



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

TEMA

**“COMPLICACIONES MATERNAS MAS FRECUENTES
ASOCIADAS A PREECLAMPSIA”.**

**ESTUDIO REALIZADO EN EMBARAZADAS QUE
INGRESARON EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2014 A ENERO
DEL 2016 EN EL HOSPITAL GENERAL “LIBORIO PANCHANA
SOTOMAYOR” EN LA PROVINCIA DE SANTA ELENA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MEDICO GENERAL**

AUTOR: LISETTE ANNABELLE PAREDES VIVERO

TUTOR: DRA. ELIANA ROBLES

GUAYAQUIL-ECUADOR

2016

Universidad de Guayaquil



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al egresado **Lisette Annabelle Paredes Vivero** ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el título de Médico General.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA ESCUELA DE MEDICINA

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: "COMPLICACIONES MATERNAS MAS FRECUENTES ASOCIADAS A PREECLAMPSIA". ESTUDIO REALIZADO EN EMBARAZADAS QUE INGRESARON EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2014 A ENERO DEL 2016 EN EL HOSPITAL GENERAL "LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR" EN LA PROVINCIA DE SANTA ELENA		
AUTOR/ES: LISETTE ANNABELLE PAREDES VIVERO		TUTOR: DRA. ELIANA ROBLES GRANDA
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		FACULTAD: FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA: ESCUELA DE MEDICINA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PÁGS:	
TÍTULO OBTENIDO: MEDICO GENERAL		
ÁREAS TEMÁTICAS:		
PALABRAS CLAVE: Preeclampsia, factores predisponentes, complicaciones		
RESUMEN: El propósito de la investigación es servir de herramienta de apoyo para profesionales de la salud que tienen la responsabilidad de atención de embarazadas mediante el reconocimiento de los principales complicaciones asociadas a preeclampsia, clasificación de pacientes en riesgo y servir de ayuda para la prevención de esta. Este estudio se realizó en el Hospital General "Liborio Panchana Sotomayor" de Santa Elena, entre los objetivos que se plantearon fueron: determinar la incidencia de preeclampsia en el grupo de estudio, identificar principales factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales causadas por la misma. Los materiales y métodos utilizados, en éste trabajo están basados en un estudio Retrospectivo, Descriptivo no experimental. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de cada paciente atendida en el área toco-quirúrgica con diagnóstico de preeclampsia en el período establecido. Se procedió de forma minuciosa con la recolección de datos de las historias clínicas mediante formulario. La muestra fue de 64 casos, desde enero del 2014 a enero del 2016. Se concluye que la preeclampsia está asociada a factores predisponentes para desencadenarla como la etnia mestiza, primigravidez y deficientes controles prenatales durante el embarazo, las cuales fueron de mayor frecuencia. Además, que las consecuencias fetales son frecuentes en este grupo de edad, como tener Recién Nacidos pequeños para la edad gestacional y depresión neonatal. Otra consecuencia materna es que el 90% de los casos terminaron su embarazo por cesárea a causa de ésta patología. Finalmente de acuerdo a los resultados se planteó una propuesta para contribuir a la educación de las pacientes.		
No. DE REGISTRO (en base de datos):		No. DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES	Teléfono: 0988073128	E-mail: licha909@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Secretaría de la Facultad	
	Teléfono: (03)2848487 Ext. 123	
	E-mail: fca@uta.edu.ec	

Universidad de Guayaquil



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

LISETTE ANNABELLE PAREDES VIVERO, autora del presente proyecto “COMPLICACIONES MATERNAS MAS FRECUENTES ASOCIADAS A PREECLAMPSIA”. ESTUDIO REALIZADO EN EMBARAZADAS QUE INGRESARON EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2014 A ENERO DEL 2016 EN EL HOSPITAL GENERAL “LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR” EN LA PROVINCIA DE SANTA ELENA, declaro que esta investigación es de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

LISETTE ANNABELLE PAREDES VIVERO

DEDICATORIA

*Los resultados de este trabajo de titulación, están dedicados a mis padres **William Paredes Cevallos y Yaqueliz Vivero Boya** por toda su paciencia, dedicación y fortaleza, sobretodo quienes con ejemplo dignos de superación y entrega me guiaron y puedo hoy ver mi meta alcanzada, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo y confianza que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.*

*A mis hermanas **Cindy y Lorena Paredes Vivero** por darme ánimos cada vez que se presento un obstáculo a lo largo de mi carrera, son mi tesoro y una de las mayores motivaciones de mi vida.*

*A mis abuelas, **Felisa Boya García y Norma Cevallos Montaña**, A mis tíos, tías, primas y primos maternos y paternos.*

Y aquellos pacientes, por quienes aprendí más que a tratar una enfermedad a tratar un ser humano, a tener paciencia y sobretodo fortalecieron la empatía que en todo Médico debe sobresalir.

Lisette Paredes Vivero

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por darnos la vida y llenarme de bendiciones, a Él que con su infinito amor me levantó y me ha dado la sabiduría suficiente para culminar la carrera universitaria.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento, reconocimiento y cariño a mis padres, por todo el esfuerzo que hicieron para darme una profesión y hacer de mí una persona de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron todos estos años; gracias a ustedes he llegado a donde hoy estoy.

Gracias a mis hermanas quienes han sido mis amigas fieles y sinceras, en los que he podido confiar y apoyarme para seguir adelante. Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma me ayudaron a crecer como persona y como profesional.

Mis familiares y amigos, gracias de todo corazón por haber sido el eje de apoyo, ánimo y perseverancia, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Lisette Paredes Vivero

RESUMEN

Los estados hipertensivos durante el embarazo continúan siendo uno de los problemas obstétricos no resueltos más importantes, a pesar de los grandes esfuerzos de investigación que se han realizado, no se conoce su etiología ni están completamente aclarados los mecanismos fisiopatológicos implicados en su desarrollo.

El propósito de la investigación es servir de herramienta de apoyo para profesionales de la salud que tienen la responsabilidad de atención de embarazadas mediante el reconocimiento de los principales complicaciones asociadas a preeclampsia, clasificación de pacientes en riesgo y servir de ayuda para la prevención de esta. Este estudio se realizó en el Hospital General “Liborio Panchana Sotomayor” de Santa Elena, entre los objetivos que se plantearon fueron: determinar la incidencia de preeclampsia en el grupo de estudio, identificar principales factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales causadas por la misma. Los materiales y métodos utilizados, en éste trabajo están basados en un estudio Retrospectivo, Descriptivo no experimental.

Los datos se obtuvieron de las historias clínicas de cada paciente atendida en el área toco-quirúrgica con diagnóstico de preeclampsia en el período establecido. Se procedió de forma minuciosa con la recolección de datos de las historias clínicas mediante formulario. La muestra fue de 64 casos, desde enero del 2014 a enero del 2016. Se concluye que la preeclampsia está asociada a factores predisponentes para desencadenarla como la etnia mestiza, primigravidez y deficientes controles prenatales durante el embarazo, las cuales fueron de mayor frecuencia. Además, que las consecuencias fetales son frecuentes en este grupo de edad, como tener Recién Nacidos pequeños para la edad gestacional y depresión neonatal.

Otra consecuencia materna es que el 90% de los casos terminaron su embarazo por cesárea a causa de ésta patología. Finalmente de acuerdo a los resultados se planteó una propuesta para contribuir a la educación de las pacientes.

SUMMARY

Hypertensive States during pregnancy continue to be one of the obstetrical without major problems solved, despite the extensive research efforts that have been made, its etiology is not known or are fully clarified the pathophysiological mechanisms involved in its development.

The purpose of the research is to provide a support tool for Health Care Professionals who are responsible Care Pregnancy through recognition of Major Complications Associated preeclampsia, classification of patients at risk and assist for the prevention of this. This study was conducted at the General Hospital "Liborio Panchana Sotomayor" Santa Elena, Among the proposed objectives Were: To determine the incidence of preeclampsia in the study group, identify major predisposing factors and associated maternal-fetal consequences caused by the same.

Materials and Methods used in this work is based on a retrospective study, no experimental descriptive. Data were obtained from medical records of each patient treated at the El Toco-surgical diagnosed with preeclampsia in the period established m. We proceed thoroughly with the Data Collection Form Using the Medical Records.

The sample consisted of 110 cases from January 2014 to January 2016. It was concluded that preeclampsia is an associated predisposing factors trigger it as mixed race ethnicity, primigravidez and Poor prenatal checkups during pregnancy, the frequency What Were Mayor. : In addition, Fetal Consequences That son Frequently In this age group, as small for Newborn Having gestational age and neonatal depression.

Another consequence is that mother 90% of cases ended their pregnancy by cesarean section a cause of pathology. Finally, according to the results if I raised a proposal for contribute to the education of Patients.

CONTENIDO

PORTADA.....	1
Tribunal examinador.....	2
Certificado del tutor.....	3
Ficha de registro de tesis.....	4
Declaración de autoría.....	5
Dedicatoria.....	6
Agradecimiento.....	7
Resumen.....	8
Summary.....	9
Indice.....	10
Introducción.....	11
Problema.....	11
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	13
Objetivo general y específicos.....	14
Hipotesis.....	14
Variables dependientes e independiente.....	14
Marco teorico.....	14,15,16
Fisiopatología.....	17
Patogenie.....	18,19,20
Factores de riesgo.....	20
Cuadro clínico.....	20,21,22
Diagnostico.....	22
Exámenes complementario.....	23
Manejo y tratamiento.....	23
Complicaciones y consecuencias.....	24,25,26
Maternas y fetales.....	26,27
Metodología.....	28
Universo, muestra, criterios de inclusión y de exclusión.....	28
Recursos empleados.....	29
Resultados.....	30,31
Cuadros, graficos y análisis.....	32,33,34,35,36,37,38,39,40
Conclusiones y recomendaciones.....	40,41,42
Bibliografía.....	43,44
Anexo: ficha de datos.....	45

INTRODUCCION

Se sabe que las mujeres que desarrollan hipertensión durante el embarazo tienen mayor riesgo de presentar complicaciones prenatales, intraparto o durante el puerperio, se ha evidenciado además que pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, tales como la pre eclampsia, tienen un riesgo cuatro veces mayor de hipertensión, y un riesgo dos veces mayor de enfermedad isquémica del corazón y de accidente cerebro vascular en los 10-15 años después del embarazo.

Las hemorragias, las complicaciones de la hipertensión arterial inducida por el embarazo y las infecciones obstétricas, son las causas más comunes de muerte durante el puerperio.

Dentro de las complicaciones mas importantes que pueden aparecer en los pacientes con esta patología: es la eclampsia, es la complicación mas seria de la preeclampsia, aparece en 1 de cada 2000 embarazos y tiene una mortalidad cercana a 1.8%.

El síndrome de HELLP es más común, probablemente presente en 1 de cada 500 embarazos y puede ser tan peligroso como la eclampsia misma. Ambos trastornos pueden aparecer sin anunciarse por razón de los signos prodrómicos de la preeclampsia.

La frecuencia de mujeres jóvenes con problemas de preeclampsia cada vez ha ido aumentando a nivel mundial.

La incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente).

Por eso muchos científicos han desarrollado diversas investigaciones para responder la interrogante de cuales son las causas para su aparición en este grupo de edad pero hasta el momento no se las ha podido descubrir.

PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad se registran mayores números de casos de mujeres preeclámplicas y sus graves consecuencias para ella y el feto. La preeclampsia es una enfermedad exclusiva del embarazo; aparece a las 20 semanas de gestación, pero con mucha más frecuencia al final del embarazo. Se caracteriza por una triada: hipertensión arterial, edema y proteinuria.

Uno de los principales factores de riesgo para su aparición es la edad materna, sobre todo cuando ésta es menor de 20 años. En aquellas mujeres muy jóvenes se forman placentas anormales o sea que se produce una placentación inadecuada por lo tanto hay una reducción de la perfusión útero-placentaria como resultado de la invasión anormal de las arteriolas espirales por el citotrofoblasto, que da como consecuencia una hipoxia, aumento de per oxidación lipídica, se acentúa la vasoconstricción limitando así el aporte de nutrientes al feto en crecimiento llegando a graves complicaciones como un Retardo de Crecimiento Intrauterino y la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas en la vida adulta como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y diabetes.

Así mismo la madre está expuesta a convulsiones, hemorragias, daño hepático o renal, etc. Este es un problema grave, ya que predispone a mayor riesgo de morbi-mortalidad fetal y materna. En el Ecuador continúan los índices elevados, por tal motivo es necesario investigar más a fondo esta patología y las complicaciones graves que produce.

La investigación estuvo orientada por la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las complicaciones mas frecuentes asociadas preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital “Liborio Panchana Sotomayor” de Santa Elena desde Enero del 2014 a Enero del 2016

JUSTIFICACIÓN

Las horas dedicadas a la práctica hospitalaria Gineco-Obstétrica hicieron plantear a ésta autora muchas interrogantes sobre los múltiples problemas que se suscitan en aquellas mujeres con preeclampsia y principalmente los factores que influyen su aparición, y con más interés en aquellas mujeres jóvenes, ya que por el hecho de ser pacientes embarazadas de alto riesgo conllevan a mayores tasas de morbi-mortalidad.

Muchas veces la falta de conocimiento, de programas informativos y preventivos sobre esta patología materna influye de manera directa en las complicaciones maternas y neonatales.

Otro motivo de preocupación es que las madres muy jóvenes son inexpertas, que no han desarrollado la madurez física y emocional para asumir su nuevo rol materno por ende adoptan actitudes irresponsables como no valorar la importancia de los controles prenatales óptimos, o en otras situaciones también debido a su cultura, falta de preparación académica, la pobreza que las llevan a utilizar los servicios de parteras empíricas o personal médico no calificado que no detectan la enfermedad oportunamente.

Los hijos de las mujeres embarazadas con problemas de preeclampsia tienen más probabilidad de morir durante el periodo neonatal, igual en el periodo postnatal y durante el primer año de vida; en las madres las complicaciones son tan graves que la pueden llevar a la muerte.

La investigación que se aplicó tuvo como fin identificar aquellos factores que influyen directamente en este problema de Preeclampsia en aquellas mujeres que habitan en Santa Elena, contribuyendo a disminuir los números de morbilidad y mortalidad feto-materna.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar las principales complicaciones de preeclampsia en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital “Liborio Panchana Sotomayor”.

Objetivos Específicos

1. Determinar la incidencia de Preeclampsia en el grupo de estudio.
2. Identificar complicaciones asociadas a preeclampsia de mayor frecuencia en este grupo de pacientes.
3. Evaluar el impacto de la preeclampsia en la madre y el feto.
4. Desarrollar un plan campañas de prevención para evitar las complicaciones maternas y fetales causadas por esta patología.

HIPOTESIS

Las dos complicaciones de mayor frecuencia asociadas a la Preeclampsia en pacientes atendidas en Hospital “Liborio Panchana Sotomayor” serían el HELLP y la Eclampsia.

VARIABLES

Variable Independiente:

Embarazadas de cualquier edad.

Variable Dependiente:

Preeclampsia.

MARCO TEORICO

PREECLAMPSIA

DEFINICION

La preeclampsia es un desorden multisistémico idiopático específico del embarazo y del puerperio en humanos. Mas precisamente, es una enfermedad causada por la placenta, pues se ha descrito en embarazos donde existen tejido trofoblástico pero no fetal (embarazos molares completos).

Es la hipertensión arterial (HTA) propia del embarazo y se caracteriza además por proteinuria, asociada o no a edemas. Esta enfermedad afecta de preferencia a las nulíparas, aparece después de las 24 semanas de gestación y es típicamente reversible en el posparto inmediato.

La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido.

Bonilla (2008), define clásicamente a la preeclampsia como • el inicio agudo de hipertensión, proteinuria (y edema) en la segunda mitad del embarazo en una mujer que ha sido previamente normotensa y cuyo estado clínico haya sido satisfactorio.

Para esta autora se refiere a que a partir de la semana 20 de embarazo se origina esta patología en aquellas mujeres que anteriormente no se ha presentado hipertensión arterial ni ninguna otra manifestación clínica característica.

Es un conjunto de signos y síntomas exclusivo de la gestación, aparece a partir de la semana veinte de embarazo, durante el parto o hasta las seis semanas postparto. Esta patología se caracteriza por una placenta anormal y disminución de la perfusión sistémica.

También depende de otros factores que predisponen esta alteración, entre los cuales se incluye la hipertensión arterial, diabetes, resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia, incremento de la testosterona, edad materna y diferencias étnicas como las observadas en mujeres afroamericanas, portuguesas e indias

CLASIFICACION

La preeclampsia se clasifica en leve y severa. No existe la preeclampsia "moderada"

PREECLAMPSIA LEVE

Es un desorden hipertensivo de la gestación asociado a proteinuria, edema y, en algunas ocasiones, a anormalidades de las pruebas funcionales de la coagulación y/o hepáticas. Se presenta después de las veinte semanas de gestación, pero con más frecuencia al final de la misma.

Esta caracterizada por presión arterial de 140/90 mmHg, en dos ocasiones separadas con intervalos de cuatro horas, con proteinuria igual o superior a 300 mg en 24 horas y menor a 5g en 24 horas.

PREECLAMPSIA SEVERA

Se caracteriza por los mismos signos y síntomas de la preeclampsia leve, sin embargo en este caso la presión arterial es mayor a 160/110 mmHg, con proteinuria en orina mayor a 5g en 24 horas acompañado de edema masivo, el cual puede comprender la cara, extremidades, pared abdominal y región sacra, hasta puede llegar a ascitis o anasarca.

Puede estar acompañada de volumen urinario menor de 400 ml/24h, plaquetopenia menor de 100.000/mm³, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar y/o manifestaciones por compromiso neurológico.

ETIOLOGIA

No existe una causa específica de la preeclampsia, entre las que se mencionan están la placenta anormal, inmunocomplejos en la placenta lesión del endotelio, factores citotóxicos que afectan las células endoteliales, anormal metabolismo de prostaglandinas, genética, etc.

Sin embargo existe una teoría con mayor aceptación, la cual considera a la invasión anómala en las arterias espirales uterinas por células citotrofoblástica durante la placentación.

En el primer y segundo trimestre del embarazo normal, el trofoblasto invade a las arterias espirales de la decidua, destruye el tejido de la media y de la capa muscular de la pared arterial, provoca un remplazo del endotelio por material fibrinoide, hace desaparecer la arquitectura musculo-elástica de las arterias espirales, y da como resultado vasos dilatados que soportarían el incremento de lo volemia del embarazo.

Mientras que en mujeres con preeclampsia sucede lo contrario.

FISIOPATOLOGIA

La preeclampsia resulta de una invasión anormal de la arterias espirales del útero por las células citotrofoblasticas extravellosas (CTEV), con alteraciones locales del tono vascular, del balance inmunológico y del estado inflamatorio.

El comienzo de la preeclampsia se debe a la disminución de la perfusión uteroplacentaria, ya que el citotrofoblasto invade anormalmente a las arterias espirales. Otro órgano muy importante vinculado en la patogénesis es el endotelio, responsable de un número de funciones fisiológicas vitales. Las placentas de mujeres con preeclampsia expresan menores niveles de metaloproteinasa de la matriz (MMP)-9, antígeno linfocítico humano (HLA)- G, lactogeno placentario (HPL), que aquellas mujeres con embarazos normales.

Puede suceder que la primera invasión del trofoblasto endovascular sea incompleta en ciertas mujeres preeclámpicas, lo cual no afecta la estructura musculo elástica de las arterias espirales, así como tampoco tiene efecto en sus funciones de respuesta a sustancias vasoconstrictoras endógenas, disminuye de esta manera la perfusión maternoplacentaria y por consiguiente puede generar una hipoxia placentaria en periodos avanzados de la gestación.

Por la afección del endotelio se produce una reducción de prostaciclina, que es un inhibidor de la agregación plaquetaria, por lo que la colágena subendotelial puede favorecer la agregación plaquetaria y liberación de tromboxano A₂, poderoso vasoconstrictora.

Este desequilibrio entre la formación de compuestos vasodilatadores y vasoconstrictores es lo que contribuye a este signo patognomónico de la preeclampsia, la hipertensión.

HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA PREECLAMPSIA Y SU FISIOPATOLOGIA

Proteinuria: La lesión endotelial glomerular (glomérulo endoteliosis), y la hipertensión provocan que el riñón filtre las proteínas en rangos anormales y alterando los niveles de creatinina.

Edema: El aumento de la presión intravascular y reducción de la presión oncótica hacen que el líquido intracelular se desplace al extracelular, lo que produce edema a nivel de cerebro, retina, pulmón, hígado y tejido subcutáneo en zonas de no declives, característico de la preeclampsia o en cualquier otra zona.

Alteraciones hematológicas: La pérdida de líquido intravascular produce una hemoconcentración. En el lugar de la lesión endotelial se puede activar la cascada de coagulación y consumo de plaquetas, lo que provoca trombocitopenia y coagulación intravascular diseminada.

Dolor abdominal: Puede generarse por un edema hepático o hemorragia, se encuentra con frecuencia en epigastrio e hipocondrio derecho.

Dislipoproteinemia en preeclampsia: En la preeclampsia, hay un conjunto de lipoproteínas ricas en triglicéridos. Una fracción LDL (lipoproteínas de baja densidad) mas activa, junto con disminución del LDL denso y aumento de LDL, HDL (lipoproteínas de alta densidad) y triglicéridos.

Alteraciones visuales: Estas son producidas al sufrir vasoconstricción de vasos y edema de la retina, como consecuencia provoca trastornos visuales, desprendimiento de retina y ceguera cortical.

Aumento de transaminasas: El edema o la isquemia hepática pueden llegar a ocasionar necrosis centrolobulillar y por consiguiente la elevación de transaminasas y de deshidrogenasa láctica.

PATOGENIA

Insuficiencia placentaria

Una deficiente perfusión placentaria, puede presentarse por implantación anormal, enfermedad micro vascular y/o aumento de tamaño placentario. Implantación anormal.

Por la implantación del embrión se produce un proceso en que las células trofoblásticas se separan y sustituyen a las células epiteliales de la decidua de la madre.

Debido a esto, se producen una serie de cambios: Modificaciones histológicas en las arterias espirales de la decidua durante las primeras

etapas de la gestación, que se caracteriza por separación de la lámina elástica interna.

Otro cambio, es la invasión anormal del citotrofoblasto en las arterias espirales, ocurre entre las semanas 6 y 12 de embarazo. En las semanas 14 a 20 de gestación, la invasión llega hasta las arterias del miometrio. Todos los cambios hacen que se dilaten las arterias por lo que disminuye la resistencia uteroplacentaria.

Sin embargo, en la preeclampsia la irrupción trofoblástica no alcanza a las arterias radiales, por lo que se produce un aumento en la resistencia vascular, lo cual se traduce en una disminución de la circulación uteroplacentaria

Predisposición genética: No existe un solo gen para la preeclampsia, pero probablemente hay un grupo de polimorfismos genéticos maternos que, cuando se asocian con factores ambientales, predisponen a la mujer a esta enfermedad.

Por lo conocido hasta ahora, la preeclampsia puede resultar una enfermedad hereditaria asociada a un gen materno recesivo; la expresión de la enfermedad depende entonces del padre. Las mujeres nacidas de embarazos complicados por preeclampsia tienen ellas mismas mayor riesgo de esta complicación.

Como tal, existe un claro rol paterno en la génesis de esta complicación, Por ello, es muy probable que la preeclampsia involucre una huella genómica paterna de ciertos genes: IGF2, alele T235 del gen angiotensina, factor V de Leiden y la metil tetra-hidrofolato reductasa (MTHFR).

Cambios en el sistema de la coagulación: En la preeclampsia hay activación de la coagulación. La antitrombina III esta reducida, la actividad fibrinolítica esta disminuida, debido al aumento del inhibidor del activador plasminogeno tipo 1 (PAI-1). El PAI-2, de origen placentario, esta disminuido y el activador tisular del plasminogeno endotelial (t-PA) se haya elevado. Inclusive, en la preeclampsia se ha demostrado la aparición de trombocitopenia e incremento de la activación plaquetaria.

Magnesio e hipertensión: El magnesio afecta la presión arterial, Actúa como antagonista de los canales de calcio, estimula la producción de prostaciclina y NO (vasodilatadores) y altera la respuesta vascular a los agonistas vasoactivos.

Respuesta inflamatoria en la preeclampsia: Esta relacionada a varios factores que resultan de una respuesta inflamatoria intravascular durante la gestación: ácidos grasos, lipoproteínas, peróxido lipídico, TNF..productos de degradación de fibronectina) y fragmentos de microvellosidades de las células sincitiotrofoblasticas.

Disfunción endotelial: Cuando se daña el endotelio, se pierde la resistencia natural a la formación de trombos, se inicia el proceso de coagulación sanguínea a través de las vías intrínseca (se activa por contacto) y extrínseca (por factores tisulares).

Las plaquetas activas se adhieren a la monocapa de células endoteliales cuando existe daño en estas últimas, lo cual permite la agregación plaquetaria y la liberación de tromboxano A2 (TXA2)

Por consiguiente, al establecerse la disfunción del endotelio, no sorprende que en la preeclampsia se observe una mayor sensibilidad vascular a las sustancias vasoactivas.

FACTORES DE RIESGO

Se han identificado entre los diferentes factores que incrementan el riesgo de preeclampsia: la primigestación, edades maternas extremas, exposición limitada al esperma de la misma pareja, pareja masculina con antecedente de preeclampsia en un embarazo con otra mujer, gestación multifetal, enfermedad trofoblástica gestacional, antecedente de preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus pre gestacional, trombofilias, obesidad, síndrome de ovarios poli quísticos, procesos infecciosos y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino.

CUADRO CLINICO

En muchas oportunidades la primera manifestación de la enfermedad es la elevación de la presión arterial que generalmente es asintomática y se detecta en el control prenatal.

-En la preeclampsia la hipertensión es generalmente leve o moderada, en la mayoría de los casos no excede valores de 160/110 mmHg.

-La proteinuria es considerada patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orinas de 24 Hs. La magnitud de la

proteinuria reviste especial importancia para evaluar severidad y progresión de la preeclampsia.

-El edema puede expresarse en forma precoz, por un aumento de peso exagerado. La retención hidrosalina en cara, manos y region lumbosacra se instala tardíamente.

Se considera preeclampsia siempre que la paciente presente, aumento de la presión arterial en la gestación acompañado o no de proteinuria y edema. Además pueden presentarse cefaleas, escotomas, acufenos, epigastralgias y alteraciones en las pruebas bioquímicas.

En Preeclampsia grave: La TA 160/110 mmHg o aun con valores tensionales menores, pero asociadas a uno o mas de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):

- Proteinuria: 5g/24 hs.
- Alteraciones hepáticas:
 - Aumento de transaminasas.
 - Epigastralgia persistente, nauseas/vómitos.
 - Dolor en cuadrante superior del abdomen.
- Alteraciones hematológicas:
 - Trombocitopenia (Rto. plaquetas <100.000 mm³).
 - Hemolisis.
 - Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Alteraciones renales:
 - Creatinina sérica >0.9 mg/dl.
 - Oliguria (menos de 50 ml/hora).
- .Alteraciones neurológicas:
 - Hiperreflexia tendinosa.
 - Cefalea persistente.
 - Hiperexcitabilidad psicomotriz.
 - Depresión del sensorio.
- Alteraciones visuales:
 - Visión borrosa.
 - Escotomas centellantes.
 - Fotofobia.
 - Diplopía.

- Amaurosis fugaz o permanente.

- Retardo del crecimiento intrauterino/oligoamnios.
- Desprendimiento de placenta.
- Cianosis-edema agudo de pulmón (sin cardiopatía preexistente)

Algunos síntomas son frecuentes en la preeclampsia grave y en el síndrome de Hellp, como las náuseas, vómitos, epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho y en algunos casos ictericia.

DIAGNOSTICO

Se necesita historia clínica detallada, controles prenatales óptimos para detectar oportunamente la patología.

- En la anamnesis deberán recogerse datos de los antecedentes familiares, del compartimiento de la presión arterial en los embarazos anteriores si los hubiera, y en caso de existir HTA en ellos precisar la época del embarazo en la que se presentó.
- En el examen físico se valorará el compromiso de conciencia, la presencia de 3 o 4 ruidos que expresen insuficiencia cardíaca, la presencia de edemas en cara, manos y región lumbosacra. También es imprescindible examinar el fondo de ojo donde se puede observar vasoconstricción arteriolar y el incremento de brillo de la retina en aquellas mujeres hipertensas, así como es importante determinar el peso corporal de cada paciente.
- Se debe registrar la presión arterial en cada control prenatal, conocer la presión preconcepcional y compararla con las elevaciones en las consultas subsecuentes, de esta manera se diagnosticará oportunamente y se aplicará el tratamiento específico. En el momento de medir las cifras tensionales es necesario evitar estímulos capaces de elevar la T.A como tensión, frío, ejercicio, dolor, vejiga llena, etc.
- Es necesario evaluar el estado fetal, su vitalidad y crecimiento, mediante un buen examen obstétrico.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Evaluación materna: Para valorar los órganos que pueden estar afectados por la preeclampsia. Se deben solicitar pruebas de laboratorio para evaluar los siguientes sistemas: hematológico, hepático, renal, cardiovascular, neurológico y coagulación sanguínea

EVALUACION DE LA UNIDAD FETO PLACENTARIA

Una consecuencia de la preeclampsia es la muerte neonatal, la frecuencia de los casos es mayor en estas pacientes en comparación con las pacientes que solo presentan hipertensión gestacional.

Por ello se recomiendan los siguientes estudios:

- Ultrasonido
- Pruebas Bioeléctricas De Vitalidad Fetal
- Amnioscopia
- Doppler.
- La ultrasonografía permite el registro de los movimientos fetales, como también la monitorización de los latidos cardiacos. Mediante la ultrasonografía seriada, permitirá la evaluación del crecimiento fetal y el diagnostico de Restricción del Crecimiento Intrauterino, la evaluación biofísica del feto, el diagnostico de anomalías congénitas y la evaluación del compromiso de la hemodinámica uterina y fetal mediante la velocimetría Doppler. Este examen de ultrasonografía se repite cada 7 días cuando se trata de evaluar el bienestar fetal mediante el perfil biofísico y Doppler.
- Amniocentesis: El estudio del liquido amniótico mediante el Test de Clements, el índice de lecitina-esfingomielina y el fosfatidilglicerol, permiten verificar la madurez pulmonar fetal, previa a la interrupción del parto. Estas medidas van dirigidas a prevenir o disminuir las complicaciones perinatales, entendiéndose como tal a toda alteración medica que presente el feto o neonato nacido de una madre con diagnostico de preeclampsia-eclampsia desde las 28 semanas hasta el séptimo día de vida.

MANEJO Y TRATAMIENTO

Preeclampsia leve

Las pacientes con preeclampsia leve se hospitalizan para confirmar el diagnostico y hacer estudios adicionales. Deben recibir una dieta regular sin restricciones de sal, no se indican diuréticos, antihipertensivos ni sedantes y la evaluación incluye la toma de la tensión arterial cada cuatro horas durante el día, vigilancia de peso y edema, además de los siguientes laboratorios: hemoglobina, hematocrito, creatinina, acido úrico, plaquetas, frotis de sangre periférica, pruebas de coagulación, transaminasas y deshidrogenasa láctica, recolección de orina en 24 horas para determinar las cifras de creatinina y proteinuria, con una frecuencia de dos veces por semana.

La valoración fetal se realizara de la siguiente manera:

- 1) Estimación del crecimiento y del índice de liquido amniótico al momento del diagnostico. Si los valores son normales, se repite el cálculo cada tres semanas.
- 2) Si el peso fetal estimado por ultrasonido es menor o igual al percentil 10 para la edad gestacional o si hay oligoamnios (índice de liquido amniótico .5 cm) y el perfil biofisico deben hacerse dos veces a la semana.
- 3) Una vez confirmado el diagnostico de preeclampsia leve se puede dar de alta a la paciente e implantar un manejo expectante en forma ambulatoria. Al realizar la selección de la paciente ideal para tratamiento ambulatorio, esta debe ser confiable, sin signos o síntomas de enfermedad grave y cuyas pruebas de vigilancia fetal son tranquilizadoras.

La conducta ambulatoria implica reposo en casa, evaluación diaria de la tensión arterial, calculo de proteinuria cualitativa con tira reactiva y conteo de movimientos fetales activos.

Se indicara parto inmediato si:

- El estado del cérvix es favorable con edad gestacional de 37 semanas o más.
- La edad gestacional de 40 o más semanas.
- Agravamiento de la preeclampsia.
- Pruebas fetales anormales.

Preeclampsia grave

Siempre es necesario la hospitalización y el parto este indicado si:

- La edad gestacional es de mas de 34 semanas.
- Esta confirmada la madurez pulmonar.
- Aparece deterioro materno o fetal.

Se puede controlar de forma aguda la hipertensión mediante la hidralazina, nefedipina o labetalol, teniendo como objetivo lograr una presión arterial sistólica de menos de 160 mmHg y una diastólica no menos de 100 mmHg pero no de manera abrupta ya que se puede ver afectada la perfusión sanguínea materno fetal, esta cifra permite controlar el riesgo materno, sin exacerbar el riesgo fetal.

Al tratamiento antihipertensivo debe agregarse sulfato de magnesio. La dosis de carga es de 4-6 g en 20 min, para posteriormente mantener infusión de 1-2 g/h dependiendo de la diuresis horaria y de los reflejos osteotendinosos y suspenderlo a las 24 h del parto, en casos que exista hiperreflexia, cefalea intensa, trastornos visuales o auditivos tinitus, síntomas premonitores de convulsión.

En estas pacientes conviene monitorizar los efectos tóxicos del Mg y la evolución del estado pre convulsivo, para lo que es necesario:

1. Administrar siempre en una sala con vigilancia permanente de enfermería.
2. Controlar que la frecuencia respiratoria sea mayor de 14 pm
3. Controlar los reflejos y, si hay hiporreflexia, reducir, suspender o antagonizar el Mg.
4. Monitorizar los niveles plasmáticos de Mg, los que se deben mantener entre 6 y 8 mEq/L. Con 10 mEq/L se observa desaparición de los reflejos periféricos y niveles de 12 o más mEq/L pueden causar depresión respiratoria.
5. Como la vía de excreción del Mg es renal, una reducción de la filtración glomerular favorece alcanzar rápidamente tanto los niveles terapéuticos como tóxicos del Mg. Por ello, si la creatinina es $> 1,5$ mg/dL o la diuresis mantenida es < 1 mL/min por 4 h, se debe readecuar la dosis de Mg e idealmente medir sus niveles plasmáticos frecuentemente. La aparición de toxicidad por magnesio se debe antagonizar con 1g de Gluconato de Ca intravenoso.

Manejo de la hipertensión severa

El sulfato de magnesio (SO_4Mg) sigue siendo el medicamento de primera elección para prevenir la eclampsia, así como disminuye la presión arterial. Se administra 4 a 6 g de inicio en 100 mL de solución salina en un lapso de media hora, seguido de 1 a 2 g IV cada hora. Una alternativa para la hipertensión severa aguda es la solución de SO_4Mg al 20%, 4 g IV, en un lapso de 5 minutos, y seguir con la dosis de mantenimiento indicada.

El parto deberá ocurrir de inmediato si el estado materno o fetal no se estabiliza. El nifedipino se utiliza con dosis de 10 mg vía oral, con una sistólica de > 110 mmHg. Se sugiere repetir cada 4 horas, hasta en dos oportunidades, si la presión no mejora.

Cuidados Posparto

Las pacientes con preeclampsia deben permanecer bajo monitorización estrecha de los signos vitales y evaluación hemodinámica, aporte de líquidos y productos sanguíneos, gasto urinario, oximetría de pulso, auscultación pulmonar y síntomas durante al menos 48 horas posteriores al parto. La profilaxis de las convulsiones se mantiene durante las primeras 24 horas del puerperio y/o las 24 horas siguientes a la última convulsión. Puede requerirse un antihipertensivo oral para cifras persistentes .155/105 mmHg. En el puerperio la elección del antihipertensivo dependerá del patrón hemodinámico.

Después del egreso hospitalario, es importante continuar con la monitorización de la presión arterial, la que usualmente se normaliza dentro de las 6 semanas del puerperio. A todas las mujeres con esta patología, se tiene que brindar consejería sobre los riesgos y complicaciones de la preeclampsia en futuros embarazos.

COMPLICACIONES Y CONSECUENCIAS

COMPLICACIONES MATERNAS: Las mujeres con preeclampsia severa son susceptibles de presentar complicaciones graves como:

- Edema Pulmonar
- Falla Respiratoria
- Desprendimiento Prematuro De Placenta Normoinserta
- Coagulación Intravascular Diseminada
- Insuficiencia Hepática o Renal
- Hematomas o Ruptura Hepática
- Enfermedad Vascular Cerebral
- Ceguera Cortical
- Desprendimiento de Retina
- Crisis Convulsivas Eclampticas
- Falla orgánica múltiple.

Los riesgos asociados a las convulsiones son la hipoxia severa por las recurrencias, el trauma materno y la neumonía por aspiración. Durante o inmediatamente después del episodio convulsivo deben instalarse medidas de apoyo para evitar lesiones maternas graves y aspiración: proteger la lengua, minimizar el riesgo de aspiración, mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno.

COMPLICACIONES FETALES:

El efecto de la preeclampsia en el feto es el resultado de la disminución de la perfusión del espacio coriodecidual, que se inicia semanas antes que las manifestaciones clínicas, lo que se manifiesta en la restricción del crecimiento.

El riesgo del feto esta relacionado, además, a la severidad de la preeclampsia y al tiempo de gestación cuando se inicia la enfermedad. Perfusión útero-placentaria alterada: Los fetos afectados por una insuficiencia placentaria suelen comprometer su peso después de las 24-26 semanas (puede ocurrir antes, especialmente en casos asociados a preeclampsia severa), son asimétricos, el examen anatómico es generalmente normal y muestran una disminución progresiva del volumen del líquido amniótico.

Por lo tanto, la perfusión placentaria disminuye hasta 50%, con menor flujo al feto, desnutrición crónica y Restricción del crecimiento Intrauterino.

La Restricción del Crecimiento Intrauterino produce muchos tipos de problemas perinatales que conllevan a mayor riesgo de morbilidad perinatal.

Ceriani Cernadas (2009) considera que:

La morbilidad en el corto y largo plazo es notablemente mayor en los Recién Nacidos pequeños para la edad gestacional. En esta etapa perinatal presentan mayor riesgo de asfixia, aspiración de líquido amniótico meconial, hipotermia, hipoglucemia, policitemia, sepsis, etc. El primer año de vida tienen también mayor morbilidad y mortalidad, y están expuestos a mayor riesgo de muerte súbita.

Por otra parte, las consecuencias de esta patología también ejercen su efecto en la niñez y en la edad adulta. En la niñez hay gran influencia en el deficiente desarrollo de la capacidad cognitiva y neurológica; mientras hay mayor riesgo de tener diabetes tipo 2, problemas hipertensivos, cardíacos y accidentes cerebrovasculares en la etapa adulta.

METODOLOGIA

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Este trabajo es un estudio Retrospectivo, Descriptivo, No Experimental, porque describió los casos encontrados de Preeclampsia y las principales complicaciones en esta población.

AREA DE ESTUDIO

Comprende el Área Gineco-Obstetrica perteneciente al Hospital General “Liborio Panchana Sotomayor” de Santa Elena entre los meses de Enero del 2014 a Enero del 2016.

UNIVERSO

El universo del estudio fue seleccionado a través de las historias clínicas de mujeres embarazadas con diagnostico de Preeclampsia atendidas en el área tocoquirurgica del Hospital Enrique C. Sotomayor, correspondiendo 310 pacientes.

MUESTRA

La muestra fue de 64 casos de mujeres preeclampticas, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION: Mujeres con preeclampsia leve o severa

CRITERIOS DE EXCLUSION: Mujeres con hipertensión crónica, hipertensión transitoria o tardía.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Para la recolección de los datos de investigación se elaboro un formulario donde se recogió toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados; utilizando como fuente al departamento de Estadística del Hospital Liborio Panchana Sotomayor, se elaboro el listado de las historias clínicas de las embarazadas diagnostico de Preeclampsia, en el periodo establecido.

DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTOS

- Aprobación del tema y proyecto por Comité de la Escuela de Medicina de la Universidad de Guayaquil.
- Para el cumplimiento legal se realizó una solicitud lo cual fue aceptada por el Doctor Miguel San Martin Abarca director del Hospital General “Liborio Panchana Sotomayor” de Santa Elena a fin de acceder al departamento de estadística y obtener las historias clínicas de las pacientes, a fin de cumplir con el título segundo, Art. 17, fracción 1 de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, verificando que los datos obtenidos son reales y confidencial en honor a la verdad.
- Obtención de datos mediante Historias Clínicas.
- Estudio sistemático de la información obtenida.
- Análisis de resultados.

RECURSOS EMPLEADOS

TALENTO HUMANO

- Tutora de tesis
- Investigadora
- Personal del departamento Estadístico del Hospital Liborio Panchana Sotomayor.

RECURSOS MATERIALES

- Historias clínicas
- Equipos de Oficina
- Tratados de Medicina Gineco-Obstetricos
- Navegación por Internet
- Bolígrafo
- Computadora
- Dispositivo USB
- Tinta de impresora
- Teléfono
- Otros

RECURSOS ECONOMICOS

Autofinanciado

RESULTADOS

Distribución según la incidencia de mujeres preeclámpticas atendidas en el Hospital General “Liborio Pachana Sotomayor” de Santa Elena desde Enero 2014 a Enero 2016.

TOTAL PACIENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS	PACIENTES PREECLAMPTICAS	PACIENTES CON COMPLICACION ASOCIADA A PREECLAMPSIA
3844	310	64

CUADRO No 1

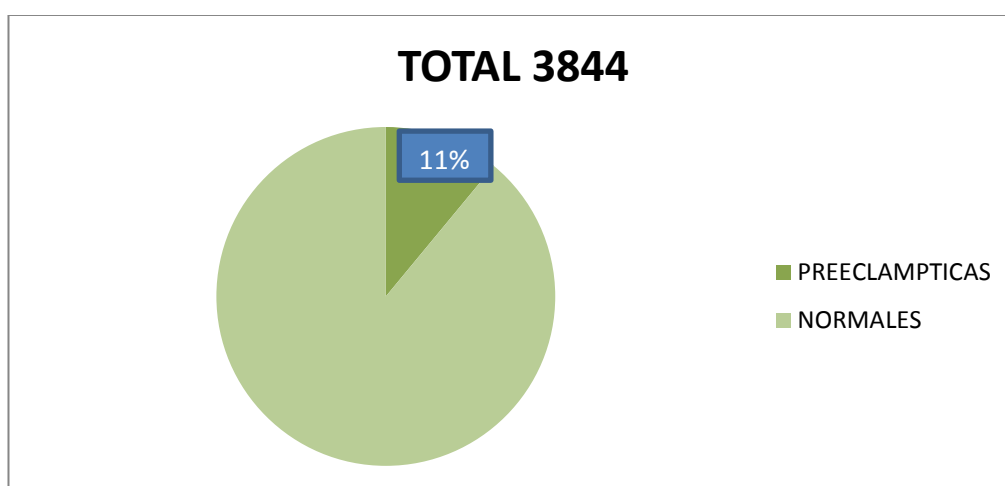


GRAFICO 1

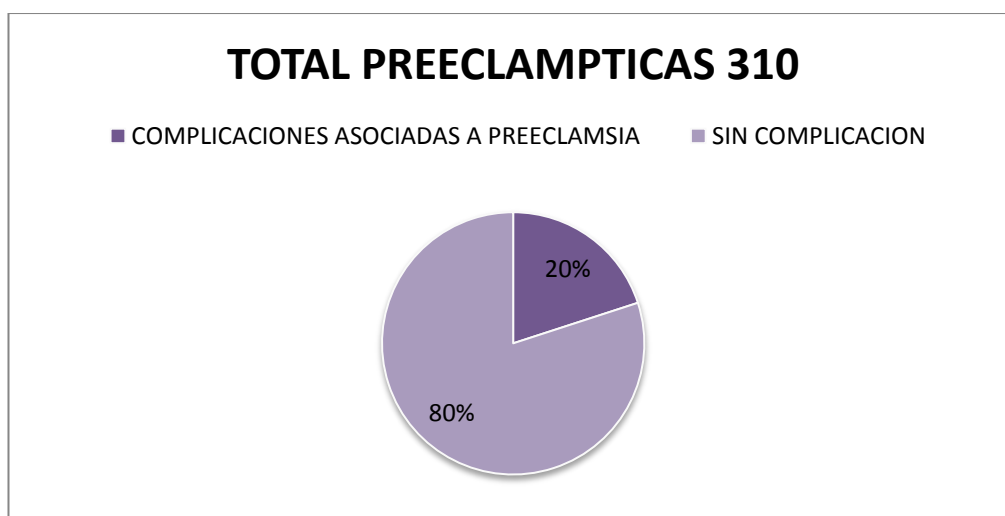


GRAFICO 2

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámplicas del HGLPS

Elaboración: La investigadora Santa Elena-Ecuador

Análisis e Interpretación:

De las 3844 pacientes en general atendidas en el Hospital General “Liborio Panchana Sotomayor” entre Enero del 2014 a Enero del 2016, 310 fueron diagnosticadas con preeclampsia lo cual corresponde a un 11%, de las 310 preeclámplicas en general atendidas en el HGLPS el 20.6 % corresponde a 64 mujeres que presentaron complicaciones asociadas a preeclampsia.

Distribución según la edad de las pacientes con complicaciones asociadas a preeclampsia dentro del grupo de estudio Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-14	2	3.12%
15-16	6	9.37%
17-18	13	20.31%
19-20	31	48.43%
>20	12	18.75%
TOTAL	64	100%

CUADRO 2

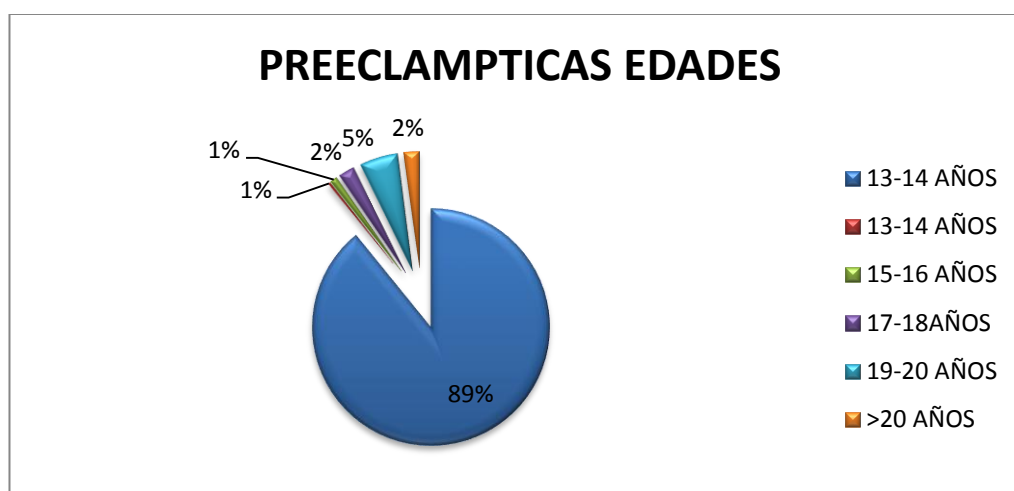


GRAFICO 2

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámplicas del HGLPS
Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador
Interpretación y Análisis:

En el cuadro y grafico no 2, se presento un 3% de casos con edades entre 13 a 14 años, los de 15 a 16 años correspondieron el 9%, el 20% fueron de 17 a 18 anos, un 48 % los de 19 a 20 anos y un 12% se correspondió con pacientes mayores de 20 años. Observando así, que los casos de mujeres de 19 a 20 anos con preeclampsia fueron las edades mas frecuentes en este estudio.

Distribución según la clasificación de la preeclampsia dentro del grupo de estudio de pacientes con complicaciones asociadas a preeclampsia en Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preeclampsia leve	13	20.3%
Preeclampsia severa	51	79.7%
TOTAL	64	100%

CUADRO 3

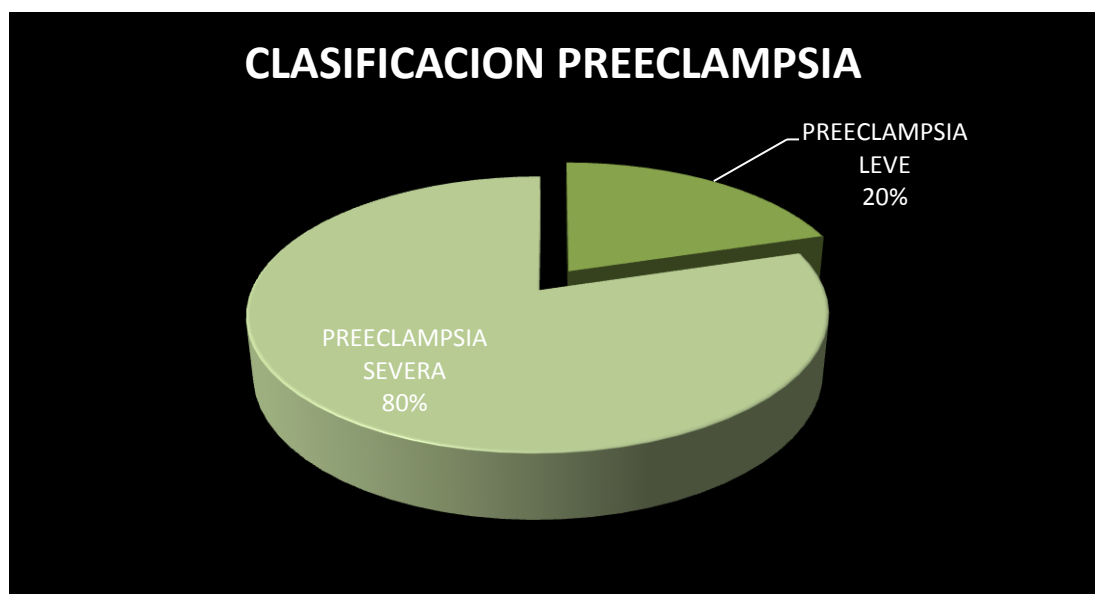


GRAFICO 3

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámplicas del HGLPS
Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador
Interpretación y Análisis:

El cuadro correspondiente determina que se presentaron 13 casos (20.3%) de Preeclampsia leve y el 79.7% con 51 casos de Preeclampsia severa; lo

que indica que la preeclampsia severa fue el diagnóstico de mayor frecuencia en el grupo estudiado.

Distribución según la etnia dentro del grupo de estudio de pacientes con complicaciones asociadas a preeclampsia en Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016.

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BLANCA	0	0%
MESTIZA	56	87.5%
NEGRA	6	9.37%
INDIGENA	2	3.12%
TOTAL	64	100%

CUADRO 4

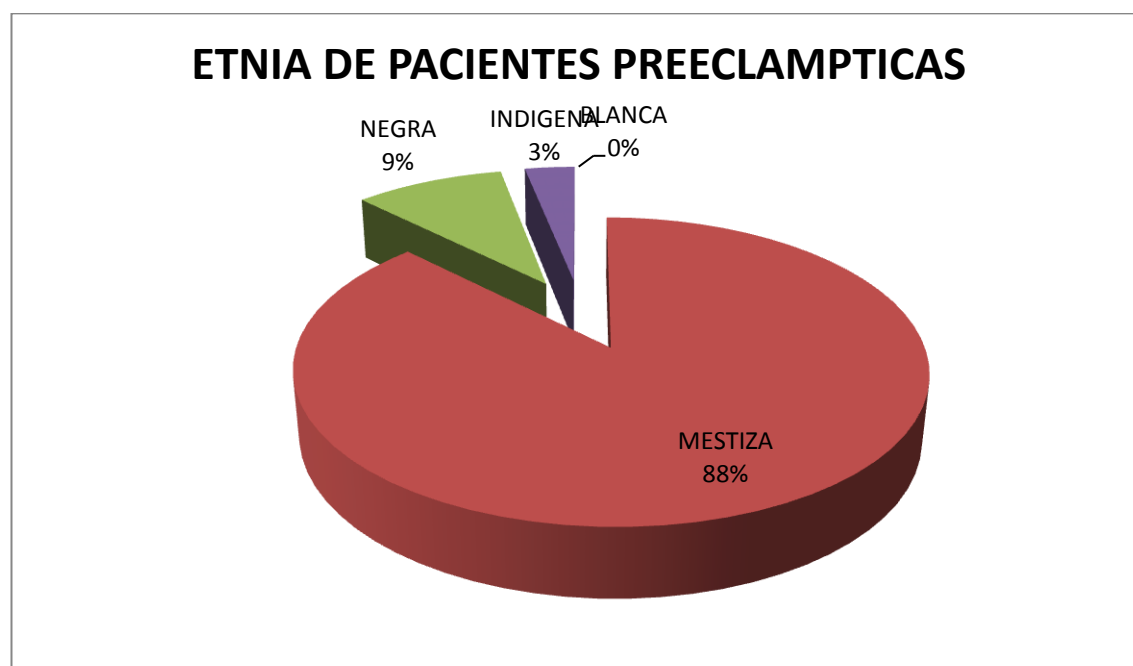


GRAFICO 4

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámpticas del HGLPS
Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador

Interpretación y Análisis:

Se presentaron en el cuadro nº 4 88% de casos con etnia mestiza, la etnia negra corresponde el 9%, y la indígena presentó un 3%. Demostrando en este estudio que las pacientes con más frecuencia no son las de etnia negra, sino las mestizas.

Distribución según la instrucción dentro del grupo de estudio de pacientes con complicaciones asociadas a preeclampsia en Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016.

INSTRUCCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	1	1.5%
PRIMARIA	40	62.5%
SECUNDARIA	17	26.5%
SUPERIOR	6	9.37
TOTAL	64	100%

CUADRO 5

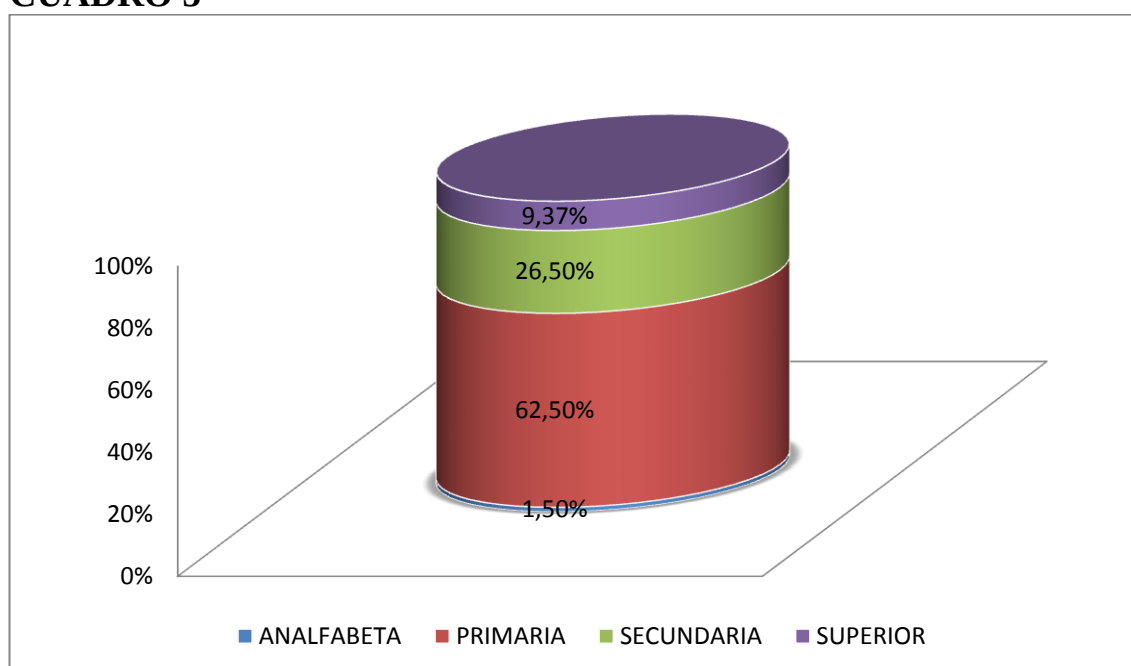


GRAFICO 5

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámplicas del HGLPS
Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador

Interpretación y Análisis:

El cuadro n° 5, demuestra que el 62% de casos presentaron instrucción primaria, secundaria un 37%, educación superior 9% y el 1% como analfabetas. Lo que nos indica que la falta de escolaridad no es un principal factor de predisposición en esta investigación.

Distribución según los antecedentes patológicos maternos dentro del grupo de estudio de pacientes con complicaciones asociadas a preeclampsia en Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016

ANTECEDENTES PATOLOGICOS MATERNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HIPERTENSION	18	28%
PREECLAMPSIA	3	4,68%
DIABETES	9	14%
NINGUNO	34	53%
TOTAL	64	100%

CUADRO 6

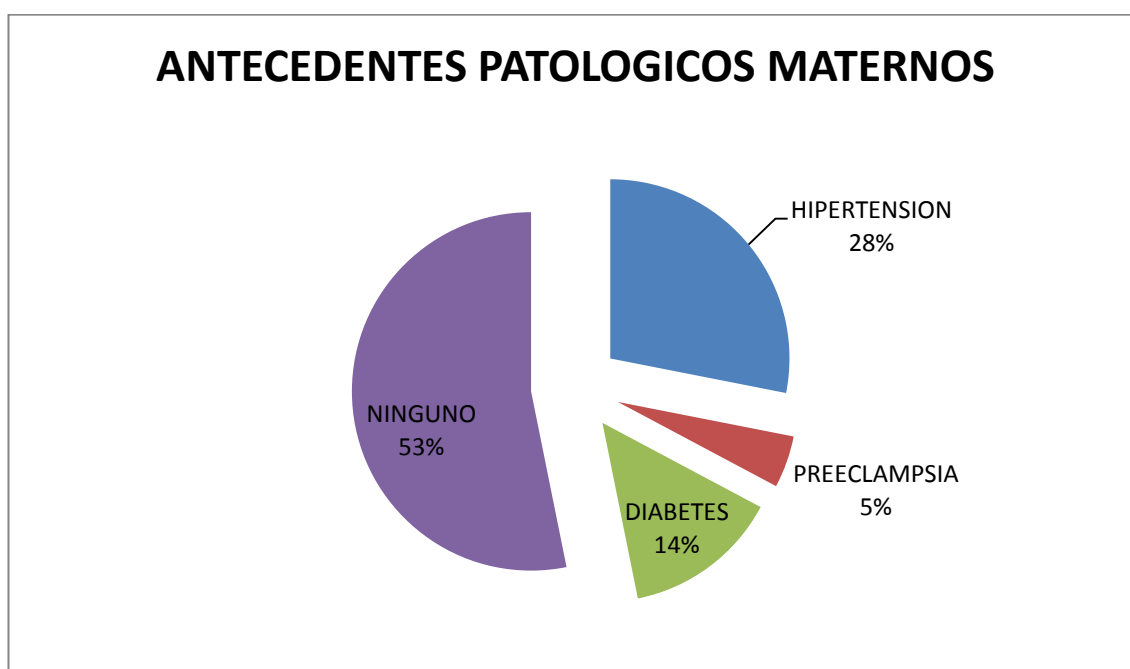


GRAFICO 6

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámplicas del HGLPS
Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador

Interpretación y Análisis:

Según los antecedentes patológicos maternos en la investigación se presentaron: un 53% de casos sin ningún antecedente, 28% de ellos con hipertensión, 14 % correspondieron a la diabetes y el 5% de casos con antecedente de preeclampsia materna. Demostrando en este estudio que los antecedentes maternos no influyeron directamente en la enfermedad.

Distribución según la gravidez dentro del grupo de estudio de pacientes con complicaciones asociadas a preeclampsia en Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016

GRAVIDEZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	46	71.87%
MULTIGESTA	18	28.12%
TOTAL	64	100%

CUADRO 7

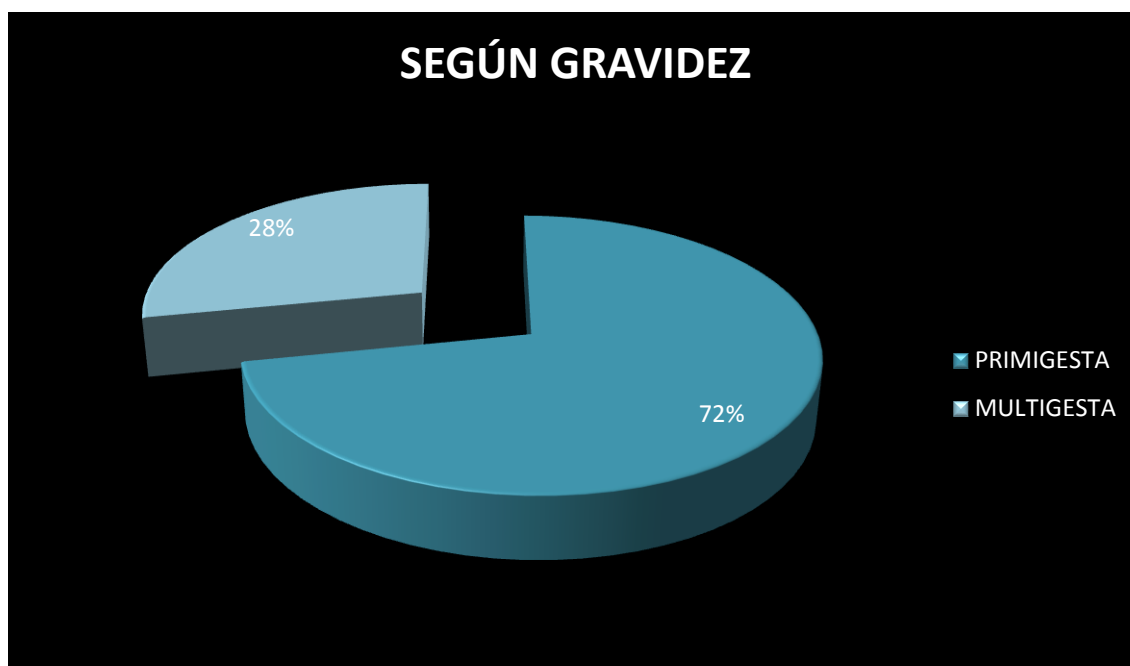


GRAFICO 7

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámpsicas del HGLPS
Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador

Interpretación y Análisis:

De los 64 casos con complicaciones asociadas a preeclampsia, 46 pacientes fueron primigestas que correspondieron el 72% y el 28% de ellas multigestas con 18 casos. El resultado de este estudio concuerda con la literatura de que la preeclampsia es más frecuente en primigestas que en multigestas.

Distribución según los controles prenatales dentro del grupo de estudio de pacientes con complicaciones asociadas a preeclampsia en Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016

CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	2	3.1%
MINIMOS (HASTA 5 CONTROLES)	41	64%

OPTIMOS > DE 5 CONTROLES	23	35.9%
TOTAL	64	100%

CUADRO 8

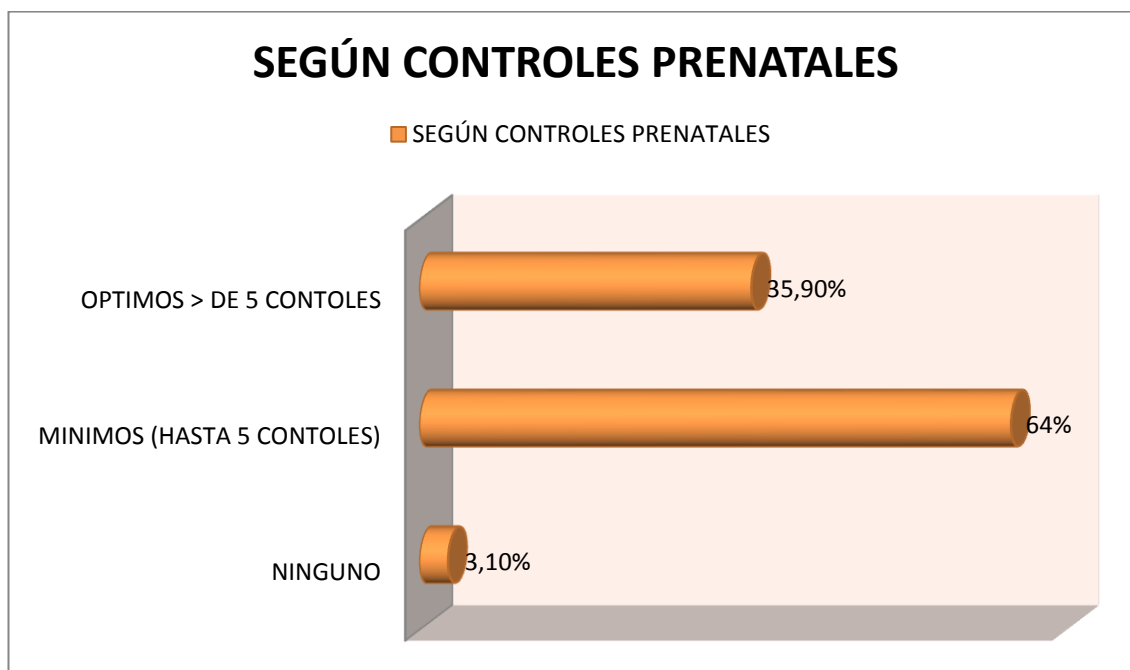


GRAFICO 8

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámplicas del HGLPS
Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador

Interpretación y Análisis:

Se demuestra en el cuadro n° 8, que 41 pacientes tuvieron controles prenatales mínimos con un 64%, mientras que se presentaron 23 casos con controles prenatales óptimos que corresponde el 35.9% y 2 pacientes sin ningún control prenatal con el 3%. Lo cual indica en este estudio que los controles prenatales deficientes fueron uno de los principales factores determinantes de la preeclampsia.

Distribución según la culminación del embarazo dentro del grupo de estudio de pacientes con complicaciones asociadas a preeclampsia en Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016

VIA DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
VAGINAL	15	23.43%
CESAREA	49	76.56%
TOTAL	64	100%

CUADRO 9

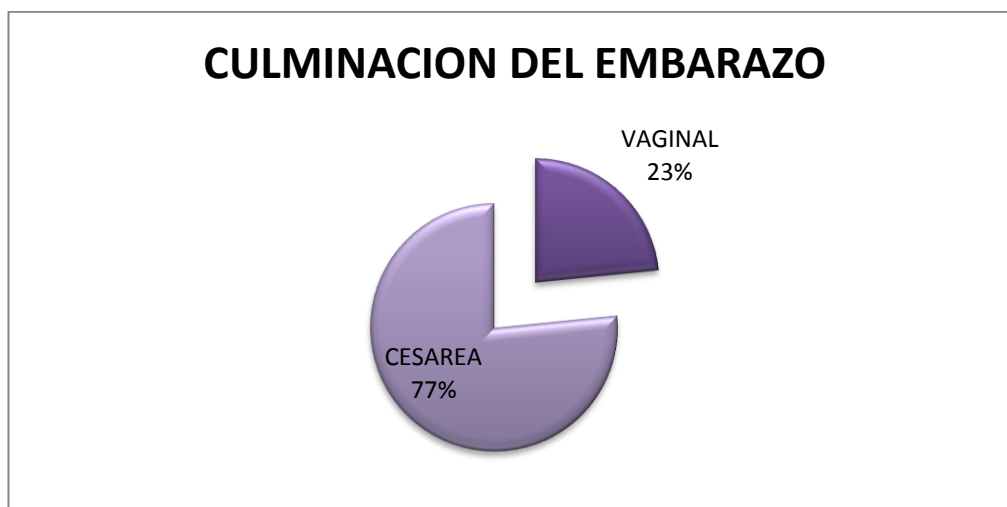


GRAFICO 9

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámpticas del HGLPS
Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador

Interpretación y Análisis:

En el gráfico se observa que 15 pacientes tuvieron el parto por vía vaginal equivalente al 23% y 49 mujeres tuvieron parto por vía cesárea que corresponde al 77% de casos. Determinando en este estudio que las pacientes preeclámpticas presentaron mayor frecuencia de parto por cesáreas.

Distribución de casos según las Complicaciones Feto/Neonatales dentro del grupo de estudio de pacientes con complicaciones asociadas a preeclampsia en Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016

COMPLICACIONES FETO-NEONATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESION NEONATAL	14	21.8%
MUERTE FETO-NEONATO	2	3.1%
OTRAS	0	0%
NINGUNO	48	75%
TOTAL	64	100%

CUADRO 10

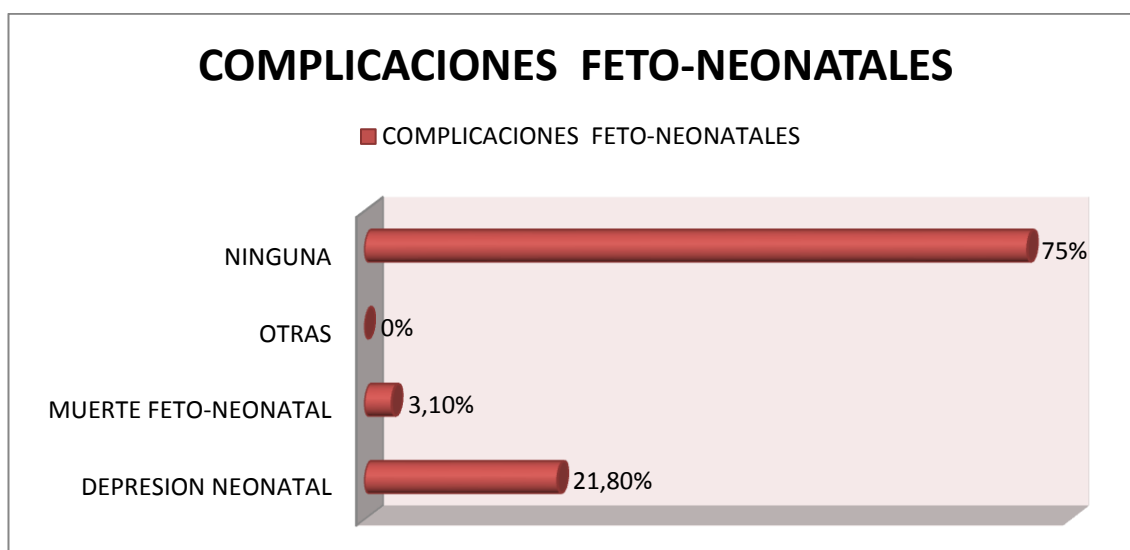


GRAFICO 10

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámplicas del HGLPS

Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador

Análisis e Interpretación:

En el cuadro y gráfico n° 10, se presentaron 48 casos que no tuvieron complicaciones Feto/neonatales que equivale al 75%, 14 casos con Depresión Neonatal correspondiendo al 21.8 % y 2 de muerte fetal con el 3.1%. En el estudio no se presentaron casos en relación con otras complicaciones feto/neonatales como oligoamnios, líquido meconial, e hipotermia.

Distribución según Complicaciones Maternas Durante o Después del Parto/Cesárea en mujeres preeclámplicas dentro del grupo de estudio de pacientes en Hospital Liborio Panchana Sotomayor. Enero 2014 a Enero 2016

COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO/CESÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HEMORRAGIAS UTERINAS	47	73.43%
SINDROME DE HELLP	14	21.87%
COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA	2	3.1%
MUERTE	1	1.5%
NINGUNA	0	0%
TOTAL	64	100%

CUADRO 11

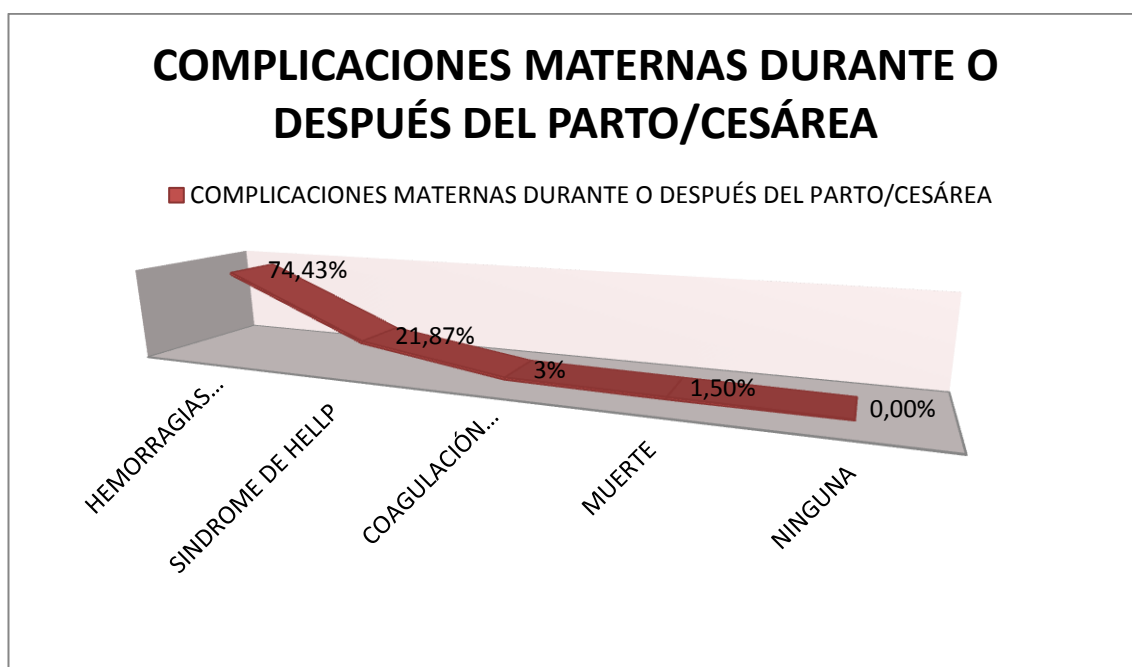


GRAFICO 11

Fuente: Historia clínica de las pacientes preeclámplicas del HGLPS

Elaboración: La investigadora Santa Elena -Ecuador

Análisis e Interpretación:

Este gráfico indica que el 74.3% de los casos con Hemorragias Uterinas, 21.87% presento síndrome de HELLP, 3% CID, Y 1.50% representado por una muerte materna lamentablemente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

En el presente estudio investigativo se demuestra la frecuencia de complicaciones asociadas a Preeclampsia en 64 casos, de un universo de 310 pacientes preeclámplicas de todas las edades.

La incidencia de esta patología en este grupo de pacientes que se atendieron en el HGLPS es del 11% de casos en comparación con las de mayor edad con un 78.

El estudio demuestra que pacientes embarazadas que se encuentran en edades extremas como ser menores de 20 años constituye uno de los principales factores predisponentes para desarrollar Preeclampsia, tal es el

caso de las pacientes entre 19 y 20 años con el mayor índice en un 48.43% de los casos estudiados.

La Preeclampsia severa como diagnostico en el área toco-quirúrgica del HGLPS ocupa una alta incidencia en relación con la preeclampsia severa, siendo el trastorno mas frecuente con el 79.7% de los casos, el cual esta estrechamente ligado con factores predisponentes que se presentaron con mayor frecuencia como: la etnia mestiza con un 87.5%, lo que contradice la literatura de que las pacientes de etnia negra son las mas frecuentes, seguido de la condición de ser primigestas con el 71.87% , tener deficientes controles prenatales durante la gestación con el 64 %.

También se presentaron otros factores en porcentajes más bajos pero de gran importancia tales como los antecedentes de hipertensión materna, antecedente de preeclampsia en embarazos anteriores, nivel escolar bajo, lo que demuestra que los factores sociales y ambientales predisponen la aparición de la Preeclampsia.

En cuanto a las consecuencias de esta enfermedad del embarazo se tiene que el 77% de casos terminaron en cesárea siendo pacientes jóvenes.

Con respecto a la evaluación del impacto de la preeclampsia en la madre y feto, el 21.8% de los Recién nacidos fueron depresión neonatal, el 22% fueron pequeños para la edad gestacional, y referente a muerte fetal el 3.1% de casos; lo que nos demuestra que la preeclampsia es una patología grave que conlleva a diversas complicaciones que aumentan la morbi-mortalidad feto/neonatal.

Sin embargo, en el trabajo de investigación el 80% de todas las preeclámpicas no presento complicación por lo cual es satisfactorio demostrar que mediante el tratamiento oportuno que recibieron se lograron disminuir las complicaciones maternas.

Por lo que se concluye que el reconocimiento de los factores predisponentes de la preeclampsia contribuye de una forma directa para detectar y clasificar a las pacientes de riesgo que en conjunto con los controles prenatales óptimos, la valoración de la curva de evolución de la presión arterial y en especial en el ultimo trimestre de gestación permitirán detectar la enfermedad precozmente, aplicar el manejo terapéutico adecuado y así evitar las graves complicaciones en el binomio madre-feto.

RECOMENDACIONES

Que el equipo de salud que atiende esta patología, la preeclampsia, tenga conocimientos actualizados de los principales factores predisponentes en una mujer gestante para desarrollar esta enfermedad, que se actúe conforme al protocolo de estados hipertensivos, esto permitirá un manejo adecuado y oportuno de las pacientes con estos trastornos.

Realizar charlas educativas que incentiven a las pacientes a una buena calidad de vida, a disfrutar de una maternidad saludable y sin futuras complicaciones.

Capacitar al personal de salud periódicamente sobre los diversos problemas de salud pública que aquejan nuestro medio y que los avances de la medicina puedan estar al alcance de toda la población, ya sea incrementado los servicios de salud en aquellas zonas rurales y de difícil acceso para las pacientes.

Desarrollar un plan especial de control prenatal en los centros de salud para las embarazadas con riesgo, en el cual el obstetra pueda registrar toda la información necesaria de cada historia clínica en una base de datos y que se cree un vínculo entre estos centros de menor complejidad y los hospitales donde serán transferidas las pacientes que necesiten una atención especial para que puedan ser asistidas satisfactoriamente conociendo sus antecedentes, complicaciones y tratamientos que recibieron durante su embarazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Beals Etienne, Caceda L. Luis, Carvajal M. Alejandro, Saravia Anthony, Olivares Cristian, Victoriano Franco, Echeverria Guillermo, Diaz Victor. REVISTA ANACEM ISSN 0718-5308, VOL3. Estudio Comparativo de la Morbimortalidad del Producto Gestacional en Mujeres Embarazadas con Preeclampsia moderada o severa.(2009)
http://revista.anacem.cl/pdf/vol3/revistaanacem_vol3N1_investigacion.pdf
2. Bonilla. Obstetricia, Reproduccion y Ginecologia Basicas pag 311 (2008).
3. Ceriani Cernadas - Neonatologia Practica 4^{ta} edicion, 2009.- Editorial Medica Panamericana.
4. Cruz Hernandez Jeddu, Hernandez Garcia Pilar, Yanes Quesada Marelis, Isla Valdes Ariana. Revista Cubana de Medicina General Integral version On-line ISSN 1561-3038 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252007000400012#cargo
5. Di Marco Ingrid, Basualdo Maria Natalia, Di Pietrantonio Evangelina, Paladino Silvina, Ingilde Monica, Domergue Gaston, Velarde Carmen Nora. Guia de practica clinica: Estados Hipertensivos Del Embarazo 2010 Redalyc (Sistema de Informacion Cientifica Red de Revistas Cientificas de America Latina, el Caribe, Espana y Portugal.)
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/912/91218911005.pdf>
6. Joerin Veronica Natalia, Dozdor Lorena Analia, Bres Silvina Andrea, Avena Josefina Leonor. Revista de Posgrado de la VIa Catedra de Medicina - N^o 165 . Enero 2007
http://med.unne.edu.ar/revista/revista165/5_165.pdf.
7. Marin Reinaldo, Teppa-Garran Alejandro, Oviedo Nestor J, Proverbio Teresa, Proverbio Fulgencio. Instituto Venezolano de Investigaciones Cientificas (IVIC), A.P. 21827, Caracas 1020A, Venezuela. Patogenia de la preeclampsia.
http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_2697.pdf
8. Mora-Valverde Jose Alberto. Revista medica de Costa Rica y Centroamerica LXIX (602) 193-198, 2012.
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art6.pdf>
9. Morgan-Ortiz Fred, Calderon-Lara Sergio, Martinez-Felix Jesus Israel, GonzalezBeltran Aurelio, Quevedo-Castro Everardo. Factores

de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles, Artículo original Ginecol Obstet Mex 2010; 78(3):153-159. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf>.

10. Pacheco Jose. Simposio de Hipertension Arterial. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el Gineco-obstetra Acta Med Per. 23(2) 2006. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a10.pdf>
11. Perozo-Romero Juan, Santos-Bolivar Joel, Pena-Paredes Elvia, Sabatini-Saez Isabel, Torres-Cepeda Duly, Reyna-Villasmil Eduardo. Revista de Obstetricia y Ginecologia de Venezuela version impresa ISSN 0048-7732 v.69 n.1 Caracas- mar. 2009.

ANEXO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS							
HC:							
*EDAD:							
13-	14	15-	16	17-	18	19-	20 > 20
*INSTRUCCION:							
Analfabeta Primaria Secundaria Superior							
*LUGAR DE RESIDENCIA:							
Urbana				Rural			
*ETNIA:							
Blanca		Mestiza		Negra		Indígena	
*ANTECEDENTES PATOLOGICOS MATERNOS:							
Ninguno		Hipertensión		Preeclampsia		Diabetes	
*ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:							
Ninguno		Hipertensión		Preeclampsia		Diabetes	
Obesidad							
*GRAVIDEZ:							
Primigesta		Multigesta					
*TIPO DE EMBARAZO SEGUN No DE FETOS:							
Único		Doble/ múltiple					
*CONTROLES PRENATALES:							
Ninguno		Mínimos		Óptimos			
*DIAGNOSTICO:							
Preeclampsia Leve				Preeclampsia Severa			
*VIA DEL PARTO:							
Parto Vaginal				Parto por Cesárea			
*PERIODO DE EDAD GESTACIONAL DEL RN:							
A termino		Pretermino		Inmaduro			
*PRODUCTO PEQUENO PARA LA EDAD GESTACIONAL:							
SI		NO					
*COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUES EL PARTO VAGINAL/CESAREA:							
Hemorragias		Uterinas		Síndrome de Hellp			CID
Muerte		Ninguna					
*COMPLICACIONES FETO/ NEONATALES:							
Depresión neonatal		Muerte feto/neonato		Otras		Ninguna	

