



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-  
NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN**



**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**TOXEMIA GRAVIDICA: INCIDENCIA y MORBIMORTALIDAD  
MATERNA EN EL HOSPITAL II IPSS  
TARAPOTO 1989 — 1993**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:**

**OBSTETRA Y OBSTETRIZ**

**TESISTAS : Bach. César Salomón Orbe Flores  
Bach. Silvia Pérez Macedo**

**ASESOR : Dr. Augusto Llontop Reátegui**

**TARAPOTO — PERU**

**1.994**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
SAN MARTIN**

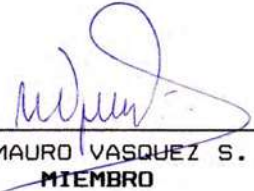
**FACULTAD DE OBSTETRICIA**

**TOXEMIA GRAVIDICA : INCIDENCIA Y MORNIMORTALIDAD  
MATERNA EN EL HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO  
1989 - 1993**

**TESISTAS : BACH. CESAR SALOMON ORBE FLORES  
BACH. SILVIA PEREZ MACEDO**

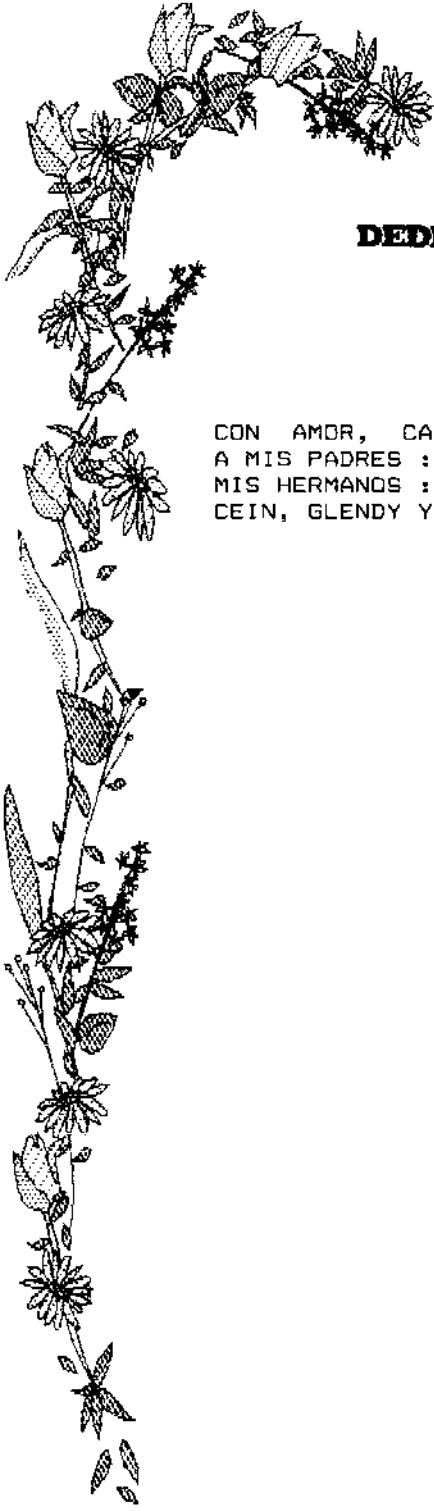
**JURADO CALIFICADOR :**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. ADAN GRANDA GRANDA  
PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. MAURO VASQUEZ S.  
MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**OBST. EVANGELINA AMPUERO F.  
MIEMBRO**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. AUGUSTO LLONTOP R.  
ASESOR**



## **DEDICATORIA**

CON AMOR, CARISO Y RESPECTO  
A MIS PADRES : HUMBERTO Y ERMA  
MIS HERMANOS : MILCIO, VICTORIA  
CEIN, GLENDY Y KATTYA.

**SILVIA**

ESTE TRABAJO ESTA DEDICADO  
A MIS PADRES: CESAR Y DIO-  
CELINA.

A MIS HERMANOS: DIOCELINA  
Y PABLO EN MERITO A SU  
APOYO Y CONFIANZA DEPOSI-  
TADA PARA VER CULMINADO MI  
CARRERA PROFESIONAL.

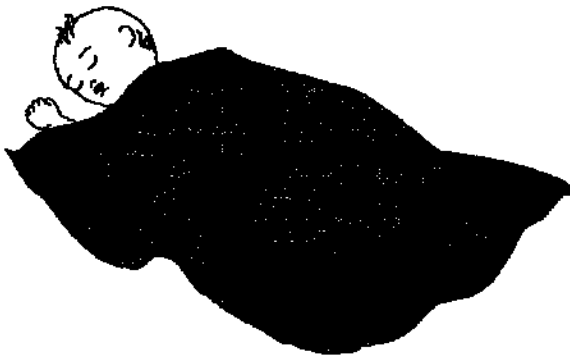
**CESAR**



A NUESTRO HIJO :

DENNIS JOÃO  
QUIEN VINO A ESTE MUNDO COMO GRATITUD  
A NUESTRO ESFUERZO Y NOS ALIENTA A SE  
GUIR ADELANTE.

CESAR Y SILVIA.



## INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION.....	01
II. OBJETIVOS.....	03
III. METODOLOGIA.....	04
IV. RESULTADOS.....	08
V. DISCUSION.....	23
VI. CONCLUSIONES.....	33
VII. RECOMENDACIONES.....	34
VIII. RESUMEN.....	35
IX. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	36
X. ANEXO.....	39

## I. INTRODUCCION

Una de las complicaciones obstétricas con un incremento de mortalidad tanto materna como perinatal son las enfermedades hipertensivas del embarazo.(1).

La toxemia constituye una enfermedad que es motivo continuo de estudio en Obstetricia, básicamente porque se ignora su etiopatogenia, pero existen factores predisponentes como la nuliparidad, embarazo múltiple, familiares con antecedentes de hipertensión, malformaciones congénitas, edades extremas, entre otras que aumentan la morbimortalidad, tanto materna como perinatal.(11).

En nuestro estudio observamos, que la población materna recibe en forma inadecuada o no recibe los beneficios de los cuidados prenatales; razón por la cual no se realizó un diagnóstico precóz de los casos y de ésta forma prevenir la aparición de las formas graves de la enfermedad.

La finalidad de este trabajo es la de determinar la incidencia y la morbimortalidad materna por preeclampsia-eclampsia, encontrándose una incidencia de 1.14%, siendo más frecuente la preeclampsia, una morbilidad postparto del 51% y únicamente 2 muertes maternas la que representa el 2.3 x 10000 nv. en los 5 años de estudio, diferente a la de otros autores en cuanto

a la incidencia. Motivo por el cual sugerimos emprender estrategias y medidas correctivas que contribuyan a mejorar las expectativas reproductivas de toda mujer gestante.



## II. OBJETIVOS

- 1.- Determinar la incidencia de toxemia gravídica en el Hospital II IPSS - TARAPOTO.
- 2.- Determinar la tasa de morbimortalidad materna por toxemia.
- 3.- Determinar el número de controles prenatales, tipo de parto y edad gestacional en la que se terminó la gestación.

### III. METODOLOGIA

Es un estudio descriptivo con recolección retrospectiva de datos. En el cual se seleccionaron las historias clínicas de los partos ocurridos en el Hospital II IPSS-Tarapoto, desde el 1º de enero de 1989 hasta el 31 de diciembre de 1993; registrándose un total de 8699 partos, encontrándose solamente 122 casos con diagnóstico de toxemia gravídica (preeclampsia-eclampsia). De los cuales 99 casos cumplieron con los criterios de clasificación, 18 casos con diagnóstico de hipertensión crónica y 5 casos de hipertensión en gestaciones menor o igual a 20 semanas.

Se seleccionaron de acuerdo a los siguientes criterios:

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

- Gestantes con presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg.
- Edema.
- Proteinuria.
- Aumento excesivo de peso.
- Convulsiones.
- Gestación mayor de 20 semanas.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Hipertensión arterial crónica.
- Gestación menor o igual a 20 semanas.

Los 122 casos fueron registrados en una hoja formato teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- **DATOS DE LA MADRE:** Edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil y procedencia.
- **ANTECEDENTES OBSTETRICOS:** Paridad, edad gestacional en la que inicia su control prenatal, número de controles prenatales, edad gestacional en la que se diagnostica la toxemia (según investigadores y hospital).
- **CLASIFICACION DE LA TOXEMIA.**
- **MORBILIDAD MATERNA:** Preparto, intraparto y postparto.
- **METODO DEL PARTO.**
- **MORTALIDAD MATERNA.**
- **CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO:** Peso y apgar.
- **EDAD GESTACIONAL EN LA QUE SE PRODUCE EL PARTO.**

Para determinar la toxemia gravídica se ha utilizado la definición dada por la Organización Gestosis (Institución Internacional con sede en Suiza), dedicada al estudio de la enfermedad y creada a instancias de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

**PREECLAMPSIA:**

Es la aparición de hipertensión con proteinuria, edema o

ambos, inducida por el embarazo después de vigésima semana de la gestación y, en ocasiones más pronto cuando existe cambios hidatídicos extensos (mola hidatiforme).(8).

**ECLAMPSIA:**

Es la aparición de convulsiones tónico-clónicas características, con pérdida de la conciencia o sin ella, no causadas por una enfermedad neurológica coincidente como la epilepsia.

Los ataques aparecen ciertamente de forma repentina pero casi siempre con manifestaciones prodrómicas.(8,10).

**HIPERTENSION ARTERIAL:**

Se entiende por hipertensión arterial todo ascenso de las cifras tensionales que supere los niveles considerados convencionalmente como normales.

En la actualidad se acepta que esos niveles en el sujeto adulto no deben ser superiores a 140/90 mmHg, o una elevación de la diastólica de 15 mmHg por lo menos. Las presiones sanguíneas citadas tienen que hacerse manifiesto por lo menos 2 veces en 6 horas o más separadamente.(8,13).

**EDEMA:**

Acumulacion excesiva de líquido tisular, debido practicamente

a la retención de sodio y agua.

El edema se presenta de preferencia en la cara y extremidades. Se detecta precozmente en los controles prenatales por el aumento de peso mayor que el correspondiente a la evolución y condiciones del embarazo.

No siempre corresponde a trastornos hipertensivos; pues su etiología puede estar también con hipoproteinemia, ingesta excesiva de sal, compresión del sistema venoso de la extremidades inferiores, acción estrogénica, hormona antidiurética, etc.(7).

**PROTEINURIA:**

Se define como más de 0,3 gr/L en la orina de 24 horas o más de 1 gr/L en 2 muestras de orina al azar como mínimo tomadas en 6 horas o más separadamente.(10).

**MORTALIDAD MATERNA:**

Muerte de una mujer producida en cualquier momento del embarazo (independientemente de su duración y localización), parto o puerperio, hasta los 42 días cumplidos después del parto.(4).

**MORBILIDAD:**

Frecuencia de las enfermedades de una población.(4).

Cabe mencionar que para la elaboración de este trabajo hubo limitaciones como la falta de datos en las historias clínicas.

## IV. RESULTADOS

### CUADRO Nº 01

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EDAD, NIVEL DE EDUCACION, OCUPACION, ESTADO CIVIL, Y PROCEDENCIA. HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

	Nº	%
<b>EDAD</b>		
< 19 años	26	26.3
20-25 años	37	37.4
26-30 años	12	12.1
31-35 años	16	16.2
> 35 años	08	08.1
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100.0</b>
<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>		
Primaria	31	31
Secundaria	48	49
Superior	20	20
Ninguno	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>
<b>OCUPACION</b>		
Su casa	67	68
Empleada doméstica	02	02
Agricultora	--	--
Empleada pública	18	18
Estudiante	06	06
Otros	06	06
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Soltera	16	16
Conviviente	35	35
Casada	48	49
Viuda	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbano	74	74
Urbano-Marginal	12	12
Rural	14	14
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

El 37.4% de toxemia se observa en mujeres cuyas edades estan comprendidas entre los 20 a 25 años y el 26.3% en mujeres menores o igual a 19 años, haciendo un total de 63.7% de la población estudiada y un menor porcentaje 36.4% cuyas edades eran mayores de 26 años.

El 49% de los casos eran mujeres que tenían estudios secundarios el 31% primaria y el 20% educación superior.

El 68% de las mujeres en estudio con diagnóstico de toxemia tienen como ocupación su casa y el 18% son empleadas públicas.

Referente al estado civil se encontró que los mayores porcentajes de toxemia se dan en mujeres casadas y convivientes (84% de la población en estudio).

En las mujeres procedentes de la zona urbana se observa mayor porcentaje de toxemia: 74% y en menor porcentaje las de la zona urbano marginal y rural: 26%.



CUADRO Nº 02

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN ANTECEDENTES PERSONALES. HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

ANTECEDENTES PERSONALES	Nº	%
Hipertensión arterial	07	07
Enfermedad renal	02	02
Preeclampsia	03	03
Eclampsia	03	03
No reporta	60	61
Otros	24	24
TOTAL	99	100

El 39% de los casos presentaron alguna patología como antecedentes personales, no reportando antecedente alguno el 61% debido a la calidad de las historias clínicas que presenta este hospital.



CUADRO Nº 03

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN NUMERO DE GESTACIONES. HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

NUMERO DE GESTACIONES	Nº	%
Primigestas	46	47
De 2 a 4 embarazos	38	38
> de 5 embarazos	11	11
No precisa	04	04
TOTAL	99	100

La toxemia gravídica presenta un 47% de los casos en primigestas y el 38% en mujeres que tuvieron de 2 a 4 embarazos.

**CUADRO Nº 04**

TOXIMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN TRIMESTRE DE GESTACION EN LA QUE INICIA SU CONTROL Y EL NUMERO DE CONTROLES. HOSPITAL II IPSS - TARAPOTO 1989 - 1993.

	Nº	%
<b>TRIMESTRE DE GESTACION EN LA QUE INICIA SU C.P.N.</b>		
Primer Trimestre	19	19.2
Segundo Trimestre	30	30.3
Tercer Trimestre	20	20.2
Sin inicio de C.P.N.	30	30.3
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100.0</b>
<b>NUMERO DE C.P.N</b>		
Hasta 4 controles	35	35.3
De 5 a 10 controles	26	26.3
Más de 10 controles	08	08.1
Ningún control	30	30.3
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100.0</b>

En este estudio se puede apreciar que el 30.3% de los pacientes con toxemia gravídica iniciaron su control prenatal en segundo trimestre y el 30.3% no iniciaron su control prenatal.

Solamente se registra el 34.4% de mujeres que tuvieron los controles recomendables y el 30.3% no tuvieron ningún control prenatal; de los cuales sólo 1 caso pertenece al segundo trimestre y 29 casos al tercer trimestre.

CUADRO Nº 05

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN CRITERIOS DE CLASIFICACION, HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

CRITERIOS	Nº	%
H.T.A. + EDEMA + PROTEINURIA	20	20
H.T.A. + EDEMA	67	68
H.T.A. + PROTEINURIA	--	--
H.T.A.	12	12
TOTAL	99	100

El 68% de la población en estudio solo cumplían los criterios de hipertensión y edema y un 20% tenían hipertensión más edema más proteinuria y un 12% solamente hipertensión.

Lo que quiere decir que los 99 casos cumplen los criterios de clasificación para ser considerados con el diagnóstico de toxemia gravídica.

**CUADRO Nº 06**

**TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN CLASIFICACION DE LA TOXEMIA. HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.**

CLASIFICACION DE TOXEMIA	Nº	%
PREECLAMPSIA:		
LEVE	21	21
SEVERA	56	57
ECLAMPSIA	22	22
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100</b>

En este hospital las historias clínicas registraron el 78% de casos con diagnósticos de preeclampsia; de los cuales el 57% son preeclampsia severa y el 21% preeclampsia leve; además se encontró que el 22% corresponden al diagnóstico de eclampsia.

**CUADRO Nº 07**

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA EDAD, GESTACIONAL EN QUE SE DIAGNOSTICA LA TOXEMIA SEGUN INVESTIGADORES VS.HOSPITAL,HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

EDAD GESTACIONAL	TOTAL		PREECLAMPSIA		ECLAMPSIA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>INVESTIGADORES</b>						
< 29 sem	08	12	08	13	--	--
30-34 sem	23	33	20	33	03	33
35-37 sem	26	38	22	37	04	45
38-41 sem	12	17	10	17	02	22
> 42 sem	--	--	--	--	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>09</b>	<b>100</b>
<b>HOSPITAL</b>						
< 29 sem	04	06	04	03	--	--
30-34 sem	14	20	13	22	01	11
35-37 sem	26	39	22	36	05	56
38-41 sem	24	35	21	35	03	33
> 42 sem	--	--	--	--	--	--
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>09</b>	<b>100</b>

Como observamos en el presente cuadro, el protocolo a través de los datos de las historias clínicas detectó el 46% de casos de preeclampsia antes de las 34 semanas y el 54% entre las 35-41 semanas; lo que en el hospital solo detectaron el 29%

antes de las 34 semanas y el 71% después de ésta. Lo que quiere decir que el hospital diagnosticó tardíamente al 17% de los casos de preeclampsia.

Referente a la eclampsia existían pacientes que ya tenían signos y síntomas de toxemia entre la 30-34 semanas (2 casos), pero el hospital los detectó entre la 35-41 semanas.

**CUADRO Nº 08**

TOXIMIA GRAVIDICA: INCIDENCIA DE MORBILIDAD MATERNA,  
MOMENTO EN QUE SE PRODUCE Y CAUSAS. HOSPITAL II IPSS  
- TARAPOTO 1989 - 1993.

MOMENTO Y CAUSA		Nº	%
PREPARTO :	Convulsiones	18	18
	I.T.U	05	05
	Hemorragias	03	03
	Anemia	02	02
	No reportan	71	72
TOTAL		99	100
INTRAPARTO :	Convulsiones	20	21
	R.P.M.	16	17
	D.P.P	03	03
	Insuficiencia renal	02	02
	Placenta previa	01	01
	Hiperdinamia	01	01
	Hipodinamia	01	01
	No reportan	53	54
TOTAL		99	100
POSPARTO :	Hipertensión arterial	16	16
	I.T.U	12	12
	Endometritis	08	08
	Hemorragias	06	06
	Anemia	05	05
	Convulsiones	04	04
	No reportan	48	49
TOTAL		99	100

De los 99 casos de toxemia se encontró una morbilidad del 28% en el preparto, del cual el 18% corresponde a convulsiones en el intraparto se encuentra una morbilidad del 44%, de los cuales el 21% corresponden a convulsiones y 17% a RPM.

En el posparto se encontró un 51% de morbilidad de los cuales el 16% corresponde a hipertensión arterial y 12% a infecciones del tracto urinario.

CUADRO Nº 09

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN METODO DEL PARTO.HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

METODO DEL PARTO	TOTAL		PREECLAMPSIA		ECLAMPSIA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Espontáneo	31	30	29	36	02	09
Estimulado	--	--	--	--	--	--
Inducido	04	04	04	05	--	--
Vacumm	01	01	01	01	--	--
Forceps	--	--	--	--	--	--
Cesárea	66	65	46	58	20	91
TOTAL	102	100	80	100	22	100

El 65% de los casos de toxemia terminaron en cesárea(3 casos de parto gemelar). Seguido del parto espontáneo en un 30% (3 casos de parto gemelar); debido al cual nuestra población se ve aumentada en este cuadro.

CUADRO Nº 10

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN CAUSA DE CESAREA. HOSPITAL IIIPSS-TARAPOTO 1989-1993.

CAUSA DE CESAREA	Nº	%
Preeclampsia	20	30
Eclampsia	13	20
Sufrimiento fetal	11	17
Presentación podálica	03	05
D.F.P.	03	05
Embarazo gemelar	03	05
Estrechez pélvica	03	05
Procidencia de M.I.	02	03
P.P.	01	01
Dilatación estacionaria	01	01
Cesareada anterior	01	01
Otros	05	07
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

De todas las cesareas encontradas el 30% corresponden a la misma preeclampsia como indicación de cesárea, seguido de un 20% por eclampsia y en tercer lugar sufrimiento fetal en un 17%.



**CUADRO Nº 11**

TOXEMIA GRAVIDICA: INCIDENCIA DE MORTALIDAD MATERNA SEGUN  
PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

MORTALIDAD	PREECLAMPSIA		ECLAMPSIA	
	Nº	%	Nº	%
SI	--	--	02	09
NO	77	100	20	91
TOTAL	77	100	22	100

Durante estos 5 años que corresponden al estudio se encontró solo 2 casos de muerte materna por toxema (eclampsia), dando una tasa de mortalidad del 2.3 x 10000 nv.

CUADRO Nº 12

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN INDICE DEL APGAR AL MINUTO.HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

APGAR	TOTAL		PREECLAMPSIA		ECLAMPSIA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0	06	06	05	06	01	04
1 - 3	08	08	03	04	05	23
4 - 6	11	10	07	08	04	18
7 - 10	75	71	65	78	10	46
No reporta	05	05	03	04	02	09
TOTAL	105	100	83	100	22	100

El 71% de los partos con diagnóstico de toxemia nacieron con apgar favorable, el 10% moderadamente deprimidos, 8% deprimidos y el 6% obitos fetales.

La población de los recién nacidos se ve aumentado por los 6 casos de embarazo gemelar.

CUADRO Nº 13

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN PESO.  
HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

PESO DEL R.N. (en gramos)	TOTAL		PREECLAMPSIA		ECLAMPSIA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 1500	08	08	07	09	01	04
1500 - 2499	30	29	23	28	07	32
2500 - 3499	45	48	35	42	10	46
3500 - 4499	16	15	15	18	01	04
4500 a más	01	01	01	01	--	--
No reporta	05	05	02	02	03	14
TOTAL	105	100	83	100	22	100

Acá se puede apreciar que el 48% de los recién nacidos, nacieron con sus peso dentro de los límites normales, el 29% tenían un peso entre 1500 - 2499 y el 8% fueron productos menores de 1500 grs. Solo hubo un caso de feto macrosómico.

CUADRO Nº 14

TOXEMIA GRAVIDICA: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN TIEMPO DE GESTACION EN LA QUE SE PRODUCE EL PARTO.HOSPITAL II IPSS-TARAPOTO 1989-1993.

EDAD GESTACIONAL	TOTAL		PREECLAMPSIA		ECLAMPSIA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 29 sem	03	03	02	02	01	04
30 - 34 sem	15	14	13	16	02	09
35 - 37 sem	32	31	25	30	07	32
38 - 41 sem	55	52	43	52	12	55
> 42 sem	--	--	--	--	--	--
TOTAL	105	100	83	100	22	100

De los 105 partos con diagnóstico de toxemia la edad gestacional en la que mayormente se dieron los partos fue a término (52%); el 31% fueron partos prematuros comprendidos entre la 35-37 semanas de gestación.

## V. DISCUSION

Con respecto a la toxemia gravídica Larco y Cervantes en Lima reportan el 7.2%; Serrano en Trujillo el 7.31%, Alcántara y Casiano también en Trujillo el 6.6% y Mc.Gillivray en Inglaterra el 5.8% (1). En nuestro estudio se encontró el 1.14%, como podemos observar nuestra cifra no es similar a lo encontrado por estos autores, ya que es un trabajo retrospectivo y las historias clínicas no brindaron los datos necesarios para el diagnóstico preciso de toxemia.

Un hallazgo casi constante en todos los estudios y se corrobora en éste, es la alta incidencia de gestantes jóvenes (14-25 años) del 63.7%; lo cual podría deberse a que las mujeres jóvenes son probablemente primigrávidas.

El nivel de estudio superior está relacionado con un bajo porcentaje de toxemia (20%), mientras que el mayor porcentaje se presenta en aquellas que tienen educación primaria y secundaria (80%); lo mismo lo afirma Alcántara Ascón P.(2) con un 53.3%.

También se puede observar que la mayor incidencia de toxemia (68%) se presentó en mujeres que tenían como ocupación su casa; determinar las causas sería motivo de otro estudio.

En cuanto al estado civil la mayor incidencia de toxemia se observa en mujeres casadas 49%, mientras que Alcántara Ascón P. (2) encontró mayor incidencia en las convivientes 60%, lo mismo afirma Ramos Barrenechea.(11).

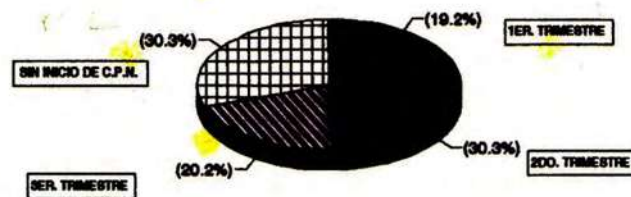
Referente a la procedencia se encontró una alta incidencia en pacientes de la zona urbana (74%) quizás se debe a que a este hospital solo recurran pacientes de esta zona.

Ya que otros estudios realizados en Lima y Trujillo afirman que se da más en pacientes de la zona urbano-marginal y rural (1,2,11).

En cuanto a antecedentes personales se encontró el 61% de pacientes que no reportaban ninguna patología previa al embarazo, no encontrándose otros autores que reporten esta variable.

Un factor importante de la toxemia es la relacionada a la paridad; en este trabajo el 47% fueron primigestas, esta alta incidencia es también factor común en otros estudios, como Alcántara Ascón P. (2) reporta el 70%, Ramos Barrenechea (11) el 74% y Alcántara Ascón R. (1) el 56%.

### EDAD GESTACIONAL EN LA QUE SE INICIA EL C.P.N.



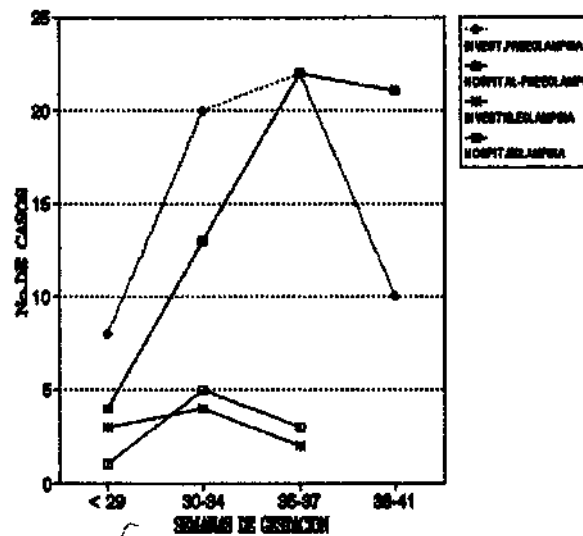
La asistencia prenatal tiene extraordinaria importancia en la prevención de la toxemia y especialmente el control asiduo en los últimos meses, por ello se acepta que la toxemia es caso enteramente prevenible.

Nosotros pudimos apreciar que el 30.3% de pacientes iniciaron su control prenatal en el segundo trimestre y el 20.2% en el tercer trimestre de gestación y no tuvieron ningun control prenatal el 30.3%; sólo el 34.4% tuvieron los controles recomendables, cifras que nos invitan a reflexionar seriamente ya que éste es un factor que juega un papel importante en la

detección precoz de esta patología. Alcántara René (1) reporta que solo el 6% de pacientes con toxemia fueron controladas en su estudio; esto se debería a falta de centros para realizarlo o la falta de cooperación de las gestantes; en las primigrávidas jóvenes se debería a ignorancia y en ocasiones a la vergüenza por el embarazo ilegítimo.



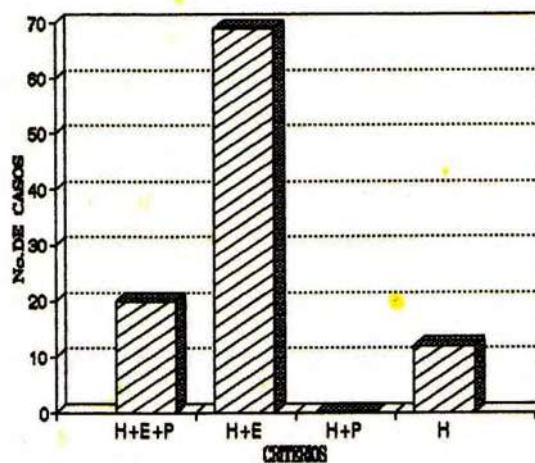
**EDAD GESTACIONAL EN LA QUE SE DIGNOSTICA LA TOXEMIA  
SEGUN INVESTIGADORES Y HOSPITAL**



Mediante este estudio pudimos darnos cuenta que en el Hospital no se detectan a tiempo las pacientes de riesgo, sino recién cuando los signos y síntomas son evidentes ya que según éste estudio se detectó el 46% de casos de preeclampsia antes de las 34 semanas y el 54% entre las 35-41 semanas; mientras que el hospital solo detectaron el 29% antes de las 34 semanas y el 71% después de esa; lo que quiere decir que el hospital diagnosticó tardíamente el 17% de los casos; lo mismo sucedió con 2 casos de eclampsia que no se debió permitir que llegara a esto.

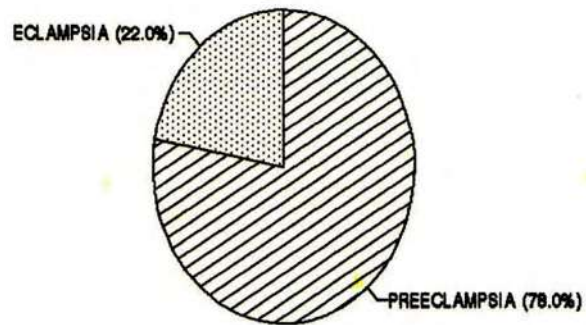
## CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LA TOXEMIA

### CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LA TOXEMIA



La hipertensión y el edema representan el 68% como signos principales para la clasificación de la toxemia variable que no entra en discusión con otros autores por no reportar, hipertensión más edema más proteinuria el 20% y solamente hipertensión el 12% de los casos.

### CLASIFICACION DE LA TOXEMIA



Cabe mencionar que en nuestro estudio se encontró el 78% de preeclampsia: 21% de preeclampsia leve y el 57% de preeclampsia severa y el 22% de eclampsia, cifras casi similares a lo reportado por Rodríguez Rodríguez (12) el 68% de preeclampsia y el 32% de eclampsia.

La morbilidad preparto se presentó en un 28%, intraparto el 44% y el postparto el 51%, siendo más frecuentes las convulsiones, hipertensión e infecciones (I.T.U. y endometritis); el postparto es similar a lo reportado por Ramos Barrenechea (11) el 58.18% con mayor frecuencia la endometritis, anemia e infección del tracto urinario.

Algo que nos llama la atención es el alto porcentaje de casos en los que no se reportan morbilidad alguna; como es el preparto 72%, intraparto 54% y postparto el 49%.

Otro hecho que reviste especial interés es el parto, en nuestro estudio el 65% de los casos de toxemia terminaron en cesárea y el 30% de partos fueron espontáneos. Alcántara Ascón P. (2) en su estudio realizado en Lima reporta el 66% de partos con cesárea, Ramos Barrenechea (11) el 50.90%, Alcántara R. (1) en Lima el 42%, como podemos apreciar estas cifras son elevadas sobre todo la nuestra, ya que muchos autores (11,12,13) dicen que el parto de preferencia debe atenderse por vía vaginal si este no se inicia espontáneamente se procederá a la inducción del parto mediante perfusión de oxitocina, ya que el útero de las toxémicas responden bien al inducción, las condiciones del cervix no son contraindicación. Contrario a estas cifras Diadhiou y Martin (5) realizaron un estudio en la ciudad de Dakar en la cual reportan que solo el 9.53% de partos son por cesárea y el 90.47% vía vaginal.

Además cabe hacer hincapié que en nuestro estudio la misma preeclampsia corresponde al 30% como indicación de cesárea, de los cuales un caso correspondió a preeclampsia leve y 19 a preeclampsia severa seguido del 20% de eclampsia y el 17% sufrimiento fetal.

La mortalidad materna se presentó solo en 2 casos, siendo eclámpticas de variedad postparto, primíparas de 21 y 23 años dando una mortalidad del  $2.3 \times 10000$  nv.

Barrenechea (11) reporta la tasa de mortalidad por preeclampsia  $0.65 \times 10000$  nv., Alcántara (2)  $1.3 \times 10000$  nv, Diadhieu (5) en Dakar reporta una mortalidad materna por preeclampsia de 10.2%. Como podemos apreciar nuestra cifra es similar a la de otros autores peruanos.

En cuanto al apgar de los recién nacidos tenemos que el 71% nacieron con apgar favorable, solo el 6% fueron óbitos fetales, parecido reporta Alcántara (1) con un 77%.

El 48% de los pesos de los recién nacidos están dentro de los límites normales, el 37% fueron de bajo peso y/o prematuros; hubo un caso de recién nacido macrosómico, Alcántara (1) reporta el 44% dentro del peso normal y 2 recién nacidos macrosómicos y también afirma que la mayoría de los pesos fetales disminuyen a medida que la enfermedad progresa y repercute en su mayor mortalidad.

Estos partos llegaron a término en el 52% y el 31% fueron prematuros (35-37 semanas) el cual es muy bajo comparando con el estudio de Alcántara (1) quien reporta el 80% de partos a término.

## VI. CONCLUSIONES

1. La toxemia gravídica fue más frecuente en pacientes menores de 25 años y primigestas.
2. El control prenatal óptimo sólo se realizó en el 34.4% de los casos y no tuvieron ningún control o un control inadecuado en el 65.6% de los casos.
3. La cesárea se realizó en el 65% de los casos.
4. La morbilidad más frecuente fue las convulsiones, hipertensión arterial e infecciones (I.T.U y endometritis).
5. La tasa de mortalidad encontrada en nuestro estudio fue del  $2.3 \times 10000$  nv.

## VII. RECOMENDACIONES

1. Educar a la población para que acudan tempranamente a sus controles prenatales, y de esta forma poder detectar a tiempo las pacientes de riesgo.
2. Tipificada la paciente con diagnóstico de preeclampsia concientizarla para sus controles prenatales a fin de que sean más frecuentes y para que se de cuenta de la necesidad de la hospitalización temprana.
3. Que en lo sucesivo se trate de disminuir la incidencia de cesárea por preeclampsia, planteando nuevas alternativas de manejo del trabajo de parto.
4. Plantear el uso adecuado y permanente de las historias perinatológicas.



## VIII. RESUMEN

Se realizó con un estudio retrospectivo desde el 1º de enero de 1989 hasta el 31 de diciembre de 1993 en el Hospital II IPSS-Tarapoto, con la finalidad de determinar la incidencia y morbimortalidad materna por toxemia, se revisaron 8699 historias clínicas encontrándose únicamente 122 casos, de los cuales solo 99 cumplían con los criterios de inclusión, dando una incidencia del 1.14%. De los cuales la preeclampsia se presentó en un 78% (21% preeclampsia leve y 57% preeclampsia severa) y el 22% correspondió a eclampsia.

Los casos detectados se registraron en madres jóvenes (14-25 años) y en primigestas en un 47%, no se controlaron o tuvieron un control prenatal deficiente en un 65.6%, nacieron por cesárea el 58% de los casos de preeclampsia y el 91% de los casos de eclampsia, el 52% de los partos terminaron en una edad gestacional comprendida entre la 38-41 semanas.

La morbilidad postparto se presentó en un 51% siendo las más frecuentes las convulsiones, la hipertensión y las infecciones (I.T.U. y endometritis).

Se encontraron 2 muertes maternas por eclampsia que dan una tasa de mortalidad del 2.3 x 10000 nv.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **ALCANTARA ASCON René, CASIANO COLLAZOS S.:**  
Morbimortalidad Perinatal en la preeclampsia:Revista Médica Diagnóstico de la Fundación Instituto Hipólito Unanue. Vol. 25, Número 3-4, Pgs.51-54. 1990. Lima - Perú.
2. **ALCANTARA ASCON Patricia C.1986 Eclampsia:**  
Frecuencia y algunos aspectos epidemiológicos en el Hospital General Base Arzobispo Loayza. Tesis para optar el grado de Bachiller en Enfermería. Lima-Perú.
3. **BENSON. RALPH C. 1986 Preeclampsia-Eclampsia**  
(Toxemia eclamptógena. Toxemia del Embarazo.Gestosis) y otros padecimientos hipertensivos durante el embarazo. Manual de Ginecología y Obstetricia.4ta. Edición. Pgs. 285-298. México D.F.
4. **CERVANTES R. Y COL. 1988.**  
Muerte materna y muerte perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de Salud.Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.OPS.

5. **CISSE C.T.,DIADHIOU Y MARTIN L.S.**  
Mortalidad Perinatal y Eclampsia en el Chu de  
Dakar-Revista Médica Dakar.Vol. 36 Pgs.120-6 1991 -  
Dakar.
  
6. **GERDA G. Z.,GUSTAAF A.,DEKKER. 1992**  
Patogenia de la Preeclampsia: Una  
hipótesis.Clinicas Obstétricas y Ginecológicas.  
Vol. 2 Pgs.311-24. Editorial Interamericana S.A.  
D.F. México.
  
7. **MONGRUT Andrés 1989.**  
Transtornos Hipertensivos en el Embarazo.Tratado de  
Obstetricia,Tomo II.3ra.Edición Pgs. 695-715  
Lima-Perú.
  
8. **PRITCHARD JACK A.,HELMAN LOUIS. 1980.**  
Transtornos hipertensivos del Embarazo.Williams  
Obstetricia.3ra. Edición Pgs.539-66. Editorial  
Salvat.México.
  
9. **PRITCHARD JACK A.MACDONALD PAUL C.,GANT NORMAN F. 1987.**  
Transtornos hipertensivos del embarazo.Williams  
Obstetricia, 3ra.Edición Pgs.511- 40.Editorial  
Salvat. Barcelona España.

10. PSCHYREMBEL 1988.

Diccionario de Ginecología y Obstetricia. Editorial  
Valter de Gruyter. Pgs. 79- 80 Impreso en Alemania.

11. RAMOS BARRENECHEA Carlos A., 1986.

Eclampsia en el Hospital Arzobispo Loayza. Trabajo  
de Investigación para optar el título de  
Especialista en Ginecología y  
Obstetricia. Lima-Perú.

12. RODRIGUEZ RODRIGUEZ S.

Manejo integral de la Preeclampsia grave y  
Eclampsia en el Hospital Central Militar. Revista de  
Ginecología y Obstetricia Vol. 41, Año XXXII, número  
243. Pgs. 23-26. Enero 1977. México D.F.

13. CIFUENTES B.R. 1988.

Hipertensión Arterial y Embarazo. Obstetricia de  
Alto Riesgo, 2da. Edición. Pgs. 154-74. Cali -  
Colombia.

X. ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN  
FACULTAD DE OBSTETRICIA  
FORMATO DE INVESTIGACION

FICHA Nº..... H.C.....

NOMBRES.....

1. EDAD |\_\_|\_\_| años

2. GRADO DE INSTRUCCION

Primaria (1)  
Secundaria (2)  
Superior (3)  
Ninguno (9)

3. OCUPACION

Su casa (1)  
Empleada Domést. (2)  
Agricultora (3)  
Empleada Pública (4)  
Estudiante (5)  
Otro..... (9)

4. ESTADO CIVIL

Soltera (1)  
Conviviente (2)  
Casada (3)

5. PROCEDENCIA

Urbano (1)  
Urbano-marginal (2)  
Rural (3)

6. ANTEC.PERSONALES

Hipertensión (1)  
Enferm.Renal (2)  
Preeclampsia (3)  
Eclampsia (4)  
No reporta (5)  
Otro (9)

7. ANTEC.OBSTETRICOS

Gestas \_\_\_\_\_  
|\_|\_|\_|

---

8. INICIO DE CPN Y TIEMPO

GESTACIONAL \_\_\_\_\_SEM.  
|\_|\_|\_|

10. TIEMPO GESTACIONAL Y

TOXEMIA SEGUN PROTO-  
COLO \_\_\_\_\_ SEM.  
|\_|\_|\_|

9. CONTROL PRENATAL

Hasta 4 controles (1)  
De 5 a 10 controles (2)  
Más de 10 controles (3)  
Ningún control (9)

11.TIEMPOGESTAC.Y

TOXEMIA SEGUN HOSPI-  
TAL \_\_\_\_\_ SEM.  
|\_|\_|\_|

---

12. EDEMA		13. PROTEINURIA	
SI	(1)	SI	(1)
NO	(2)	NO	(2)
14. HUBO HTA		15. CLASIF.DE TOXEMIA	
SI	(1)	Preeclampsia:	
NO	(2)	Leve	(1)
		Severo	(2)
		Eclampsia	(3)
16. MORBILIDAD PREPARTO		17. MORBILIDAD INTRAPAR-	
		TO.	
Convulsión	(1)	Convulsión	(1)
ITU	(2)	DPP	(2)
Hemorragia	(3)	Hiperdinamia	(3)
Anemia	(4)	RPM	(4)
No reporta	(5)	Otros	(9)

---



18. METODO DEL PARTO

- Espontáneo (1)
- Estimulado (2)
- Inducido (3)
- Vacumm (4)
- Forceps (5)
- Cesárea (6)

Causa.....

20. EDAD GESTACIONAL EN

QUE SE PRODUCE EL  
PARTO \_\_\_\_\_ SEM.  
!\_\_!\_\_!

19. PUERPERIO

- HTA (1)
- Convulsiones (2)
- Hemorragia (3)
- Endometritis (4)
- Anemia (5)
- ITU (6)
- Otro..... (9)

21. MORTALIDAD

- Preparto (1)
- Intraparto (2)
- Postparto (3)
- Causa.....
- Ninguno (9)

---

22. PESO FETAL.....grs.

23. APGAR AL MINUTO.....

---

