



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

TEMA:

**FRECUENCIA DE LA PRE - ECLAMPSIA EN PACIENTES PRIMIGESTAS.
PROPUESTA DE PREVENCIÓN.
HOSPITAL GINECO - OBSTÉTRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE:
OBSTETRA**

AUTOR

BORIS ISAAC CORONADO PAPPE

TUTOR

Dr. JORGE DAHER NADER

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO 2013



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Esta tesis cuya autoría corresponde a **BORIS ISAAC CORONADO PAPPE** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar por el título de **OBSTETRA**.

OBST. ADRIANA INTRIAGO

OBST. SONIA GÓMEZ

ING. JULIO DE LA TORRE

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación de Tesis para optar el Título de Obstetra de la Universidad de Guayaquil.

CERTIFICO QUE: He dirigido y revisado la Tesis de Grado presentado por el **Sr. BORIS ISAAC CORONADO PAPPE** con C.I. **091532502 – 1.**

CUYO TEMA DE TESIS ES “Frecuencia de la Pre – eclampsia en pacientes primigestas. Propuesta de prevención en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor desde Septiembre 2012 – Febrero 2013”.

Revisada y corregida que fue la Tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

Dr. JORGE DAHER NADER
TUTOR

DEDICATORIA:

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

- A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.
- A mis padres y hermana por brindarme su apoyo incondicional y ayudarme alcanzar mi meta.
- Al Dr. Jorge Daher Nader (Tutor) por su estímulo y dedicación a mi trabajo.
- A mis profesores y compañeros.
- A las pacientes que formaron parte de esta tesis, por su comprensión.
- Al Decanato de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil y al Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor, instituciones a las que les debo mi formación profesional.

A Todos Ustedes Gracias



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO:		
AUTOR/ES: Boris Isaac Coronado Pappe	REVISORES: Dr. Jorge Daher Nader	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil – Escuela de Obstetricia	FACULTAD: “Ciencias Médicas”	
CARRERA: Obstetricia		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	N° DE PÁGS: 69	
ÁREAS TEMÁTICAS: Salud		
PALABRAS CLAVES: Pre - eclampsia, Eclampsia, Síndrome de Hellp, Morbilidad y mortalidad materna y perinatal, Factores de Riesgos. RESUMEN: La Pre - eclampsia es un síndrome multisistémico de etiología desconocida que forma parte de un espectro de trastornos hipertensivos del embarazo, que constituyen una causa importante de muerte materna en el Ecuador y en la mayor parte de los países latinoamericanos. En el mundo, la Pre - eclampsia complica alrededor de 10% de los embarazos de mujeres de los países en desarrollo, y una cifra ligeramente menor en los países industrializados. Cuando no se diagnostica oportunamente, o no se atiende en forma apropiada, puede evolucionar hacia las complicaciones, como el síndrome de HELLP y la eclampsia, lo que aumenta la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. El objetivo de esta investigación tiene como propósito servir de herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante la embarazada en riesgo o con diagnóstico de Pre - eclampsia a los Obstetras que tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de las mujeres embarazadas. Incluye su incidencia, principales factores de riesgos asociados a esta patología y el cumplimiento del manejo de estas pacientes según las normas del Ministerio de Salud Pública y de la Junta de Beneficencia de Guayaquil. El material y métodos se basaron en un estudio de tipo Descriptivo Transversal. Los documentos en los que se basó a la recolección de datos se obtuvieron de las pacientes primigestas en Hospitalización y de la Historia Clínica de las pacientes primigestas con diagnóstico de Pre - eclampsia en el período establecido. Los resultados se revisaron de las pacientes desde “Septiembre 2012 – Febrero 2013” se observó 163 casos (Cuadro N° 1). Concluimos que la Pre - eclampsia ocupa una alta incidencia en el Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique Carlos Sotomayor”, que está asociada a factores de riesgos como la primigravidez, y la falta de controles prenatales, y además que el cumplimiento de las normas de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) y los Protocolos de la Junta de Beneficencia de Guayaquil – Hospital “Enrique Carlos Sotomayor” en el manejo de estas pacientes no se cumplió al 100% como lo indica del Ministerio de Salud Pública y las Normas de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (Cuadro N° 14).		
N° DE REGISTRO:		N° DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	☒ Si	☐ No
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: 0980371512	E-mail: boris_coronado@hotmail.es
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN: Escuela de Obstetricia	Nombre:	
	Teléfono:	
	E-mail:	

RESUMEN

La Pre - eclampsia es un síndrome multisistémico de etiología desconocida que forma parte de un espectro de trastornos hipertensivos del embarazo, que constituyen una causa importante de muerte materna en el Ecuador y en la mayor parte de los países latinoamericanos.

En el mundo, la Pre - eclampsia complica alrededor de 10% de los embarazos de mujeres de los países en desarrollo, y una cifra ligeramente menor en los países industrializados. Cuando no se diagnostica oportunamente, o no se atiende en forma apropiada, puede evolucionar hacia las complicaciones, como el síndrome de HELLP y la eclampsia, lo que aumenta la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El objetivo de esta investigación tiene como propósito servir de herramienta de apoyo en la toma de decisiones ante la embarazada en riesgo o con diagnóstico de Pre - eclampsia a los Obstetras que tienen la responsabilidad del cuidado y la atención de las mujeres embarazadas. Incluye su incidencia, principales factores de riesgos asociados a esta patología y el cumplimiento del manejo de estas pacientes según las normas del Ministerio de Salud Pública y de la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

El material y métodos se basaron en un estudio de tipo Descriptivo Transversal. Los documentos en los que se basó a la recolección de datos se obtuvieron de las pacientes primigestas en Hospitalización y de la Historia Clínica de las pacientes primigestas con diagnóstico de Pre - eclampsia en el período establecido.

Los resultados se revisaron de las pacientes desde “Septiembre 2012 – Febrero 2013” se observó 163 casos (Cuadro N° 1).

Concluimos que la Pre - eclampsia ocupa una alta incidencia en el Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique Carlos Sotomayor”, que está asociada a factores de riesgos como la primigravidez, y la falta de controles prenatales, y además que el cumplimiento de las normas de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) y los Protocolos de la Junta de Beneficencia de Guayaquil – Hospital “Enrique Carlos Sotomayor” en el manejo de estas pacientes no se cumplió al 100% como lo indica del Ministerio de Salud Pública y las Normas de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (Cuadro N° 14).

Palabras Claves: Pre - eclampsia, Eclampsia, Síndrome de Hellp, Morbilidad y mortalidad materna y perinatal, Factores de Riesgos.

SUMMARY

The Pre - eclampsia is a multisystem disorder of unknown etiology that is part of a spectrum of hypertensive disorders of pregnancy, which are a major cause of maternal death in Ecuador and in most Latin American countries.

In the world, the Pre - eclampsia complicates about 10% of pregnancies of women from developing countries, and slightly lower in industrialized countries. When diagnosed early, or not treated properly, can progress to complications such as HELLP syndrome and eclampsia, which increases morbidity and maternal and perinatal mortality.

The objective of this research is intended to serve as a tool to support decision making to the pregnant woman at risk or diagnosed with Pre - eclampsia to Obstetricians who have responsibility for the care and care of pregnant women. Includes incidence, key risk factors associated with this condition and compliance with the management of these patients according to the rules of the Ministry of Health and Welfare Board Guayaquil.

The materials and methods were based on a study of Transversal Descriptive type. The documents on which was based on data collection were obtained from primiparous patients in hospitalization and medical history of patients diagnosed with Pre primigestas - eclampsia in the set period.

The results were reviewed of patients from "September 2012 - February 2013" was observed 163 cases (Table No. 1).

We conclude that the Pre - eclampsia occupies a high incidence in the Hospital OB - Obstetrician "Enrique Carlos Sotomayor", which is associated with risk factors such as primigravidez, and lack of prenatal care, and further that the compliance of the Essential Obstetric Care Neonatal (CONE) and the Protocols of the Guayaquil Welfare Board - Hospital "Carlos Enrique Sotomayor" in the management of these patients was not met 100% as indicated by the Ministry of Public Health and the Rules of the Board Guayaquil Welfare (Table 14).

Keywords: Pre - eclampsia, eclampsia, HELLP syndrome, maternal morbidity and perinatal mortality, Risk Factors.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	2
• 1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA:	2
• 1.1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	2
1.2 JUSTIFICACION:.....	2
1.3 VIABILIDAD:	3
1.4 OBJETIVOS:.....	4
• GENERAL	4
• ESPECÍFICOS	4
1.5 HIPOTESIS:.....	4
1.6 VARIABLES DE ESTUDIO:	5
• VARIABLE DEPENDIENTE:	5
• VARIABLE INDEPENDIENTE:	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 FUNDAMENTACIÓN:	6
2.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES:.....	6
2.2.1 PRE – ECLAMPSIA.....	6
2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA	6
2.2.3 CLASIFICACION DE LA PRE - ECLAMPSIA	8
• PRE – ECLAMPSIA LEVE:	8
• PRE – ECLAMPSIA SEVERA O GRAVE:	8
2.2.4 CUADRO CLINICO	9
2.2.5 CAUSAS O ETIOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA	9
TEORIA GENETICA	10
TEORIA DE LA PLACENTACIÓN	11
CAUSAS:.....	11
A) CAMBIO ESTRUCTURAL:	12
B) CAMBIO FUNCIONAL:	12
TEORIA INMUNOLÓGICA	12
TEORIA DEL DAÑO CELULAR ENDOTELIAL	14
2.2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	15
2.2.7 TRATAMIENTO	16
PRE – ECLAMPSIA LEVE.....	16
PRE – ECLAMPSIA SEVERA	16
FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO	17
2.2.8 COMPLICACIONES.....	17
2.2.9 PREVENCIÓN	18

3. MATERIALES Y MÉTODOS	19
3.1 MATERIALES:	19
3.1.1 LOCALIZACIÓN DE ESTUDIO	19
3.1.2 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN.....	19
3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS.....	19
• 3.1.3.1 RECURSOS HUMANOS:	19
• 3.1.3.2 RECURSOS MATERIALES:	19
• 3.1.3.3 RECURSOS ECONOMICOS:	20
3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA	20
• 3.1.4.1 UNIVERSO	20
• 3.1.4.2 MUESTRA	20
3.2 MÉTODOS:	21
3.2.1 TIPO DE ESTUDIO	21
3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION	21
3.2.3 PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	21
• 3.2.3.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	21
○ CARACTERÍSTICAS GENERALES:	21
○ ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:	21
• Personales:	21
• Familiares:	21
○ HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS:	22
○ DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL:	22
• 3.2.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	22
3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN	24
• 3.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
• 3.2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
3.2.5 ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	24
3.2.6 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	24
3.2.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS	25
 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	26
5. DISCUSIÓN.....	41
6. CONCLUSIONES.....	43
7. RECOMENDACIONES	45
8. PROPUESTA DE PREVENCIÓN	47
CONTROL DE TUTORIAS	50
9. BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	53

INDICE DE CUADROS

<i>CUADRO Y GRÁFICO N°1 Distribución según la incidencia de Pre – eclampsia en pacientes primigestas. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>26</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 2 Distribución según la clasificación de la Pre – eclampsia. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>27</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 3 Distribución según la semana gestacional de presentación de la Pre – eclampsia. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>28</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 4 Distribución según la edad de las pacientes. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>29</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 5 Distribución según signos vitales (Presion/Areterial) de las pacientes. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>30</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 6 Distribución según la presencia de proteinuria en las pacientes. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>31</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 7 Distribución según antecedentes patológicos personales de Pre – eclampsia. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>32</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 8 Distribución según antecedentes patológicos familiares de Pre – eclampsia. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>33</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 9 Distribución según habitos psicobiológicos (Tabáquico). Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013)</i>	<i>34</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 10 Distribución según habitos psicobiológicos (Alcohólico). Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>35</i>

<i>CUADRO Y GRAFICO N° 11 Distribución según asociados a enfermedades crónicas. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>36</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 12 Distribución según gestación múltiple. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>37</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 13 Distribución según el control prenatal. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>38</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 14 Distribución según el cumplimiento de las normas CONE y de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (Tratamiento Farmacológico). Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>39</i>
<i>CUADRO Y GRÁFICO N° 15 Distribución según en lo que termino el embarazo. Hospital Gineco – Obstetrico Enrique Carlos Sotomayo. Septiembre 2012 – Febrero 2013</i>	<i>40</i>

1. INTRODUCCIÓN

La medicina preventiva es producto de múltiples avances ocurrido a lo largo de los años de la Ciencia de la Salud. Su influencia ha sido notablemente importante en las diferentes Ramas de la Medicina, en el Campo de la Obstetricia ha orientado el estudio de factores, cuyo conocimiento permiten identificar precozmente al paciente con riesgo de padecer cierta enfermedad.

Los estados Hipertensivos del Embarazo continúan siendo uno de los problemas obstétricos más importantes. A pesar de los grandes esfuerzos de investigación, no se conoce su etiología, ni están completamente aclarados los mecanismos fisiopatológicos implicados en su desarrollo, por tal motivo, una de las patologías de interés y preocupación en la práctica obstétrica corresponde a la Pre – eclampsia cuya incidencia y prevalencia pueden deberse a la edad, antecedentes patológicos personales (APP), antecedentes patológicos familiares (APF), Hábitos Psicobiológicos (Hábito Tabáquico – Hábito Alcohólico), asociados a enfermedades crónicas, etc.

Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo constituyen unas de las principales causas de mortalidad materna y produce morbilidad y mortalidad perinatales considerables (Cotton 1986).

Como la enfermedad hipertensiva del embarazo aún no se puede evitar, el objetivo de este trabajo es identificar los principales factores de riesgo que determina la aparición de Pre - eclampsia con el propósito de evitar complicaciones que puede llevar a la muerte materno-fetal.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los principales factores de riesgo que pueden desencadenar complicaciones hipertensivas en primigestas?

1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA:

Los factores asociados a las complicaciones hipertensivas en el embarazo, se han convertido en un gran problema de salud para el país.

En el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor existe un incremento significativo del número de pacientes primigestas con diagnósticos confirmados de Pre - eclampsia, cuya incidencia y prevalencia pueden deberse a la edad, antecedentes patológicos personales (APP), antecedentes patológicos familiares (APF), Hábitos Psicobiológicos (Hábito Tabáquico – Hábito Alcohólico), asociados a enfermedades crónicas, etc. Aunque nada de esto se encuentra aún establecido.

1.1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son las principales causas y factores de riesgos que con lleva a la frecuencia de la Pre - eclampsia en pacientes Primigestas en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013?

1.2 JUSTIFICACION:

El Control Prenatal tiene gran importancia en el Campo de la Obstetricia, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos, o bien, detectar las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer de manera oportuna el tratamiento adecuado para con ello obtener madres y niños más sanos; así como reducir la tasa de morbilidad materna y perinatal.

La Pre - eclampsia es una enfermedad propia del embarazo, los intentos por conseguir su prevención están justificados, pero esto es difícil, puesto que todavía no hay pruebas de screening fiables y aceptables para determinar a las mujeres que tienen mayor riesgo.

Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo son una entidad muy frecuente y constituyen una de las causas de la triada mortal junto con la hemorragia y la infección, provocando gran parte de la morbilidad materna y perinatal.

El mal Control Prenatal es un factor de riesgo para la Pre – eclampsia.

Uno de los principales objetivos del Control Prenatal consiste en identificar en las gestantes la probabilidad de desarrollar alguna patología que ponga en peligro la vida de la madre y feto y así poder dar un tratamiento oportuno.

Uno de los problemas en el Campo de la Obstetricia es que no se cuenta con investigaciones certeras sobre la etiología de la Pre - eclampsia y la importancia que tiene el realizar un buen Control Prenatal, en especial en pacientes primigestas.

Por tal razón la importancia de este estudio radica en investigar la frecuencia de la Pre - eclampsia en pacientes primigestas, que en la actualidad se considera una problemática de salud pública.

Se debe recordar que la obstetricia es una profesión dedicada con calidad y calidez al cuidado del binomio madre-hijo, y la Pre - eclampsia una complicación que afecta tanto a la madre como al producto. Es necesario diagnosticar lo más precozmente esta patología para, de este modo, reducir las complicaciones propias de esta enfermedad contribuyendo de esta forma a la reducción de la morbilidad materna perinatal.

1.3 VIABILIDAD:

Esta investigación va dirigida a toda mujer en edad reproductiva sobre todo a las primigestas para que conozca esta enfermedad que no se menciona mucho pero existe en nuestra sociedad y afecta de manera directa a las embarazadas.

Esta es una enfermedad que si se tiene un Control Prenatal adecuado, buena alimentación y un buen estilo de vida, puede evitarse.

Esta investigación es viable por ser la Pre – eclampsia una de las patologías más peligrosas del embarazo con gran frecuencia en primigestas, considerándose en Ecuador como la

primera causa de Morbilidad y Mortalidad Materno – Fetal, es por esto que existe el historial clínico necesario para realizar este estudio de investigación estadístico.

1.4 OBJETIVOS:

- **GENERAL**

Determinar la frecuencia de Pre - eclampsia en pacientes primigestas, identificando las principales causas y factores de riesgos entre las gestantes atendidas en el Hospital Gineco - Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013, con el fin de disminuir la incidencia de la Morbi - Mortalidad Materna – Perinatal mediante medidas educativas.

- **ESPECÍFICOS**

1. Determinar algunas características generales de las Pacientes primigestas con Pre – eclampsia tales como: edad, Control Prenatal, Presión Arterial, etc.
2. Determinar los Antecedentes Patológicos Personales de las Pacientes primigestas con Pre – eclampsia como: Hipertensión Arterial Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, Diabetes Mellitus, y Obesidad.
3. Determinar los Antecedentes Patológicos Familiares de Trastorno Hipertensivo durante el Embarazo en pacientes primigestas con Pre – eclampsia.
4. Determinar los Hábitos Psicobiológicos de las pacientes primigestas con Pre – eclampsia tales como: Hábitos Tabáquicos y Alcohólicos.
5. Determinar el cumplimiento de las normas de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) en el manejo de las pacientes.
6. Determinar la vía de interrupción del embarazo.

1.5 HIPOTESIS:

Un buen control de los factores de riesgos de la Pre - eclampsia, disminuirá esta patología.

1.6 VARIABLES DE ESTUDIO:

Para el estudio se van a utilizar las siguientes variables:

VARIABLE DEPENDIENTE:

- A. Pacientes primigestas con Pre – eclampsia.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- B. Causas y Factores de Riesgos tales como: Edad, Control Prenatal, Presión Arterial, Hipertensión Arterial Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, Diabetes Mellitus, Obesidad, Trastorno Hipertensivo durante el Embarazo, Hábitos Tabáquicos y Alcohólicos, Tipo de Gestación, etc

2. MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTACIÓN:

En la Obstetricia moderna se sobreentiende que los trastornos hipertensivos del embarazo incluyen una gama clínica de anormalidades variables desde elevaciones mínimas de la Presión Arterial hasta hipertensión grave con disfunción de múltiples órganos en conjunto, estos trastornos complican el 5 – 10% de todos los embarazos.¹

La Pre - eclampsia afecta sobre todo a las primigrávidas jóvenes. La incidencia de Pre - eclampsia en los Estados Unidos es de aproximadamente un 6-7% de los embarazos en nulíparas y afectan el 40% de las mujeres con enfermedad renal crónica o trastornos vasculares. La hipertensión en el embarazo es aún una causa de morbilidad y mortalidad materna y fetal – neonatal importante.¹

La Pre - eclampsia es un trastorno específico del embarazo humano, su incidencia varía entre el 2 y el 10% según los criterios diagnósticos utilizados y la población evaluada.¹

2.2 DEFINICIONES CONCEPTUALES:

2.2.1 PRE – ECLAMPSIA

La Pre – eclampsia se reconoce por la aparición de hipertensión con proteinuria o edema después de la 20 semana de gestación, o ambos. La hipertensión, por definición, se diagnostica cuando a cifra sistólica es igual o superior a 140 mm Hg, o la diastólica igual o superior a 90 mm Hg.²

2.2.2 EPIDEMIOLOGÍA

La Pre - eclampsia puede ocurrir hasta en 10% de los embarazos, usualmente en el segundo y tercer trimestre y después de la semana 32. Aunque infrecuente, algunas mujeres pueden presentar signos de Pre - eclampsia desde la semana 20.³

-
- <http://www.buenastareas.com/ensayos/Embarazo/1799458.html>
 - Obstetricia Práctica Clínica K.R. Niswander
 - <http://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia#Epidemiolog.C3.ADa>

Es mucho más común en mujeres con su primer embarazo⁴, hasta el 85% de los casos ocurren en primigrávidas⁵, y frecuentemente la incidencia disminuye considerablemente en el segundo embarazo. Se sabe que una nueva paternidad en el segundo embarazo reduce el riesgo, excepto en mujeres con una historia familiar de embarazos hipertensivos⁶, pero al mismo tiempo, el riesgo aumenta con la edad materna⁷, por lo que ha sido difícil evaluar el verdadero efecto de la paternidad en el riesgo de Pre - eclampsia. El riesgo es cuatro veces mayor para mujeres en cuyas familias ha habido casos de Pre - eclampsia.⁵

El riesgo más significativo en la aparición de Pre - eclampsia es el haber tenido Pre - eclampsia en un embarazo previo. La Pre - eclampsia es más frecuente en mujeres con hipertensión y diabetes previos al embarazo, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso, en pacientes con trombofilias, insuficiencia renal, y mujeres con una historia familiar de Pre - eclampsia, mujeres con obesidad y mujeres con embarazos múltiples. El riesgo sube a casi el doble en mujeres de raza negra.⁵

La morbilidad y la mortalidad materna en la Pre - eclampsia son el resultado de disfunción terminal de un órgano, hemorragia cerebral, y eclampsia; mientras que para el recién nacido lo son la restricción del crecimiento intrauterino y el bajo peso por prematuridad.⁸

-
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia#Epidemiolog.C3.ADa>
 - Robbins and Cotran, Pathological Basis of Disease, 7th ed
 - Matthew Warden; Brian Euerle (7 de mayo de 2005). «Preeclampsia (Toxemia of Pregnancy)» (en inglés). eMedicine - Obstetrics/gynecology. Consultado el 20 de diciembre de 2007.
 - Hjartardottir S, Leifsson BG, Geirsson RT, Steinthorsdottir V. (2004). "Paternity change and the recurrence risk in familial hypertensive disorder in pregnancy.". Hypertens Pregnancy 2004
 - Zhang J. (2007). "Partner change, birth interval and risk of pre-eclampsia: a paradoxical triangle.". Paediatr Perinat Epidemiol. 2007 Jul
 - PACHECO ROMERO, José. Disfunción endotelial en la preeclampsia.

2.2.3 CLASIFICACION DE LA PRE - ECLAMPSIA

PRE – ECLAMPSIA LEVE:

La Pre – eclampsia leve se caracteriza por una presión arterial sistólica > 140 mm Hg o una presión arterial diastólica > 90 mm Hg con proteinuria.⁹

Tomando en cuenta que esta enfermedad se presenta a partir de las 20 semanas de gestación.

PRE – ECLAMPSIA SEVERA O GRAVE:

La Pre – eclampsia grave se define como la presencia de proteinuria asociado con una presión arterial sistólica igual a 160 mm Hg o mayor, o una presión arterial diastólica de 110 mm Hg o más, o trastornos cerebrales y visuales.⁹

Tomando en cuenta que esta enfermedad se presenta a partir de las 20 semanas de gestación.

Otras características de la Pre – eclampsia incluyen cefalea, trastornos visuales, cambios visuales persistentes, dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, dolor epigástrico, náuseas y vómitos. Algunos de estos elementos confirman el diagnostico de Pre – eclampsia grave en lugar de leve.⁹

2.2.4 CUADRO CLINICO

La Pre - eclampsia leve es un síndrome que puede presentar los siguientes signos y síntomas:

- Presión arterial de 140/90mmHg
- Edema de cara y manos
- Alteración de la función hepática y visual
- Presencia de proteínas en la orina¹⁰

La Pre - eclampsia severa presenta los siguientes signos y síntomas:

- Oliguria menor de 400 ml/24 h
- Trastornos neurológicos
- Dolor epigástrico (tipo punzada)
- Edema pulmonar o cianosis
- Aumento de peso mayor a 2 kg en una semana
- Alteraciones en la visión: visión borrosa, doble, destellos luminosos (fotopsias), intolerancia a la luz (fotofobia).
- Cefalea intensa y persistente.¹⁰

2.2.5 CAUSAS O ETIOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA

Durante el embarazo normal ocurren cambios fisiológicos, así como adaptaciones bioquímicas consistentes en cambios hormonales, de prostaglandinas, prostaciclina, sistema renina –angiotensina - aldosterona, y Quininas.¹¹

-
- http://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia#Cuadro_cl.C3.ADnico
 - <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2009/12/03/la-preeclampsia-su-epidemiologia-y-teorias/>

A pesar que se han realizado diversos estudios investigativos sobre la Pre – eclampsia, aun se sigue desconociendo en si cuál es su verdadera causa que con lleva a estas pacientes a presentar esta enfermedad.

Sin embargo se atribuyen ciertas teorías que podrían provocar esta patología, pero todas estas teorías tienen un fin que es producir un daño endotelial a nivel vascular provocando finalmente la enfermedad generalizada, así que vamos a explicar someramente estas teorías:

TEORIA GENETICA

Durante muchos años se ha reconocido una predisposición familiar a la eclampsia, ya que se conoce que hay un aumento en la frecuencia en hermanas e hijas de mujeres que han padecido la enfermedad. Se ha sugerido la existencia de un gen en los cromosomas 1, 3, 9, ó 18 como implicado, aunque sin llegar a ser demostrado por completo.

Se ha propuesto también que esta susceptibilidad genética, tanto materna como fetal podría facilitar la alteración de la respuesta inmune. Las reacciones inmunitarias están determinadas genéticamente, por lo que, la predisposición genética parece jugar un papel importante en esta respuesta inmune. El equilibrio entre las respuestas inmunitarias maternas y el genotipo fetal quizás regulen el proceso de invasión trofoblástica necesario para la placentación normal. Una alteración en este equilibrio por factores maternos o fetales podría provocar la PEE.¹¹

Otra hipótesis atractiva sería la existencia de una variante anormal de la molécula de angiotensinógeno, que se da en algunas hipertensas no embarazadas.¹¹

-
- <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2009/12/03/la-preeclampsia-su-epidemiologia-y-teorias/>

TEORIA DE LA PLACENTACIÓN

La evidencia de Pre – eclampsia en pacientes afectas de mola hidatiforme y embarazo extrauterino, podría excluir la posible implicación del útero y feto, a favor de la placenta. Parece que la placentación es un prerequisite indispensable en la patogénesis de la Pre - eclampsia, y se cree que la severidad de la Pre – eclampsia es proporcional a la masa placentaria (como ocurre en embarazos gemelares, mola hidatiforme, y enfermedad hemolítica del recién nacido).¹¹

En el embarazo normal, existen cambios morfológicos en el seno útero placentario, consistentes en una invasión de células trofoblásticas migratorias hacia las paredes de las arterias espirales, que acontecen desde la semana 14-16 a las 20 semanas de gestación, lo que convierten al lecho arterial útero placentario en un sistema de baja resistencia, baja presión, y elevado flujo sanguíneo, esto es debido a la capacidad del trofoblasto de destruir la capa muscular y la inervación autónoma de estos vasos. El endotelio de las arterias espirales produce sustancias vasodilatadoras que aunado a lo anterior son indispensables para la circulación útero placentaria.¹¹

Se ha comprobado que en la Pre – eclampsia los cambios fisiológicos que acontecen sobre las arterias espirales se sitúan en su porción decidual, manteniéndose el miometrio intacto anatómicamente, sin sufrir dilatación. Lo que sugiere una alteración o una inhibición de la migración trofoblástica a los segmentos miometriales de las arterias útero placentarias que restringen el mayor riego sanguíneo requerido en la etapa final del embarazo.¹¹

CAUSAS:

- La alta incidencia de esta enfermedad en primigestas podría deberse al menor desarrollo de la vasculatura uterina, por su menor calibre.¹¹
 - Se ha descrito un déficit de las moléculas de adhesión vascular del citotrofoblasto, disminuyendo así su capacidad de invasión.¹¹
-
- <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2009/12/03/la-preeclampsia-su-epidemiologia-y-teorias/>

- El déficit de vasodilatadores uterinos que provoque un aumento de la resistencia arteriolar que inicialmente bloquee la penetración trofoblástica y posteriormente cause un desbalance a favor de los vasoconstrictores.¹¹
- Un déficit específico de PGI₂ (protaciclina), potente vasodilatador y antiagregante plaquetario, podría ser el responsable de la vasoconstricción y de las alteraciones de la coagulación.¹¹
- Exceso de tromboxano.¹¹

Durante la Pre - eclampsia, aparecen cambios en la placenta de tipo estructural y funcional.

A) ESTRUCTURALES: El mayor cambio es la escasez de invasión trofoblástica de arterias espirales.¹¹

B) FUNCIONAL: El cambio consiste en que estas arterias pasan a ser vasos de resistencia (por la invasión incompleta o ausente de arterias espirales) en vez de los vasos de capacitancia que existen en el embarazo normal, con lo que se produce una hipoperfusión, y aumentan las resistencias vasculares. Todo esto conlleva a una isquemia placentaria, siendo la base de la disfunción endotelial que lleva a la disminución de sustancias vasodilatadoras y activación de la coagulación intravascular.

TEORIA INMUNOLÓGICA

Los factores inmunitarios pueden tener un papel importante en la aparición de PEE, provocados por la ausencia de anticuerpos bloqueadores, disminución de la reacción inmunitaria mediada por células, activación de neutrófilos, y participación de citoquinas.¹¹

La vieja idea que prevalecía desde el comienzo de siglo, es que la PEE podría ser una alteración en el reconocimiento de la unidad feto placentaria por la madre. Esto ha sido sustentado por muchas observaciones que subrayan, la respuesta anormal de la madre hacia los antígenos feto-placentarios.¹¹

-
- <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2009/12/03/la-preeclampsia-su-epidemiologia-y-teorias/>

Actualmente existen dos teorías:

*La primera indica que debe ocurrir reconocimiento para que se presente una respuesta inmunosupresora adecuada y se evite el rechazo inmunitario.¹¹

*La segunda señala que el reconocimiento inmunitario actúa como estímulo para la secreción localizada de citoquinas en el lecho placentario, que a su vez promueven la producción de factores que favorecen el crecimiento de la placenta.¹¹

Ambas hipótesis sugieren que la mayor diferencia de histocompatibilidad entre la madre y el feto predispondría a una pérdida gestacional temprana, lo cual tiene su importancia cuando se consideran causas inmunitarias de aborto espontáneo y recidivante. Los antígenos fetales podrían inducir una reacción típica mediada por células. Así una respuesta inmunitaria celular decidual, sería componente esencial para limitar la invasión de las células trofoblásticas, condicionando la Pre – eclampsia.¹¹

La decidua es el tejido donde con seguridad se hace el reconocimiento del trofoblasto inmunitario. Se ha identificado un antígeno de histocompatibilidad HLA-G, el cual se expresa en el citotrofoblasto y podría proteger a la placenta del rechazo. En el primer trimestre las células asesinas naturales, y grandes linfocitos granulares citolíticos que atacan a leucocitos sin inmunización previa, constituyen casi el 45% de todas las células del estroma.¹¹

-
- <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2009/12/03/la-preeclampsia-su-epidemiologia-y-teorias/>

TEORIA DEL DAÑO CELULAR ENDOTELIAL

Las células endoteliales se unen a la pared del vaso sanguíneo por medio de colágeno y de diversos glucosamino - glucanos, incluyendo la fibronectina. El endotelio está en contacto directo con la sangre, lo cual constituye una posición estratégica para participar en los ajustes homeostáticos del organismo. El endotelio regula el transporte capilar, participa en el proceso de la hemostasia, y regula la reactividad del músculo liso vascular. Se considera a la Prostaciclina (PGI₂) y el Óxido Nítrico (NO) como los mediadores más importantes de la vasodilatación vascular, además la PGI₂ es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria.¹¹

También mediatizan la contracción del músculo liso vascular subyacente con factores derivados también del endotelio (EDRF), como las inducidas por Tromboxano (TXA₂) y prostaglandinas H₂ (PGH₂). Las contracciones que se producen por la anoxia, son producto de la secreción de endotelina y el anión superóxido, ambos aceleradores de EDRF.¹¹

Se sabe que el Oxígeno y los radicales peróxidos están incrementados en la PEE. Los radicales libres, incrementan la expresión de los receptores de la endotelina, potente vasoconstrictor. Esta exageración de la peroxidación podría no sólo representar un incremento en la producción de radicales oxidados por los neutrófilos, sino también una deficiencia o alteración de los mecanismos antioxidantes.¹¹

Este desequilibrio del sistema oxidativo, es uno de los mediadores de las lesiones endoteliales que acontecen en la Pre - eclampsia. Estos sistemas antioxidantes extra e intracelulares son activados durante el embarazo normal. El moderado descenso de los radicales thiol intra y extracelulares, durante el embarazo normal, es exagerado en la Pre - eclampsia y refleja el intenso consumo, frente a la capacidad antioxidante en respuesta a la agresión oxidativa.¹¹

-
- <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2009/12/03/la-preeclampsia-su-epidemiologia-y-teorias/>

Otra hipótesis que apoya esta teoría se basa en una inadecuada perfusión tisular del trofoblasto en etapas precoces de la gestación, resultando una agresión tisular, con liberación de factores tisulares, perpetuando el daño a nivel del endotelio.¹¹

Así, podría concluirse que existe una deficiencia antioxidante en la Pre - eclampsia, y podría liberarse un factor circulante originado en la placenta que alteraría la función y estructura endotelial, produciendo vasoconstricción, aumentando la permeabilidad capilar, y la coagulación intravascular.¹¹

Existen muchas más teorías pero estas cuatro son las más importantes en cuanto al origen de la Pre – eclampsia.

2.2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La Pre - eclampsia pueden ser confundidas con otras enfermedades como:

- Hipertensión Crónica.
- Hipertensión secundaria a otras etiologías.
- Hígado graso agudo del embarazo.
- Colestasis Intrahepática.
- Hepatitis viral.
- Cirrosis.¹²

La Pre - eclampsia siempre debe ser considerada una posibilidad en cualquier embarazo por encima de 20 semanas de gestación. Es especialmente difícil de diagnosticar si ya existe una enfermedad concomitante como la hipertensión.¹³

-
- <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2009/12/03/la-preeclampsia-su-epidemiologia-y-teorias/>
 - Componente Normativo Materno Agosto del 2008
 - Preeclampsia-Eclampsia». Armenian Medical NetworkDiagnosis and management of pre-eclampsia and eclampsia (2003).

2.2.7 TRATAMIENTO

PRE – ECLAMPSIA LEVE

- Control de Signos Vitales (C.S.V.) c/3 horas
- Registro Cardio Tocográfico (R.C.T.G.)
- Exámenes de Laboratorio y Bioquímicos
- Solución Salina 0,9% o Dextrosa al 5%
- Nifedipina 10 mg c/6 horas vía oral
- Prueba de la Proteína C Reactiva (P.C.R.) en 24/ horas
- Ecografía Obstétrica

PRE – ECLAMPSIA SEVERA

- Control de Signos Vitales (C.S.V.) c/3 horas
- Registro Cardio Tocográfico (R.C.T.G.)
- Exámenes de Laboratorio y Bioquímicos
- Solución Salina 0,9%
- Sulfato de Magnesio 4g/100 c.c. de Solución Glucosada al 5% pasar por vía intravenosa en bolo durante 20 min. (Dosis de Impregnación) y 1g por hora a través de la vía intravenosa administrado en infusión continua (Dosis de Mantenimiento); es recomendable no exceder de 12g como dosis total. (Método de Zuspan); en caso de toxicidad con el Sulfato de Magnesio administraremos su antídoto (Gluconato de Calcio 1 ampolla de 1g por vía intravenosa lentamente)
- Hidralazina 10 mg intravenoso Stat
- Ver que la paciente no tenga hiperreflexia, cefalea, nauseas, etc.

FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO

Embarazo < 34 S.G.

Se procede a madurar los Pulmones del Producto a base de Corticoides:

- ✓ Betametazona 12mg c/24 horas (2 dosis)
- ✓ Dexametazona 4mg c/8 horas por 2 días

Una vez terminada la dosis de maduración, y si las condiciones clínicas lo permiten se procederá a la interrupción del embarazo.¹⁴

Embarazo > 34 S.G.

- ✓ En la Pre - eclampsia leve si existen buenas condiciones obstétricas y fetales: parto. Caso contrario se practicará cesárea.¹⁴
- ✓ En la Pre - eclampsia grave si hay trabajo de parto (TP), buenas condiciones obstétricas y maternas, no existe sufrimiento fetal: parto normal.¹⁴
- ✓ En la Pre - eclampsia grave, si no hay TP y existen buenas condiciones obstétricas, maternas y fetales: inducción del parto, con estricto monitoreo de la madre y el feto.¹⁴

2.2.8 COMPLICACIONES

La Eclampsia y Síndrome de HELLP son complicaciones muchos más severas que la Pre – eclampsia, las cuales suelen ser las más comunes.

La hemorragia cerebral es una lesión que puede ocasionar la muerte en mujeres con eclampsia o Pre - eclampsia. Se sabe que es una complicación secundaria a la hipertensión severa, por lo que la hipertensión del embarazo es un factor predominante en la aparición de esta situación, aunque la relación entre la hipertensión y la hemorragia cerebral no se ha cuantificado para la Pre - eclampsia.¹⁵

-
- Protocolos de la Junta de Beneficencia de Guayaquil – Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor
 - <http://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia#Complicaciones>

El síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en el adulto es otra complicación que aparece después de una Pre - eclampsia aunque no se ha determinado si la causa sea el soporte respiratorio hospitalario de la paciente o si es por razón de la Pre - eclampsia misma.¹⁵

Es probable que la Pre - eclampsia sea un factor de riesgo para la aparición de epilepsia en la vida adulta de los hijos de madres con ese trastorno.¹⁶

2.2.9 PREVENCIÓN

Aunque no hay una forma conocida de prevenir la Pre - eclampsia, es importante que todas las mujeres embarazadas comiencen el cuidado prenatal de manera temprana y lo continúen durante todo el embarazo.¹⁷

También se lo podría prevenir dando charlas educativas en las diferentes áreas de salud para que las pacientes conozcan los signos - síntomas y sepan lo peligroso que es la enfermedad de la Pre – eclampsia para de esa forma poder motivarlas a que acudan a los Controles Prenatales.

Otros científicos indican que tomando aspirina en bajas dosis de 50 – 150 mg podría reducir en 15% la incidencia de la Pre – eclampsia.

Otros en cambio consideran que tomando Calcio por lo menos 1 - 2g diario durante todo el embarazo podría reducir el riesgo de la Pre – eclampsia.

Como con cualquier embarazo, una buena alimentación prenatal llena de vitaminas, antioxidantes, minerales y los grupos básicos de alimentos es importante. Igualmente, es esencial disminuir los alimentos procesados, los azúcares refinados y suspender la cafeína, el alcohol y cualquier medicamento no recetado por un Obstetra.¹⁷

-
- <http://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia#Complicaciones>
 - «Preeclampsia raises risk of epilepsy in offspring» (en español). Enciclopedia médica en español.
 - http://www.umm.edu/esp_ency/article/000898prv.htm

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACIÓN DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor, ubicada en la ciudad de Guayaquil, en las calles Pedro Pablo Gómez y 6 de Marzo, perteneciente a la parroquia Bolívar de la ciudad de Guayaquil.

3.1.2 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

La actual investigación se da desde el mes de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1 RECURSOS HUMANOS:

1. Mujeres primigestas con diagnóstico de Pre –eclampsia
2. Miembro de Tesis
3. Doctores y Obstetras de las áreas de Hospitalización
4. Director de Tesis
5. Personal del Departamento Estadístico del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor

3.1.3.2 RECURSOS MATERIALES:

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. Historias Clínicas | 6. Bolígrafo |
| 2. Equipos de Oficina | 7. Computadora |
| 3. Libros de Medicina Gineco – Obstétricos | 8. Dispositivo USB |
| 4. Navegación por Internet | 9. Tinta de Impresora |
| 5. Papel Bond | 10. Teléfono |
| | 11. Otros |

3.1.3.3 RECURSOS ECONÓMICOS:

La presente investigación tuvo un costo de \$ 842.40, valor financiado por el autor.

ITEMS VALOR	UNITARIO	CANTIDAD	VALOR TOTAL
Copias	0.02	600	12.00
Horas de Internet	0.60	200	120.00
Refrigerio	2.00	100	200.00
Impresión a Colores	0.70	57	39.90
Impresión B/N	0.05	150	7.50
Papel Bond	0.02	500	10.00
Bolígrafo	0.35	4	1.40
CD	0.70	3	2.10
Grabación del CD	0.50	3	1.50
Dispositivo USB	14.00	1	14.00
Tinta de Impresora	65.00	4	260.00
Empastado	12	2	24.00
Transporte	1.00	100	100.00
Imprevistos			50.00
TOTAL			842.40

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1 UNIVERSO

El Universo está conformado por todas las pacientes atendidas en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor, durante el periodo comprendido entre el mes de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

3.1.4.2 MUESTRA

La muestra está conformada por todas las mujeres primigestas, con Pre – eclampsia que consultaron e ingresaron a los Servicios de Hospitalización y al Área de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Enrique Carlos Sotomayor, durante el lapso comprendido entre el mes de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013, a las cuales se les aplico criterios de inclusión para la selección de la muestra.

3.2 MÉTODOS

3.2.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se obtuvo en forma estadística por ser un trabajo retrospectivo.

3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente estudio se basa en un diseño no experimental.

3.2.3 PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se solicitó autorización al Departamento de Administración del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor, mediante una solicitud (véase anexo 1) dirigida al Dr. Luis Hidalgo; Director del Hospital antes mencionado, para realizar la investigación y poder tener acceso al servicio de estadística y así poder recopilar los datos.

3.2.3.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Se realizó una hoja de recolección de datos conformada por preguntas abiertas y cerradas (véase anexo 2), las mismas fueron evaluadas por el Dr. Jorge Daher Nader; Subdirector del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor.

La hoja de recolección de datos (véase anexo 2) estuvo conformado por cuatro partes y se subdividió en:

1. **CARACTERÍSTICAS GENERALES:** Edad, Control Prenatal, Presión Arterial, entre otros.
2. **ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**
 - ✓ **Personales:** Hipertensión Arterial Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, Diabetes Mellitus, y Obesidad.
 - ✓ **Familiares:** Hipertensión Gestacional

3. **HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS:** Tabáquicos y alcohólicos.

4. **DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL:** Tipo de Gestación, Existencia de Embarazo Molar, Malformaciones Cromosómicas e Hidramnios, Antecedentes de diabetes Gestacional y de Infecciones de Vías Urinarias.

3.2.3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Edad	Edad de las pacientes en estudio.	Todos las pacientes primigestas con Pre – eclampsia.	Número de pacientes primigestas con Pre – eclampsia por rango de edad.
Frecuencia	Número de casos en el lugar y tiempo definido.	Período de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.	Número de pacientes con diagnóstico de Pre – eclampsia.
Control Prenatal	Conjunto de acciones específicas e inespecíficas que se aplican a la mujer de manera sistémica y periódica durante el embarazo, parto y puerperio.	Todos las pacientes primigestas atendidas con Pre – eclampsia.	Pacientes clasificadas según el control prenatal: Ninguno, Mínimo u Optimo.
Presión Arterial	Fuerza o presión que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos.	Pacientes Primigestas con Tensión Arterial Sistólica > 140 mmHg y Tensión Arterial Diastólica > 90 mmHg.	Pacientes con Tensión Arterial Sistólica > 140 < 160 mmHg y Tensión Arterial Diastólica > 90 < 110 mmHg; o Pacientes con Tensión Arterial Sistólica > 160 mmHg y Tensión Arterial Diastólica > 110 mmHg.

Antecedentes Patológicos Personales	Enfermedades que han padecido las pacientes.	Hipertensión Arterial Crónica, Nefropatía, Cardiopatía, Diabetes Mellitus, Obesidad.	Número de pacientes primigestas con Pre – eclampsia según enfermedades previas de las pacientes.
Antecedentes Patológicos Familiares	Enfermedades que han padecido los familiares de las pacientes.	Hipertensión Gestacional en embarazos anteriores.	Número de pacientes primigestas con Pre – eclampsia según enfermedades familiares de las pacientes.
Hábitos Psicobiológicos	Comportamiento repetido regularmente.	Hábitos Tabáquicos y Hábitos Alcohólicos.	Pacientes primigestas con Pre – eclampsia que han tenido el hábito de fumar y beber.
Tipo de Gestación	Pacientes con uno o más embriones durante el mismo embarazo.	Pacientes primigestas con gestación simple o múltiple.	Número de pacientes primigestas con Pre – eclampsia según embarazo gemelar.
Vía de Interrupción del embarazo	Terminación voluntaria del embarazo.	Pacientes primigestas con Pre – eclampsia que culminaron su embarazo por parto o cesárea.	Pacientes primigestas con Pre – eclampsia que culminaron su embarazo de manera voluntaria.

3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN / EXCLUSIÓN

3.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes primigestas con Diagnostico de Pre – eclampsia.

3.2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Pacientes Diagnosticadas con Pre – eclampsia; no primigestas.
- ✓ Pacientes Diagnosticadas con otro tipo de enfermedad.

3.2.5 ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se realizó utilizando la información contenida en las Historias Clínicas de las pacientes primigestas con Pre – eclampsia atendidas durante el periodo de tiempo de Septiembre 2012 a Febrero 2013, la misma que fueron tabuladas en gráficos, para cada una de las variables en estudio, para su análisis e interpretación.

3.2.6 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Se consideró que es una investigación sin riesgo, porque se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el cual se revisaron las Historias Clínicas en el área de estadísticas, obteniendo los datos necesarios para la investigación, en la que no se trató directamente con la paciente (Titulo segundo, Art. 17, fracción I, de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud).

Como estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Escuela de Obstetricia estuve a cargo de un Tutor Docente de la Facultad la cual es considerado el investigador principal y se solicitó la autorización por medio de una solicitud (véase anexo 1) la cual fue aceptada por el Dr. Luis Hidalgo; Director del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor, para la revisión de las Historias Clínicas en estadística (Titulo sexto capítulo único de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud).

Los datos obtenidos del presente estudio son totalmente reales y confidenciales.

3.2.7 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos fueron asentados en tablas estadísticas de trabajo y se realizaron cuadros y gráficos. El análisis de los resultados se realizó en base a frecuencia absoluta y porcentajes.

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

CUADRO N°1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA INCIDENCIA DE PRE – ECLAMPSIA EN PACIENTES

PRIMIGESTAS

HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR

SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

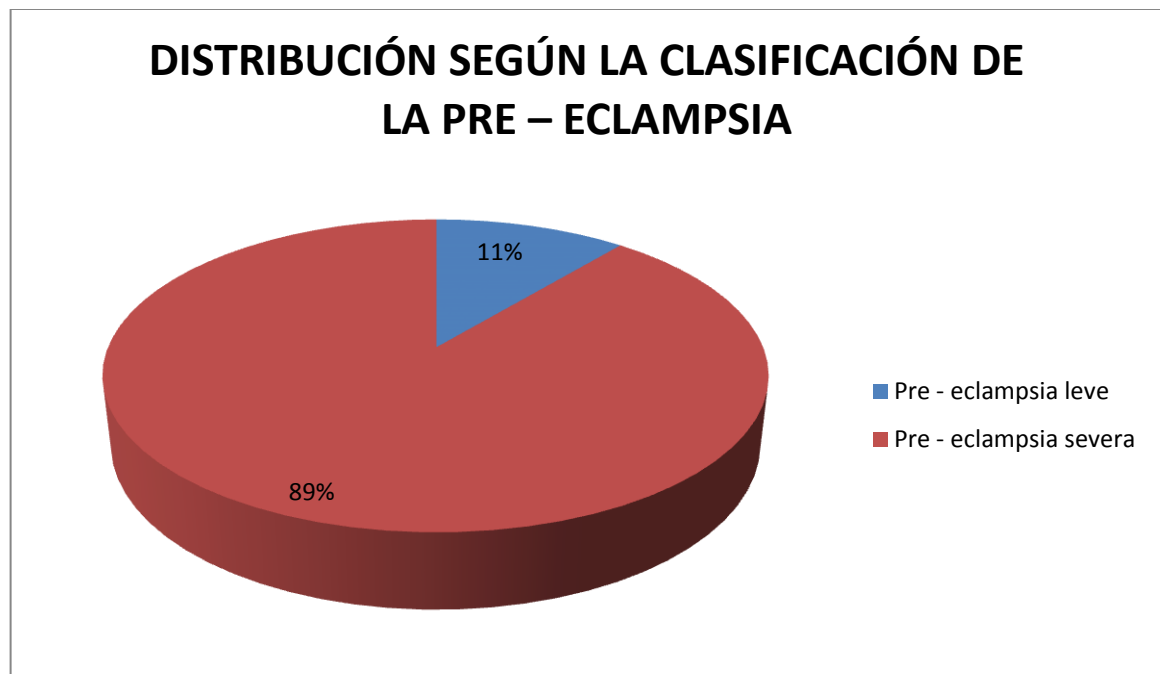
PRE - ECLAMPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	163	1%
NO	12188	99%
TOTAL	12351	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: Entre los 12351 partos y cesáreas atendidas, 163 pacientes primigestas que corresponden al 1% presentan pre – eclampsia en el periodo comprendido entre septiembre 2012 – febrero 2013, lo que muestra una incidencia de Pre – eclampsia en las pacientes primigestas del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor del 1 %.

CUADRO N° 2
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA PRE – ECLAMPSIA
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

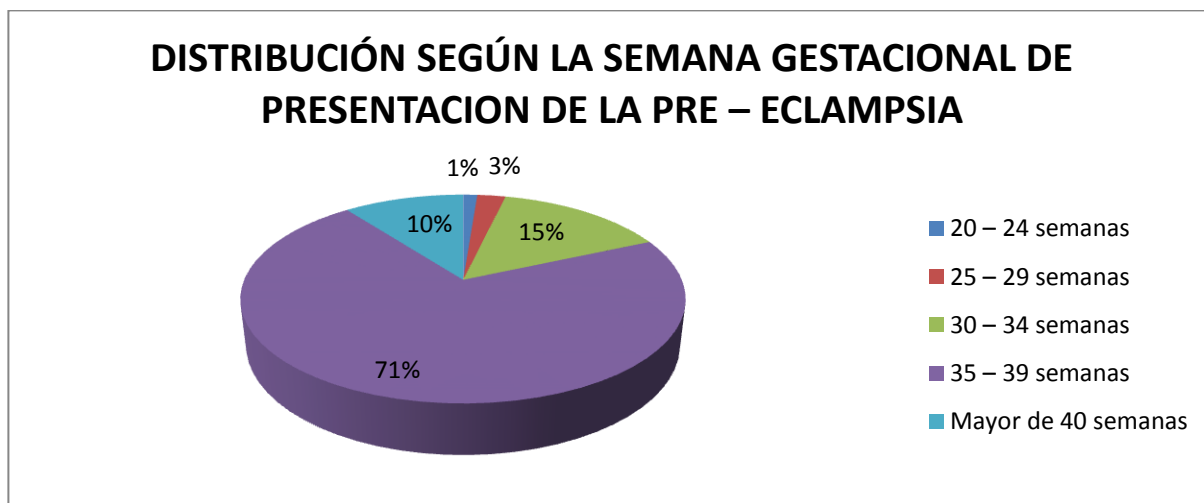
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRE – ELAMPSIA LEVE	18	11%
PRE – ELAMPSIA SEVERA	145	89%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos con Pre – eclampsia, tenemos 18 casos que corresponden al 11% con Pre – eclampsia Leve, y 145 casos que corresponden al 89% con Pre – eclampsia Severa, lo que indica que con mayor frecuencia se presenta la Pre – eclampsia Severa.

CUADRO N° 3
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA SEMANA GESTACIONAL (SG) DE PRESENTACION DE
LA PRE – ECLAMPSIA
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

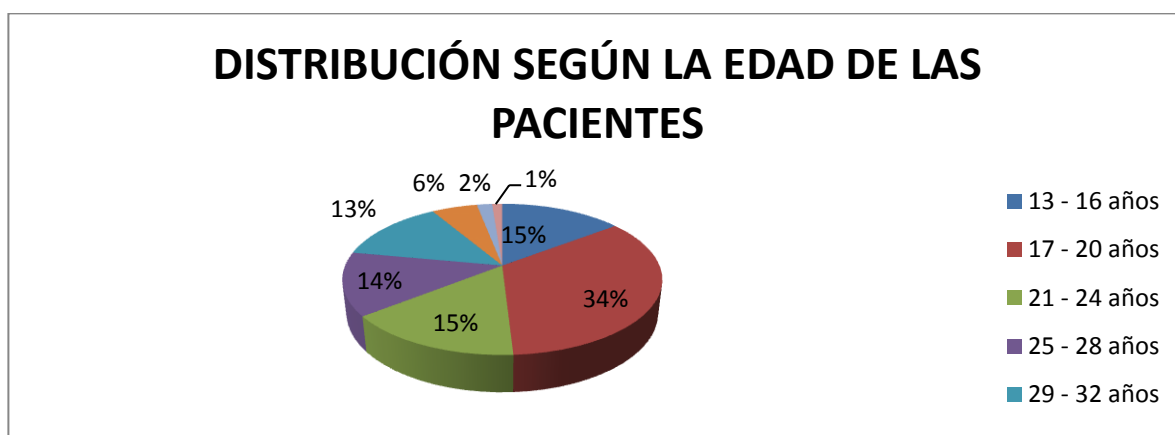
SEMANAS GESTACIONAL (SG)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 – 24 semanas	2	1%
25 – 29 semanas	4	3%
30 – 34 semanas	24	15%
35 – 39 semanas	116	71%
Mayor de 40 semanas	17	10%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos según la semana de gestación de la 20 – 24 SG en 1% con una frecuencia de 2 casos; de la 25 – 29 SG en un 3% con una frecuencia de 4 casos; de la 30 – 34 SG en un 15% con una frecuencia de 24 casos; de la 35- 39 SG en un 71% con una frecuencia de 116 casos; y en los embarazos mayores a 40 SG en un 10% con una frecuencia de 17 pacientes.

CUADRO N° 4
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

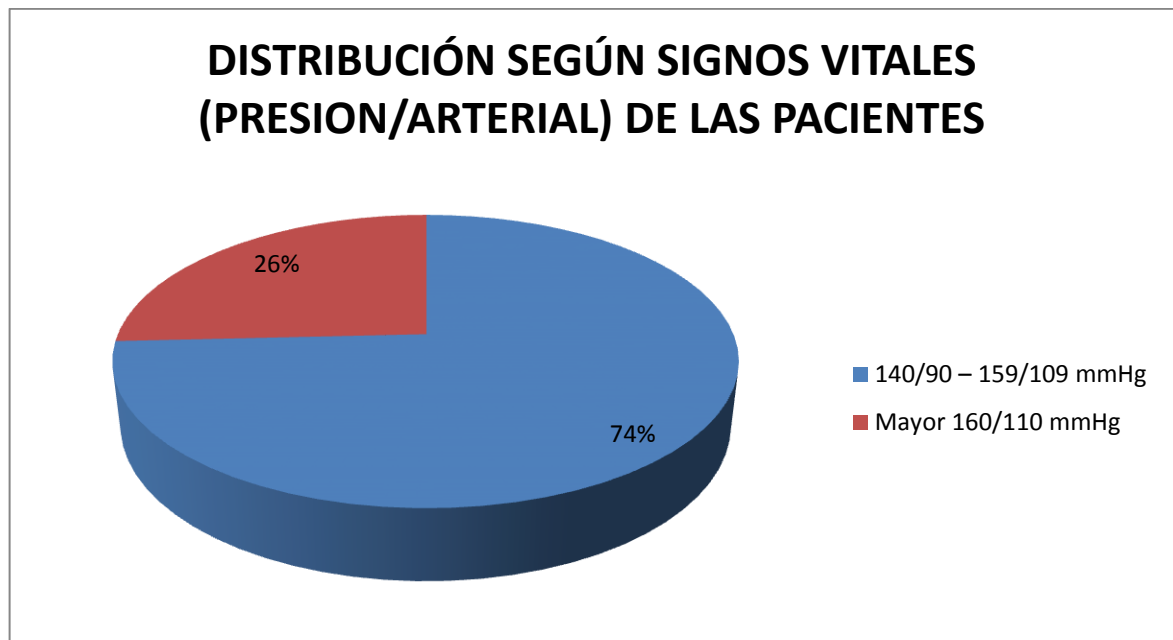
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13 - 16 años	24	15%
17 - 20 años	56	34%
21 – 24 años	25	15%
25 - 28 años	22	14%
29 – 32 años	22	13%
33 – 36 años	9	6%
37 – 40 años	3	2%
41 – 44 años	2	1%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos con Pre – eclampsia según la edad materna tenemos de 13 – 16 años con 24 casos que corresponden al 15%; seguido de las edades comprendidas entre 17 – 20 años con 56 casos que corresponden al 34%; de 21 – 24 años con 25 casos que corresponden al 15%, de 25 – 28 años con 22 casos que corresponden al 14%; de 29 – 32 años con 22 casos que corresponden al 13%, de 33 – 36 años con 9 casos que corresponden al 6%; de 37 – 40 años con 3 casos que corresponden al 2% y de 41 – 44 años con 2 casos que corresponden al 1% de los casos.

CUADRO N° 5
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SIGNOS VITALES (PRESION/ARTERIAL) DE LAS PACIENTES
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

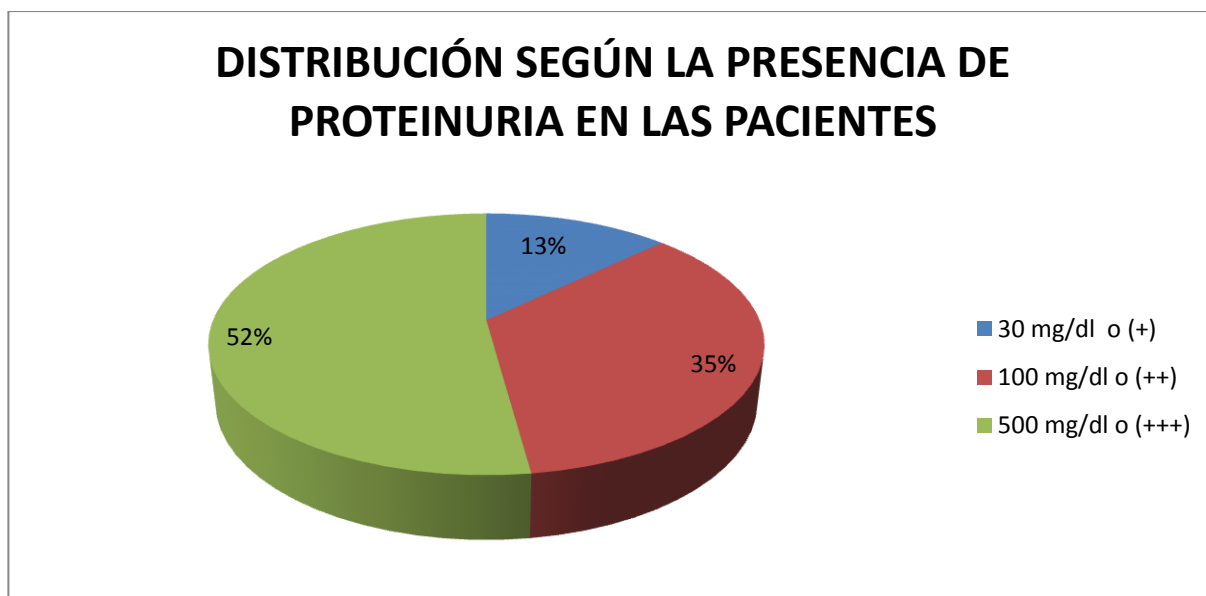
PRESION ARTERIAL (P/A)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
140/90 – 159/109 mmHg	121	74%
Mayor 160/110 mmHg	42	26%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos con Pre – eclampsia según **signos vitales** (Presión Arterial) con una P/A entre 140/90 – 159/109 mmHg con 121 casos que corresponden al 74% y con P/A mayor 160/110 mmHg con 42 casos que corresponden al 26% de los casos.

CUADRO N° 6
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PRESENCIA DE PROTEINURIA EN LAS PACIENTES
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

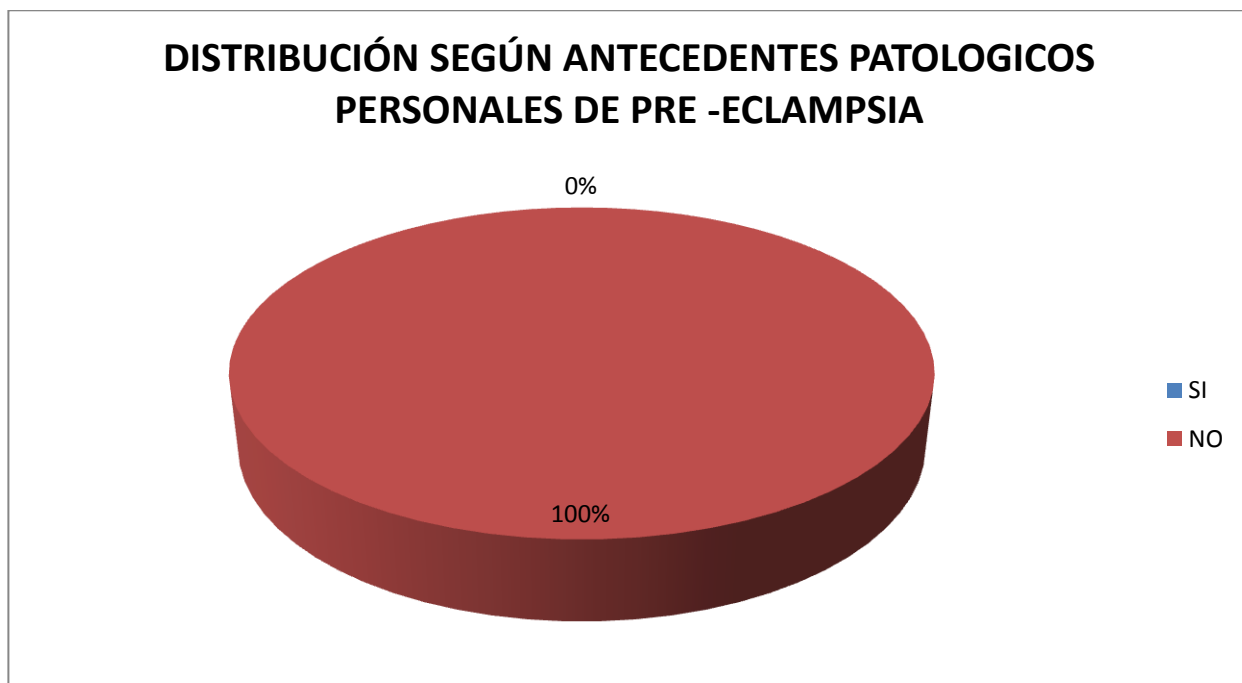
PROTEINURIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
30 mg/dl o (+)	21	13%
100 mg/dl o (++)	57	35%
500 mg/dl o (+++)	85	52%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos según la presencia de proteinuria tenemos con 30 mg/dl o (+) que corresponde a 21 casos con un 13%; con 100 mg/dl o (++) a 57 casos que corresponde al 35% y con una proteína de 500 mg/dl o (+++) tenemos 85 casos que corresponde al 52%.

CUADRO N° 7
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES
(APP) DE PRE -ECLAMPSIA
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

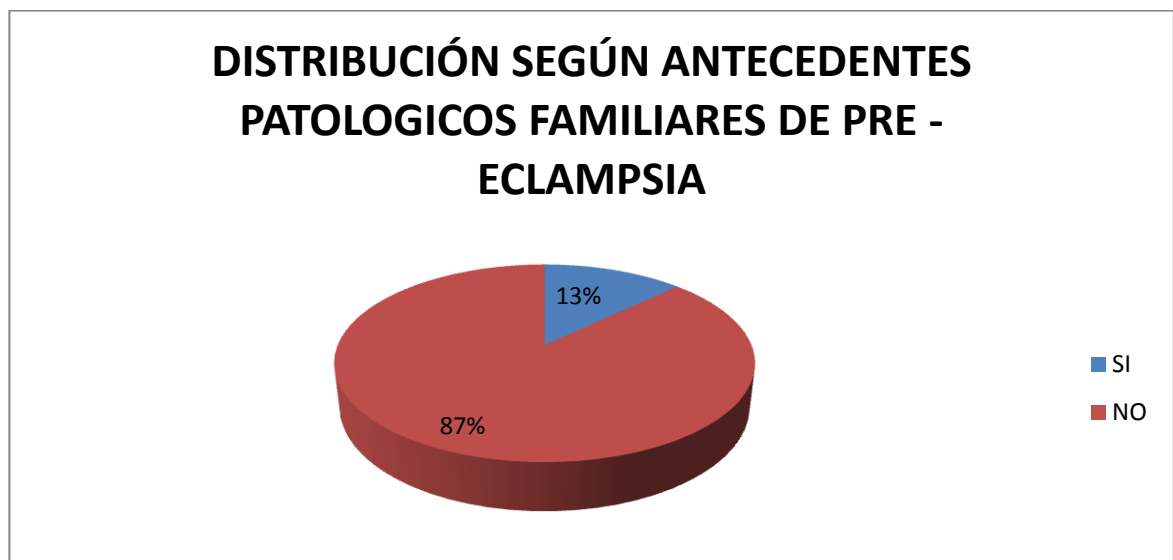
APP DE PRE - ECLAMPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	163	100%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos; nos muestra que los 163 casos no presentaron antecedente personal de Pre – eclampsia.

CUADRO N° 8
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES (APF)
DE PRE -ECLAMPSIA
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

APF DE PRE - ECLAMPSIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	21	13%
NO	142	87%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos tenemos 21 casos de pacientes que tenían el antecedente familiar de Pre – eclampsia que corresponde al 13% y 142 casos que no tenían antecedente de Pre – eclampsia que corresponde al 87%; como se menciona en los libros esto incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad en las hijas de madres que sufrieron una enfermedad hipertensiva durante el embarazo.

CUADRO N° 9
DISTRIBUCIÓN SEGÚN HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS
(TABÁQUICO)
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

HÁBITO TABÁQUICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	163	100%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos tenemos que las 163 pacientes no tuvieron Hábito Tabáquico.

CUADRO N° 10
DISTRIBUCIÓN SEGÚN HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS
(ALCOHÓLICO)
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

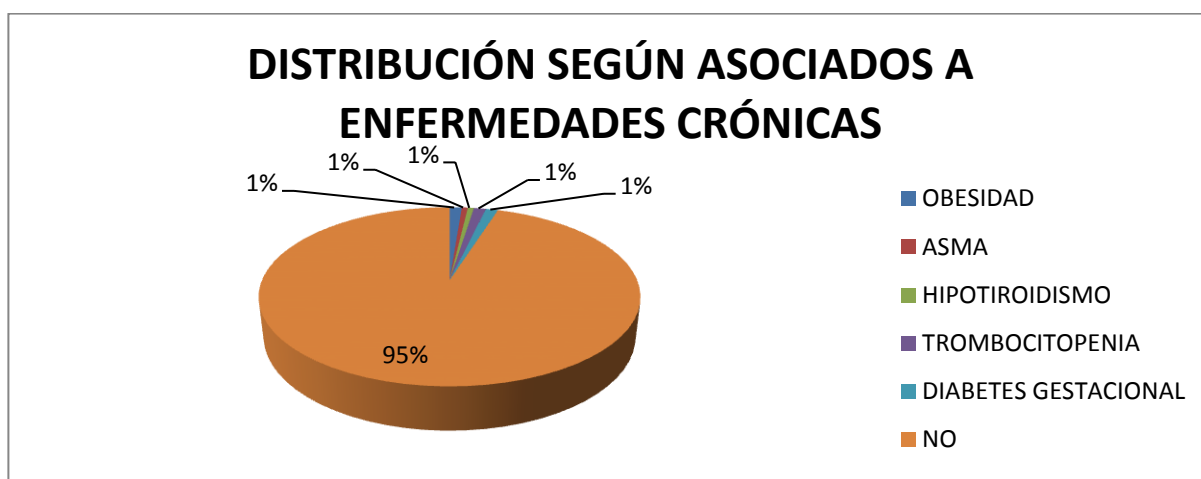
HÁBITO TABÁQUICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	163	100%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos tenemos que las 163 pacientes no tuvieron Hábito Alcohólico.

CUADRO N° 11
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OBESIDAD	2	1%
ASMA	1	1%
HIPOTIROIDISMO	1	1%
TROMBOCITOPENIA	2	1%
DIABETES GESTACIONAL	2	1%
NO	155	95%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos de Pre – eclampsia según asociados a enfermedades crónicas tenemos 2 casos asociados a la Obesidad que corresponden al 1%; 1 caso asociado al Asma que corresponde al 1%; 1 caso asociado al Hipotiroidismo que corresponde al 1%; 2 casos asociados a la Trombocitopenia que corresponde al 1%; 2 casos asociados a la Diabetes Gestacional que corresponde al 1% y 155 casos no tenían ninguna enfermedad asociada que corresponde al 95% de casos.

CUADRO N° 12
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GESTACIÓN MULTIPLE
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

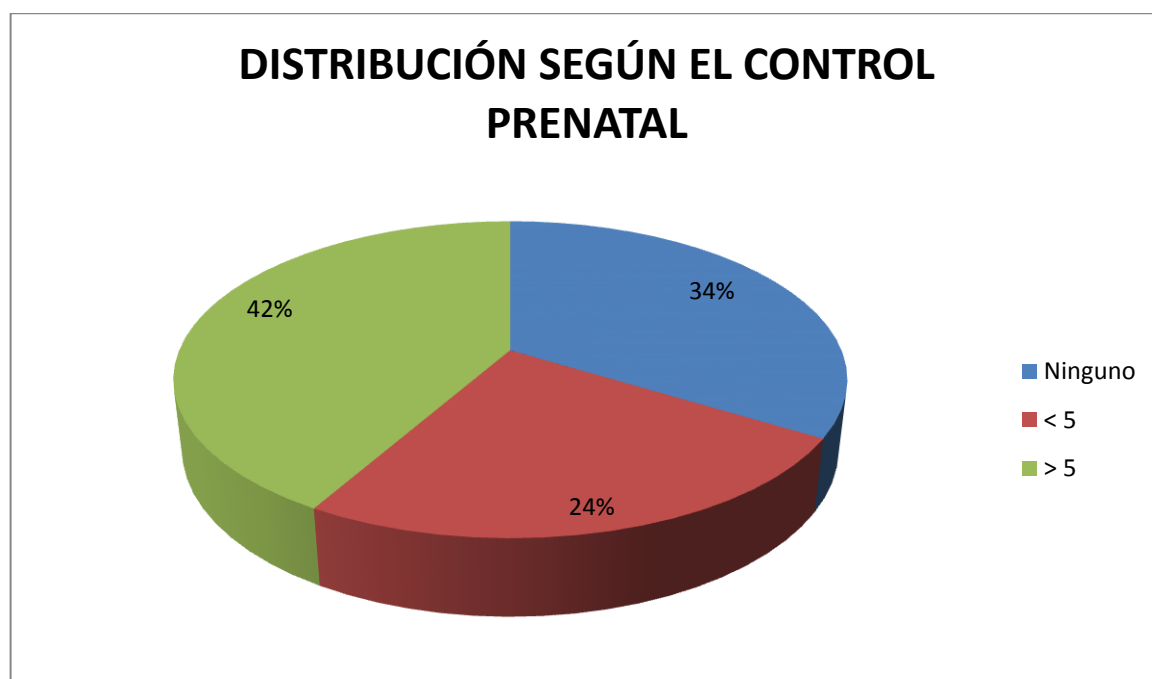
GESTACION MULTIPLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	1%
NO	161	99%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos con Pre – eclampsia según la Gestación Múltiple tenemos 2 pacientes de haber tenido embarazo gemelar que corresponde al 1% y 161 casos que corresponde al 99% de no tener embarazo gemelar.

CUADRO N° 13
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CONTROL PRENATAL
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

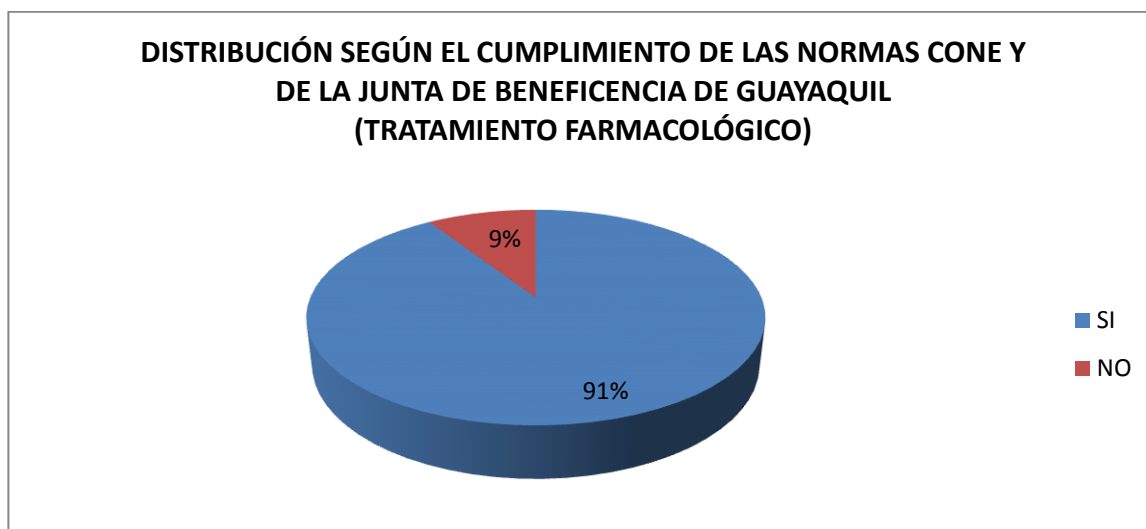
CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguno	55	34%
< 5	40	24%
> 5	68	42%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos con Pre – eclampsia según el Control Prenatal tenemos 55 casos que no se realizaron ningún Control Prenatal que corresponden al 34% de casos, seguido con 40 casos de tener menos de Cinco Controles Prenatales que corresponde al 24% de casos y solo 68 pacientes tenían más de Cinco Controles Prenatales que corresponde al 42% de casos.

CUADRO N° 14
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE
CUIDADOS OBSTETRICOS NEONATALES ESENCIALES (CONE) Y DE LA
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
(TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO)
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	148	91%
NO	15	9%
TOTAL	163	100%



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos con Pre – eclampsia según el cumplimiento de las Normas del Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) y de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, 148 casos cumplieron con el tratamiento farmacológico que corresponde al 91% y 15 casos no cumplieron con esta norma que corresponde al 9% de los casos.

CUADRO N° 15
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EN LO QUE TERMINO EL EMBARAZO
HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR
SEPTIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013

TERMINO DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTO	14	9%
CESAREA	149	91%
TOTAL	163	100%



ANALISIS E INTERPRETACIÓN: De los 163 casos investigados que corresponden al 100% de casos con Pre – eclampsia, tenemos que 14 pacientes terminaron en parto que corresponde al 9% y 149 pacientes terminaron en cesárea que corresponde al 91%.

5. DISCUSIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo son las complicaciones obstétricas más frecuentes en el Ecuador, por lo cual es considerado como la primera causa de riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

La Pre – eclampsia es un trastorno frecuente que complica el 5 – 10% de los embarazos (Cifuentes, 2002) y afecta con mayor frecuencia a las primigestas de edad joven y con falta de control prenatal.

La Pre – eclampsia en las pacientes primigestas complicó el 1% (Cuadro N° 1) en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor.

En nuestro estudio de las pacientes primigestas entre 17 – 20 años de edad (Cuadro N° 4), fueron las más afectadas con Pre – eclampsia; con un 34% de los casos; es decir pacientes que inician una vida sexual activa a temprana edad, hecho que ha sido reportado previamente (Cabero y Cararach, 2000).

En la sintomatología más frecuentes de las pacientes con Pre – eclampsia incluyen: edema, cefalea, hiperreflexia, fosfenos, acufenos, y alteraciones en el estado de la visión y de la conciencia, por lo cual debe hacerse énfasis en busca de estos datos en toda paciente embarazada.

En más del 74% de los casos se encontraron cifras de tensiones arteriales altas con diastólica > 90 mmHg y sistólica > 140 mmHg (Cuadro N° 5).

La determinación de la proteinuria se llevó a cabo en 21 pacientes con una cruz, seguida de 57 pacientes con dos cruces y 85 casos presentaron tres cruces, las cuales se concluye indicando que estos son los datos clínicos más importantes para el diagnóstico de la Pre – eclampsia (Cuadro N° 6).

Con respecto al antecedente patológico familiar de trastornos hipertensivos gestacionales, la incidencia fue de 21 casos que corresponden al 13% (Cuadro N° 8).

Se sabe que el tabaquismo se vincula con el descenso de la Pre – eclampsia (Dekker, 1999), esto se sabe ya que posiblemente se deba a la disminución del tromboxano como resultado de la nicotina (Beischer et al. 1997). En contraste con esto, en la presente investigación el 100% de las pacientes estudiadas no tenían hábito tabáquico (Cuadro N° 9).

Las pacientes que presentan enfermedades concomitantes junto con Pre – eclampsia son pocas y de ellas la patología más frecuentes son la obesidad y la diabetes gestacional, ambas alrededor del 1% de los casos (Cuadro N° 11).

Otros trastornos médicos registrados fueron: asma, trombocitopenia, hipotiroidismo; todos con el 1% de los casos que se asociaban a esta enfermedad.

En 2 pacientes se encontraron embarazo gemelar, y este fue un factor de mayor riesgo (Cuadro N° 12). No hubo embarazos molares.

La vía abdominal es, en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor, la elección para la interrupción del embarazo en las pacientes que cursan con Pre – eclampsia leve - severa (Cuadro N° 15) y la anestesia empleada es regional, aunque preferiblemente se requiere la anestesia general.

Las complicaciones más comunes de la Pre – eclampsia son: la eclampsia y el Síndrome de HELLP en la cual para su tratamiento se hace uso de ciertos medicamentos como la hidralazina, nifedipina y sulfato de magnesio, la cuales son los medicamentos más empleados en el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor.

Lo anterior establece que el Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor es considerado como un centro con recursos disponibles para el manejo de esta patología, por lo cual es necesario que el personal responsable de la atención esté preparado para la resolución de esta enfermedad.

6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo de investigación se demuestra la concordancia con la literatura ya que de un universo de 12351 pacientes, tan solo 163 pacientes primigestas desarrollaron Pre - eclampsia lo que coincide con la incidencia de Pre - eclampsia que es del 5 al 10 % de los embarazos. (Cuadro N° 1)

La Pre - eclampsia como diagnóstico de ingreso en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor ocupan una alta incidencia, la cual las mujeres más expuestas a presentar la enfermedad fueron pacientes con edad comprendida entre 17 – 20 años con un 34% (Cuadro N° 4), siendo la Pre - eclampsia Severa el trastorno más frecuente con un 89% (Cuadro N° 2), y que está estrechamente relacionada con antecedentes patológicos familiares de Pre- eclampsia en embarazos anteriores en un 13% (Cuadro N° 8). Lo que conlleva al aumento de presentar complicaciones tanto maternas como fetales durante y después del embarazo.

La mayor parte de la gestantes como se dijo anteriormente comprendían entre las edades de 17 a 20 años, lo cual concuerda con lo que indica la literatura que se presenta con mayor frecuencia en menores de 20 años y se presentó entre las 35 y 39 semanas gestacionales lo cual concuerda que esta patología es más predisponente en el último trimestre del embarazo (Cuadro N° 3). Por otra parte hubo una cierta cantidad de pacientes primigestas con diagnóstico de Pre - eclampsia que tuvieron una deficiencia de controles prenatales que corresponde al 34% (Cuadro N° 13).

En este aspecto es muy importante el papel que juega el control prenatal, sobre todo aquel que determina la curva de evolución de la presión arterial, valorando la misma con especial interés en el último trimestre donde la enfermedad es mucho más frecuente.

En cuanto a las normas CONE (cuidados obstétricos y neonatales esenciales) y los Protocolos de la Junta de Beneficencia de Guayaquil observamos que estas no se cumplen al 100% como lo indica el Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2008 y Normas del Hospital Gineco – Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor tomando en cuenta que su

aplicación en las embarazadas va encaminado a prevenir las posibles complicaciones materno-fetales (Cuadro N° 14).

Por todo esto concluimos que el conocimiento acabado de las manifestaciones clínicas y del manejo terapéutico de la Pre - eclampsia permitirá detectarlos de manera precoz y en algunos casos detener su evolución y evitar las complicaciones maternas y fetales.

7. RECOMENDACIONES

1. Que el personal de salud que se encuentre frente a este problema de salud, determine a tiempo los factores de riesgo más importantes de una gestante en especial los que afecten al estado hipertensivo y poder disminuir la morbi-mortalidad materna y/o perinatal.
2. A nivel comunitario fortalecer y desarrollar programas educativos destinados a informar sobre la importancia de un Control Prenatal adecuado, que permita la identificación de pacientes con riesgo de padecer Pre – eclampsia y así realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con miras a minimizar las complicaciones materno – fetales asociadas a esta patología.
3. Que los avances en la medicina para disminuir la morbi - mortalidad materna estén al alcance de toda la población de nuestro medio ya sea incrementando servicios de salud con un equipamiento básico adecuado y capacitando al personal de salud.
4. Realizar recomendaciones nutricionales a las pacientes, para corregir los malos hábitos alimenticios. Así como, sugerir complemento nutricional y restricción calórica en caso de ser necesario.
5. Utilizar en la Consulta Prenatal las tablas para calcular el peso teórico ideal y de ganancia de peso por edad gestacional.
6. Detección temprana y tratamiento oportuno de las Infecciones Urinarias durante el embarazo.
7. Adecuada organización de los Sistemas de Referencia, por la particular relevancia que adquieren los mismos, para lograr una óptima asistencia prenatal y postnatal.

8. Continuar investigaciones sobre los factores de riesgo para Pre - eclampsia en nuestro medio para mejorar la atención médica y en base a estos prevenir las complicaciones obstétricas ya que se tendría mejor conocimiento de los problemas de salud que afectan a nuestra sociedad.

8. PROPUESTA DE PREVENCIÓN

TITULO

**PROGRAMA DE VIGILANCIA PRENATAL PARA REDUCIR EL RIESGO DE
PRE – ECLAMPSIA EN PACIENTES PRIMIGESTAS**

JUSTIFICACIÓN

El control prenatal puede ser considerado como un indicador deficiente en la salud pública, debido a los diferentes motivos por parte de las pacientes la cual no acuden a los cuidados prenatales ni a las visitas clínicas, lo que condiciona una mala respuesta a los cuidados maternos y fetales.

Por tal razón el Control Prenatal debe ser considerado como una de las acciones indispensable que debe asumir un Obstetra con el fin de prevenir y tratar patologías maternas que puedan llegar a afectar el desarrollo y la condición del producto, así como patologías propias del mismo que puedan condicionar la morbilidad materna y perinatal.

OBJETIVOS

- Detectar los factores de riesgo que con lleva a una Pre – eclampsia a las pacientes primigestas mediante una atención Prenatal de manera temprana en las unidades de salud de primer nivel.
- Transferir a las pacientes primigestas con Pre – eclampsia hacia las unidades de segundo o tercer nivel de atención, para evitar complicaciones mayores tanto en la madre como en el producto.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad materna – perinatal por causas de Pre – eclampsia.

FACILIDAD DE LA APLICACIÓN

Existen los recursos humanos y materiales suficiente para llevar a cabo acciones y así motivar a las pacientes que acuden a los Cuidados Prenatales para evitar complicaciones mucho más peligrosas por parte de la Pre – eclampsia.

DESCRIPCIÓN

Realizar cada semana dos charlas educativas, dinámicas y didácticas que llamen la atención a la población en general, para que de esta forma las pacientes conozcan los signos y síntomas de esta patología de la Pre - eclampsia, y así de esa manera puedan acudir a las consultas externas para poder prevenir esta enfermedad y así de esta forma se podrá reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materna - perinatal.

En aquellas pacientes que padecen esta patología se tendría que indicarle lo importante que es la toma de los antihipertensivos para de esa forma prevenir complicaciones mucho más severas tanto para ella como para el producto.

FORMAS DE SEGUIMIENTO

Se podría proceder a dar las charlas los días lunes y viernes a las 8:00 am de cada semana, en el área de consulta externa y en hospitalización, en las que se dará a conocer lo importante que es el control prenatal para todas las pacientes sobre todo en aquellas que padecen de Pre – eclampsia, para así de esa forma poder motivarlas a que acudan a los cuidados prenatales y a su vez así procederemos a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna - perinatal.

Durante el programa se podría brindar orientación al personal de enfermería en el área de hospitalización sobre los cuidados que deberán tener las pacientes que estén ingresadas a esta área con diagnóstico de Pre – eclampsia.

RESPONSABLES

- Jefes del Área de Hospitalización de cada institución.
- Doctores de Consulta externa.
- Obstetras.

CONTROL Y EVALUACIÓN

- ✓ Se tendrá un registro de charlas y de todas las pacientes que asistieron.
- ✓ Se graficará mensualmente el desarrollo del programa.

CONTROL DE TUTORIAS																								
ACTIVIDADES	sep-12				oct-12				nov-12				dic-12				ene-13				feb-13			
	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Presentación del Tema Propuesto			x																					
Análisis del Tema					x																			
Presentación de Correcciones						x	x																	
Tácticas de Elaboración del Anteproyecto							x	x																
Presentación del Anteproyecto								x	x															
Correcciones									x	x														
Presentación del Anteproyecto Corregido										x	x													
Correcciones											x	x												
Presentación del Anteproyecto Corregido												x	x		x	x	x							
Aprobación del Anteproyecto																	x							

Dr. JORGE DAHER NADER
DIRECTOR DE TESIS

CONTROL DE TUTORIAS																								
ACTIVIDADES	dic-12				ene-13				feb-13				mar-13				abr-13				may-13			
	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Tácticas de Elaboración de la Tesis							x																	
Presentación de Solicitud para obtención de las Historias Clínicas	x																							
Presentación de Hoja de Recolección de Datos							x																	
Recolección de datos de las Pacientes							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Presentación de Tesis																		x						
Correcciones																			x					
Presentación de Tesis Corregida																			x	x				
Correcciones																				x				
Presentación de Tesis Corregida																				x	x			
Aprobación de Tesis																								x

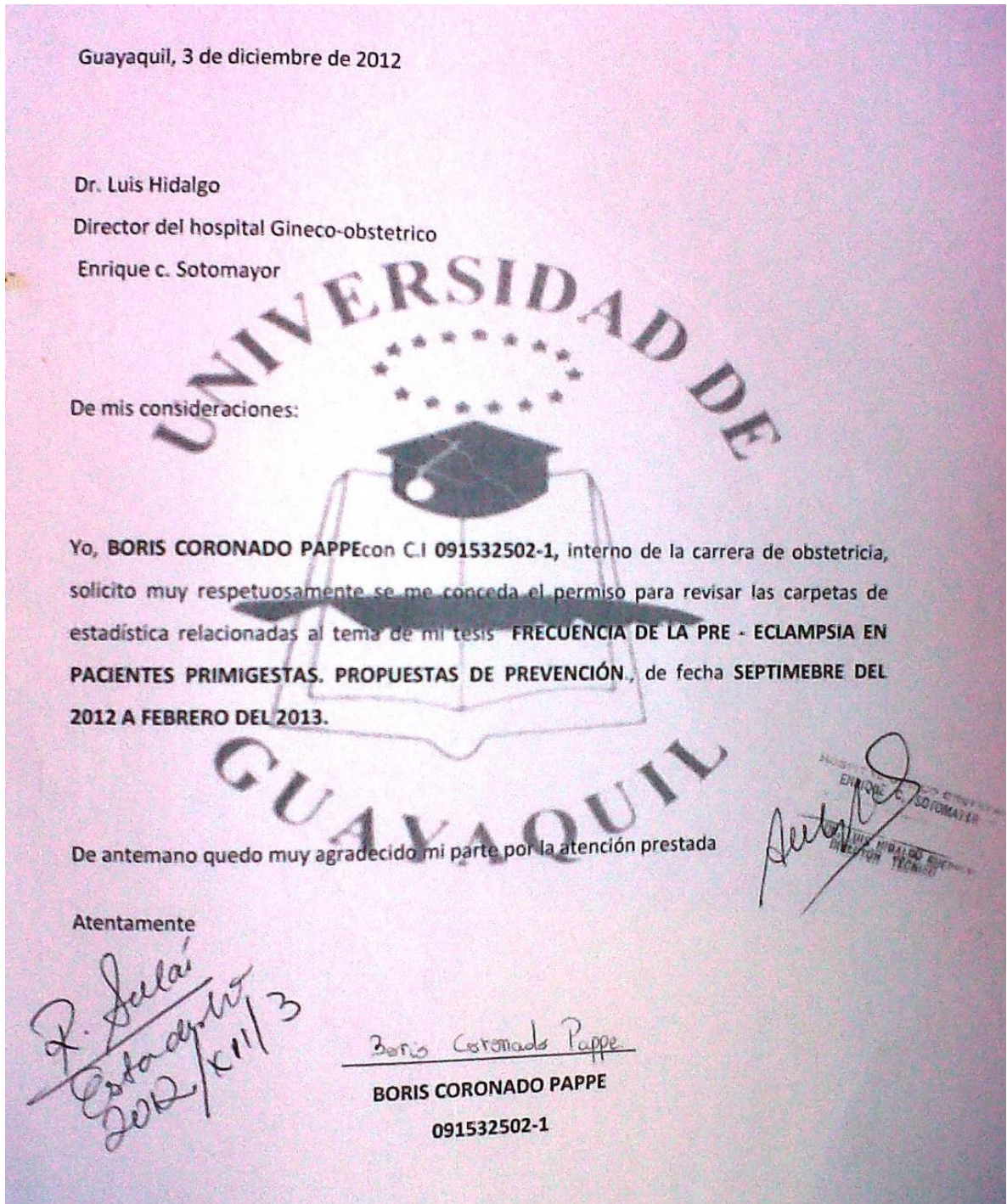
Dr. JORGE DAHER NADER
DIRECTOR DE TESIS

9. BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Embarazo/1799458.html>
2. Obstetricia Práctica Clínica K.R. Niswander
3. <http://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia#Epidemiolog.C3.ADa>
4. Robbins and Cotran, Pathological Basis of Disease, 7th ed
5. Matthew Warden; Brian Euerle (7 de mayo de 2005). «Preeclampsia (Toxemia of Pregnancy)» (en inglés). eMedicine - Obstetrics/gynecology. Consultado el 20 de diciembre de 2007.
6. Hjartardottir S, Leifsson BG, Geirsson RT, Steinthorsdottir V. (2004). "Paternity change and the recurrence risk in familial hypertensive disorder in pregnancy.". Hypertens Pregnancy 2004
7. Zhang J. (2007). "Partner change, birth interval and risk of pre-eclampsia: a paradoxical triangle.". Paediatr Perinat Epidemiol. 2007 Jul
8. PACHECO ROMERO, José. Disfunción endotelial en la preeclampsia.
9. Reece – Hobbins Obstetricia Clínica 3era edición – Editorial Medica Panamericana
10. http://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia#Cuadro_cl.C3.ADnico
11. <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2009/12/03/la-preeclampsia-su-epidemiologia-y-teorias/>
12. Componente Normativo Materno Agosto del 2008
13. Preeclampsia-Eclampsia». Armenian Medical NetworkDiagnosis and management of pre-eclampsia and eclampsia (2003).
14. Protocolos de la Junta de Beneficencia de Guayaquil
15. <http://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia#Complicaciones>
16. «Preeclampsia raises risk of epilepsy in offspring» (en español). Enciclopedia médica en español.
17. http://www.umm.edu/esp_ency/article/000898prv.htm

ALEXOS

ANEXO: 1



ANEXO: 2

HOSPITAL GINECO – OBSTETRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: _____

Nº Historia: _____

1. CARACTERISTICAS GENERALES:

Edad: _____ Gestas: _____ Partos: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____

Estado Civil: _____ F.U.M.: _____ Multistix: _____ Controles Prenatales: _____

2. SIGNOS VITALES:

P/A: _____

F.C.: _____

F.R.: _____

Tº AXILAR: _____

3. ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

A) PERSONALES:

Antecedentes personales de trastorno hipertensivo en gestaciones previas: No: _____ Si: _____

Antecedentes Patológicos de: Nefropatía: Si: _____ No: _____

Diabetes Mellitus: Si: _____ No: _____

Obesidad: Si: _____ No: _____

B) FAMILIARES:

Antecedente familiar de trastorno hipertensivo en el embarazo: Si _____ No _____

Madre: _____ Hermanas: _____ Tías: _____ Abuela: _____ Ninguno: _____

4. HABITOS PSICOBIOLOGICOS:

Hábito Tabáquico: No: _____ Si: _____ Hábito alcohólico: No: _____ Si: _____

5. DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL:

Gestación Simple: _____ Gestación Múltiple: _____

Antecedentes de Diabetes Gestacional: Si: _____ No: _____

Antecedentes de Infección de Vías Urinarias: Si: _____ No: _____

6. DIANOSTICO DE INGRESO:

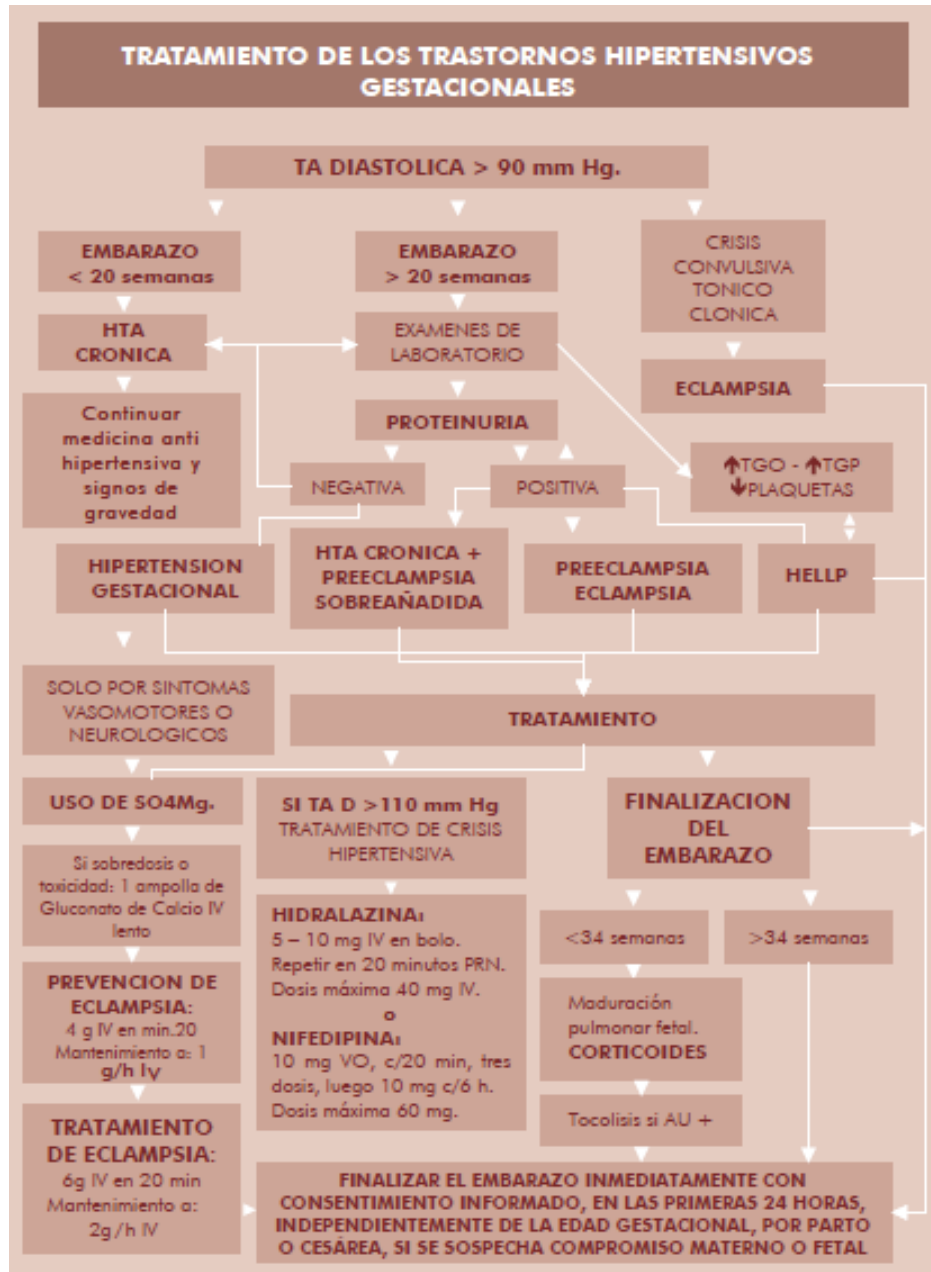
7. EL EMBARAZO TÉRMINO EN:

Parto _____

Cesárea _____

ANEXO: 3

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES



ANEXO: 4

CUADRO DE VIGILANCIA DE PACIENTES PRIMIGESTAS CRITICAS POR PRE - ECLAMPSIA		
Hubo demora en la toma de decisiones de buscar ayuda oportuna y eficiente	Si ()	No ()
Hubo demora en llegar a la Unidad de Salud	Si ()	No ()
Hubo demora en recibir tratamiento adecuado en la Unidad de Salud	Si ()	No ()