



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



*“Repercusiones Maternas y Perinatales de la Preeclampsia en el
Hospital Docente Belén de Lambayeque, durante el período
Enero – Diciembre del 2015”*

TESIS

**Para Optar el Título de
Obstetra**

AUTORAS

Melissa Janina Solis Ordinola

Esmilda Ruiz Tarrillo

ASESOR

Dr. Oscar Felipe Romero Gonzáles

CHICLAYO - PERU
2016

Dedicatoria

Dedicado en especial a Dios por guiarme por el buen camino en todo momento, por haber hecho posible culminar con éxito mi carrera profesional.

A mis queridos padres y hermanos por su apoyo y esfuerzo desinteresado e incondicional que me brindan día a día para realizarme como persona y profesional.

Melissa Janina

Dedicatoria

Dedico esta tesis a Dios por darme fuerza y voluntad para culminar con éxito mi carrera profesional.

A mis padres y hermana que son mi motor y motivo, por brindarme su amor y apoyo incondicional, orientándome en todo momento para ser una mejor persona.

Esmilda

Agradecimiento

Damos gracias a Dios, por ser nuestro principal apoyo y motivador.

A nuestro Asesor Dr. Oscar Felipe Romero Gonzáles por su tiempo y apoyo para culminar con éxito, el presente estudio.

A nuestros padres, que fueron los mayores promotores y responsables durante este proceso de formación.

Las Autoras

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	02
AGRADECIMIENTO	04
INDICE	05
RESUMEN	06
ABSTRACT	07
I. INTRODUCCIÓN	08
1.1 Marco Teórico	08
a. Situación Problemática	08
b. Antecedentes bibliográficos	10
c. Base Teórica	17
1.2 Problema	22
1.3 Objetivos	22
1.4 Justificación de la Investigación	23
1.5 Identificación de Variables: Operacionalización	23 –25
II. MATERIAL Y MÉTODOS	26
2.1 Tipo de Investigación	26
2.2 Diseño de Contrastación	26
2.3 Población y muestra	26
2.4 Técnicas e instrumentos de Recolección de Datos	27
2.5 Procedimiento	27
2.6 Análisis Estadísticos de los Datos	27
III. RESULTADOS	28
IV. DISCUSIÓN	35
V. CONCLUSIONES	39
VI. RECOMENDACIONES	40
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXO	47

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar las Repercusiones maternas y perinatales de la Preeclampsia en el Hospital Docente Belén de Lambayeque, durante el período enero – diciembre del 2015. Se realizó el presente estudio de tipo Observacional, Descriptiva, Transversal y Retrospectiva, cuyo diseño fue Descriptivo. La población muestral estuvo constituida por todas las Historias Clínicas de los casos de preeclampsia atendidos en el Hospital en mención, que cumplieron con los criterios de selección y que fueron un total de 60.

Los principales resultados fueron:

- La incidencia de preeclampsia en el período de estudio fue 3%.
- Dentro de las Características Socio - Demográficos maternas se halló una mayor prevalencia de las convivientes en el 53.33%, con edades entre los 24 a 29 años en el 30% y las procedentes de zonas Urbano - marginales en el 36.67%.
- El 50% fueron multíparas, con edad gestacional ≥ 37 semanas en el 75% y cuyo término de la gestación fue por cesárea en el 76.67%.
- Dentro de las Repercusiones Maternas se halló al Parto Pre término en el 25%, seguido del DPP, Síndrome de Hellp y eclampsia en el 5% c/u.
- Dentro de las Repercusiones Perinatales se encontró al Bajo peso al nacer en el 41.67%, seguido de la Prematuridad en el 28.33%, mientras que el SDR, sepsis y muerte fueron los menos frecuentes.

ABSTRACT

With the general objective of determining the maternal and perinatal effects of Pre Eclampsia in the Teaching Hospital Belen de Lambayeque, during the period January - December, 2015. The present study of the Observational, Descriptive, Transverse and Retrospective type was carried out, whose design was Descriptive. The sample population was constituted by all the Clinical Histories of the cases of Pre Eclampsia attended in the Hospital in mention, that fulfilled the criteria of selection and that were a total of 60.

The main results were:

- The incidence of preeclampsia in the study period was 3%.
- Among the socio - demographic characteristics of the mothers, 53.33% of the female cohabitantes were found to be more prevalent, with ages ranging from 24 to 29 years old in 30% and those from marginal urban areas in 36.67%.
- Fifty percent were multiparous, with gestational age ≥ 37 weeks in 75% and whose termination of gestation was by cesarean section in 76.67%.
- Within the Maternal Implications, Preterm Delivery was found in 25%, followed by the DPP, Hellp Syndrome and eclampsia in 5% each.
- Within the Perinatal Impacts, Low birth weight was found in 41.67%, followed by Premature in 28.33%, while SDR, sepsis and death were the least frequent.

I. - INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

a) Situación Problemática

La preeclampsia es una enfermedad del embarazo que afecta a la madre y al feto (1), considerada como una enfermedad sistémica de origen placentario, por ello las circunstancias médicas que determinan una tendencia a la disfunción vascular, tales como la hipertensión crónica, la diabetes mellitus, obesidad, lupus eritematoso sistémico o trombofilias se relacionan con esta entidad. (2) Siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. (1) Diversos doctos en el tema consideran que, la preeclampsia es la complicación médica más frecuente del embarazo. (3) (4) (5) (6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), describe que, los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos; en América Latina, una cuarta parte de las muertes maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia

y la eclampsia sobresalen como causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. (7)

La incidencia de eclampsia fluctúa entre 2 y 13% por mil partos. (5)
(8) Evaluaciones realizadas en el Perú, estiman que complica de 3 a 22% de los embarazos y es la segunda causa de muerte materna en el Perú, con 32%, y la primera causa de muerte materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con el 43%. (9)

En los hospitales de EsSalud del país, también es la primera causa de muerte materna se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU). (10)

En el Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Provincial Docente “Belén” – Lambayeque, donde se desarrolló la presente investigación, la incidencia de preeclampsia en el año 2014, se aproximaba al 8%. Además de ello la Morbilidad materna y perinatal es significativamente alta. (11)

Por todo lo antes descrito creemos que esta entidad clínica es un problema que requiere atención por parte de los profesionales de la especialidad por sus devastadoras consecuencias tanto en la madre como el feto, motivo por el cual, en esta oportunidad nos propusimos determinar cuáles son las Repercusiones maternas y perinatales de la preeclampsia en el Hospital Provincial Docente Belén de

Lambayeque, de esta manera mostraremos la casuística real para luego entregar los resultados a las autoridades pertinentes para que se puedan idear estrategias encaminadas a identificar a tiempo esta entidad y prevenir las complicaciones en el Binomio Madre – Niño.

(11)

b) Antecedentes bibliográficos

Internacionales

- **García R y Colab (Cuba) (2013).** Realizaron un estudio observacional analítico de casos y controles en el Hospital Gineco - Obstétrico "Eusebio Hernández" de La Habana – Cuba, además consideraron como casos las pacientes con diagnóstico previo de preeclampsia (172) y como controles las que no tuvieran este diagnóstico (7916). Estos investigadores encontraron que la mayoría de las gestantes estuvieron incluidas en los rangos de edades comprendidos entre 20 y 34 años, que los factores de riesgo que con más frecuencia se observaron en las pacientes con preeclampsia fueron la nuliparidad (82,5 %) y la edad materna extrema (26,7%); que la cesárea se utilizó con mayor frecuencia entre las pacientes preeclámpticas (59,3%), además presentaron 5,5 veces más probabilidades de presentar parto pretérmino, que las pacientes con diagnóstico de preeclampsia en las que se utilizó el sulfato de magnesio presentaron una probabilidad casi

21 veces menor de desarrollar una eclampsia, que las complicaciones materno-perinatales más frecuentes fueron la preeclampsia grave, el hematoma retroplacentario, peso inferior a los 1 500 g y la enfermedad por membrana hialina en el recién nacido. (12)

- **Rivas M, Faneite P, Salazar G (Venezuela) (2012):** Ejecutaron un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal y analítico con el Objetivo de determinar la incidencia de eclampsia y su repercusión materna y perinatal en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. Para ello se estudiaron 40 casos con diagnóstico de eclampsia en 31 532 nacimientos. Los principales resultados fueron: La incidencia fue de 0,13%, 1 caso por cada 788 nacimientos. Predominó el grupo etario de 10 – 19 años (52,5%), concubinas 60%, grado de instrucción primaria (60%). Prevalció el antecedente familiar de hipertensión en la madre (25%), el antecedente personal de preeclampsia en embarazo anterior (12,5%). Los principales signos y síntomas fueron: hiperreflexia (65%), cefalea (50%), escotomas y amaurosis (20%). La primera convulsión se presentó ante-parto (75%). Sin control de embarazo (55%). Destacaron las primigestas (72,5%), edad de embarazo 37- 41 semanas (50%), tipo de parto: cesárea (85%). En los resultados perinatales prevaleció: neonatos deprimidos (52,5%), peso neonatal entre 2.500- 3.499 g (50%), con morbilidad de 30,55%, la mayoría debido a síndrome de dificultad

respiratoria. La mortalidad fetal fue de 9,09% y la mortalidad neonatal 9,09%. Morbilidad materna fue de 53,84%, asociada: síndrome HELLP (23,07%), insuficiencia renal aguda (7,69%), desprendimiento prematuro de placenta (7,69%); hubo una muerte materna. (2,5%). (13)

- **Suarez G y Colab (Cuba) (2012):** En su estudio analítico y retrospectivo sobre Caracterización del riesgo de preeclampsia / eclampsia en pacientes obesas realizado en el Hospital Universitario Gineco - Obstétrico Mariana Grajales de Santa Clara en el año 2010 en un grupo de gestantes que inician su gestación con un índice de masa corporal por encima de 25,6% (sobrepeso y obesas) comparando los resultados con un grupo de pacientes no obesas. Encontraron que de 67 pacientes, 18,2% tenían diagnóstico de sobrepeso y 70 (19,1%) resultaron obesas, con factores de riesgo como la multiparidad, la baja ingestión de calcio previa y actual y el estrés crónico. El índice cintura cadera con una media de 0,93 resultó altamente significativo de riesgo cardiovascular. Complicaciones durante el embarazo como trastornos hipertensivos 71,5% y diabetes gestacional 49,6%, en el parto las alteraciones en la dinámica uterina 72,2% y parto distócico en el 35,7% y en el puerperio la anemia 82,4% y los trastornos hipertensivos 62,7%. En las gestantes obesas se presentaron casos de preeclampsia agravada y eclampsia. Entre las complicaciones perinatales se encontró ligero predominio del

parto pretérmino y la macrosomía fetal en el grupo de pacientes obesas. Los autores concluyeron que, la obesidad pregestacional influye en los resultados maternos y perinatales y en el riesgo de preeclampsia, eclampsia, convirtiendo a estas gestantes en un grupo de alto riesgo que requiere una atención especializada durante el embarazo, el parto y el puerperio. (14)

- **Altunaga M, Lugones M (Cuba) (2011):** Elaboraron un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal, cuyo objetivo fue determinar los resultados perinatales en pacientes con pre eclampsia con signos de gravedad en el Hospital Docente Gineco - Obstétrico "Eusebio Hernández". El universo de trabajo estuvo constituido por el total de puérperas y la muestra por las 61 pacientes que ingresaron en la sala de cuidados perinatales que se le diagnosticó preeclampsia con signo de gravedad. Se estudiaron las siguientes variables: causa de cesárea primitiva en la cesárea con signo de gravedad, morbilidad materna, morbilidad perinatal, y mortalidad perinatal. Previo consentimiento informado se realizó una encuesta que incluyó las variables estudiadas mediante un muestreo sistemático. Se revisaron además, las historias clínicas de las pacientes. Hallando que, el mayor número de cesáreas primitivas fue por malas condiciones cervicales con un 18,03%, la mayor morbilidad materna fue la hemorragia posparto con 18,03%, la morbilidad perinatal que predominó fue la enfermedad de membrana hialina y la infección, asimismo hubo

dos muertes neonatales, una por enfermedad de membrana hialina y otra neonatal tardía por sepsis. (15)

Nacionales

- **Quispe R, Quispe J, Zegarra P (ICA) (2013).** Realizaron un estudio de tipo trasversal con el Objetivo de Identificar las complicaciones materno - fetales más frecuentes de la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú en el año 2013. La población la constituyeron 62 mujeres que presentaron preeclampsia y que cumplían con los criterios de inclusión. Se utilizó un instrumento validado que permitió recoger la información necesaria de las historias clínicas. Para el análisis de datos se utilizaron tablas estadísticas en el programa Microsoft Excel 2010 y para la interpretación se aplicó promedios y frecuencias porcentuales. Con respecto a las características sociodemográficas de los pacientes, tenemos que la mayor frecuencia se encuentran entre los 19 a 34 años (60%); el estado civil de mayor frecuencia fue el conviviente (58%) y con grado de instrucción secundaria (52%). Las características Gineco - Obstétricas con mayor frecuencia fueron que las que presentaron gestación a término (80%); multíparas (66%); con adecuado control prenatal (94%) y con término de la gestación mediante la operación cesárea en (81%). En cuanto a las complicaciones maternas encontradas fueron

eclampsia (3%) y abrupcio placentario (3%), no encontramos ninguna muerte materna; dentro de las complicaciones fetales halladas encontramos retardo de crecimiento intrauterino (13%), sufrimiento fetal agudo (5%) y muerte fetal (2%). Los autores concluyeron que existen complicaciones materno - fetales de la preeclampsia que pueden ser modificables por lo que es necesario que los hospitales cuenten con la tecnología y recursos humanos idóneos para realizar actividades preventivas, de tratamiento y evitar sus posibles complicaciones. (16)

- **Montes T (Piura) (2009).** Realizó un estudio descriptivo y transversal sobre los Resultados Materno Neonatales según la vía de culminación de la gestación, en las pacientes con preeclampsia, atendidas en el Hospital III Cayetano Heredia de Piura en el periodo enero 2006 a diciembre del 2008. Hallando que, la incidencia de preeclampsia severa fue del 8.5%. Al analizar el estado del feto durante el trabajo de parto, en la mayoría no se evidenció signos de sufrimiento fetal agudo. La principal indicación para culminar la gestación por cesárea fue una HTA no controlada. Requirieron manejo en UCI el 6.3% de las cesareadas y el 2.5% requirieron transfusión sanguínea. El 10.1% de la pacientes cesareadas presentaron complicaciones post parto, en comparación a las que tuvieron parto por vía vaginal 6.3%. La complicación más frecuente es el HELLp. El 83.5% de pacientes cesareadas y 94.9% de pacientes con parto vaginal

estuvieron hospitalizadas de 1 a 3 días. El 3.8% de madres cesareadas fallecieron. En el caso de los partos por cesárea, el 69.6% de recién nacidos no presentan complicaciones, mientras que en el caso de los partos vaginales la cifra es de 84.8%. Las complicaciones más frecuentes fueron ictericia neonatal, TTRN (taquipnea transitoria del recién nacido), asfixia e infección postnatal. (17)

Locales

- **Bustamante G y Colab (Chiclayo) (2010).** Efectuó un estudio de Casos y Controles, con el objetivo de determinar la incidencia, factores asociados y complicaciones de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”, Enero 2008 – Diciembre 2009. Los resultados fueron: La incidencia de preeclampsia fue del 7%. El Promedio de edad reportado fue de 20.4 años. El 94.63% fueron Primíparas. El 17.45% de la Población motivo de estudio presentaron antecedente de riesgo. El 04.03% de la población motivo estudio tuvieron complicaciones. Dentro de ellas 08 fueron partos prematuros, 02 fueron Eclampsia + Síndrome de Hellp y 02 Partos Inmaduros. Se presentaron 04 muertes perinatales. (18)

c) Base teórica

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por alteración en la fisiología de las células endoteliales de las arterias espirilares del útero, produciéndose una inadecuada invasión del citotrofoblasto en estas arterias; esto altera la placentación y se desarrolla el síndrome isquémico en el tejido placentario y el compromiso de varios órganos maternos. (19)

Se ha postulado mecanismos fisiopatológicos de tipo hipóxico, metabólico, inmune y genético, (18) con aumento de los factores anti-angiogénicos, (20) estrés oxidativo placentario por desbalance de los prooxidantes y antioxidantes maternos y expresión aberrante de las citoquinas, lo que ocasiona una respuesta inflamatoria sistémica exagerada. (21) (22) (23)

Hay muchas controversias con respecto a los criterios usados para definir los trastornos hipertensivos del embarazo, además existen diferentes clasificaciones. (21) (23)

Clasificación de los Trastornos Hipertensivos en el Embarazo: (24)

Hipertensión Gestacional: Elevación de la presión arterial igual o mayor de 140/90 mmHg, en ausencia de proteinuria, encontrados en una gestante después de las 22 semanas de gestación, o diagnosticada por primera vez en el puerperio. Se confirma si la

presión arterial retorna a valores normales dentro de las 12 semanas del post parto. (24)

Preeclampsia: Trastorno de la gestación que se presenta después de las 22 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial $\geq$ a 140/90 mmHg asociada a proteinuria.

Preeclampsia Leve: Aquella que presenta una presión arterial sistólica $<$ 160 mmHg y diastólica $<$ 110 mmHg, con ausencia de daño de órgano blanco (Criterios de severidad). Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico), sin evidencia de infección de las vías Urinarias. (24)

Preeclampsia severa: Aquella preeclampsia asociada a presión arterial sistólica: $\geq$ 160 mmHg y/o diastólica: $\geq$ 110 mmHg, ó evidencias de daño en órganos blancos, Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico o tira reactiva). El compromiso de órganos se manifiesta por oliguria, elevación de creatinina sérica ($\geq$ de 1.2 mg/dl), edema pulmonar, disfunción hepática, trastorno de coagulación como trombocitopenia, ascitis. (24)

En el feto se puede encontrar RCIU.

Hipertensión Crónica: Cuando la presencia de hipertensión arterial es diagnosticada previa al embarazo o antes de las 22 semanas de gestación. También se la considera en pacientes que no tuvieron atención prenatal, cuando los valores de presión arterial no se controlan pasadas las 12 semanas del parto. (24)

Hipertensión Crónica más Preeclampsia sobre agregada: Pacientes con hipertensión crónica, quienes luego de las 22 semanas de gestación presentan proteinuria, o elevación marcada de la presión arterial en relación a sus valores basales y/o compromiso de órgano blanco producido por Pre eclampsia. (24)

Eclampsia: Complicación aguda de la pre eclampsia en la que se presentan convulsiones tónico – clónicas generalizadas.

Síndrome de Hellp: Complicación aguda de la preeclampsia severa. Caracterizado por: (24)

1. Anemia hemolítica microangiopática: Definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1.2 mg/dl a predominio indirecto.
2. Elevación de enzimas hepáticas: Aspartato Aminotransferasa (TGO) 70 UI, o LDH de 600 UI.
3. Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100 000 por mm.

Criterios de Severidad:

Ante la presencia de cualquiera de los siguientes hallazgos en una paciente con preeclampsia, debemos catalogarla de preeclampsia Severa:

- Presión arterial sistólica mayor de 160 mmHg y/o diastólica mayor 110 mmHg.
- Proteinuria > 2 gr en orina de 24 horas, y/o > 2 + al usar tira reactiva, sin evidencia de infección del tracto urinario.

- Compromiso neurológico definido por cefalea persistente y alteraciones visuales (irritación cortical).
- Recuento de Plaquetas < 100,000 cel/mm² y/o evidencia de anemia hemolítica microangiopática.
- Elevación de enzimas hepáticas: TGO y/o TGP ≥ a 70 UI/ml.
- Alteración de la función renal, definida por dosaje de creatinina sérica mayor 1.2 mg/dl.
- Hiperreflexia tendinosa.
- Hiperreflexia psicomotriz.
- Alteración del sensorio, confusión.

Se denomina Eclampsia si la paciente presenta CONVULSIONES.

(24)

Diagnóstico Diferencial. (24)

- Epilepsia
- Hepatitis viral
- Hígado graso agudo del embarazo.
- Litiasis Renal
- Púrpura trombocitopenia.
- Hemorragia cerebral.
- Tirotoxicosis.

Definición de Términos y Conceptos:

–**Desprendimiento Prematuro de Placenta:** Desprendimiento de la pared del útero antes del parto. Los síntomas más comunes son sangrado vaginal y contracciones dolorosas. La causa se

desconoce, pero la hipertensión arterial, la diabetes, el fumar, el consumo de cocaína o alcohol, una lesión en la madre y tener múltiples embarazos aumentan el riesgo de padecer esta afección. El tratamiento depende de la gravedad de la afección y puede ir desde reposo en cama hasta una cesárea de emergencia. (25)

–**Parto Pretérmino:** Aquel que ocurre después de las 22 semanas y antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días) (26)

–**Recién nacido de bajo peso:** El que no alcanza 2.500 gr. (27)

–**Recién nacido con Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU):** Aquél que no desarrolla todo su potencial genético de crecimiento por fenómenos restrictivos. Se define cuando el peso fetal que se encuentra debajo del percentil 10 para la edad gestacional. (27) con signos de compromiso fetal que incluye alteración de la circulación Feto - placentaria al Examen Doppler o disminución del líquido amniótico o alteración de las pruebas de bienestar fetal (perfil biofísico fetal o monitoria no estresante). (28)

–**Síndrome de Dificultad Respiratoria:** El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente conocido como enfermedad de la membrana hialina, es un problema común en los bebés prematuros. Este trastorno es causado principalmente por la deficiencia de surfactante pulmonar en un pulmón inmaduro. El SDR es una causa importante de morbilidad y mortalidad en recién nacidos prematuros. (29)

–**Sepsis neonatal:** Es una infección de la sangre que ocurre en un bebé de menos de 90 días de edad. La sepsis de aparición temprana se ve en la primera semana de vida, mientras que la sepsis de aparición tardía ocurre después de los 8 días y antes de los tres meses de edad. (30)

–**Muerte Fetal intrauterina:** Se define como muerte fetal a la muerte en el útero del feto en desarrollo, después de la semana 20 o de fetos con peso mayor de 500 g, lo cual correspondería a un feto de 22 semanas de gestación, lo anterior, en caso de no conocerse la edad de gestación por otro método. El feto no muestra signos de vida al nacimiento, ni responde a las maniobras de reanimación y no corresponde a una terminación inducida del embarazo. (31)

1.2 Problema

¿Cuáles son las Repercusiones maternas y perinatales de la Pre Eclampsia en el Hospital Docente Belén de Lambayeque, durante el período enero – diciembre del 2015?

1.3 Objetivos:

Objetivo General:

Determinar las Repercusiones maternas y perinatales de la Pre Eclampsia en el Hospital Docente Belén de Lambayeque, durante el período enero – diciembre del 2015.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la incidencia de Preeclampsia en el período de estudio.
2. Determinar las Características Socio - Demográficos maternas.
3. Determinar las Características Obstétricas de la Preeclampsia.
4. Identificar las Repercusiones Maternas.
5. Identificar las Repercusiones Perinatales.

1.4 Justificación de la Investigación:

La preeclampsia es una enfermedad de carácter progresivo e irreversible que afecta múltiples órganos (32), siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales.

Además, siendo consciente que la preeclampsia puede llegar a ser una peligrosa complicación del embarazo, es que nació el interés en desarrollar el presente estudio ya que nos mostrará reportes reales sobre la incidencia de esta entidad, así como las repercusiones tanto en la madre como en el producto de la gestación, para luego formular estrategias que puedan proteger la salud de este grupo poblacional.

1.5 Identificación de la Variable:

- Repercusiones Maternas y Perinatales de la Preeclampsia.

Operacionalización de Variables

Variables	Dimensión	Indicadores	Sub indicadores	Escala
Repercusiones Maternas y Perinatales de la Preeclampsia	Clínica	Preeclampsia Leve	Pº A: < 160/110 mmHg y proteinuria < 5 mg/dl, en ausencia de compromiso multiorgánico	Nominal
		Preeclampsia Severa	Pº A: > 160 mmHg de sistólica o > 110 mmHg de diastólica o existen signos y síntomas premonitorios o compromiso del bienestar fetal (RCIU)	De Razón
	Repercusiones Maternas	– Parto Pre término – DPP – Síndrome de Hellp – Eclampsia	SI NO	Nominal
	Repercusiones Perinatales	– Prematuridad – BPN – SDR – RCIU – Sepsis – Muerte	SI NO	Nominal

Variables Intervinientes

Variables	Dimensión	Indicadores	Índice	Escala
Edad	Cronológica	Años	≤ 17 18 – 23 24 – 29 30 – 35 >35	De Razón
Procedencia	Demográfica	Lugar de donde proceden la población motivo de estudio	Urbana Urbana – Marginal Rural	Nominal
Estado Civil	Social	Condición conyugal de la población motivo de estudio	Soltera Casada Conviviente	Nominal
Edad Gestacional	Clínica	Tiempo de embarazo que tiene la población motivo de estudio (expresado en semanas)	< 27 28 – 32 33 – 36 ≥ 37	Intervalo
Paridad	Clínica	Nº veces que una mujer ha parido	- Primípara - Multípara - Gran Multípara	Ordinal

II.- MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Observacional, Descriptiva, Transversal y Retrospectiva. (33)

2.2 DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

Descriptivo. (33)

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población: Estuvo constituida por todos los casos de preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital antes mencionado durante el período antes mencionado y que fueron un total de 60.

Muestra: No se utilizó fórmula de tamaño de muestra, ya que se trabajó con la población total.

Criterios de Inclusión

- Se incluyeron todos las Historias Clínicas que tuvieron los datos necesarios para arribar el interés del estudio.

Criterios de Exclusión

- Se excluyen los casos que no cumplan con los criterios anteriores.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la respectiva recolección de los datos se empleó como instrumento, una Ficha de Recolección de datos (Ver Anexo). Como técnica se utilizó el fichaje.

2.5 PROCEDIMIENTO:

Luego de obtener el permiso correspondiente del Hospital en mención y la respectiva aprobación del Proyecto de Tesis, se procedió a la respectiva recolección de datos. Inmediatamente estos fueron plasmados en la ficha clínica, ampliamente diseñada para tal fin, para posteriormente procesarse y consignarse en cuadros estadísticos.

2.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS versión 21 y luego consolidados en cuadros unidimensionales con sus respectivas frecuencias relativas y porcentuales.

III.- RESULTADOS

Cuadro N° 1:

En el siguiente cuadro podemos apreciar que la incidencia de preeclampsia en el período de estudio fue 3%.

Cuadro N° 2:

En lo que concierne características socio - demográficos maternas, podemos observar que prevalecieron las convivientes en el 53.33%, con edades entre los 24 a 29 años en el 30% y las procedentes de zonas Urbano - marginales en el 36.67% respectivamente.

Cuadro N° 3:

Respecto a las Características Obstétricas podemos advertir que el 50% fueron multíparas, con edad gestacional ≥ 37 semanas en el 75% y cuyo terminó de la gestación fue por cesárea en el 76.67%.

Cuadro N° 4:

En el subsecuente cuadro se puede apreciar las Repercusiones Maternas, siendo la más frecuente el Parto Pre término en el 25%, seguido del DPP, Síndrome de Hellp y eclampsia en el 5% c/u.

Cuadro N° 5:

En lo que atañe a las repercusiones perinatales podemos advertir que los más frecuentes fue el Bajo peso al nacer en el 41.67%, seguido de la Prematuridad en el 28.33%, mientras que el SDR, sepsis y muerte fueron los menos frecuentes. Cabe resaltar que más de un RN presentó más de una repercusión perinatal.

CUADRO N° 1

**INCIDENCIA DE PRE ECLAMPSIA
HOSPITAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE
ENERO – DICIEMBRE 2015**

TOTAL DE PARTOS	N°	%
	2005	100%
PRE ECLAMPSIA	60	3%

Fuente: Ficha de Recolección de datos

CUADRO N° 2

CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICOS MATERNAS HOSPITAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE ENERO – DICIEMBRE 2015

N = 60		
Edad (Años)	N°	%
≤ 17	05	08.33
18 – 23	09	15.00
24 – 29	18	30.00
30 – 35	12	20.00
> 35	16	26.67
Estado Civil	N°	%
Casada	18	30.00
Conviviente	32	53.33
Soltera	10	16.67
Procedencia	N°	%
Urbana	21	35.00
Urbano – Marginal	22	36.67
Rural	17	28.33

Fuente: Ficha de Recolección de datos

CUADRO N° 3

**CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS
HOSPITAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE
ENERO – DICIEMBRE 2015**

N = 60		
Paridad	N°	%
Primíparas	06	10.00
Múltiparas	30	50.00
Gran Múltiparas	24	40.00
Edad Gestacional (Sem)	N°	%
< 27	01	01.67
28 – 32	03	05.00
33 – 36	11	18.33
≥ 37	45	75.00
Termino de la Gestación	N°	%
Vaginal	14	23.33
Cesárea	46	76.67

Fuente: Ficha de Recolección de datos

CUADRO N° 4

**REPERCUSIONES MATERNAS
HOSPITAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE
ENERO – DICIEMBRE 2015**

REPERCUSIONES MATERNAS	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
	24	40.00	36	60.00
Parto Pre término	15	25.00	--	--
DPP	03	05.00	--	--
Síndrome de Hellp	03	05.00	--	--
Eclampsia	03	05.00	--	--

Fuente: Ficha de Recolección de datos

CUADRO N° 5

**REPERCUSIONES PERINATALES
HOSPITAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE
ENERO – DICIEMBRE 2015**

REPERCUSIONES PERINATALES	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
	*25	41.67	35	58.33
Prematuridad	17	28.33	--	--
BPN	25	41.67	--	--
SDR	05	08.33	--	--
RCIU	01	01.67	--	--
Sepsis	02	03.33	--	--
Muerte	02	03.33	--	--

Fuente: Ficha de Recolección de datos

* Sólo 25 productos presentaron complicaciones, pero más de uno presentó más de 2 complicaciones.

IV.- DISCUSIÓN

El siguiente es un estudio de tipo descriptivo y transversal realizado en el Hospital Docente Belén de Lambayeque, durante enero – diciembre 2015, con el propósito de determinar las Repercusiones maternas y perinatales de la Preeclampsia. Es así que durante ese período se presentaron 2005 partos de los cuales 60 fueron Preeclampsia, hallando una incidencia del 3%. (Cuadro N° 1) resultado que se encuentra dentro del margen nacional e internacional, líneas arriba descrito. (5) (8) (9) Respecto al año 2014, la incidencia ha descendido en 5 puntos porcentuales en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. (11)

Por otro lado analizando nuestros resultados respecto a los antecedentes reportados, se puede mencionar que nuestro hallazgo fue alto en relación al reportado por **Rivas M, Faneite P y Salazar G** (13) en Venezuela en el año 2012, quienes hallaron una incidencia de 0.13%. (1 caso por cada 788 nacimientos).

Por otro lado en un estudio realizado en Perú específicamente en el Hospital Regional Docente las Mercedes de Chiclayo **Bustamante G y Colab** (18), la incidencia de preeclampsia fue del 7%.

Respecto a las características socio - demográficos maternas, se halló una mayor prevalencia de convivientes en el 53.33%, con edades

fluctuantes entre 24 a 29 años en el 30% y procedentes de zonas Urbano - marginales en el 36.67%. (Cuadro N° 2)

García R y Colab (12), hallaron que la mayoría de las gestantes estuvieron incluidas en los rangos de edades comprendidos entre 20 y 34 años, que los factores de riesgo que con más frecuencia se observaron en las pacientes con preeclampsia fueron la nuliparidad (82,5 %) y la edad materna extrema (26,7 %)

Por su parte **Quispe R, Quispe J, Zegarra P** (16), halló que, la mayor frecuencia se encuentran entre los 19 a 34 años (60%); el estado civil de mayor frecuencia fue el conviviente (58%) y con grado de instrucción secundaria (52%).

Así pues, **Bustamante G y Colab** (18). Halló que, el Promedio de edad reportado fue de 20.4 años. El 94.63% fueron Primíparas.

En lo que atañe a las Características Obstétricas se puede observar que el 50% fueron multíparas, con edad gestacional ≥ 37 semanas en el 75% y cuyo terminó de la gestación fue por cesárea en el 76.67%. (Cuadro N° 3)

García R y Colab. Encontraron que la mayoría de las gestantes estuvieron incluidas en los rangos de edades comprendidos entre 20 y 34 años, que los factores de riesgo que con más frecuencia se observaron en las pacientes con preeclampsia fueron la nuliparidad (82,5 %) y la

edad materna extrema (26,7%). La cesárea se utilizó con mayor frecuencia entre las pacientes preeclámpicas (59,3%).

Por su parte **Rivas M, Faneite P, Salazar G** (13), refiere en su estudio que prevalecieron las primigestas (72,5%), edad de embarazo 37- 41 semanas (50%), tipo de parto: cesárea (85%).

Quispe R, Quispe J, Zegarra P (16), encontraron que dentro de las características Gineco - Obstétricas con mayor frecuencia fueron que las que presentaron gestación a término (80%); multíparas (66%); con adecuado control prenatal (94%) y con término de la gestación mediante la operación cesárea en (81%).

Por su parte, **Bustamante G y Colab** (18). Encontró que, el 94.63% fueron Primíparas.

En lo que concierne a las Repercusiones Maternas, el Parto Pre término fue la más frecuente (25%), seguido del Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP), Síndrome de Hellp y eclampsia en el 5% c/u. Mientras que en lo que atañe a las repercusiones perinatales podemos advertir que los más frecuentes fue el Bajo peso al nacer en el 41.67%, seguido de la Prematuridad en el 28.33%, mientras que el SDR, sepsis y muerte fueron los menos frecuentes. Cabe resaltar que más de un RN presentó más de una repercusión perinatal. (Cuadro N° 4 y 5)

García R y Colab. Encontraron que las complicaciones materno-perinatales más frecuentes fueron la preeclampsia grave, el hematoma retroplacentario, peso inferior a los 1 500 g y la enfermedad por membrana hialina en el recién nacido. (12)

Por su parte **Rivas M, Faneite P, Salazar G** (13), hallaron que dentro de los resultados perinatales prevalecieron los neonatos deprimidos (52,5%), peso neonatal entre 2.500- 3.499 g (50%), con morbilidad de 30,55%, la mayoría debido al Síndrome de Dificultad Respiratoria. La mortalidad fetal fue de 9,09% y la mortalidad neonatal 9,09%. Morbilidad materna fue de 53,84%, asociada: Síndrome Hellp (23,07%), insuficiencia renal aguda (7,69%), desprendimiento prematuro de placenta (7,69%); hubo una muerte materna. (2,5%).

Así pues, **Altunaga M, Lugones M** (15), la mayor morbilidad materna fue la hemorragia post parto con 18,03%, la morbilidad perinatal que predominó fue la enfermedad de membrana hialina y la infección, asimismo hubo dos muertes neonatales, una por enfermedad de membrana hialina y otra neonatal tardía por sepsis.

Por su parte **Quispe R, Quispe J, Zegarra P** (16), halló que en cuanto a las complicaciones maternas encontradas fueron eclampsia (3%) y abruptio placentario (3%), no se halló ninguna muerte materna; dentro de las complicaciones fetales halladas se halló al RCIU (13%), sufrimiento fetal agudo (5%) y muerte fetal (2%).

V.- CONCLUSIONES

- La incidencia de Preeclampsia en el período de estudio fue 3%.
- Dentro de las Características Socio - Demográficas maternas se halló una mayor prevalencia de las convivientes en el 53.33%, con edades entre los 24 a 29 años en el 30% y las procedentes de zonas Urbano - marginales en el 36.67%.
- El 50% fueron multíparas, con edad gestacional ≥ 37 semanas en el 75% y cuyo terminó de la gestación fue por cesárea en el 76.67%.
- Dentro de las Repercusiones Maternas se halló al Parto Pre término en el 25%, seguido del DPP, Síndrome de HELLP y eclampsia en el 5% c/u.
- Dentro de las Repercusiones Perinatales se encontró al Bajo peso al nacer en el 41.67%, seguido de la Prematuridad en el 28.33%, mientras que el SDR, sepsis y muerte fueron los menos frecuentes.

VI.- RECOMENDACIONES

A LOS PROFESIONALES DE SALUD

- Es importante que todas las mujeres embarazadas reciban atención médica continua y oportuna, lo cual permite el diagnóstico y tratamiento temprano de afecciones como la preeclampsia y eclampsia, esta última es una de las mayores emergencias obstétricas; esta investigación deja ver una vez más que contribuye decididamente a la morbi-mortalidad materna y perinatal. Implica una asistencia precoz e intensiva para disminuir sus repercusiones.

A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

- Establecer mecanismos permanentes de vigilancia que contribuyan a un rápido y eficiente manejo de la información necesaria para la prevención y control de la Preeclampsia / Eclampsia y sus repercusiones, por lo que se considera indispensable homogenizar los procedimientos y criterios institucionales que orienten y faciliten el trabajo del personal que se encarga de la captación y control de las pacientes que acuden en busca de atención a los Establecimientos de salud.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ríos E, Meza L. Manejo de la Pre eclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/download/.../14. Año 2015.
2. Paré E, Parry S, Mc Elrath F, Pucci D, Newton A, Lim K. Clinical Risk Factors for Preeclampsia in the 21st Century. Obstet Gynecol.2014:763-770.
3. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la Pre eclampsia. Update. Rev. Peru. Ginecol. Obstet. [online]. 2014, Vol.60, N° 4, pp. 309-320. ISSN 2304-5132.
4. Xiao J, Shen F, Xue Q, Chen G, Zeng K, 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 Jan 16. doi: 10.1038/jhh.2013.148. [Publicación electrónica antes de la impresión].
5. 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.
6. Taebi M1, Sadat Z2, Saberi F2, Kalahroudi MA3. Early pregnancy waist-to-hip ratio and risk of preeclampsia: a prospective cohort study. Hypertens Res. 2014 Sep 4. doi: 10.1038/hr.2014.133.

7. OMS. Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. © Organización Mundial de la Salud, 2011. WHO/RHR/11.30.
8. Morales Ruiz C. Factores de riesgo asociados a pre eclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. Rev. Perú. Epidemiología. 2011 abr;15(2):97-101.
9. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Simposio Pre Eclampsia, Viejo problema aún no resuelto: conceptos actuales. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. Vol. Nº 60 Nº 4 Lima oct./dic. 2014.
10. Sánchez H, Romero L, Razúri A., Díaz C, Torres V. Factores de riesgo de la preeclampsia severa en gestantes del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, de 2006 a abril de 2010. Rev. Cuerpo Médico HNAAA 2011; 4(1): pp 12 - 16.
11. Libro de Registro Anual. Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Año 2014.
12. García R, Llera A, Pacheco A, Delgado M, González A. Resultados Maternos - Perinatales de pacientes con preeclampsia. Hospital Gineco - Obstétrico Docente "Eusebio Hernández". La Habana, Cuba. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 38 Nº 4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2012.
13. Rivas M, Faneite P, Salazar G. Eclampsia. Repercusión materna y perinatal Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento Clínico Integral de la Costa. Universidad de Carabobo. Hospital "Dr.

- Adolfo Prince Lara” Puerto Cabello. Rev. Obstet Ginecol Venez 2012; 72(1):34-41.
14. Suarez G, Y Colab. “Caracterización del riesgo de Pre - eclampsia/eclampsia en pacientes obesas.” Hospital Provincial Docente Gineco - obstétrico Mariana Grajales Coello, Santa Clara, Cuba. 2012.
15. Altunaga M, Lugones Miguel. Resultados perinatales en la preeclampsia con signos de gravedad. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Ag [citado 2016 Sep 23]; 37(2): pp 147 - 153. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200004&lng=es.
16. Quispe R, Quispe J, Zegarra P. Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013. Rev. Med Panacea. 2014; 4(1): 3-7.
17. Montes T. Resultados Materno Neonatales según la vía de culminación de la gestación, en las pacientes con pre eclampsia severa atendidas en el hospital III Cayetano Heredia de Piura. Enero 2006 - Diciembre 2008. Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. Hospital III de Apoyo Cayetano Heredia – Piura, Perú. Citado 2011 Septiembre.
18. Bustamante G; Gastulo C; Ramírez S; Rodas L; Rojas I. Incidencia, factores asociados y complicaciones de la Pre eclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital

Regional Docente “Las Mercedes”, Enero 2008 – Diciembre 2009.
Trabajo presentado en la Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela Profesional de Obstetricia. Universidad Particular de Chiclayo.

19. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la Pre eclampsia. Update. Rev. Peru. Ginecol. Obstet. [online]. 2014, Vol.60, Nº 4, pp. 309-320. ISSN 2304-5132.
20. Xiao J, Shen F, Xue Q, Chen G, Zeng K, Stone P, Zhao M, Chen Q. Is ethnicity a risk factor for developing preeclampsia? An analysis of the prevalence of preeclampsia in China. J Hum Hypertens. 2014 Jan 16. doi: 10.1038/jhh.2013.148. [Publicación electrónica antes de la impresión].
21. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia: Lancet. 2010, 21;376(9741):631-44.
22. Uzan J, Carbonnel M, Piconne O, Asmar R, Ayoubi JM. Pre-eclampsia: pathophysiology, diagnosis, and management. Vasc Health Risk Manag. 2011; 7: 467-74.
23. Ciantar E, Walker J. Pre-eclampsia, severe pre-eclampsia and hemolysis. Elevated liver enzymes and low platelets syndrome: what is new? Women's Health. 2011; 7(5):555-69.
24. Minsa. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Instituto Materno Perinatal. 2014.
25. Houry E, Salhi A. Acute complications of pregnancy. In: Marx J, Hockberger RS, Walls RM, eds. Rosen's Emergency Medicine:

Concepts and Clinical Practice. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 178.

26. Minsa. Guía de la Práctica Clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento de la amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino. Hospital Santa Rosa. Resolución Directoral. 15 de enero del 2016.
27. Serrano M, A; Huertas M, A; Domínguez - Ramos E. Medicina materno - fetal. Fisiología Obstétrica. Crecimiento fetal normal. Características del feto a término. Cap. 27. Fundamentos de Obstetricia de SEGO. Madrid, abril 2007.
28. Figueras F, et al. American Journal Obstet Gynecol. 2011; 288 – 300.
29. Rivera M. Síndrome de Dificultad Respiratoria. Red Latinoamericana de Pediatría y Neonatología. Marzo de 2016.
30. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn. Policy Statement: Recommendations for the Prevention of Perinatal Group B Streptococcal (GBS) Disease. Pediatrics. 2011;128(3):611-6. PMID: 21807694 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21807694.
31. Silver R, Varner M, Reddy U, Goldenberg R, Pinar H, Conway D y Colab. Work-up of stillbirth: A review of the evidence. Am J Obstet Gynecol. 2007 May; 196(5):433-44.
32. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy.

Obstet Gynecol. 2013 Nov; 122(5):1122- 31. doi:
10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88.

33. Hernández S. R; Fernández C, C; Baptista L. M. "Metodología de la investigación:". 5ª Ed. Mc - Graw-Hill Interamericana Editores, S.A. DE C.V. México. 2010.

ANEXO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



REPERCUSIONES MATERNAS Y PERINATALES DE LA PRE ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL DOCENTE
BELÉN DE LAMBAYEQUE, DURANTE EL PERÍODO ENERO – DICIEMBRE DEL 2015

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO - DEMOGRÁFICOS MATERNAS:

- Edad: () ≤ 17 () 18 - 23 () 24 - 29 () 30 - 35 () > 35
- Procedencia: Urbana () Urbano – Marginal () Rural ()
- Estado Civil: Casada () Conviviente () Soltera ()

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

- Paridad: _____
- EG: _____
- Terminó de la Gestación: Vaginal () Cesárea ()
- RPM: SI () NO ()

III. Repercusiones

Maternas:

- ☐ Parto Pretérmino
- ☐ DPP
- ☐ Síndrome de Hellp
- ☐ Eclampsia

Perinatales:

- ☐ Prematuridad
- ☐ BPN
- ☐ SDR
- ☐ RCIU
- ☐ Sepsis
- ☐ Muerte

Observaciones: _____