



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO DE
INVESTIGACION**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1
CHETUMAL QUINTANA ROO.**

**CARACTERÍSTICA CLÍNICO DEMOGRÁFICA DE PACIENTES
INGRESADAS CON EL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA- ECLAMPSIA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CHETUMAL, QUINTANA ROO**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

EL DR. MARCELINO GARCIA RODRIGUEZ

CHETUMAL QUINTANA ROO.

28 DE FEBRERO DEL 2005

**CARACTERÍSTICA CLÍNICO DEMOGRÁFICA DE PACIENTES
INGRESADAS CON EL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA- ECLAMPSIA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 DEL INSTITUTO**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CHETUMAL, QUINTANA ROO
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DR: MARCELINO GARCIA RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES:

**DR: AUGUSTO R. SOLIS GONZALES.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN CHETUMAL, Q. ROO.**

**DRA: MA. DOLORES LOPEZ CARRASCO.
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
EL H.G.Z.M.F. No.I
EN CHETUMAL CROO.**

**DR: JOSE ANTONIO COUOH NOH
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO INTERNISTA EN EL H.G.Z.C.M.F. N° I EN CHETUMAL CROO.**

**DRA: MA. DOLORES LOPEZ CARRASCO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA.**

CHETUMAL QUINTANA ROO

28 DE FEBRERO DEL 2005

**CARACTERISTICA CLINICO DEMOGRAFICA DE PACIENTES
INGRESADAS CON EL DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA- ECLAMPSIA
EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1 DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CHETUMAL, QUINTANA ROO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

DR: MARCELINO GARCÍA RODRÍGUEZ

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR: ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR: ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

ESTRUCTURA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

INDICE GENERAL

- 1. Título**
- 2. Índice General**
- 3. Marco Teórico**
- 4. Planteamiento del problema**
- 5. Justificación**
- 6. Objetivos**
 - **General**
 - **Específico**
- 7. Metodología**
 - **Tipo de estudio**
 - **Población, lugar y tiempo de estudio**
 - **Tipo de muestra y tamaño de muestra**
 - **Criterio de inclusión, exclusión y eliminación**
 - **Información a recolectar**
 - **Método o procedimiento para captar la información**
 - **Consideraciones éticas**
- 8. Resultados**
 - **Descripción**
 - **Tablas (cuadros) y graficas**
- 9. Discusión**
- 10. Conclusiones**
- 11. Referencias bibliograficas.**
- 12. Anexos**

3. MARCO TEORICO.

La preeclampsia constituye una de las principales causas de muerte materna. Aun cuando fue identificada desde hace varios siglos^(1,2,3) hasta el momento no se conoce su causa y sólo se postulan diversas teorías que tratan de dar una posible explicación etiopatogénica^(4,5) El síndrome de preeclampsia y eclampsia se conoce desde hace más de 2,000 años. Pues lo 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. Sin embargo, en 1927, Corwin y Eric destacaron que la glomerulonefritis era poco frecuente en la gestación y que la lesión concomitante con eclampsia era principalmente vascular y no renal. Este hecho fue destacado ulteriormente por Reid y Tell, y por Eric y Tilman en 1939 y 1935 respectivamente.

La enfermedad hipertensiva aguda del embarazo complica frecuentemente al embarazo (mayor de 20 semanas) o al puerperio (no más de 14 días) y se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y, en casos severos, convulsiones o estado de coma. La mayoría de los autores clasifican a la preeclampsia en leve y severa, siendo el criterio más importante la magnitud de la elevación de la presión arterial.

En términos generales y prácticos, se define como síndrome de HELLP a aquellas pacientes que presentan una enfermedad aguda hipertensiva en la gestación, ya sea preeclampsia, inminencia de eclampsia o eclampsia; y con datos de plaquetopenia, disfunción hepática y hemólisis. ^(4, 5).

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (EHIE) se considera un problema de Salud Pública tanto para los países desarrollados como en vías de desarrollo, lo que condiciona la morbilidad y mortalidad materno fetal^(6,7,8)

La Organización Mundial de la Salud relaciona a la EHIE como la principal causa de morbilidad y mortalidad materna fetal⁽¹⁴⁾. La mortalidad materna se estima en 529,000 defunciones anuales es decir de 400 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos.

La preeclampsia-eclampsia aparece en el 5-10% de todos los embarazos y es más bien una enfermedad de primigestas (85%), la padecen del 14.5 al 20% de las gestantes múltiples y el 30% de mujeres con anomalías uterinas graves, afecta a 25% de mujeres con hipertensión crónica, neuropatía crónica o ambos grupos, historia familiar de preeclampsia, nefropatías, enfermedades auto inmunes (lupus), enfermedades metabólicas,

desnutrición proteica, falta de control prenatal adecuada, ingesta excesiva de sodio⁽⁹⁾.

En estudios internacionales se considera a África como el continente con mayor prevalencia de preeclampsia-eclampsia y con mayor índice en las zonas rurales que en la urbana, la variación en los grupos étnicos y situaciones económicas.

En México se reportan que la Preeclampsia-Eclampsia es una de las principales causas de defunción en el Sistema Nacional de Salud. La frecuencia oscila alrededor del 8%, correspondiendo a 1.75% a eclampsia, 3.75% a preeclampsia severa y 94% a preeclampsia leve.

Otras series informan una incidencia de eclampsia que va de 10.05% al 0.2% de todos los partos y de 3.6% en embarazos múltiples, con respecto al inicio de las convulsiones se refiere que 73% ocurren antes del parto, 27% durante el puerperio, siendo el 85% en primigrávida. La preeclampsia se observa entre 5-10% de las embarazadas y produce 22% de las muertes perinatales, la incidencia del síndrome de HELLP en la preeclampsia-eclampsia va del 2 al 20%.

En el IMSS en el periodo de 1988-1997, reportándose el 5% de morbilidad hospitalaria por esta causa con relación a los partos atendidos, significando 30 mil casos anuales, en cualquier eventualidad de enfermedades hipertensivas en el embarazo^(5,8). La tasa de mortalidad neonatal es de 14.5 por 1000 nacidos vivos, que comparativamente con los países desarrollados, tienen un impacto por lo menos de 10 veces más. En las mujeres en período gestacional representan entre el 6 y 10 % calculándose unas 50,000 muertes en cada año universalmente^(13,15)

En el estado de Quintana Roo en el año 2000 se presentaron 873 casos, en el 2001 858 casos, en 2002 presento un incremento con 1,150 casos, y en el 2003 se reportaron 43 casos. En el periodo comprendido de 2000 a 2003 se presento por grupo atareó: de 15 a 19 años son 319 casos, en el de 20 a 24 años 944 casos, de 25 a 44 años 1,549 casos, 45 y 49 años 10 casos y en 25 casos se ignora el grupo al que pertenece.

En el municipio de Othón P. Blanco en el período de 2000 a 2002 por grupo de edad de 15 a 19 fueron 137 casos, de 20 a 24 años 212 casos, de 25 a 44 años 333, de 45 a 49 años 2 casos, de 50 a 59 años se reportaron 2 casos, 1 solo caso se ignora la edad⁽¹²⁾.

Hasta la fecha no se cuenta con estudios satisfactorios que la expliquen, durante mucho tiempo han aparecido múltiples

teorías tratando de explicar la causa de ésta, por lo que se ha denominado “enfermedad de las teorías”; un hecho definitivo es que la causa ^(2,9,10) básica es el embarazo y no se desarrolla bajo ninguna otra circunstancia. Se sabe además que el embarazo no tiene que ocurrir dentro del útero para que se desarrolle la entidad y que ni siquiera debe existir un feto, el trofoblasto es el elemento esencial del padecimiento el cual desaparece una vez que se extrae la placenta. Al parecer hay una invasión inadecuada del trofoblasto a las arterias espirales, con aumento de la sensibilidad a las aminas y péptidos vasoconstrictores endógenos, ya que las manifestaciones patológicas consisten en daño endotelial y activación plaquetaria intravascular. El tejido trofoblástico fetal emigra en dos fases hasta las arterias espirales de la madre y desplaza la estructura elástica muscular de ella. La migración se completa hacia la 20^a semana de gestación y ocasiona la dilatación de las arterias espirales, lo cual guarda relación con el bienestar fetal. La arteria espiral se transforma de un sistema de alta resistencia a otro de baja resistencia, lo que ocasiona su dilatación y facilita el intercambio máximo de nutrientes y gases.

Los pacientes con preeclampsia severa presentan problemas de proteinuria significativa, observándose una disminución del volumen plasmático con hemoconcentración y aumento de la viscosidad sanguínea ocasionando disminución del flujo placentario, trombosis, infarto placentario y retardo en el crecimiento intrauterino. El hematocrito materno y la concentración de hemoglobina están relacionadas con la frecuencia de infartos placentarios e inversamente con el peso del recién nacido ^(6,7).

Las alteraciones hematológicas que se presentan durante la preeclampsia están asociadas a vasoespasmo, activación de la coagulación y alteraciones de la hemostasia, otras alteraciones son anemia regenerativa, aumento de la bilirrubina indirecta, ictericia, coluria.

La disfunción y daño endotelial produce liberación de mediadores histoquímicos y sustancias vaso activas ocasionando alteraciones hematológicas como la trombocitopenia predisponiendo las microangiopatías. La preeclampsia se asocia con un aumento de la concentración plasmática de la fibronectina plaquetaria, ya que es una glicoproteína de alto peso molecular estando presente en las células endoteliales, actúan en la inflamación, el crecimiento, la homeostasis y la reparación de la superficie donde se produce un daño endotelial. Hay alteración en la fibrinólisis con déficit de alfa 2 antiplasmática que es la que transforma el fibrinógeno y la fibrina en producto de degradación de la fibrina ^(5,6,7,8).

Se han descrito cuatro tipos de E.H.I.E: Tipo 1: es aquella en la que no existe antecedente hipertensivo y que cumple con los criterios anteriormente señalados subdividiéndose en preeclampsia, leve y severa. Tipo II hipertensión crónica . Tipo III hipertensión crónica con preeclampsia agregada. Tipo IV hipertensión transitoria gestacional. ⁽⁹⁾.

Se considera que existe preeclampsia leve cuando después de las 20 semanas de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos: tensión sistólica de 140 mmHg o más; elevación de la tensión diastólica 15 mmHg o más de las cifras habituales; proteinuria mayor de 300 mg en orina de 24 horas, pero menor de 3 g/L; edema persistente de las extremidades o la cara.

Se entiende como preeclampsia severa cuando coexisten dos o más de los siguientes datos: TA sistólica de 160 mmHg o más; TA diastólica de 110 mmHg o más, tanto como la otra en forma repetida; Proteinuria mayor de 3 g por litro en orina de 24 horas; Edema acentuado; cuando aparecen síntomas cerebrales, visuales, gastrointestinales o renales, náusea o vómito e hiperreflexia generalizada.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Hipertensión Inducida por el Embarazo se encuentra entre las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial en la última década, siendo mas frecuente en los países en desarrollo con nivel cultural, social, económico bajos. Siendo ésta una patología que no requiere del empleo de alta tecnología costosa para su diagnostico, sino de la identificación de las prioridades y necesidades para la educación y atención en salud materna, por lo que es importante considerar las normas en el manejo médico de esta patología, haciendo hincapié en la orientación a las mujeres en edad fértil.

Por el incremento en la preeclampsia – eclampsia a nivel estatal y no contar con un estudio que determine ¿cuales son las características clínico-demográficas de esta patología? Se desprende la siguiente pregunta de investigación.

¿CUÁLES SON LAS CARACTERISTICAS CLINICO-DEMOGRAFICAS DE PACIENTES INGRESADOS CON EL DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. I DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN CHETUMAL, QROO?.

5. JUSTIFICACION:

El Instituto Mexicano del Seguro Social se ha preocupado porque en las unidades de hospitalización disminuya la morbilidad y mortalidad materna por todas las causas, implementando estrategias y actividades permanentes a fin de cumplir con la disminución de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

El Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Chetumal, Quintana Roo, es una unidad de segundo nivel que atiende a la población derechohabiente de la zona sur de la entidad, siendo receptora de pacientes derechohabientes de otras Unidades de Medicina Familiar de la zona geográfica, cuenta con las cuatro especialidades básicas entre ellas Ginecología y obstetricia. Esta especialidad mantiene un promedio anual de 1,100 mujeres embarazadas las que se cuentan con terminación por vía abdominal y vía vaginal. Observándose un incremento de embarazos asociados a preeclampsia-eclampsia. Ante la situación de no contar en nuestro hospital con estudios de investigación previos que fundamenten cuales son los factores asociados a esta patología, ya que en el ámbito nacional e internacional se han reportado diferentes factores de riesgo para la preeclampsia eclampsia, sin embargo, en nuestro medio en la que los factores demográficos y clínicos existentes difieren a la población de otros lugares debido a la gran heterogeneidad de la población, por lo que el presente estudio se enfoca a determinar que características clínicas y demográficas puedan determinarse y que con ello se modifique la presencia de la preeclampsia eclampsia.

6. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Determinar las características clínico demográficas de las pacientes ingresadas con diagnóstico de preeclampsia eclampsia en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1 de Chetumal, Quintana Roo.

OBJETIVO ESPECIFICO

Conocer las características clínico demográficas de las pacientes ingresadas con el diagnóstico de preeclampsia eclampsia en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, de Chetumal, Quintana Roo.

7. METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO: transversal, descriptivo, retrospectivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO: embarazadas que ingresan al Hospital General de Zona con Medicina Familiar Núm. 1, con diagnóstico de preeclampsia eclampsia comprendida en el periodo de Enero del 2003 a Julio del 2004.

LUGAR DE ESTUDIO: Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1, Chetumal, Q. Roo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Se revisaron expedientes de mujeres embarazadas que ingresan al H.G.Z.M.F. Núm. 1, con hipertensión y cumplan con el criterio de preeclampsia eclampsia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Expedientes de mujeres embarazadas que ingresan al H.G.Z.M.F. Núm. 1, con hipertensión y no cumplan criterio de preeclampsia eclampsia, Expedientes que no se localicen, con mujeres embarazadas diagnosticadas y se encuentren dado de bajas

DEFINICIONES OPERACIONALES:

VARIABLES ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Secuencia natural valorada en tiempo	Años de vida cumplidos	Cuantitativa Intervalo	13 – 17 años 18 - 23 años 24 - 28años 29 - 34 años 35 - 40 años 40 y mas años.
Embarazo	Es el estado de llevar en el útero un embrión.	Numero de embarazos transcurridos en tiempo determinado	Cuantitativa Intervalo	1 a 3 4 - 6
Periodo ínter genésico	Tiempo transcurrido entre uno y otro embarazo	Tiempo que paso entre cada uno de sus hijos	Cuantitativo Intervalo	1-3años 4-8años
Ocupación	Empleo, oficio o dignidad	Lugar donde trabaja	Cualitativo Nominal	Trabajada Labores del hogar

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue un establecimiento docente	Grado de estudios	Cualitativa Nominal	Sabe leer y escribir Primaria incompleta Primaria completa Sec completa. Secundaria incompleta. Preparatoria incompleta. Preparatoria completa Carrera técnica. Profesional.
Hipertensión arterial	Aumento de la resistencia periférica que resultan de la	Existen datos de tensión arterial en el expediente	Cualitativo	Milímetros de mercurio

	vasoconstricción o estrechamiento de los vasos sanguíneos periféricos				
Diabetes mellitas	Trastorno del metabolismo de los carbohidratos caracterizado por hiperglicemia y glucosuria y que resulta de la producción o utilización inadecuada de insulina.	Existen datos de laboratorio con hiperglicemia	Cuantitativo	Miligramos decilitros	por
Preeclampsia	Es proceso de afectación multiorgánica durante el embarazo	Existe antecedente hipertensión proteinuria, edema en el expediente	Cualitativo	Milímetros mercurio	de
Tabaquismo	Envenenamiento crónico por tabaco	Existen datos de interrogatorio por tabaquismo	cualitativo	SI NO	
Alcoholismo	Enfermedad crónica, progresiva y dependencia física con alteración a los órganos	Existen datos de interrogatorio de alcoholismo	cualitativo	SI NO	

MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se elaboro cuestionarios validados por expertos en dos rondas de preguntas con las variables, obteniendo los resultados de los expedientes localizados de mujeres con diagnóstico de preeclampsia eclampsia. Se realiza la base de datos en el paquete estadístico SPSS y el análisis estadístico se realizó con medidas de tendencia central.

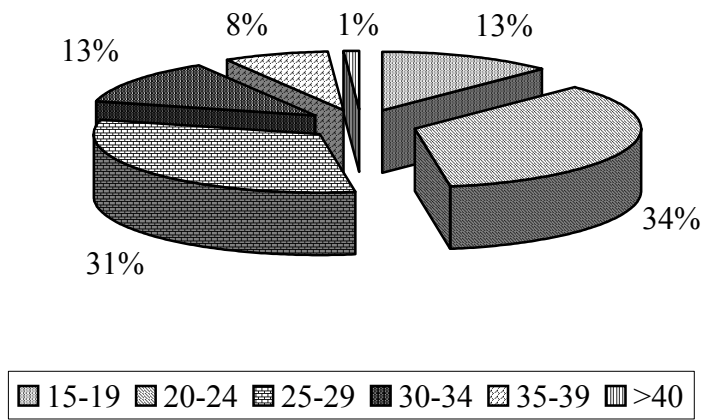
CONSIDERACIONES ETICAS

No se contrapone a los compromisos internacionales, en 1964, la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial adoptó la Declaración de Helsinki, cuya revisión más reciente tuvo lugar en 1989 (en la 41ª Asamblea, realizada en Hong Kong) que define pautas éticas para la investigación en seres humanos.

6. RESULTADOS

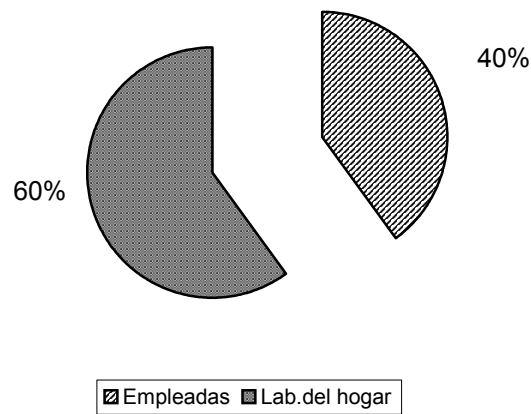
En el período comprendido de enero de 2000 a julio de 2004, se registraron 4,100 embarazadas y de éstas 585 de sospecha de EHIE de los cuales 80 tuvieron diagnóstico de preeclampsia eclampsia equivalente al 13.6 %. En los que 62%(52) fueron obtenidos por cesárea, y 36% (28) se obtuvieron por vía vaginal. Los resultados obtenidos de la encuesta son los siguientes:

El rango de edad mas frecuente que incide fue de 20 a 24 años con 34% (28) (gráfico 1) solo el 1.25% (1) se presentó en menores de 15 años. Según su actividad se observo que el 60.0% (48) se dedican a labores del hogar (grafica 2). El rango predominante es la secundaria completa 51.3% (41) (gráfico 3). La religión que profesan el 56.1% (60) es la católica (Grafica 4). El estado civil el 77% (67) fueron casadas (grafica 5). El 90%(72) de las pacientes provienen de la zona urbana (grafica 6). Las primigestas obtuvieron el 72 % (58) (grafica 7). Dos casos se presento con embarazo gemelar (grafica 8) En relación a su sintomatología clínica el 100% (80) presento edema de miembros inferiores, por la cefalea, fosfenos, acufenos el 83.75 % (67) la presentación (grafica 9). Por el tipo de parto la cesárea fue mas frecuente con un 64 % (51) (grafica 10) por su clasificación la preeclampsia leve tiene un 99% (79) (grafica 11). Por su edad gestacional el 40% (32) estuvieron en la semana 39 (grafica 12). Con relación a envíos de primero a segundo nivel se obtuvo 99% (79) y de segundo a tercer nivel fue del 1% (1) (grafica 13). Las mujeres diagnosticadas con preeclampsia eclampsia con antecedentes de mas de una pareja sexual fue de 3.7% (3), Antecedentes de muerte perinatal el 1.3% (1), con atención integral el 91.3% (73) recibieron control prenatal. No se presento ningún caso de eclampsia

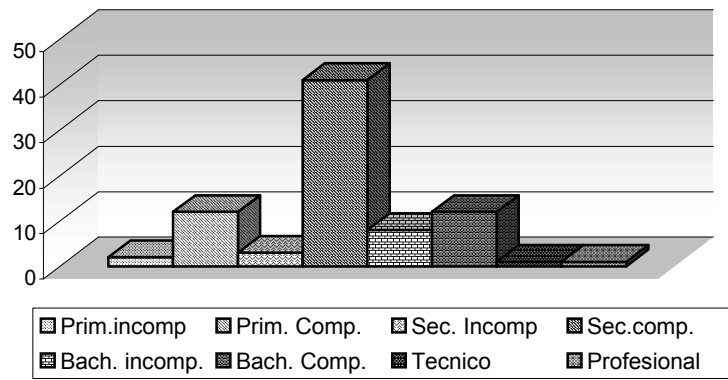


Gráfica 1:

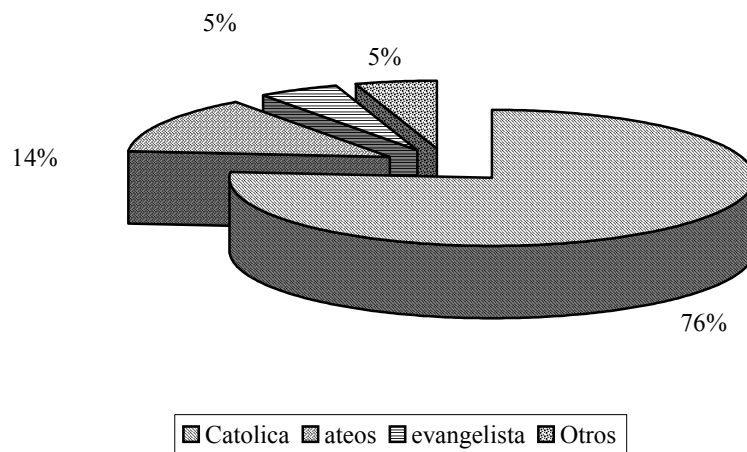
Casos de preeclampsia eclampsia atendidas en el H.G.Z.M.F.Núm. 1.



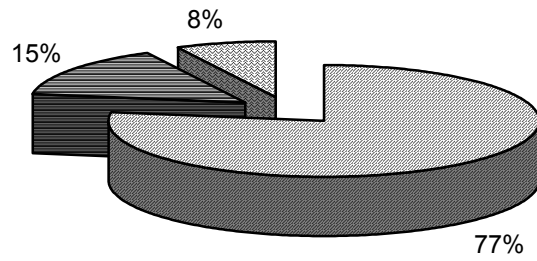
Gráfica 2: Distribución de mujeres con preeclampsia eclampsia según ocupación.



Gráfica 3: Mujeres con preeclampsia eclampsia según escolaridad



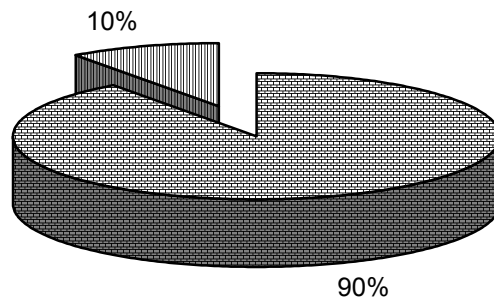
Gráfica 4: Distribución de mujeres con preeclampsia eclampsia según religión que profesa.



Casada
 Union Libre
 Soltera

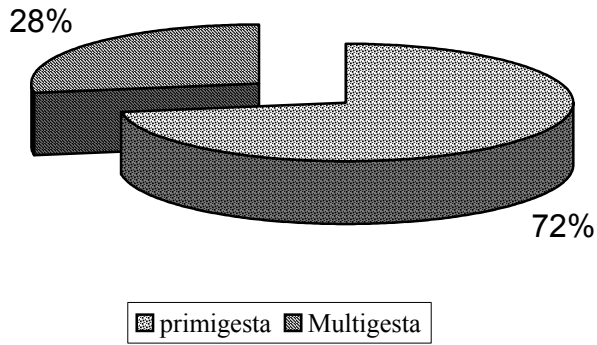
Gráfica 5:

Distribución de mujeres con preeclampsia eclampsia según estado civil.

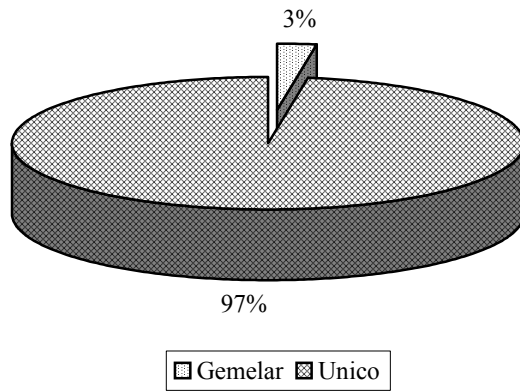


Urbana
 Rural

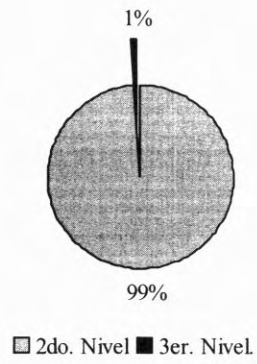
Gráfica 6: La distribución de mujeres con preeclampsia eclampsia según el lugar de residencia.



Grafica 7:
Distribución de mujeres preeclampsia eclampsia por el número de embarazos



Grafica 8: distribución de preeclampsia-eclampsia por número de productos



Grafica 13: Se muestra la distribución de las mujeres con preeclampsia- eclampsia por envíos a segundo y tercer nivel de especialidad.

9. Discusión:

La presente investigación describe las variables clínicas demográficas de la preeclampsia-eclampsia, en pacientes ingresadas en el H.G.Z.M.F.No. 1 del IMSS en Chetumal, es el primer estudio que se realiza en este hospital, tomando como muestra los pacientes con diagnóstico de Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

En la población estudiada la morbilidad presentada es similar al reportado a nivel mundial en estudios previos, difiere en la mortalidad ya que en esta unidad no se presentaron muertes maternas por esta causa. En cuanto al grupo más frecuente al control prenatal y tratamiento oportuno de la preeclampsia eclampsia en el inicio de sus signos y síntomas son similares al estudio realizado en el hospital O Hóran ya que ambos están situados en la península de Yucatán ⁽¹¹⁾ con diferencia a lo reportado a nivel mundial en donde se menciona que la mayor incidencia es en edades extremas de la vida reproductiva, debido probable a la situación económica, cultural y social. Por sus actividades se identificó más en amas de casa, contrario a lo reportado en literatura consultada. En lo relacionado con el nivel educativo se presenta con mayor frecuencia en aquellas mujeres con nivel medio terminado, siendo otra diferencia con lo referido en la literatura. En cuanto al lugar de residencia las de la zona urbana se presentan con mayor frecuencia notando una diferencia reportada en la literatura debido al tipo de población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se presenta con mayor frecuencia en primigestas similar a estudios realizados en otros países. Los niveles de tensión arterial al momento de su ingreso no difieren a lo comentado en estudios previos. Los signos y síntomas clásicos de la preeclampsia eclampsia coinciden con la literatura. Por la atención del parto, éste terminó por vía abdominal más frecuentemente en el estadio de preeclampsia leve reduciendo la morbilidad y mortalidad en este hospital. En cuanto a la atención prenatal se identificó que recibieron al menos alguna atención por el equipo multidisciplinario.

Lo que conlleva a no haberse presentado ningún caso de eclampsia.

9. CONCLUSIONES:

La preeclampsia –eclampsia sigue siendo un problema de Salud Publica pese a los lineamientos ya establecidos mundialmente para la prevención y manejo de esta patología.

En nuestro estudio, lo relevante es la eficacia del control prenatal, así como la detección oportuna de esta patología para darle un tratamiento adecuado sin llegar a las complicaciones inherentes a esta entidad, demostrándose que no se presento ningún caso de eclampsia y la nula mortalidad durante el periodo de estudio.

Insistiremos en el fortalecimiento de las acciones educativas para la asistencia de manera oportuna y sistémica de las mujeres embarazadas desde el inicio de su embarazo, se incidieran en los factores de riesgo para evitar las complicaciones de la preeclampsia eclampsia, se promoverá la educación continua en el equipo multidisciplinario para la detección de este entidad patológica y disminuir la morbilidad y mortalidad de esta patología en nuestro hospital. Así mismo el presente estudio servirá de base para futuros protocolos de estudio.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rochat RW, Koonin LM, Atrash HK, Jewet JF: Maternal mortality in the United States: report from the maternal mortality collaborative study. *Obstet Gynecol* 1988;72:91-97.
2. Rodríguez Arias EA, Angulo Vázquez JA, Vargas González A, Martínez Abudis E: Mortalidad materna en el Hospital de Ginec Obstetricia del Centro Médico de Occidente. IMSS. Revisión de 5 años. *Ginec Obst Méx* 1991;59:269-273.
3. Velasco Murillo, Navarrete Hernández. Mortalidad Materna por Preeclampsia-Eclampsia en la región la Raza (1988-1997). *Revista Medica del IMSS*, sept-oct 1999; Vol.37, 5, 1-13.
4. National High Blood Pressure Education Program Working Group. Report on high blood pressure during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1689-1712.
5. Zeeman GG, Dekker GA: Pathogenesis of *preeclampsia*: a hypothesis. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:317-337
6. Velasco Murillo, Pozos Cavanzo, Cardona Pérez, Prevención y tratamiento de la preeclampsia-eclampsia, de la teoría a la práctica. *Revista Medica del IMSS*. mar-abr 2000; Vol. 38: Fascículo 2, 1-13.
7. Irgens, Henrik U. long term mortality of mother and father after pre-eclampsia: population based cohort study. *BMJ: british Medical Journal*; 11 de dic.2001. Vol.323 Issur 7323; 4, 2.
8. Villanueva Egan, Alanis López. Factores pronósticos asociados a la progresión de preeclampsia a eclampsia. *Ginecología y Obstetricia de México*. julio 2000; Volumen 68, 312-316.
9. Sánchez-Carrillo Constanza, Ceron-Míreles Prudence, Harlow Sioban D, Preeclampsia-eclampsia y su relación con resultados perinatales adversos. *NOMBRE DE LA REVISTA*. Vol 60; mayo-junio 2003, 275-283.
10. Norma Técnico Médica para la prevención y manejo de la preeclampsia eclampsia. Dirección de Prestaciones medicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil 2da. Edición 1998; 7-36
11. Panorama epidemiológico sobre la salud mundial. Secretaria de Salud Pública 2005; capítulo 4, 65-83.
12. Servicios Estatales de Salud. Registro de trastornos hipertensivos del embarazo con edema y proteinuria, hasta la semana 36/2004, Estatal y Municipal, Quintana Roo
13. D-Lindheimer James, Mm Robert, Gary Cunninggam. Hipertensión en el embarazo. Segunda edición, España: Editorial McGraw Hill Interamericana, 200: 3 a 56 y 215-451.
14. Jean T. Abbot. Phillis August. Burrow N. Gerard. A. Clark David. Complicaciones medicas durante el embarazo. Argentina, Edición Cuarta, 2001 Editorial Medica Panamericana, 59-85.9
15. Kuzniki, Villamil Alobert, Rodríguez Pablo. *Revista hipertensión arterial*. Biblioteca Virtual, Año 2, Volumen 1, 1995.
16. Zendejas Cervantes Lilia Hortensia, Romero Romero Hilda. Preeclampsia-eclampsia: una alteración en la micro circulación útero-placentaria. Aspectos inmunológicos, histológicos y bioquímicas. Volumen 49, mayo-junio 2002; No.3 80-81.

17. Duran Nah Jesús, Couoh Noh José. Epidemiología de la Preeclampsia-Eclampsia en el Hospital General de O'HORAN. Epidemiología de la preeclampsia eclampsia de una muestra de Yucatán). Dic 1999; Vol.67, fasciculo12. 1-10.

12. ANEXOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN QUINTANA ROO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NÚM. 1**

FICHA DE IDENTIFICACION PERSONAL

Núm. Afiliación:	_____	Fecha de aplicación:	_____
Lugar de nacimiento:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Lugar de residencia:	_____	Religión:	_____
Estado civil:	Ocupación	Escolaridad:	
Tipo de alimentación:	Buena	Regular	Mala:

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Diabetes mellitus:	Si	No	_____
Tabaquismo	Si	No	_____
Alcoholismo:	Si	No	_____
Hipertensión arterial:	Si	No	_____
Antecedente de hipertensión arterial crónica:	Si	No	_____
Neuropatías:	Si	No	_____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

Núm. De embarazos	_____	Núm. De partos	_____
Partos múltiples	_____	Núm de cesáreas	_____
Núm. De aborto	_____	Fecha de último parto	_____
Antecedente de preeclampsia en el último parto	_____		
Antecedente de muerte perinatal por preeclampsia	_____		
Peso del producto en el último embarazo	_____		
Antecedentes de otra pareja	_____		
Preeclampsia leve	Si	No	
Preeclampsia severa	Si	No	
Parto eutocico	Si	No	
Parto quirúrgico	Si	No	
Edad gestacional	36-38	39-40	
Muerte materno infantil	Si	No	
Estancia hospitalaria	1 DIA	2 o más	
Egreso por mejoría	Si		
Envió a 3er. nivel	Si	No	

Hoja 2

ATENCION MEDICA

Núm. De consultas en Medicina Familiar		_____
Núm. De consultas en Enf. Materno Infantil		_____
Núm. De consultas con Enfermera prenatal de hospital		_____
Núm. De platica recibidas en PRENIMSS		_____
Referencias a Segundo Nivel		_____
Laboratorios:		
o proteínas	Si	No _____
Albúminas	Si	No _____
Pruebas funcionales hepáticas	Si	No _____
Sintomatología		
Cefalea	Si	No _____
Acufenos	Si	No _____
Fosfenos	Si	No _____
Edema	Si	No _____
Dolor región hepática	Si	No _____
Visión borrosa	Si	No _____
Otros hallazgos		
Hipertensión arterial	Si	No _____
Diabetes Mellitus	Si	No _____
Hiperlipidemia	Si	No _____
Quiste de Ovario	Si	No _____
Obesidad	Si	No _____
Infección de vías urinarias	Si	No _____
Anemia	Si	No _____

GRACIAS