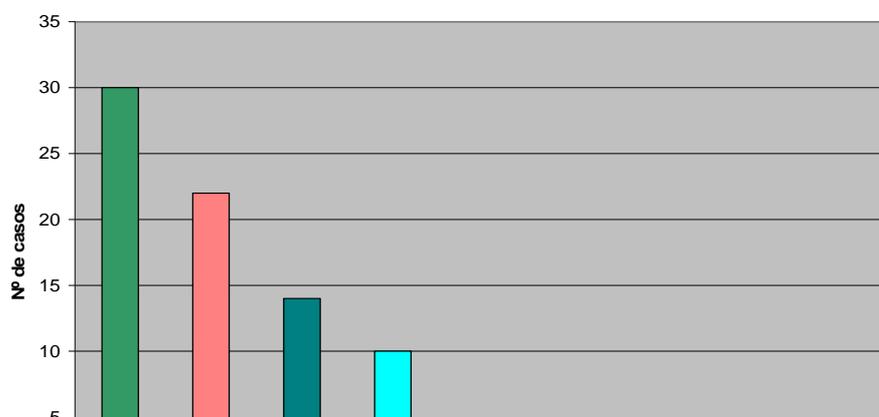
**Tabla N° 5.** Distribución de la muestra según el número de gestas. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009

Nº de Gestas	Nº de Casos	%

I	30	35,71
II	22	26,19
III	14	16,66
IV	10	11,90
V	4	4,76
VI	2	2,38
VII	0	0
VIII	0	0
IX	2	2,38
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Propia

**Grafico 5.** Distribución de la muestra según el número de gestas. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009



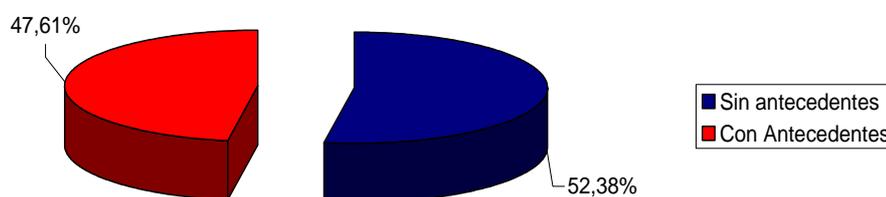
**Análisis:** de un total de pacientes estudiadas, 30 pacientes fueron primigestas, 22 segundigestas y 32 tenían 3 o más gestas.

**Tabla N° 6.** Distribución de la muestra según pacientes con Antecedentes personales. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta.  
Septiembre 2008 – Septiembre 2009

<b>Antecedentes Personales</b>	<b>N° de casos</b>	<b>%</b>
Sin antecedentes	44	52,38
Con Antecedentes	40	47,61
<b>total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

Fuente: Propia

**Gráfico 6.** Distribución de la muestra según pacientes con Antecedentes personales. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta.  
Septiembre 2008 – Septiembre 2009



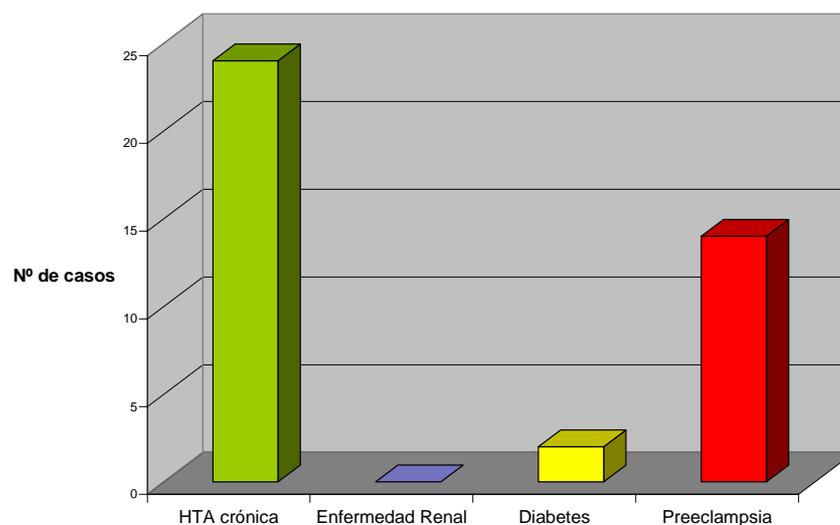
**Análisis:** De un total de 84 pacientes estudiadas, 44 no presentaron antecedentes patológicos (52,38%) y 40 si presentaron (47,61%).

**Tabla N° 7.** Distribución de pacientes con Antecedentes personales según su tipo. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009

<b>Antecedentes Personales</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
HTA crónica	24	60
Enfermedad Renal	0	0
Diabetes	2	5
Preeclampsia	14	35
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Propia

**Gráfico 7.** Distribución de pacientes con Antecedentes personales según su tipo. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009



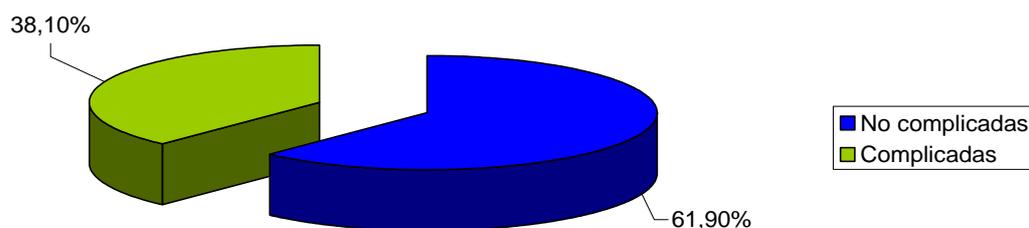
**Análisis:** De un total de 40 pacientes que presentaron antecedentes patológicos, 24 pacientes (60%) padecían de HTA crónica, seguidas de 14 pacientes (35%) que tuvieron Preeclampsia en embarazos anteriores.

**Tabla N° 8.** Distribución de la muestra según pacientes que se complicaron.  
Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta.  
Septiembre 2008 – Septiembre 2009

<b>Complicaciones</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No complicadas	52	61,9
Complicadas	32	38,1
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Propia

**Gráfico 8.** Distribución de la muestra según pacientes que se complicaron.  
Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta.  
Septiembre 2008 – Septiembre 2009



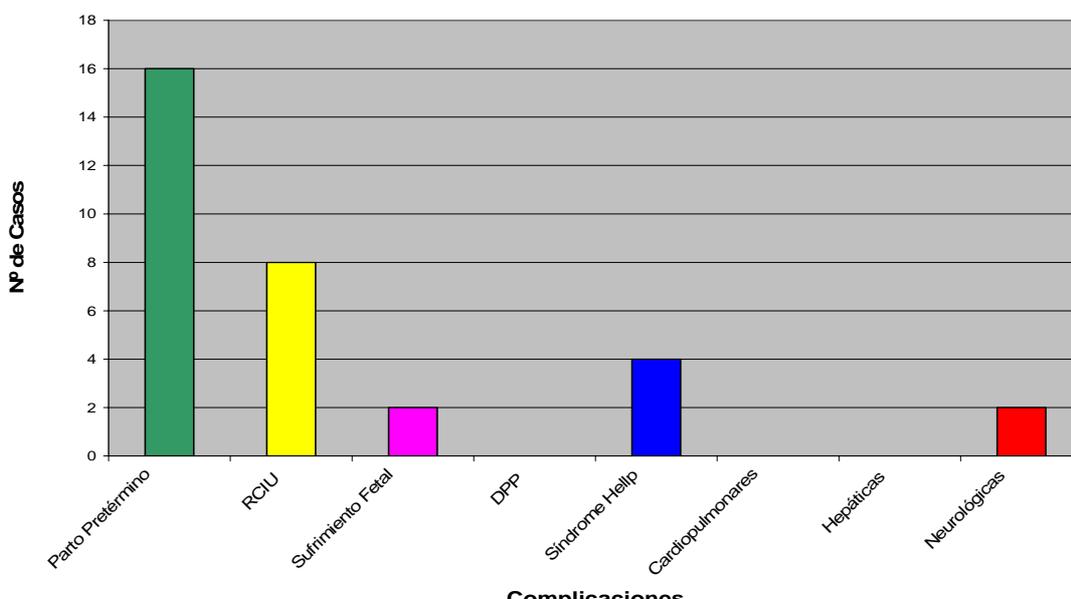
**Análisis:** De un total de 84 pacientes estudiadas, 52 que representa el 61,9% no presentaron complicaciones mientras que las 32 pacientes restantes si presentaron alguna complicación (38,1%).

**Tabla N° 9.** Distribución de pacientes según el tipo de complicación. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009

<b>Complicaciones</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Parto Pretérmino	16	50
RCIU	8	25
Sufrimiento Fetal	2	6,25
DPP	0	0
Síndrome HELLP	4	12,5
Cardiopulmonares	0	0
Hepáticas	0	0
Neurológicas	2	6,25
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Propia

**Gráfico 9.** Distribución de pacientes según el tipo de complicación. Hospital Central Dr. Luis Ortega. Porlamar. Edo. Nueva Esparta. Septiembre 2008 – Septiembre 2009



**Análisis:** De un total de 32 pacientes que sufrieron alguna complicación, 16 pacientes, que representa el 56% presentaron Parto Pretérmino, seguido de 8 pacientes (25%) cuyos neonatos presentaron retardo del crecimiento intrauterino. 4 pacientes, que representan un 12,5%, se complicaron con síndrome HELLP.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN**

En este estudio se contemplaron las complicaciones de pacientes con diagnóstico de preeclampsia leve y severa que se hospitalizaron en el Hospital Central Dr. Luis Ortega de Porlamar entre Septiembre de 2008 y Septiembre de 2009, determinando las características de esa muestra como: edad, número de gestas, procedencia y antecedentes patológicos.

La incidencia de preeclampsia en nuestra investigación resulto ser de 12,2 pacientes por 1000 habitantes, en México la incidencia es de 47.3 por cada 1000 habitantes, en un estudio realizado en Chile desde 2001-2005 se determinó una incidencia de 28,31 por cada 1000 habitantes, otro trabajo realizado en el año 1997 en Perú, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia señalo una incidencia de 4,11 por cada 1000 habitantes.

En este trabajo se encontró que 47,62% de la población que acudió al Hospital Central Dr. Luis Ortega de Porlamar entre Septiembre de 2008-2009 presentó preeclampsia leve y 52,38% preeclampsia severa, similares hallazgos publica Guarilia en el 2007.

En esta investigación se encontró que 46 pacientes que representa 54,76% estan en edades <27 años, lo que representa aproximadamente la mitad de la muestra; mientras que en un estudio realizado en Perú publicado en la revista de ginecología y obstetricia de ese país en abril de 2001 por el Dr. Sixto Sánchez y col. , luego de estudiar 187 pacientes con preeclampsia, obtuvo los siguientes resultados: 18,7% eran <19 años y 65,8% se encontraban en el rango de 19-34 años. En este trabajo, además se estudiaron otros factores de riesgo como raza, estado civil, educación materna, habito tabáquico, alcohólico, índice de masa corporal. En el mismo se encontraron diferencias significativas entre un grupo control y otro estudio solo para el hábito tabáquico y alcohólico que disminuyó levemente el riesgo de padecer preeclampsia.

En la presente investigación determinamos que de 84 pacientes estudiadas que presentaron preeclampsia leve y severa, 56 pacientes procedían del área Urbana que representa 66,66% y 28 pacientes del área Rural representado el 33,33% de la muestra estudiada.

Estos resultados se asemejan a los de un estudio realizado en Nicaragua por la Dra. Ivani Sequeira Mejia titulado "Manejo expectante de la preeclampsia

severa en embarazos lejos del término, en el Servicio de Alto riesgo obstétrico del Hospital Berta Calderon Roque, julio-diciembre 2003". En el mismo resultó que 90,1% de las pacientes procedían del área Urbana y 9,9% del área Rural, aunque predomina en pacientes del medio urbano por encima del medio rural. Estos resultados se asemejan a los de nuestra investigación donde también la preeclampsia predomina en pacientes del medio urbano.

En un trabajo realizado en el Hospital Central Antonio María Pineda de Barquisimeto en Julio 2001-2002 titulado "Factores de Riesgo para Preeclampsia", el 43,3% de las pacientes tenían antecedentes personales patológicos siendo el más frecuente Hipertensión arterial crónica con 26,9%, hallazgo comparable a los obtenidos por Sibai et al (1998) quienes reportan una tasa global de preeclampsia sobreagregada a la hipertensión arterial crónica de 25%. Dekker (1999) señala que existe mayor riesgo de presentar preeclampsia con antecedentes de enfermedades cardiovasculares o nefropatías. En el presente estudio hubo 40 pacientes que representa 47,61% de la muestra con antecedentes patológicos; 60% sufría de hipertensión arterial crónica; 35% preeclampsia; 5% diabetes y ninguna presentó complicaciones renales ni hepáticas.

En este trabajo las complicaciones obstétricas encontradas más frecuentes fueron parto pretérmino en 50% y RCIU 25%, solo 6,25% presentó bienestar fetal comprometido, 12,5% HELLP y 2 casos siendo el 6,25% con edema cerebral documentada por Resonancia magnética nuclear. En un estudio realizado en el Hospital Dr. Adolfo Carit Eva en 2003-2004 y publicado en la revista médica de Costa Rica y Centro América, 2006 se enumeraron los siguientes resultados: Síndrome HELLP 22,6%, RCIU 16,1%, DPP 11,3%, Óbito fetal 8%, Eclampsia 4,8%, Insuficiencia renal 1,6%.

La Dra Gabriela Valarino junto a la Dra. Samantha González y col., realizaron un estudio en la Maternidad Concepción Palacios en Caracas, incluyó 102 pacientes con diagnóstico de eclampsia 2006-2007 y publicado en Junio 2009

en la Revista de obstetricia y Ginecología de Venezuela. Los resultados fueron los siguientes: 38,23% no tuvo complicaciones, 38,23% tuvo HELLP de las cuales el 20,58% ingreso a UTI, el 13,52% presento DPP, el 7,84% tuvo IRA, 3,92% presentó EVC, el mismo porcentaje presento CID, 3 pacientes que representaban el 2,94% murieron y el 1,96% (2 pacientes) presentaron edema agudo de pulmón.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1. Conclusiones**

A nivel mundial la hipertensión en el embarazo sigue siendo un problema de salud pública del cual nuestro país no escapa; siendo las implicaciones maternas y fetales un reto para la medicina moderna tanto como lo fue en el pasado.

A pesar de los múltiples avances en la atención pre y perinatal de esta entidad patológica, la preeclampsia continua teniendo importantes efectos en la morbilidad y mortalidad materna de un país.

En nuestra investigación pudimos demostrar que en la población atendida en el Hospital Central Dr. Luis Ortega de Porlamar sitio de referencia del estado Nueva Esparta para pacientes con preeclampsia, la incidencia de esta patología en el periodo Septiembre 2008-2009 superó; duplicando el porcentaje de preeclampsia a nivel nacional.

Sigue siendo el grupo más susceptible las pacientes primigestas, en la tercera década de la vida así como las hipertensas crónicas y procedentes del área urbana, en nuestro estudio y en la bibliografía latinoamericana consultada.

Con respecto a las complicaciones asociadas que aparecen en las pacientes con preeclampsia, es aun a nivel mundial, el Síndrome HELLP el más frecuente. Sin embargo; en nuestro estudio contemplamos los casos de parto pretérmino, haciendo la salvedad que aunque muchos casos son producto de la interrupción terapéutica del embarazo situación que deriva de la necesidad imperante que surge ante la presencia de la preeclampsia.

Con el aporte de esta investigación demostramos que la preeclampsia tiene importantes implicaciones en la salud maternofetal y que en nuestra práctica profesional diaria deberíamos tomar en cuenta los factores de riesgo contemplados en este y otros trabajos para hacer mayores intervenciones en la prevención de esta patología.

Debemos señalar que nos fue imposible cumplir con el objetivo específico: determinar índice de masa corporal y nivel de instrucción en las pacientes con preeclampsia por no estar registrado en las historias.

Probablemente en cada población los resultados sean distintos de acuerdo al sistema de salud y prevención de cada país. Como en aquellos en que la población femenina se prepara para la concepción.

## **6.2. Recomendaciones**

A nivel comunitario fortalecer y desarrollar programas educativos destinados a informar sobre la importancia de un control prenatal adecuado, que permita la identificación de pacientes con riesgo de padecer preeclampsia y así realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno con miras a minimizar las complicaciones materno fetales asociadas a esta patología.

Divulgación de los resultados y conclusiones de estudios como el presente.

Es de vital importancia el adecuado registro de nuestras historias clínicas las cuales sugerimos deberían contener información como índice de masa corporal, Nivel de instrucción, control prenatal ya que debemos ver al paciente como un individuo biopsicosocial y no solo como un ente patológico.

A los centros de salud, se recomienda contar con un equipo multidisciplinario que esté capacitado para la atención en casos de parto de pacientes con diagnóstico de preeclampsia leve o severa debido a que la mayoría presentaron como complicación parto pretérmino.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Alfaro, H. (2003). Complicaciones Médicas durante el embarazo. Editorial McGraw. Mexico. 2da Edición.
- Aller, J., Pages, G. (1999). Obstetricia Moderna. 3ra edición. Mc Graw –Hill- Interamericana. Venezuela.
- Archivo de Historias Médicas. Hospital Central "Dr. Luis Ortega". Porlamar. Estado Nueva Esparta. Venezuela. 2008.

- Arias, F. Preeclampsia y eclampsia. En: Arias F: Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Mosby/Doyma Libros. España. 2ª Edición, 1995.
- Bonilla-Musoles F, Pellicer A. Obstetricia, reproducción y ginecología básicas. Panamericana. España. 3ª ed. 2007. Pp 309-314.
- Burrow, G. (2001). Complicaciones Médicas durante el embarazo. Editorial Médica Panamericana. Argentina. 5ta edición.
- Chesley L. Hipertensión en el embarazo. México DF: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2001.
- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. (1999) Hipertensión durante el embarazo, Endometriosis. Mexico. 3ra Edición
- Cunningham, W., y col. (1998). Obstetricia\_ 20ma edición. Editora Médica Panamericana, Mexico.
- Dekker, G. Factores de riesgo de preeclampsia. Clínicas obstétricas y ginecológicas. Volumen 3. 1999. Pp 384-393.
- Guariglia, D. Hipertensión en el embarazo: Preeclampsia, Eclampsia y otros estados hipertensivos. Distribuna. Venezuela. 2007.
- Hypertension in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Int. J. Obstet Gynecol. 1996.
- Mackey AP. Berg. Cj. Atrash. HK. Pregnancy – related Mortality from preclampsia and eclampsia. Obstet Gynecol. 2001.

- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstetric Gynecol. 1990
- Norwitz, E. Hsu Ch. Repke J. acute Complications of Preeclampsia. cClin Obstet and Gynecol 2002
- Usandizaga JA, Fuente P. Tratado de ginecología y obstetricia. Mc Graw-Hill, interamericana. España. 2004; volumen 1. Pp 408-415
- Walker, J. seminar: Preeclampsia: Lancet 2000.
- Weibezahn H, Serfati M, García M, Llovera A, Machado A, Fleitas F. Hipertensión inducida por el embarazo en la Unidad de Sala de Partos: 1991-1993. Revista Obstetricia y Ginecológica Venezolana.
- Zigelboim, I., Guariglia, D. Clínica Obstétrica. Disinlimed. Caracas. 3ª ed. 2007

## ANEXO

### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos personales:

1. No. de Historia \_\_\_\_\_
2. Edad \_\_\_\_\_
3. IMC \_\_\_\_\_
4. Procedencia: Rural \_\_\_\_\_ Urbana \_\_\_\_\_
5. Nivel de educación \_\_\_\_\_

Antecedentes personales:

1. HTA \_\_\_\_\_
2. Enfermedad renal \_\_\_\_\_
3. Diabetes \_\_\_\_\_
4. No. de gestas \_\_\_\_\_
5. Antecedentes de Preeclampsia \_\_\_\_\_

Complicaciones:

Médicas:

1. Neurológicas \_\_\_\_\_
2. Cardiorrespiratorias \_\_\_\_\_
3. Hepáticas \_\_\_\_\_
4. Renales \_\_\_\_\_
5. Síndrome HELLP \_\_\_\_\_
6. Eclampsia \_\_\_\_\_

Obstétricas:

1. DPP \_\_\_\_\_
2. RCIU \_\_\_\_\_
3. Sufrimiento Fetal \_\_\_\_\_
4. PPT \_\_\_\_\_

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y

### ASCENSO:

<b>TÍTULO</b>	Morbilidad por preeclampsia leve y severa en pacientes embarazadas atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital central dr. Luis ortega, porlamar. Septiembre 2008 - septiembre 2009
<b>SUBTÍTULO</b>	

**AUTOR (ES):**

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E- MAIL	
Ochoa Z, Ricardo.	CVLAC:	17.223.920
	E MAIL:	Ochoaricardo40@hotmail.com
	E MAIL:	
Parrella S, Mauricio, A	CVLAC:	16.719.973
	E MAIL:	mauricioparrella@hotmail.com
	E MAIL:	
	CVLAC:	
	E MAIL:	
	E MAIL:	

**PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

Preeclampsia leve

Preeclampsia severa

Ginecología y Obstetricia

Hospital Luis Ortega, Porlamar

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

ÁREA	SUBÁREA
Ciencias de la Salud	Departamento de ginecología y obstetricia

**RESUMEN (ABSTRACT):**

Los trastornos hipertensivos son las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo en Estados Unidos, siendo la segunda causa de muerte materna y contribuye a 15% de ellas. Para el año 2004, según la Organización Panamericana de la Salud, Venezuela experimentó una tasa de Mortalidad Materna de 59,9 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos registrados, y perinatal de 45,6 por cada 1000 nacidos vivos, incentivando esto aún más al estudio y seguimiento de la preeclampsia, que por no tener una etiología bien definida es considerada hoy en día un problema de salud pública.

En Venezuela, la frecuencia de preeclampsia oscila entre 1,56% y 6,3%, y 0,05 a 0,45% para la eclampsia. Se realizó una investigación de morbilidad a partir de 6880 pacientes atendidas entre septiembre de 2008-2009 por el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Central Dr. Luis Ortega de Porlamar, 84 pacientes presentaron preeclampsia, siendo la incidencia 12,1 por cada 1000 habitantes. 40 pacientes (47,62%) presentaron preeclampsia leve y 44 pacientes (52,38%) preeclampsia severa. 20 pacientes (23,84%) tenían una edad comprendida entre 15-20 años, 26(30,95%) entre 21-26 años, 20(23,84%) entre 27-32 años, 14(16,66%) entre 33-38 años y 4(4,76%) entre 39-44 años. 30 pacientes (35,71%) fueron primigestas, 22(26,19%) segundigestas y 32(38,09%) con 3 o más gestas. 56 pacientes (66,66%) procedían del medio urbano y 28(33,33%) del rural. Del total de 84 pacientes con preeclampsia, 40(47,61%) presentaron antecedentes personales patológicos, de los cuales 24 pacientes (60%) padecían de hipertensión arterial crónica, 14(35%) preeclampsia y 2(5%) diabetes.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:****CONTRIBUIDORES:**

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
	ROL	CA	AS x	TU	JU
Quintero, Filgia	CVLAC:	12.695.401			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Chópite, Victor	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	3.870.490			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
López, Wilfrido	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	3.954.472			
	E_MAIL				
	E_MAIL				

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

AÑO	MES	DÍA
2010	03	09

**LENGUAJE. SPA**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS.Morbilidad por preeclampsia leve y severa. Porlamar,Edo. Nva. Esparta	APPLICATION/MSWORD

**CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS:** A B C D E F G  
H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r  
s t u v w x y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: \_\_\_\_\_ (OPCIONAL)

TEMPORAL: \_\_\_\_\_ 12 meses \_\_\_\_\_ (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano \_\_\_\_\_

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado \_\_\_\_\_

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento De Ginecología y Obstetricia \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN:

Universidad De Oriente, Núcleo De Anzoátegui \_\_\_\_\_

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:****DERECHOS**

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 44 DEL REGLAMENTO DE TRABAJO DE GRADO. "LOS TRABAJOS DE GRADO SON DE EXCLUSIVA PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD Y SÓLO PODRÁN SER UTILIZADOS A OTROS FINES CON EL CONSENTIMIENTO DEL CONSEJO DE NÚCLEO RESPECTIVO QUIEN LO PARTICIPARÁ AL CONSEJO UNIVERSITARIO".

---

---

---

**AUTOR**

OCHOA RICARDO

---

**AUTOR**

PARRELLA MAURICIO

---

**TUTOR**

QUINTERO FILGIA

---

**JURADO**

CHOPITE VICTOR

---

**JURADO**

LOPEZ WILFRIDO

---

**JURADO**

LEONEL GOITIA

---

ROSIBEL VILLEGAS**POR LA SUBCOMISION DE TESIS**