



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES EMBARAZADAS
HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO AÑO 2015.

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
EL TÍTULO DE MÉDICO.

AUTOR: DIVIANE ALLISON QUISPE CEDEÑO.

TUTORA: DRA. JUDITH AGUILAR DE ZAVALA.

GUAYAQUIL – ECUADOR

AÑO

2015 - 2016



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a Diviane Allison Quispe Cedeño ha sido aprobado, luego su defensa pública, en la forma presente por el tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar título de Médico

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

ESCUELA DE MEDICINA
CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR LA SRTA. DIVIANE ALLISON QUISPE CEDEÑO CON C.I. # 0926477092.

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES: COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO, AÑO 2015.

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN QUE SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD LO CERTIFICO:

DRA: JUDITH AGUILAR DE ZAVALA

TUTORA

DEDICATORIA

Este trabajo de titulación está dedicado para aquellas mujeres embarazadas y futuras madres que acuden al Hospital León Becerra, el cual se encarga de atender este tipo de caso, para poder brindar una atención con calidad y calidez, tal como lo manda el ministerio de salud Pública.

A mis compañeros internos que vallan a realizar su internado en este Hospital para que se den cuenta que aunque el Hospital no sea de tercer nivel, también se tratan casos de Preeclampsia, producto de los cuales se obtuvieron niños sin complicaciones.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme ayudado todo este tiempo en mi carrera, por darme la capacidad intelectual para saber sobrellevar todos los obstáculos que tuve que pasar para poder estar en este momento y poder lograr una de mis metas, sin él no estuviera aquí en este momento.

A mis padres, abuelita y hermanas por apoyarme desde el momento que decidí estudiar esta hermosa carrera, con la cual podré ayudar a muchas personas, por ser los impulsores en mis momentos de debilidad.

A mi tutora ya que sin la ayuda de ella, no hubiera podido realizar esta tesis, gracias a ella por brindarme su tiempo y conocimiento para la elaboración de la misma.

A todos y cada uno de mis Doctores De la Universidad de Guayaquil y del Hospital León Becerra Camacho, los cuales me brindaron su conocimiento, los que nos moldearon para ser una buena profesional y ante todo nos enseñaron que siempre debemos de tratar a los pacientes como si fueran nuestros familiares.

RESUMEN

La Preeclampsia es una enfermedad que se presenta en mujeres embarazadas mayor a 20 semanas de gestación con factores de riesgo, uno de los principales la nuliparidad de las pacientes, haber presentado Preeclampsia el embarazo anterior o que las madres presenten edades menores de 20 años y mayores a 35 años.

Se desconoce aún la causa principal de esta enfermedad, pues se la considera multifactorial, según su fisiopatología, entre las causas estaría una mala implantación placentaria, lo que provocaría en las mujeres que presenten alteración en su embarazo provocando, sintomatología como: cefalea, tinnitus, proteinuria en tira reactiva, la cual puede ser de dos o tres cruces, teniendo en cuenta que también se puede complicar

Una de las complicaciones que se presenta es: Síndrome de HELLP, que se caracteriza por presentar la sintomatología antes mencionada, agregando a esto dolor a nivel de hipocondrio derecho o Epigastralgia, alteraciones a nivel de los exámenes de laboratorio, que si no se trata a tiempo puede causar secuelas severas, tanto a la madre como para el producto de ese embarazo.

Se recolectaron datos en base a Historias clínicas de pacientes, las cuales presentaban como diagnóstico Preeclampsia, en base a estos datos nos podremos dar cuenta cuáles serían las edades, factores de riesgo y complicaciones que más frecuentemente se presentaron en el hospital y en que terminaron, si fueron derivadas o fueron sometidas a algún procedimiento, las manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes durante su ingreso al Hospital León Becerra Camacho de la ciudad de Milagro.

ABSTRACT

Preeclampsia is a condition that occurs in pregnant women more than 20 weeks of gestation with risk, one of the main factors the parity of the patients, presenting preeclampsia previous pregnancy or showing mothers under 20 years of age and older than 35 years.

Even the main cause of this disease is unknown, because considered multifactorial, according to its pathophysiology, among the cause would be a poor placental implantation, causing women to present alterations in pregnancy causing, symptomatology as: headache, tinnitus, proteinuria in test strip, which can be two or three crosses, bearing in mind that you can also complicate.

One of the complications arising is: HELLP syndrome, which is characterized by the above mentioned symptoms, adding to this pain right upper quadrant or epigastric pain, alterations at the level of the lab tests, which if not treated in time can cause severe sequelae, both the mother and the product of that pregnancy.

They were collected data based on medical histories of patients, which showed as Diagnostics preeclampsia, based on these data can give us account which would be ages, risk factors and complications that frequently arose in the hospital and ended, if they were derived or were subjected to any procedure, the clinical manifestations that the patients during its entry presented to Hospital León Becerra Camacho of miracle city.

ÍNDICE GENERAL

FIRMA DEL TRIBUNAL	Error! Bookmark not defined.
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	Error! Bookmark not defined.
DEDICATORIA	Error! Bookmark not defined.
AGRADECIMIENTO	Error! Bookmark not defined.
RESUMEN	Error! Bookmark not defined.
ABSTRACT.....	Error! Bookmark not defined.
INDICE GENERAL.....	VII
INTRODUCCIÓN	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO I	Error! Bookmark not defined.
1.- EL PROBLEMA.....	Error! Bookmark not defined.
1a.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	Error! Bookmark not defined.
1b.- JUSTIFICACIÓN.	Error! Bookmark not defined.
1c.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	Error! Bookmark not defined.
1d.- DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.....	Error! Bookmark not defined.
1e.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO II.....	Error! Bookmark not defined.
MARCO TEÓRICO.....	Error! Bookmark not defined.
PREECLAMPSIA.....	Error! Bookmark not defined.
DEFINICIÓN.....	Error! Bookmark not defined.
ETIOPATOGENIA.....	Error! Bookmark not defined.
CLASIFICACIÓN.	Error! Bookmark not defined.
FISIOPATOLOGÍA.....	Error! Bookmark not defined.
MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	Error! Bookmark not defined.
DIAGNÓSTICO.	Error! Bookmark not defined.
COMPLICACIONES.	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO III.....	Error! Bookmark not defined.
MATERIALES Y MÉTODOS	Error! Bookmark not defined.
METODOLOGÍA.	Error! Bookmark not defined.
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: La Encuesta.	Error! Bookmark not defined.
MATERIALES.	Error! Bookmark not defined.
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN	Error! Bookmark not defined.

COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL LEON BECERRA, MILAGRO, AÑO 2015	Error! Bookmark not defined.
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	Error! Bookmark not defined.
RECURSOS HUMANOS Y FISICOS	Error! Bookmark not defined.
CAPÍTULO IV.....	Error! Bookmark not defined.
RESULTADOS Y DISCUSIONES	Error! Bookmark not defined.
1.- A QUE EDAD LA PACIENTE GESTANTE PRESENTÓ PREECLAMPSIA.	Error! Bookmark not defined.
2.- EN QUE SEMANA DE GESTACIÓN PRESENTARON PREECLAMPSIA LAS PACIENTES.	Error! Bookmark not defined.
3.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS EN MUJERES GESTANTES.	Error! Bookmark not defined.
4.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y/O FAMILIARES EN MUJERES GESTANTES.	Error! Bookmark not defined.
5.- MANIFESTACIONES DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES.....	Error! Bookmark not defined.
6.- COMPLICACIONES FETALES DURANTE EL EMBARAZO ...	Error! Bookmark not defined.
7.- DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES.....	Error! Bookmark not defined.
8.- ¿EN QUÉ TERMINÓ EL EMBARAZO?.....	Error! Bookmark not defined.
9.- PESO DEL BEBE POSTERIOR AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO.....	Error! Bookmark not defined.
CAPITULO V.....	Error! Bookmark not defined.
CONCLUSIONES.	Error! Bookmark not defined.
CAPITULO VI.....	Error! Bookmark not defined.
RECOMENDACIONES O PROPUESTAS	Error! Bookmark not defined.
BIBLIOGRAFIA	Error! Bookmark not defined.
ANEXO 1	Error! Bookmark not defined.
FICHA DE DATOS	Error! Bookmark not defined.
ANEXO 2	Error! Bookmark not defined.
OFICIO PARA PODER INDAGAR EN LAS HISTORIAS CLINICAS Y RECOLECTAR INFRORMACIÓN.....	Error! Bookmark not defined.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación se basará en las características clínicas y complicaciones de la Preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital León Becerra Camacho (HLBC) de la Ciudad de Milagro, debido a la gran cantidad de mujeres embarazadas que muchas veces presentan diversos tipos de manifestaciones compatibles con esta patología, que aumenta el índice de Mortalidad Materno-Fetal.

El embarazo puede provocar Hipertensión Arterial en mujeres normotensas o alterar la Hipertensión Arterial en la que ya la presenta. La Preeclampsia junto a la hemorragia y las infecciones constituyen la principal causa de mortalidad materna. (Palermo, 2014).

Los Trastornos Hipertensivos ocurren entre el 6 - 8% de los embarazos con una incidencia de 3-7% en nulíparas y 1-3% en multíparas y contribuyen con un aumento de la mortalidad y morbilidad perinatal. Actualmente se la considera, como una de las primeras causas de parto prematuro en el mundo. (Evert Jimènez Cortes, 2013)

A nivel Mundial se informa que las muertes maternas debidas a trastornos hipertensivos del embarazo, llegan a 50.000 muertes maternas y 900.000 muertes perinatales. (Evert Jimènez Cortes, 2013).

La Preeclampsia se caracteriza por daño endotelial, consecuente aumento de la permeabilidad endotelial, perdida de la capacidad vasodilatadora y perdida de antiagregación placentaria. (Palermo, 2014).

Los hallazgos clínicos de la Preeclampsia pueden manifestarse como un síndrome materno (Hipertensión y Proteinuria) con o sin anomalías sistémicas y/o un Síndrome

Fetal (Restricción del Crecimiento Intrauterino, Reducción del Líquido Amniótico o Hipoxia fetal). (Palermo, 2014).

Las embarazadas con Hipertensión tienden a aumentar el riesgo de presentar complicaciones letales como: Desprendimiento Prematuro de placenta normalmente insertada (DPPNI), Coagulopatía Intravascular Diseminada (CID), Hemorragia Cerebral, Fallo Hepático e Insuficiencia Renal Aguda. (Palermo, 2014).

CAPÍTULO I

1.- EL PROBLEMA.

1a.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Preeclampsia es una enfermedad que presenta una tasa alta de complicaciones, con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, aumentando la mortalidad materno-fetal, por eso es necesario que el médico general pueda conocer los trastornos de un embarazo de alto riesgo.

Teniendo en cuenta que las complicaciones de la Preeclampsia es una de las Causas de Mortalidad Materno-Fetal que se ven con frecuencia tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, según los artículos consultados se podría decir que las complicaciones de la misma representan aproximadamente del 15 al 20% de las causas de Mortalidad Materno-Fetal a nivel mundial. Los casos que se presentan en diferentes países dependen básicamente de las características de su población.

La incidencia de Preeclampsia en los países de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos. Las tasas de los países Africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1.8% a 7.1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16-17%. (Vargas Victor, 2012).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) la segunda causa de mortalidad a nivel del Ecuador es por causa de Enfermedades Hipertensivas representando el 6.64% y la mortalidad Materna según el CIE 10: O14 (Hipertensión Gestacional (inducida por el embarazo con proteinuria significativa) representa el 16.13% según el INEC siendo la primera Causa de Mortalidad Materna a Nivel de

Ecuador y según el CIE 10: O10 (Hipertensión preexistente que complica el embarazo, el parto y el puerperio) representa la décima causa de mortalidad materna. (CENSO, 2014).

1b.- JUSTIFICACIÓN.

La Preeclampsia es una patología del embarazo la cual se consideraba hace mucho idiopática, en la actualidad se puede decir que es una enfermedad desencadenada por diversos factores, uno de ellos que la mujer presente su primer embarazo o que la misma presente edades menores de 20 años o mayores de 35 años.

Con respecto a esta enfermedad podemos decir que se caracteriza por presentar una Presión Arterial mayor o igual a 140/90mmHg y proteinuria positiva. Los trastornos hipertensivos que se producen durante el embarazo, constituyen una causa de mortalidad grave, discapacidad crónica y el fallecimiento que puede ser de la madre o el feto. (Luis Alberto Camacho Terceros, 2015). La Organización Mundial de Salud (OMS), tiene como proyecto disminuir la morbilidad materna como uno de los ocho objetivos del Desarrollo del Milenio. (Dres. Leonardo Sosa, Estados Hipertensivos Del Embarazo, 2013).

La Preeclampsia complica del 3-14% de todas las gestaciones, el 30% de los embarazos gemelares, el 30% de las gestaciones diabéticas y el 20% de los embarazos en madres con hipertensión crónica. (Lapidus, 2010) Provoca 200.000 defunciones maternas por año a nivel mundial. (Lapidus, 2010).

Debido a la demanda de pacientes embarazadas que se presentan en la actualidad y el porcentaje de menores de edad que debido a su condición socio-económica no tienen acceso a campañas de educación sobre los trastornos que se pueden presentar durante el embarazo o por el contrario la falta de control médico del embarazo, hace que muchas veces sea tarde un pesquisaje oportuno de esta enfermedad y se complique.

Por ello de los datos recopilados en el área de estadística del Hospital León Becerra Camacho conseguiremos; informes para conocer número de pacientes con Preeclampsia atendidas en el año 2015 y sus complicaciones, establecer pautas para educar a la población sobre las medidas que podamos realizar para reducir la incidencia de complicaciones en la Preeclampsia.

1c.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las complicaciones relacionadas con la Preeclampsia en pacientes embarazadas, Hospital León Becerra Camacho, Milagro, Año 2015?

1d.- DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA.

1.- CAMPO: Clínico de la Salud Pública.

2.- NATURALEZA: Se recogerán 100 casos para esta investigación.

3.- AREA: Estadística.

4.-LUGAR: Hospital León Becerra Camacho.

5.- PERIODO: Enero a Diciembre del 2015.

6.- ASPECTO: Cuadro Clínico, Complicaciones.

7.- TEMA: Complicaciones de la Preeclampsia en Embarazadas, Hospital León Becerra Camacho, Milagro, Año 2015.

1e.- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

Objetivo General.

Determinar las complicaciones de la Preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital León Becerra Camacho, Año 2015.

Objetivos Específicos.

- Determinar las complicaciones de la Preeclampsia en mujeres embarazadas.
- Identificar las características clínicas en las pacientes atendidas con Preeclampsia.
- Relacionar las características clínicas con las complicaciones de la Preeclampsia en mujeres embarazadas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

PREECLAMPSIA.

DEFINICIÓN.

Síndrome que se demuestra a continuación de las 20 semanas de embarazo, junto con un incremento de la presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, proteinuria mayor o igual a 300 mg en orina de 24 horas. (Andrea Lagos V. Julio Arriaga R, 2013). O de la misma manera mujer embarazada que demuestra hipertensión arterial después de las 20 semanas de embarazo y uno o más de las subsecuentes manifestaciones: insuficiencia renal, hepatopatía, neuropatía, variaciones hematológicas o modificaciones feto-placentarias. (D.C, 2013).

ETIOPATOGENIA.

Con respecto a la etiología de la Preeclampsia no se ha podido esclarecer, se ha podido identificar diversos factores de riesgo que nos permiten identificar la población más susceptible. (Iglesias, 2013).

“Entre los factores de riesgo tenemos:

- Primigestas Adolescentes (<16 años: 14%).
- Primigestas Mayores (>35 años: 35%).
- Multigesta con primipaternidad (24%).
- Secundigestante con antecedentes de Preeclampsia (27%).
- Primigestante de cualquier edad con antecedentes familiares de Preeclampsia en las hermanas o madre (24-38%).

- Embarazo Gemelar (35%).
- Molas Gigantes (nivel uterino supraumbilical: 80%).
- Otras: embarazo múltiple, IMC>35, enfermedades subyacentes como enfermedades autoinmunes, síndrome de Cushing, disfunción tiroidea, feocromocitoma, nefropatía, diabetes pregestacional, farmacodependencia, prehipertensión, entre otras.” (D.C, 2013).

Por lo general es más habitual en primigravidas. Es probable que por un mecanismo inmune, la futura madre aprenda a tolerar los antígenos del padre, los cuales se localizan en el líquido seminal; la exposición limitada al esperma contribuiría como factor de riesgo para que la mujer embarazada desarrolle Preeclampsia. Esto explicaría por qué las mujeres con exposición limitada al esperma (primer coito y embarazo, embarazo posterior a una inseminación artificial, múltiparas que cambian de pareja) demuestran mayor riesgo de Preeclampsia. (Gómez, 2014).

Complicaciones relacionadas con Preeclampsia, como el desprendimiento prematuro de la placenta, rotura hepática, eclampsia y accidente cerebrovascular, contribuyen significativamente con la mortalidad materna, esta patología es responsable del 15% de todos los partos prematuros y predispone a que el feto presente una restricción del crecimiento Intrauterino. (Julio Mateus, 2014).

Se ha demostrado que la obesidad aumenta el riesgo de Preeclampsia, un índice de masa corporal mayor de 39 aumenta en 3 veces el riesgo de Preeclampsia. Los componentes que implican la influencia de la obesidad en la Preeclampsia no están del todo aclarados. (Gómez, 2014).

Un estudio retrospectivo reciente demostró que la infección por VPH (Virus de Papiloma Humano), de riesgo alto duplicaba el riesgo de Preeclampsia y actualmente, en la Universidad de Tennessee están conduciendo un estudio prospectivo que permita evaluar

los efectos del VPH 16 y 18 en pacientes de riesgo aumentado y riesgo disminuido. (Gómez, 2014).

Un grupo de trabajo postula que la infección aguda por la bacteria *Chlamydia pneumoniae* en periodos iniciales del embarazo, produciría cambios fisiopatológicos en el trofoblasto y humorales en suero materno, equivalentes a los que se demuestran en la Preeclampsia. (Gómez, 2014).

CLASIFICACIÓN.

Según su manifestación la podremos clasificar en:

- Preeclampsia Leve.
- Preeclampsia Grave.
- Preeclampsia Sobreimpuesta a la Hipertensión Crónica.

PREECLAMPSIA LEVE:

Cuando se identifican mujeres embarazadas con presión arterial igual o mayor a 140/90mmHg, en dos tomas de la misma separadas por un tiempo de cuatro horas aproximadamente, con proteinuria igual o mayor a 300mg/24. (Lapidus, 2010).

PREECLAMPSIA GRAVE:

“Cuando se identifican niveles de presión arterial iguales o mayores a 160/110mmHg o aun con niveles arteriales menores, pero asociados a uno o más de los siguientes acontecimientos clínicos o de laboratorio (muestras de daño endotelial en órganos diana):

- Proteinuria >5g/24 h.
- Alteraciones hepáticas:
 - Aumento de transaminasas.
 - Epigastralgia persistente, náuseas/vómitos.
 - Dolor en cuadrante superior en el abdomen.
- Alteraciones hematológicas.
 - Trombocitopenia (Plaquetas <100.000/mm³).
 - Hemólisis.
 - CID (Coagulación Intravascular Diseminada).
- Alteración de función Renal:
 - Creatinina sérica >0,9 mg/dl.
 - Oliguria (menos de 50ml/hora).
- Alteraciones neurológicas:
 - Hiperreflexia tendinosa.
 - Cefalea persistente.
 - Hiperexcitabilidad psicomotriz.
 - Alteración del sensorio-Confusión.
- Alteraciones visuales:
 - Visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia.
- Restricción del crecimiento intrauterino/ Oligohidramnios.
- Desprendimiento de placenta
- Cianosis – Edema Agudo de Pulmón (no atribuible a otras causas)” (Lapidus, 2010).

PREECLAMPSIA SOBREIMPUESTA A LA HIPERTENSIÓN CRÓNICA:

Toda mujer gestante con hipertensión crónica que experimente, posterior a las 20 semanas de gestación, un aumento sistólico mayor a 30mmHg y diastólico mayor de 15mmHg con respecto a los valores registrados en la primera mitad del embarazo, y/o se relacione con

proteinuria de reciente aparición o cualquiera de los signos mencionados anteriormente de gravedad para la enfermedad. (Malvino, 2011).

FISIOPATOLOGÍA.

“En la actualidad estudios relacionan que la placenta se considera el órgano central en el desarrollo de Preeclampsia, la formación vascular placentaria ocurre mediante tres mecanismos como: 1.-) vasculogénesis, en la cual hay nueva formación de vasos sanguíneos; 2.-) angiogénesis la cual se caracteriza por un crecimiento de nuevos capilares en preexistentes vasos sanguíneos y por último 3.-) pseudovasculogénesis o remodelación de las arterias espirales.” (Julio Mateus, 2014).

En presencia de un Embarazo Fisiológico, las células del Citotrofoblasto migran a través de la decidua e invaden a las arterias para sustituir inicialmente a las células del endotelio y posterior destruir la capa muscular de la túnica media de aquellos vasos, que son las ramas terminales de la arteria uterina, encargadas de perfundir a la placenta y al feto. La transformación de estas arteriolas se inicia al final del primer trimestre y se completa entre las 18 y 20 semanas de embarazo. (Iglesias, 2013)

La remodelación que ocurre en las arterias espirales, musculares y de pequeño diámetro, a vasos de mayor calibre y con disminución de su capa muscular, permite crear una circulación útero-placentaria de baja resistencia y alta capacitancia, para facilitar el flujo de sangre hacia la placenta y permite la liberación de sustancias vasodilatadoras que actúan a nivel local sistémico. (Iglesias, 2013).

Durante el embarazo fisiológico, el trofoblasto que penetra el endotelio de las arterias espirales, debe cambiar la expresión de sus moléculas de adhesión, citoquinas,

metaloproteinasas y sus moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad clase HLA-G, es un proceso conocido como “pseudovasculogénesis”. (Iglesias, 2013).

A nivel de la circulación vascular se produce un incremento del volumen sanguíneo circulante, que incrementa 50% durante el embarazo, aunque presenta importantes variaciones interindividuales (oscilando entre 20% y 100%) Este aumento del volumen empieza en el primer trimestre y se alarga hasta el tercer trimestre de la gestación y se acompaña de una retención acumulativa de sodio de 500-900mEq. (Dres. Leonardo Sosa, Estados Hipertensivos Del Embarazo, 2013).

La Presión Arterial tiende a reducir, especialmente durante el segundo trimestre de la gestación. La disminución en los niveles de presión arterial es de aproximadamente de 10-15mmHg, con mayor descendimiento de la presión arterial se debe primordialmente a la disminución de la resistencia vasculares periféricas, que se ha vinculado a la acción del óxido nítrico, la relaxina y la progesterona sobre la musculatura de la pared arterial, cuyo nadir se encuentra aproximadamente entre las semanas 16-18 de edad gestacional. A partir del inicio del tercer trimestre la presión arterial media (PAM) se incrementa hasta alcanzar los valores previos a la gestación. (Dres. Leonardo Sosa, Estados Hipertensivos Del Embarazo, 2013).

La mayoría de los estudios han mostrado que el riesgo de sufrir Preeclampsia aumenta entre cuatro a cinco veces en los familiares de primer grado y entre dos a tres veces en los familiares de segundo grado de una mujer con el antecedente. (Raúl Carrillo-Esper, 2013).

La placenta es un órgano especializado en el intercambio de nutrientes y oxígeno entre el producto y la madre. Para llevar a cabo este proceso se requiere de un mecanismo perfecto de coordinación entre ambas vasculaturas que permita un adecuado mecanismo de vasculogénesis (formación de nuevos vasos sanguíneos) y de angiogénesis (crecimiento de los vasos sanguíneos recién formados). (Raúl Carrillo-Esper, 2013).

La invasión de las arterias espirales, en el tejido uterino materno, por el citotrofoblasto provoca la síntesis de moléculas endoteliales como las codeínas e integrinas (alfa y beta 3 integrina), que permiten el intercambio estructural de las células endoteliales y la formación de vellosidades coriales, con vasos sanguíneos de alto flujo y baja resistencia, lo que permite aumento significativo en la tensión de oxígeno placentario. (Raúl Carrillo-Esper, 2013).

Se identifica por una placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, posiblemente beneficiada por una preferencia inmunogenética, con inadecuada o excesiva respuesta inflamatoria sistémica. (Lapidus, 2010).

“Se identifica por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a un desequilibrio de los factores que inician la normal angiogénesis, en beneficio de los factores antiangiogénicos. (Lapidus, 2010). Estos elementos circulantes promueven el daño endotelial, con el perseverante incremento de la permeabilidad endotelial, pérdida de la capacidad vasodilatadora y de la función antiagregante plaquetaria.” (Lapidus, 2010).

“Se demostró descompone ion enzimática para síntesis normal del óxido nítrico, que arrastra al Stress Oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con incremento del tromboxano A2 y disminución de Prostaciclina, estimulación del Sistema Renina-Angiotensina, con aumento de la resistencia Periférica y vasoconstricción generalizada.” (Lapidus, 2010).

Un desbalance entre los factores proangiogénicos, encargados del desarrollo vascular placentario, el mantenimiento de la función vascular y los factores proangiogénicos, conducen a anormalidades vasculares en la placenta y el sistema cardiovascular materno. (Julio Mateus, 2014).

AVANCES SIGNIFICATIVOS EN LA COMPRESIÓN DE LA PREECLAMPSIA:

Como teoría se cree que la Preeclampsia, más que todo la de comienzo temprano en el embarazo, se desencadena en dos periodos. El primer estadio (antes de las 20 semanas) implica una deficiente invasión placentaria a nivel del miometrio y la vasculatura uterina; en este periodo no hay manifestaciones clínicas. (Gómez, 2014).

El segundo periodo se presenta como resultado de la deficiente placentación inducido por la concierne hipoxia placentaria y la hipoxia de reperusión, lo cual resulta en daño al sincitiotrofoblasto y restricción del crecimiento fetal. (Gómez, 2014). La falla de la invasión trofoblástica ha sido atribuida a dos factores interrelacionados: Primero.- una mala adaptación inmune paterno-materna y Segundo.- un proceso inflamatorio generalizado y estrés oxidativo que últimamente conduce a disfunción placentaria y disfunción endotelial. (Julio Mateus, 2014).

IMPLANTACIÓN ANORMAL Y VASCULOGÉNESIS:

En la paciente predestinada a desarrollar Preeclampsia, defectos en el proceso de implantación y vasculogénesis aún no del todos entendido trasfiere a una entrega inoportuna de sangre a la unidad útero-placentaria en proceso de incrementar el grado de hipoxemia y estrés oxidativo y del retículo endoplásmico. (Gómez, 2014).

“Actualmente, investigadores han demostrado evidencia que la señalización NOTCH (NOTCH es una proteína transmembrana que se utiliza como receptor de señales extracelulares y que participa en varias rutas de señalización con el objetivo principal de reconocer los destinos de la célula) es primordial en el asunto de invasión del trofoblasto y regeneración vascular. La ausencia de NOTCH2 se relacionaría con disminución del diámetro vascular y afectaría la perfusión placentaria.” (Gómez, 2014)

“Conjuntamente, los investigadores expusieron en modelos de Preeclampsia que los citotrofoblastos endovasculares y perivasculares faltaban de JAG1 (que es un ligando del NOTCH2). (Gómez, 2014). Deleciones en cualquier de los genes de la familia NOTCH puede resultar en anomalías vasculares y ser un factor de riesgo para Preeclampsia. Es más, la relación de los marcadores angiogénicos sflt-1/PIGF, importante para la regulación de crecimiento trofoblástica, fue aprobada en Europa, en el 2011 como tamizaje de Preeclampsia en el segundo trimestre.” (Julio Mateus, 2014)

“Últimamente se ha descubierto diferentes variantes de Flt1s-14, la cual se encuentra expresada en grandes cantidades en la Preeclampsia.” (Julio Mateus, 2014) “El Flt1s-14 es procedente primordialmente en áreas degenerativas del sincitiotrofoblasto conocidas como nudos sincitiales. Se ha encontrado concentraciones elevadas de Flt-1s y Engs es aumentada en la placenta de embarazos complicados por Preeclampsia.” (Julio Mateus, 2014).

También se ha encontrado en la circulación materna semanas antes de las manifestaciones de Preeclampsia y los niveles caen rápidamente después del parto, lo cual se relaciona con el mejoramiento clínico de la enfermedad. (Julio Mateus, 2014).

ACTIVACIÓN Y DISFUNCIÓN ENDOTELIAL:

El endotelio vascular posee series importantes, envolviendo el control del tono de la capa de musculo liso a través de la liberación de factores vasoconstrictivos y vasodilatadores, así como la autonomía de diferentes factores solubles que regulan la anticoagulación y funciones antiplaquetarias y fibrinolíticas, la Preeclampsia es un desorden de la célula endotelial. (Gómez, 2014).

ESTRÉS OXIDATIVO Y ESTRÉS DEL RETÍCULO ENDOPLÁSMICO:

Los niveles de peroxinitritos en el endotelio vascular es considerablemente más elevada en mujeres que presentan Preeclampsia que en aquellas con embarazos normales, lo cual concuerda con concentraciones disminuidas de superóxido dismutasa y Óxido Nítrico sintetasa. (Gómez, 2014).

La utilización de antioxidantes como la Vitamina C y Vitamina E, no presenta un efecto positivo con respecto a la prevención o tratamiento de Preeclampsia. (Gómez, 2014). Parece haber un exceso del estrés del retículo endoplásmico en mujeres que desarrollan Preeclampsia durante el embarazo temprano. El estrés del retículo endoplásmico activa un número de señales que buscan restaurar la homeostasis. (Gómez, 2014)

Se describió que este componente homeostático no funciona y que se impulsan vías apoptóticas que trastornan la función placentaria en mujeres que tienden a la Preeclampsia. (Gómez, 2014). Concentraciones disminuidas de carácter crónico del estrés del retículo endoplásmico durante el segundo y tercer trimestre pueden derivar en restricción del crecimiento asociado a Preeclampsia. (Gómez, 2014).

DAÑO EN LOS PODOCITOS.

La proteinuria la cual concierne a la Preeclampsia se debe al edema de la célula endotelial y a la disrupción del endotelio fenestrado en el podocito renal. (Gómez, 2014). Se ha descubierto una expresión reducida de las proteínas podocito-específicas, nefrina, proteína glomerular epitelial 1 (GLEPP-1) y ezrina en componentes de tejido renal de mujeres con Preeclampsia comparado con pacientes con presión normal o con hipertensión crónica pregestacional. (Gómez, 2014).

Se ha identificado la expresión disminuida de nefrina y sinaptopodina en tejido renal de pacientes que fallecieron por causa de las complicaciones que produce la Preeclampsia, comparadas con pacientes con presión normal que murieron por otros motivos que no se relacionan a la Preeclampsia. (Gómez, 2014).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

“La Preeclampsia, al ser una enfermedad que se incumbe con el daño endotelial, consigue afectar a todos los aparatos y sistemas (el feto no es la excepción). Se logra presentar como un síndrome materno (hipertensión arterial y proteinuria, con o sin consecuencias multisistémicas), síndrome fetal (oligohidramnios, restricción del crecimiento intrauterino o alteraciones de la oxigenación).” (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012).

Aquellos síntomas demuestran la gravedad del sufrimiento y la necesidad de una rápida vigilancia médica, ya que se relacionan con complicaciones graves como eclampsia o síndrome de HELLP. (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012).

Podemos clasificar las manifestaciones clínicas de acuerdo al aparato afecto:

- Sistema Nervioso Central.
- Síndrome de Distress Respiratorio.
- Cardiovascular.
- Hepático.
- Vascular.
- Renal.
- Inmunológico.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL:

“Con respecto a los síntomas y signos que la paciente va a manifestar tenemos los siguientes:

- ✓ Cefalea, Tinnitus, visión borrosa, mareo, náuseas, vómitos, hiperexcitabilidad
- ✓ Cambios mentales transitorios.
- ✓ Irritabilidad neuronal.
- ✓ Convulsión colapso vasomotor.
- ✓ Paresia de miembros distales.
- ✓ Reflejos Osteotendinosos exagerados.
- ✓ Clonus Patelar.” (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DISTRESS

RESPIRATORIO:

- ✓ Edema en la vía aérea superior. Extracción de O₂ menor al 30%, debido a disminución en la captación arterial de O₂ y en la combustión de O₂ tisular. (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).
- ✓ “Hipoperfusión intermitente placentaria acompañada de estrés oxidativo.
- ✓ Respuesta inflamatoria sistémica.” (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS CARDIOVASCULAR:

- ✓ Incremento de la resistencia vascular periférica, con disminución del gasto cardíaco. (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).
- ✓ Incremento de la tensión arterial sistólica y diastólica. (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).

- ✓ La vasoconstricción vascular incrementa la SVR, este vaso-espasmo sumando a la hemoconcentración y a la hipovolemia, incrementa la viscosidad sanguínea, empeorando la perfusión tisular. (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).
- ✓ El incremento exagerado, al cual está sometido el músculo cardiaco, origina cambios estructurales, como la hipertrofia ventricular izquierda. (cardiomiopatía). (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS HEPÁTICAS:

- ✓ “Incremento de transaminasas.
- ✓ Edema hepático.
- ✓ Dolor flanco derecho o epigastrio por distensión de la cápsula de glisson.
- ✓ Hemorragia intrahepática insuficiencia hepática.
- ✓ Hematoma subcapsular.” (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS VASCULARES:

- ✓ El tejido endotelial muestra estrés oxidativo, originando un desbalance en la secreción de sustancias antitrombóticas/ protrombóticas (trombocitopenia) e incremento de los procesos inflamatorios endoteliales. (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS RENALES:

- ✓ El deterioro del glomérulo renal, de los capilares y de los túbulos incrementa la permeabilidad y disminuyen la reabsorción de proteínas, ocasionando proteinuria con pérdida de albumina. (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).
- ✓ Niveles de ácido úrico mayores a 7,5mg7dl y depuración de creatinina menor a 75ml/min, sugieren compromiso renal severo. (Lina Vanessa Beltrán Chaparro, 2014).

DIAGNÓSTICO.

EVALUACIÓN DE LA PACIENTE.

- ✓ Se realizara la respectiva Historia clínica donde pondremos más énfasis en: la anamnesis orientada a la patología, posterior a ello el examen físico correspondiente a su estado de conciencia, Presión Arterial, Pulso, Aparato cardiovascular y respiratorio, presencia de edemas localizados y/o generalizados, varices reflejos osteotendinosos, palpación abdominal. (Lapidus, 2010).
- ✓ Evaluación Obstétrica en donde realizaremos: Altura uterina, maniobras de Leopold, Monitoreo fetal- Frecuencia Cardiaca Fetal, Tono y contractilidad uterina, pérdidas genitales (sangre- líquido amniótico), especuloscopia y tacto vaginal. (Lapidus, 2010).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.

➤ **Función Renal.**

- ✓ “Técnica Cualitativa (Tira Reactiva): en la orina recogida (chorro medio) y se agita. El resulta inmediatamente se lee por comparación del color que obtiene la área de la tira en relación con la orina con la tabla de colores

sobre las etiquetas. Con respecto a los resultados de la tira reactiva tendríamos” (Lapidus, 2010).

- “Negativa: <30mg/dl
- 1+ : 30 a 100 mg/dl
- 2+: 100 a 300 mg/dl
- 3+: 300 a 1000 mg/dl
- 4+: >1000 mg/dl

Valores de 2+ o mayores se considera positivo para el diagnóstico de proteinuria significativa. Su valor negativo no excluye el diagnóstico, pero permite descartar una Preeclampsia severa.” (Lapidus, 2010).

- ✓ “Método Cuantitativo (Proteinuria de 24 horas): La proteinuria se limita como la presencia de 300mg o más en una muestra de orina recogida durante 24 horas. Se apreció que el 10% a 20% de las pacientes ambulatorias consiguen aportar una muestra inconclusa.” (Lapidus, 2010).
- ✓ “Creatinina Plasmática: recordar que el valor normal es hasta 0,8 mg% posterior a ello valores por encima de este es marcador de Preeclampsia.” (Lapidus, 2010).
- ✓ “Uricemia: recordar el valor normal durante el embarazo es menor o igual 4mg%. Su incremento progresivo es frecuente y se lo relaciona con retardo del crecimiento intrauterino.” (Lapidus, 2010).

➤ **Estudios Hematológicos.**

- ✓ “Hematocrito: tener en cuenta que se considera normal valor de hematocrito < 37%, la hemoconcentración es característica de la patología y los casos consiguen descender en caso de mostrar hemolisis. (Lapidus, 2010).

- ✓ “Recuento Plaquetario: valores de 150.000 a 300.000/mm³, con recuento plaquetario menor o igual a 100.000 concierne con la severidad del cuadro (Síndrome de HELLP).” (Lapidus, 2010)
- ✓ “Coagulograma con Fibrinógeno: Los valores estándar de fibrinógeno aumentan durante el embarazo hasta en un 50% (200-400mg), hipofibrinogenemia solo en procesos severos, con incremento de los productos de degradación del fibrinógeno.” (Lapidus, 2010).

➤ **Función Hepática.**

- ✓ “GOT Y GPT: Tener en cuenta que no se modifica durante el embarazo, GOT: 8-33 UI/L, GPT: 4-36UI/, su incremento por encima del valor normal sugiere Preeclampsia con compromiso hepático.” (Lapidus, 2010).
- ✓ “LDH: Niveles hasta 230 UI/L se consideran normales, niveles superiores se relacionan con hemólisis y deterioro hepático”. (Lapidus, 2010).
- ✓ Ecografía Hepática: se la debería de realizar en caso de presentar síndrome de HELLP, ante una presunción de hematoma subcapsular, rotura hepática o hemoperitoneo por dolor a nivel del cuadrante superior derecho del abdomen o epigastrio o por presentar alguna descompensación hemodinámica. (Lapidus, 2010).

➤ **Estado Fetal.**

- ✓ “Monitoreo Fetal: no está verificado que corrija los resultados perinatales. Pero Brinda información del Estado Fetal al momento de su elaboración aunque no aporte información predictiva.” (Lapidus, 2010).

- ✓ Flujometría Doppler: el estudio del flujo en la arteria umbilical en los embarazos de alto riesgo ha permitido predecir mortalidad y morbilidad perinatal. (Lapidus, 2010).

CRITERIOS DE INTERNACIÓN.

Se recomienda hospitalización en aquellas embarazadas que demuestren Preeclampsia, en cualquiera de sus formas ya que la presencia de proteinuria mayor a 300mg/24horas, involucra enfermedad avanzada y el inicio de una fase inestable en la que la salud del feto y la madre puede deteriorarse de forma impredecible. (Lapidus, 2010).

Se recomienda elaborar a las pacientes maduración pulmonar fetal en las embarazadas con hipertensión arterial entre las 24 y 34 semanas de gestación. (Lapidus, 2010).

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA.

➤ “REFERENCIA A CONSULTA EXTERNA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

Desde la Primera consulta de atención Prenatal, en particularidad antes de las 20 semanas de gestación, convendrá enviarse a segundo nivel de atención médica las pacientes con riesgo alto de desarrollar Preeclampsia, es decir a aquellas embarazadas que:

- ✓ Dos o más factores personales o de riesgo intermedio.
- ✓ Uno o más factores de riesgo médico-materno.
- ✓ Uno o más factores fetoplacentarios.” (Pública, 2013).
- ✓

“Se deberá referir inmediatamente al tercer nivel, con particularidad antes de las 20 semanas, a aquellas pacientes con alto riesgo por condiciones médicas preexistentes como Preeclampsia previa y dos o más factores de riesgo.” (Pública, 2013).

➤ “REFERENCIA AL SERVICIO DE EMERGENCIA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

Se deberá referir a un centro de mayor nivel que cuente con opción de solución quirúrgica (cesárea y cesárea-histerectomía) y soporte postquirúrgico de complicaciones aquellas pacientes que presentes” (Pública, 2013):

- ✓ “Paciente con embarazo >20 semanas, con tensión arterial mayor o igual a 140/90mmHg con proteinuria de 300mg/24 horas o tira reactiva positiva con signos y síntomas de Preeclampsia.” (Pública, 2013).
- ✓ “Embarazada >20 semanas, con tensión arterial mayor o igual 160/110 mmHg con o sin síntomas de Preeclampsia, con o sin proteinuria.” (Pública, 2013).
- ✓ “Embarazadas que cursen con trombocitopenia, enzimas hepáticas incrementadas y hemólisis con embarazo a cualquier edad gestacional, ausencia de otras enfermedades, hipertensión o proteinuria.” (Pública, 2013).
- ✓ “Mujeres con embarazo <20 semanas, hipertensas crónicas con tensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, con sintomatología de Preeclampsia con o sin proteinuria.” (Pública, 2013).
- ✓ “Pacientes en puerperio que cursaron con hipertensión crónica con Preeclampsia sobre agregada, Preeclampsia leve o severa, hipertensión gestacional, hipertensión crónica durante su consulta de seguimiento en unidad de medicina familiar presenten cifras tensionales mayor o igual 160/110 mmHg con o sin resultados de laboratorio.” (Pública, 2013).

COMPLICACIONES.

Estudios sobre hipertensión durante el embarazo en los EEUU, la Preeclampsia sabe ser diagnosticada en ausencia de proteinuria cuando la hipertensión materna gestacional es asociada con trombocitopenia (plaquetas $<100.000/uL$), insuficiencia renal (creatinina sérica $>1,1mg/dl$ o aumento doble de los niveles de base), alteración de la función hepática (con elevación de las enzimas hepáticas dos o más por encima de los valores normales). (Julio Mateus, 2014).

Entre las principales complicaciones maternas de la Preeclampsia severa se encuentran:

- El síndrome de HELLP (10-20%).
- Coagulopatía Intravascular Diseminada (10%).
- Edema Agudo del Pulmón Cardiogénico (2-5%).
- Insuficiencia Renal Aguda (1-5%).
- Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (1-4%).
- Insuficiencia Hepática o la hemorragia ($<1\%$).
- Eclampsia ($<1\%$).
- Accidente Vascular Cerebral.
- Edema Cerebral.
- Insuficiencia Cardíaca. (Juan Fernando Romero-Arauz, 2012).

SINDROME DE HELLP.

Se puede describir como una de las mayores complicaciones en la progresión de una Preeclampsia que se identifica por hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas, asistido o no por signos clínicos como HTA severa, dolor epigástrico o en el hipocondrio derecho, náuseas, vómitos y malestar general. (Lapidus, 2010).

Complica del 10% a 20% de las Preeclampsia y constituye la máxima expresión de deterioro endotelial, con necrosis periportal y focal y depósitos de fibrina en sinusoides hepáticos. (Lapidus, 2010).

El 70% se presenta durante el embarazo y el 30% en el puerperio, en el contenido evolutivo de una Preeclampsia, sin embargo el 10% a 20% de los procesos pueden cursar sin proteinuria. (Lapidus, 2010).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- ✓ Dolor progresivo o brusco en cuadrante superior derecho y/o epigastrio o irradiado a hombro.
- ✓ Nauseas.
- ✓ Vómitos.
- ✓ Signos de shock.
- ✓ Oligoanuria.
- ✓ Bradicardia fetal (incluso puede llegar a la muerte fetal). (Lapidus, 2010).

Si se aplaza la intervención en una mujer embarazada de más de 20 semanas o puérpera. Si el recuento plaquetario es <50.000 por mm^3 o preexiste sangrado activo se deberá valorar el fibrinógeno, Dímero D, Tiempo de protrombina y PPT para descartar progresión a Coagulopatía Intravascular Diseminada. (Lapidus, 2010).

DIAGNÓSTICO.

“Es basado en el criterio más utilizado que es el de Tennessee:

Hemólisis.

- ✓ LDH mayor o igual 600 UI/L.
- ✓ Anormalidad en frotis de sangre periférica (Esquistocitos, células en timón de rueda, en erizo).
- ✓ Bilirrubina sérica mayor o igual 1,2 UI/L.” (Lapidus, 2010).

Enzimas Hepáticas Elevadas.

- ✓ GOT > 70 UI/L.
- ✓ GPT > 40 UI/L.
- ✓ LDH > 600 UI/L. (Lapidus, 2010).

Recuento De Plaquetas Bajo.

- ✓ Menor o igual a 100.000 por mm³.
- ✓ Clase 1: menor o igual a 50.000 por mm³.
- ✓ Clase 2: 50.000 a 100.000.
- ✓ Clase 3: 100.000 a 150.000 por mm³. (Lapidus, 2010).

COAGULOPATÍA INTRAVASCULAR DISEMINADA.

Es un conjunto de síntomas y signos que se identifica en su inicio por la activación patológica de la coagulación con almacenamiento de fibrina en la microvasculatura y daño isquémico tisular. La Coagulopatía Intravascular Diseminada nunca es primaria, siempre responde a un factor desencadenante. En todos los casos, incluyendo los obstétricos que también forman parte de la causa de producir el Coagulopatía Intravascular Diseminada entre las causas de daño endotelial directo tenemos la Preeclampsia. (Malvino, Coagulopatías Hemorrágicas Adquiridas durante el embarazo y puerperio, 2013).

FISIOPATOLOGÍA.

Con respecto a su fisiopatología lo que ocurre es lo siguiente:

Se origina la activación de la cascada de coagulación, la Coagulopatía Intravascular Diseminada constantemente se inicia tras la activación de la vía extrínseca de la coagulación el factor tisular originado por las células lisiadas, los macrófagos o las células neoplásicas estimulan la activación del factor VII y esto lleva finalmente a la elaboración de trombina. (Lapidus, 2010).

“La elaboración de trombina, se origina secundaria a la activación de la cascada de coagulación, la trombina provoca agregación de las plaquetas y transforma el fibrinógeno en fibrina. Es por lo tanto, responsable directa de la aparición de trombos imprecisos en la circulación.” (Lapidus, 2010).

Estimulo de la fibrinólisis: cada vez que se activa la cascada de la coagulación promueven a manejar, en forma simultánea, los elementos encaminados a hacer fibrinólisis. La plasmina, que es el resultado primordial de la fibrinólisis endógena, tiene la capacidad de destruir los complejos de fibrina que se depositan en la circulación. (Lapidus, 2010).

La interacción plasmina-fibrina libran sustancias que habitualmente no están presentes en el torrente sanguíneo, los cuales se comportan como neo-antígenos que secundariamente incitan la respuesta inflamatoria del individuo. El más importante de estos productos de degradación de la fibrina es el dímero D, que es fácil de medir y fiel reflejo de la activación fibrinolítica. (Lapidus, 2010).

Todos los fenómenos indicados transportan a la disfunción de los distintos órganos y esta disfunción múltiple es la responsable de las manifestaciones clínicas. (Lapidus, 2010).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Entre las manifestaciones clínicas que se van a presentar tenemos:

- Hemorragias: se saben presentar petequias y equimosis son frecuente con relación a otros áreas de sangrado tales como la vía intravenosa, catéteres y en algunos casos la superficie mucosa. (Dra. Katia Trejo, 2013).
- Alteraciones Hepáticas: se puede producir ictericia la cual es debida a una afectación hepatocelular y canalicular con el aumento de la elaboración de bilirrubina. (Dra. Katia Trejo, 2013).
- Alteraciones respiratorias: se puede presentar hemoptisis y disnea correspondida a daño endotelio vascular pulmonar. (Dra. Katia Trejo, 2013).
- Alteraciones Gastrointestinales: se logra presentar hematemesis, melena, rectorragia. (Dra. Katia Trejo, 2013).
- Alteraciones del Sistema Nervioso Central: son frecuentes las crisis convulsivas, déficits neurológicos focales, estos signos pueden presentarse en la fase temprana (Dra. Katia Trejo, 2013).

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico es complicado teniendo en cuenta lo múltiple de su fisiopatología.

Dentro de los estudios iniciales tenemos:

- Tiempo de Protrombina (TP).

- Tiempo de Tromboplastina parcial (TTP).
- Plaquetas: el recuento de plaquetas disminuido en la Coagulopatía Intravascular Diseminada, de forma bastante regular aunque con rangos muy variables (Dra. Katia Trejo, 2013).
- Dímero D: consigue ser moderadamente elevado sin Coagulopatía Intravascular Diseminada. Por lo tanto, los pacientes con niveles de Dímero-D menos de 2.000 ng/ml no debe ser diagnosticado de CID a menos que haya otras pruebas que lo corroboren. (Dra. Katia Trejo, 2013).
- Fibrinógeno: si presenta un nivel de fibrinógeno <100mg/dl en ausencia de enfermedad hepática grave, se asocia invariablemente con Coagulopatía Intravascular Diseminada aguda, generalmente asociada con manifestaciones de sangrado y se asocia a mal pronóstico. (Dra. Katia Trejo, 2013).

➤ “SCORE DIAGNÓSTICO DE CID	PUNTOS
✓ Criterios de SIRS	
- >3	1
- 0-2	0
✓ Conteo de Plaquetas	
- <80 o 50% del descenso en 24 horas.	3
- >80 y <120 o >30% disminución en 24 horas	1
- >120	0
✓ Tiempo de Protrombina.	
- >1.2	1
- <1.2	0
✓ Productos de Degradación del fibrinógeno	
- >25	3

- >10 y <25	1
- <10	0

Diagnóstico con un puntaje mayor a 4.” (Dra. Katia Trejo, 2013).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA.

La metodología hace referencia al modo en que orientamos las complicaciones y buscamos las soluciones, esto conlleva a seleccionar un método para nuestro estudio, en este caso utilizaremos un estudio de enfoque cualitativo, observacional, diseño no experimental, retrospectivo, de corte transversa y analítico.

Enfoque Cualitativo.

Los mecanismos de investigación y análisis saben ser muy diversas: personas, familias, grupos, instituciones, documentos, etc. (Salgado, 2012) Los cambios que sufren durante el paso del tiempo, los métodos sobre los que se investiga, toda esa diversidad dan lugar,

en cada uno de estos territorios, a una extensa gama de opciones para la elección de las unidades con las cuales se va a trabajar. (Salgado, 2012)

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN: La Encuesta.

La utilización de la encuesta, nos permite recolectar información útil para la investigación. La elaboración del cuestionario, es un acto decisivo el que se debe de realizar con claridad y objetividad, las preguntas, las cuales deben ser entendibles y simples para poder procesar la información. Se pueden utilizar preguntas con respuestas cerradas, con la que es posible determinar las respuestas con exactitud (alternativa de selección simple o múltiple).

MATERIALES.

Este estudio de investigación se realizará en la Zona 5, Provincia de Guayas, en la Ciudad de Milagro en el Hospital León Becerra Camacho de esta Ciudad. Se utilizaran Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de Preeclampsia que fueron atendidos en el Hospital León Becerra Camacho de la Ciudad de Milagro, se recolectaran datos específicos como: Edad, Semanas de Gestación, Manifestaciones Clínicas, Antecedentes Personales y Familiares y datos relevantes para nuestra investigación.

La viabilidad del proyecto es aceptable debido a que contamos con el permiso del área estadística del Hospital León Becerra Camacho en el cual puedo obtener los resultados esperados para desarrollar mi tesis de investigación.

En el desarrollo de la tesis criterios de inclusión y de exclusión.

A. Criterios de Inclusión.

- ✓ Mujeres embarazadas atendidas durante el periodo de estudio en el Hospital León Becerra Camacho.
- ✓ Pacientes embarazadas con Diagnóstico confirmado de Preeclampsia.

B. Criterios de Exclusión.

- ✓ Mujeres embarazadas que no sean diagnosticadas con Preeclampsia.
- ✓ Mujeres con Hipertensión Gestacional Diagnosticadas antes de las 20 semanas.
- ✓ Pacientes no atendidas durante el tiempo de estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTES
Variables Dependiente: Complicaciones	Complicaciones que la paciente Preeclampsia presenta y afecta en cierto porcentaje a su embarazo	Manifestaciones Clínicas	* Cefalea, Acufeno, Proteinuria (+).	Historia Clínica
			* Cefalea, Acufeno, Proteinuria (++) , Edema	
			* Otros por definir	
		Complicaciones Fetales Durante el Embarazo	* Oligohidramnios	Historia Clínica
			* Retardo del Crecimiento Intrauterino	
			* Sufrimiento Fetal	
			* Desprendimiento de Placenta Normoinserta	
		Diagnostico Confirmado	* No presento complicación	Historia Clínica
			* Preeclampsia Leve	
			* Preeclampsia Grave	
		¿En qué termino el Embarazo?	* Síndrome de HELLP	Historia Clínica
			* Parto Eutócico Simple	
* Cesárea de Emergencia				
* Ingresada para Tratamiento Especializado				
Variable Independiente	La Preeclampsia por lo general se	Edad de la paciente gestante	* Derivada a un Hospital de Tercer Nivel	Historia Clínica
			<20 años	
			21-30 años	

Edad , Semanas de Gestación y Peso del bebe posterior al nacimiento en el HLBC	presenta en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años que presente un embarazo mayor a 20 semanas de gestación		31-40 años	Historia Clínica	
			41-50 años		
		Semanas de Gestación	20-26 semanas de gestación		
			27-34 semanas de gestación		
			35-37 semanas de gestación		
			38-40 semanas de gestación		
		Peso del posterior al nacimiento en el Hospital León Becerra Camacho	* Pequeño para Edad Gestacional		Historia Clínica
			* Adecuado para Edad Gestacional		
* Grande para Edad Gestacional					
* Bebe no nacio en el HLBC madre fue derivada a Hospital de Tercer Nivel					
Variables Intervinientes: Factores Asociados	Son factores de riesgo que influyen en el desarrollo y complicación de la enfermedad	Antecedentes Gineco-Obstetricos	* Primigesta	Historia Clínica	
			* Secundigesta Nulípara		
			* Multigesta Multípara		
		Antecedentes Patológicos Personales	* Padre Hipertenso	Historia Clínica	
			* Madre Preeclampsia		
			* Hipertensión Gestacional		
			* Obesidad tipo 1 y 2		
			* Infección de Vías Urinarias y/o Vaginosis		

COMPLICACIONES DE LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES EMBARAZADAS, HOSPITAL LEON BECERRA, MILAGRO, AÑO 2015

ELABORADO: QUISPE CEDEÑO DIVIANE																						
ACTIVIDADES	AGOSTO 2015				SEPTIEMBRE 2015				OCTUBRE 2015				NOVIEMBRE 2015				DICIEMBRE 2015				ENERO 2016	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Elaboración de tema para anteproyecto	■	■																				
Solicitud para aprobación de tema de anteproyecto			■																			
Solicitud con corrección de tema			■	■																		
Elaboración del problema					■	■	■															
Solicitud para revisión de Historias Clínicas en el HLBC									■	■												
Elaboración del Anteproyecto									■	■	■	■										
Revisión del Anteproyecto													■	■								
Corrección de anteproyecto														■	■							
Aprobación de anteproyecto																	■	■				
Elaboración del Trabajo de Titulación																			■	■	■	■

ACTIVIDADES	ENERO 2016	FEBRERO 2016	MARZO 2016	ABRIL 2016	MAYO 2016
-------------	------------	--------------	------------	------------	-----------

	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Elaboración del Capítulo I																		
Autorización para Revisión de Historias Clínicas																		
Investigación del Tema en bibliografías																		
Elaboración del Capítulo II																		
Búsqueda en Historias Clínicas para elaboración de Datos Estadísticos																		
Elaboración del Capítulo III																		
Elaboración de Conclusiones																		
Elaboración de Recomendaciones																		
Revisión del Trabajo de Titulación																		
Corrección de Trabajo de Titulación																		
Aprobación del Trabajo de Titulación																		
Sustentación del Trabajo de Titulación																		

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Los elementos que se deben considerar durante la elaboración del problema ético durante la expectativa es la jerarquía de los valores y principios involucrados, entre estos tenemos: la indagación clínica apreciable, la disposición materna apropiadamente entregada y la equitativa aprobación de la actividad médica, lo cual produce un crisol de elementos bioéticos en juego, como son: (Drs. Carlos Cabrera Lozada, 2014).

Principio De Beneficencia: El compromiso del médico es indagar la mejor opción para alcanzar la salud de su paciente, pero es inevitable meditar que en estos casos, existen dos pacientes. (Drs. Carlos Cabrera Lozada, 2014).

Principio De Autonomía.- La mamá posee derecho a pronunciarse en las disposiciones con respecto al tratamiento que le compete a ella y a su hijo, de manera subrogada, pues el feto tiene una autonomía aunque no logre ejercerla, en claridad de este principio

bioético, la mama debe informar activamente en la decisión a tomar, si su situación clínica le permite la capacidad necesaria. (Drs. Carlos Cabrera Lozada, 2014).

Principio De Justicia.- Puesto que los seres humanos, ambos poseen igual derecho a la vida y a que se practiquen labores que le permitan un desarrollo saludable. (Drs. Carlos Cabrera Lozada, 2014).

Principio De No-Maleficencia.- Tanto como a la madre y al feto, no se les puede injustamente efectuar una acción que les sea perjudicial. (Drs. Carlos Cabrera Lozada, 2014).

RECURSOS HUMANOS Y FISICOS

➤ **Recursos Humanos**

- Personal de Estadística.
- Tutora de Tesis.
- Revisor de Anteproyecto.
- Autora.

➤ **Recursos Físicos**

- Esferos.
- Hojas de Papel Bond tamaño A4.
- Lápiz.
- Celular.
- Historias Clínicas.

- Computadora.
- Impresora.
- Encuestas.
- Páginas Web.
- Textos Bibliográficos.

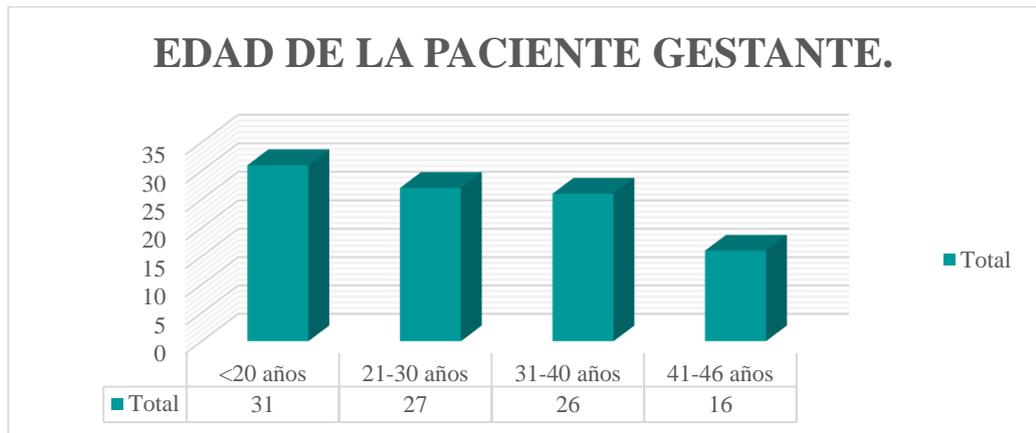
CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIONES

La recolección de datos obtenidos bajo la utilización de Historias Clínicas, nos da como resultado.

1.- A QUE EDAD LA PACIENTE GESTANTE PRESENTÓ PREECLAMPSIA.

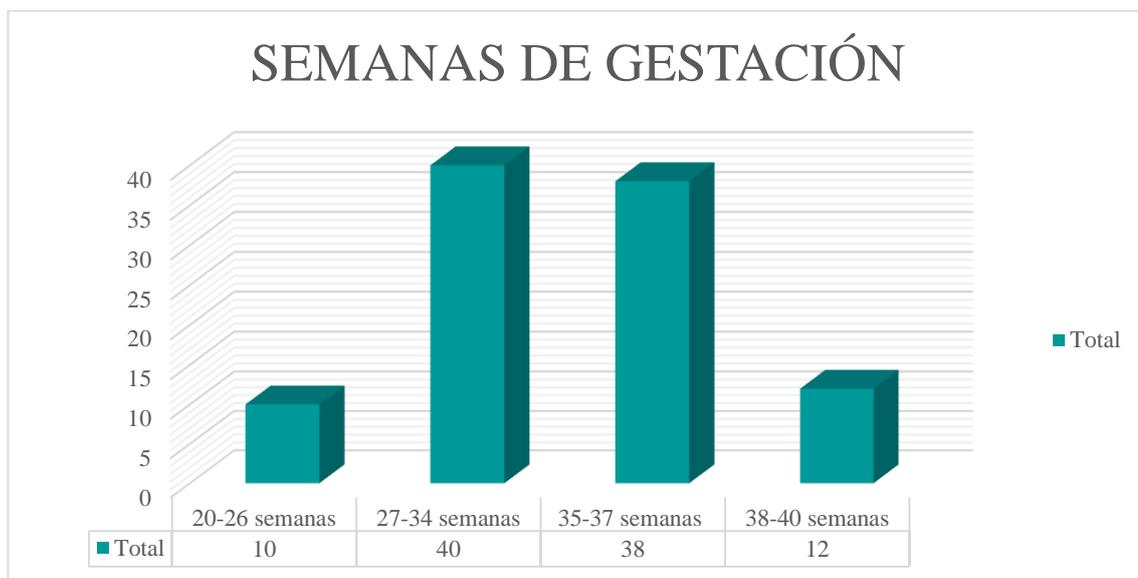
EDAD	TOTAL
<20 años	31
21-30 años	27
31-40 años	26
41-50 años	16
PACIENTES	100



Análisis Tabla N° 1: Tuvimos como resultado que la edad más frecuente de las pacientes que presentaron Preeclampsia fueron mujeres embarazadas <20 años, con un promedio de 31% de pacientes, en segundo lugar tenemos a las mujeres embarazadas entre 21 y 30 años con un 27%, en tercer lugar tenemos a las mujeres entre 31 y 40 años y en último lugar tenemos las mujeres entre 41 y 46 años que existen en un pequeño porcentaje, representado por el 16%.

2.- EN QUE SEMANA DE GESTACIÓN PRESENTARON PREECLAMPSIA LAS PACIENTES.

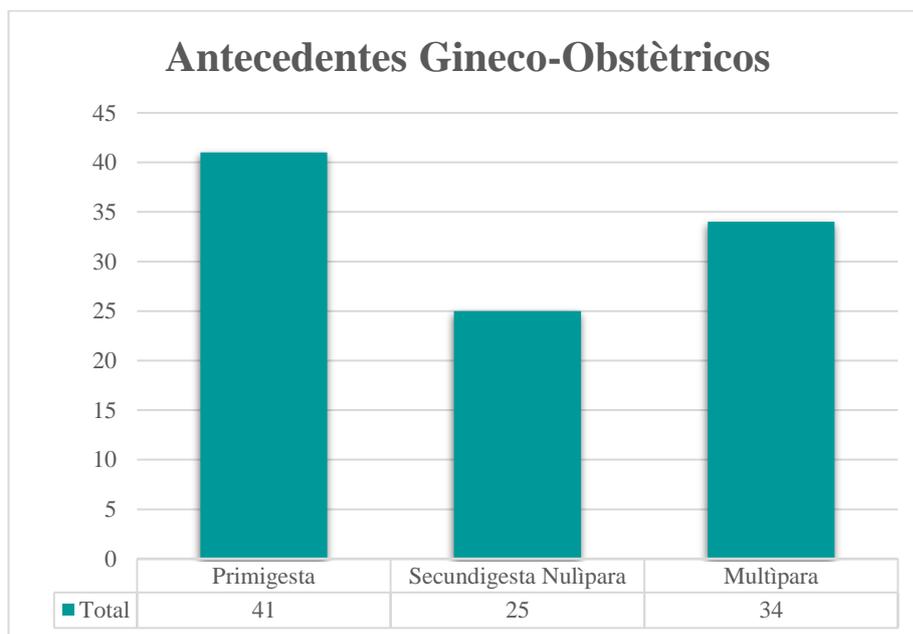
SEMANAS DE GESTACIÓN	TOTAL
20-26 semanas	10
27-34 semanas	40
35-37 semanas	38
38-40 semanas	12
PACIENTES	100



Análisis Tabla N° 2: Respecto a esta tabla, las semanas de gestación que más frecuentes en presentarse los casos fueron entre las 27 y 34 semanas de gestación con un 40% de los casos, en segundo lugar fueron entre las semanas 35-37 con un 38%, tercer lugar mujeres con 38 y 40 semanas de gestación con un 12% y por ultimo entre las semanas 20 y 26 que se presentaron 10% de los casos.

3.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS EN MUJERES GESTANTES.

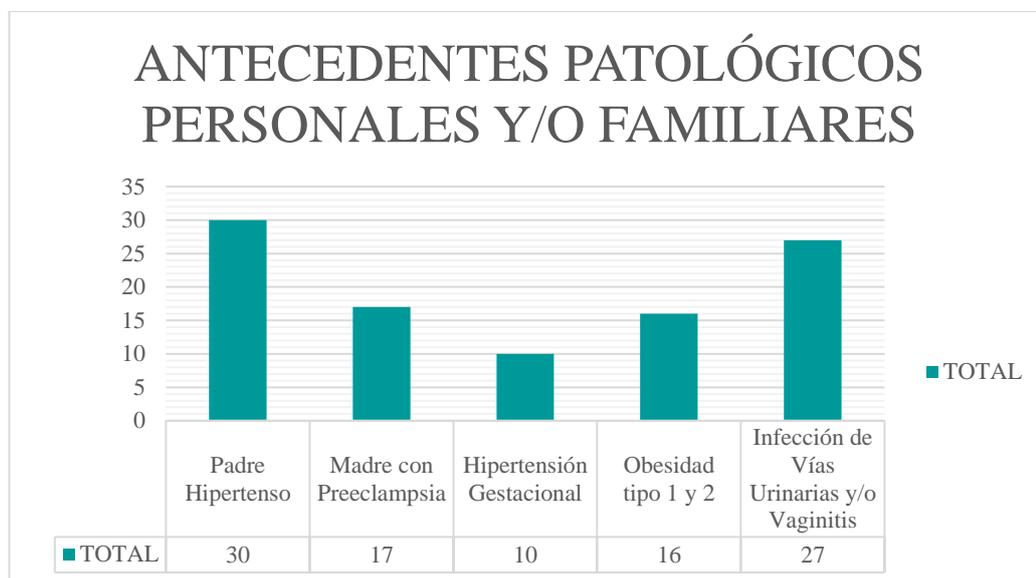
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS EN MUJERES GESTANTES.	TOTAL
Primigesta	41
Secundigesta Nulípara	25
Multigesta Multípara	34
PACIENTES	100



Análisis Tabla N° 3: Nos podemos dar cuenta, que por un pequeño porcentaje se presentó con mayor frecuencia en las mujeres embarazadas Primigestas con un 41% de los casos, en segundo lugar tenemos a las mujeres embarazadas Multiparas con un 34% y en último lugar a las Secundigesta nulíparas con un 25 % de los casos.

4.- ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y/O FAMILIARES EN MUJERES GESTANTES.

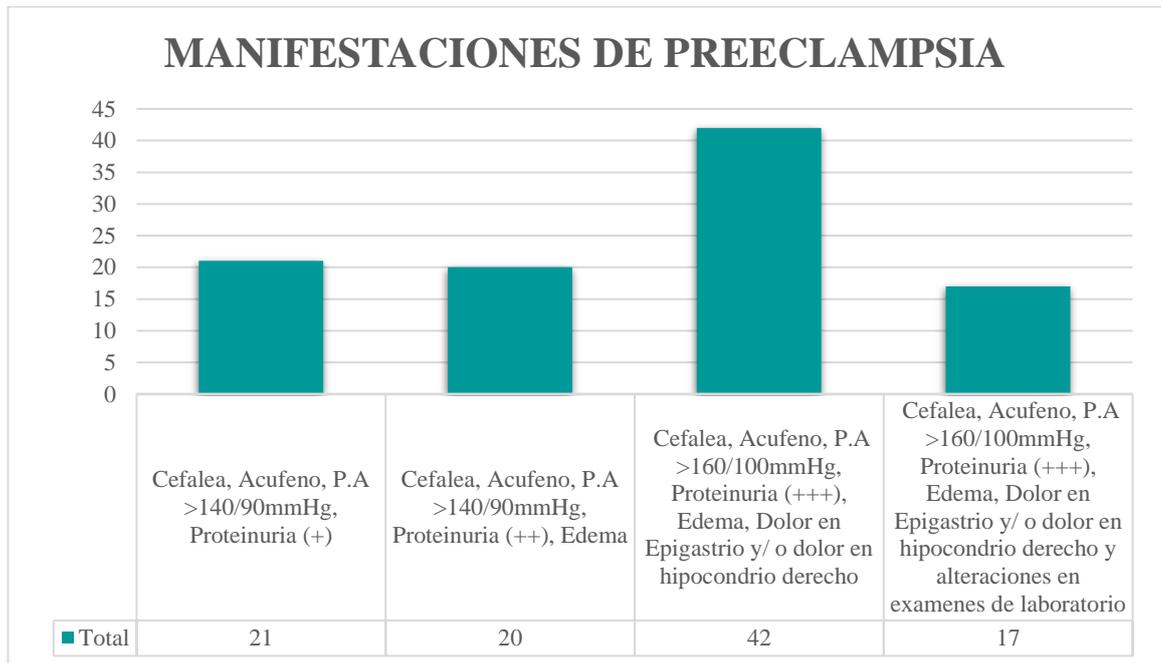
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y/O FAMILIARES EN MUJERES GESTANTES.	TOTAL
Padre Hipertenso	30
Madre con Preeclampsia	17
Hipertensión Gestacional	10
Obesidad tipo 1 y 2	16
Infección de Vías Urinarias y/o Vaginitis	27
PACIENTES	100



Análisis Tabla N° 4: Podemos decir que los antecedentes patológicos familiares y/o personales que más frecuentemente presentaron las pacientes, fue que su padre presento Hipertensión con un 30% de los casos, seguido en porcentaje por el antecedente de las pacientes embarazadas que presentaron Infección de Vías Urinarias y/o Vaginitis con un 27% de los casos, también hubieron pacientes cuyo antecedente familiar era de que su Madre con Preeclampsia un 22% de los casos y se dieron casos de embarazadas que presentaron Obesidad tipo 1 y 2 16 % de los casos y por ultimo pacientes embarazadas las cuales presentaban Hipertensión Gestacional con un 10% de los casos.

5.- MANIFESTACIONES DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES.

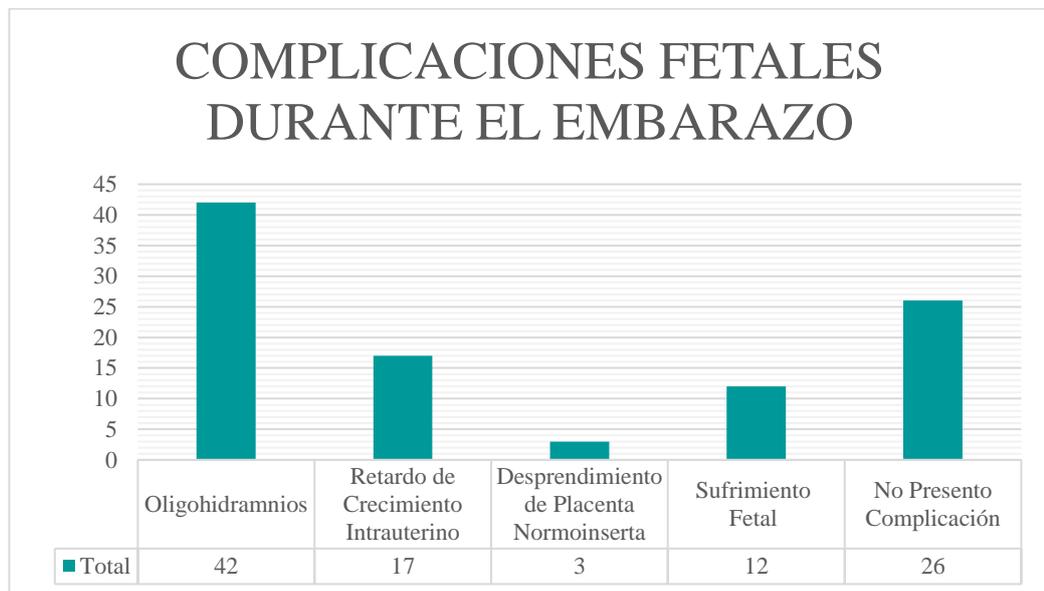
MANIFESTACIONES DE PREECLAMPSIA	TOTAL
Cefalea, Acufeno, P.A >140/90mmHg , Proteinuria (+)	21
Cefalea, Acufeno, P.A >140/90mmHg, Proteinuria (++) Edema	20
Cefalea, Acufeno, P.A >160/100mmHg, Proteinuria (+++), Edema, Dolor en Epigastrio y/ o dolor en hipocondrio derecho	42
Cefalea, Acufeno, P.A >160/100mmHg, Proteinuria (+++), Edema, Dolor en Epigastrio y/ o dolor en hipocondrio derecho y alteraciones en exámenes de laboratorio	17
PACIENTES	100



Análisis Tabla N° 5: Al ver esta tabla nos podemos dar cuenta que entre las manifestaciones clínicas que presentaron las pacientes la que se presentó en un mayor porcentaje, fue la Cefalea, Acufeno, P.A <140/90mmHg, Proteinuria (+++), Edema, Dolor en Epigastrio y/o Dolor en hipocondrio derecho, que se dio el 42% de las pacientes lo cual lo podemos relacionar con la Preeclampsia severa y viendo en las tablas nos podemos dar cuenta que también hubieron manifestaciones clínicas relacionadas con el Síndrome de HELLP en un 17%.

6.- COMPLICACIONES FETALES DURANTE EL EMBARAZO

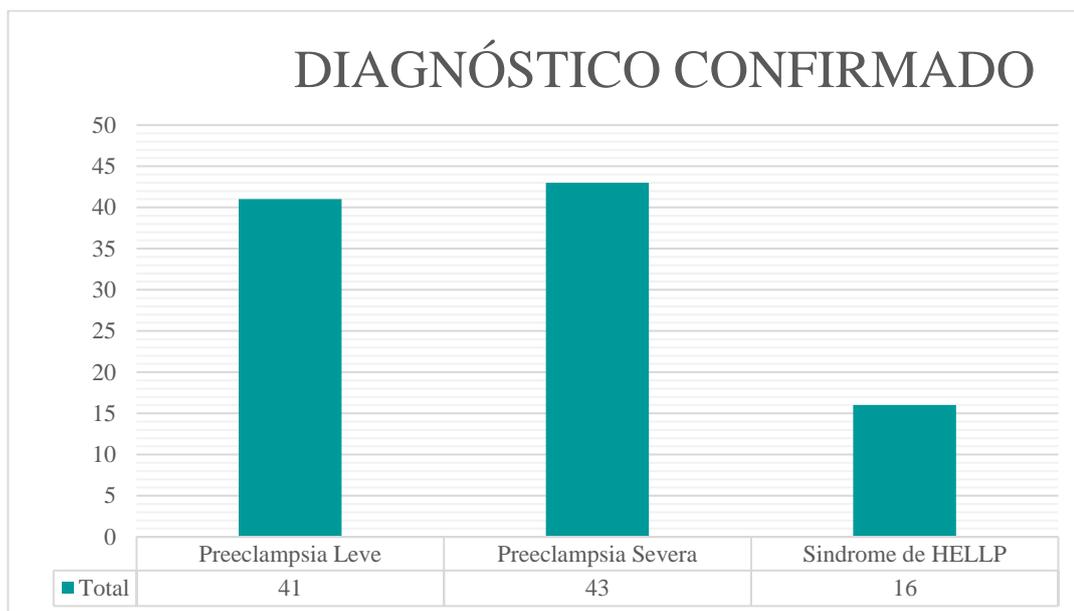
COMPLICACIONES FETALES DURANTE EL EMBARAZO	TOTAL
Oligohidramnios	42
Retardo de Crecimiento Intrauterino	17
Desprendimiento de Placenta Normoinserta	3
Sufrimiento Fetal	12
No Presento Complicación	26
PACIENTES	100



Análisis Tabla N° 6: Las complicaciones fetales que las mujeres embarazadas presentaron tenemos que la que con más frecuencia encontré, fue el Oligohidramnios con un porcentaje del 42% de las pacientes, Así mismo algunos niños no presentaron Complicaciones que fue el 26% de los casos, retardo del crecimiento se presentó en un 17% de las pacientes, sufrimiento fetal un 12% de los casos y en muy poco porcentaje se presentó el Desprendimiento de Placenta Normoinserta con un 3% de los casos.

7.- DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE PREECLAMPSIA EN MUJERES GESTANTES.

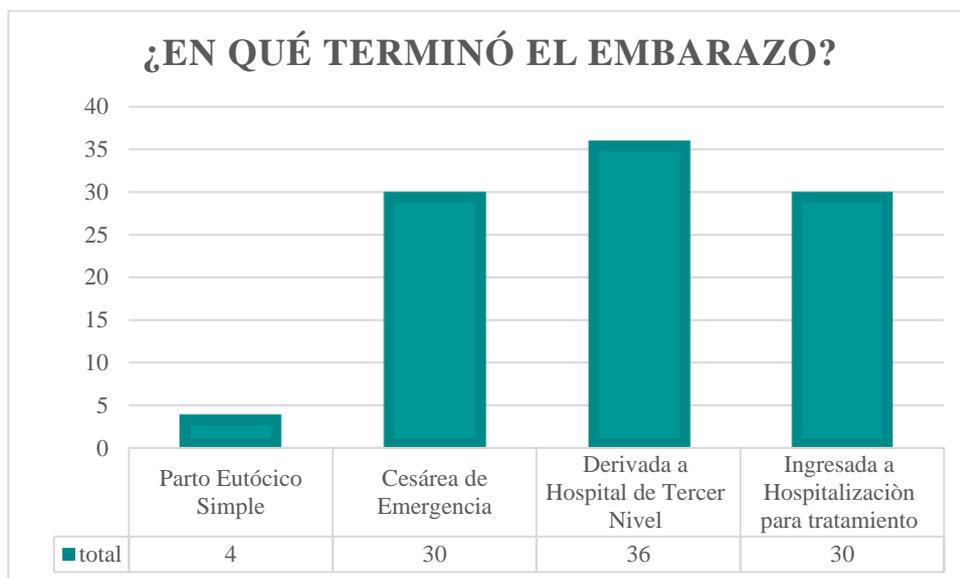
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO	TOTAL
Preeclampsia Leve	41
Preeclampsia Severa	43
Síndrome de HELLP	16
PACIENTES	100



Análisis Tabla N° 7: Respecto a esta tabla nos damos cuenta que entre los dos tipos de Preeclampsia la que se vio con más frecuencia fue la Preeclampsia Severa con un 43%, seguida de la Preeclampsia Leve con un 41% de los casos y en un pequeño porcentaje presento una de las complicaciones más graves que se presentan en la Preeclampsia que es el Síndrome de HELLP con un 16% de las pacientes.

8.- ¿EN QUÉ TERMINÓ EL EMBARAZO?

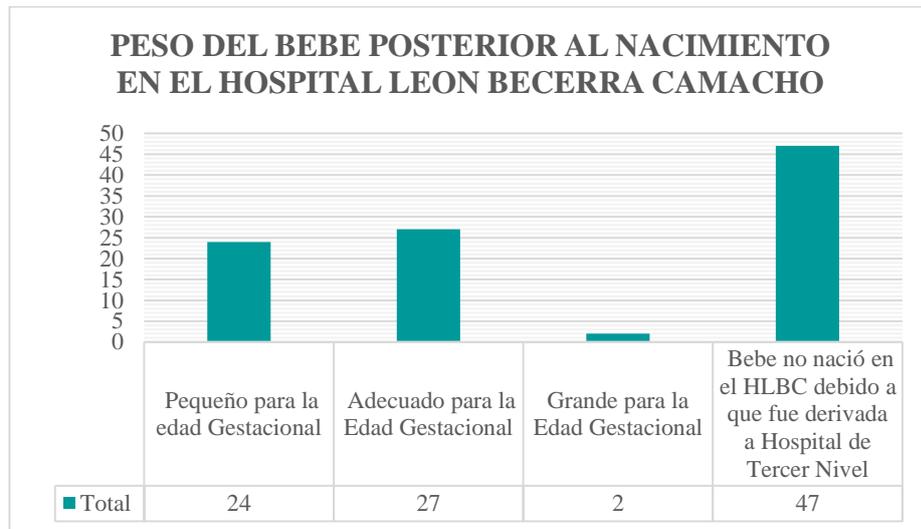
¿EN QUÉ TERMINÓ EL EMBARAZO?	TOTAL
Parto Eutócico Simple	4
Cesárea de Emergencia	30
Ingresada para Hospitalización	36
Derivada a Hospital de Tercer Nivel	30
PACIENTES	100



Análisis Tabla N° 8: En esta grafica podemos Observar que fueron derivadas a un Hospital de Tercer Nivel debido a las complicaciones que la mujer presento, un 36%, seguidos de Cesárea de Emergencia e Ingreso a hospitalización para tratamiento con un 30% de los casos y en último lugar los partos con un 4% de los casos.

9.- PESO DEL BEBE POSTERIOR AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO.

PESO DEL BEBE POSTERIOR AL NACIMIENTO EN EL HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO	TOTAL
Pequeño para la edad Gestacional	24
Adecuado para la Edad Gestacional	27
Grande para la Edad Gestacional	2
Bebe no nació en el HLBC debido a que fue derivada a Hospital de Tercer Nivel	47
PACIENTES	100



Análisis Tabla N° 9: Esta tabla vendría a hacer el complemento de la tabla anterior para poder saber el peso del bebe de una madre que presento Preeclampsia, el 47% de las Pacientes tuvieron que ser derivadas a un Hospital del Tercer Nivel, pese a algunas de ellas estar Hospitalizada en el Hospital León Becerra Camacho, como nos damos cuenta la mayoría de los niños que nacieron en el hospital de ellos: el 27% eran Adecuados para la Edad Gestacional, un 24% de los Recién Nacidos fueron Pequeños para la Edad Gestacional y un pequeño porcentaje un 2% fueron Grandes para la Edad Gestacional.

CAPITULO V

CONCLUSIONES.

Entre las conclusiones que obtuve posterior a indagar en las Historias Clínicas, me pude dar cuenta que la edad donde más frecuente vimos los casos fueron en aquellas mujeres embarazadas menores de 20 años de edad, las cuales en la actualidad son las que presentan un mayor aumento de embarazo.

Las semanas de gestación donde se presentó más su incidencia fue durante las 27 y 34 semanas, las cuales tuvieron que ser sometidas a maduración pulmonar para beneficio del

feto, de ellas el mayor porcentaje fueron, Primigestas, las cuales según lo investigado son entre los factores de riesgo las que más frecuentemente se ven estos casos.

Entre los Antecedentes familiares y/o Personales podemos decir que la mayoría de las embarazadas investigadas el factor de riesgo que más se vio en frecuencia fue que su Padre Presento Hipertensión, teniendo en cuenta que según los factores de riesgo algunos hombres hipertensos son los causantes de embarazos complicado que produzca Preeclampsia y por ende esto se transmite en embarazos posteriores.

Con respecto a las manifestaciones clínicas que las pacientes presentaron la que se vio más frecuentemente fue Cefalea, Acufeno, P.A >160/100mmHg, Proteinuria (+++), Edema, Dolor en Epigastrio y/ o dolor en hipocondrio derecho la cual la relacionamos con Preeclampsia Severa, las cuales se presentaron con mayor porcentaje produciendo así una de las complicaciones que son el Oligohidramnios el cual se presentó de manera, leve, moderado y severo, las embarazadas que presentaron oligohidramnios leve , moderado y severo fueron ingresadas en el Área de hospitalización las cuales permanecieron ahí por un tiempo de máximo 3 semanas, otras mujeres que debido a las complicaciones que presentaban en el momento que llegaban a la casa de salud fueron sometidas a cesárea de emergencia debido al riesgo que presento en feto en el momento del monitoreo.

La mayoría de los niños que nacieron en la casa de Salud fueron Adecuados para la Edad Gestacional, debido a la rápida resolución del problema que tuvieron, pero así mismo las pacientes las cuales fueron ingresadas y presentaron otras complicaciones posterior a estar hospitalizadas tuvieron que ser derivada a un Hospital de Tercer Nivel, por falta de capacidad resolutiva que presentaba en ese momento la casa de salud.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES O PROPUESTAS

- ✓ Las mujeres embarazadas deberían de acudir al centro de salud más cercano en el momento de haber comenzado su embarazo, para que se lleve un control del mismo y ella sea prevenida con las complicaciones que su embarazo puede presentar.

- ✓ Cuando una mujer presenta como antecedente haber sufrido problemas en su embarazo anterior con la Presión Arterial debe de ser más cuidadosa con su próximo embarazo, sabiendo que su próximo embarazo puede volverse a presentar problemas con su presión que comprometan no solo su salud sino la de su hijo.

- ✓ El Hospital León Becerra Camacho cuenta con escasa capacidad resolutive, quizás si se implementaran más áreas de alto riesgo, las cuales sean exclusivas

para pacientes que presenten estas complicaciones, la cual cuente con un personal de Enfermería y Doctores fijos en esa área se podría resolver los casos que se presentan, teniendo en cuenta que estas pacientes necesitan un Cuidado especializado.

- ✓ El Ministerio de Salud Pública cuenta con una Guía la cual habla de la manera de cómo debemos de actuar cuando tenemos una paciente con Preeclampsia o con algún trastorno de Hipertensión Arterial, deberíamos de utilizarla más a menudo y repasarla por lo menos cada mes en la Institución tanto con Médicos Residentes como Internos.
- ✓ Realizar Ecosonografía de la Arteria Uterina, para ver cómo se encuentra su forma o si presenta alguna anomalía la cual sea compatible con Preeclampsia.
- ✓ En la Actualidad un laboratorio médico se encarga de realizar estudios para poder identificar a tiempo paciente con factores de riesgo que puedan sufrir Preeclampsia, este estudio es Preeclampsia – coeficiente sFlt-1/PIGF, el cual es un nuevo biomarcador para el diagnóstico de Preeclampsia

BIBLIOGRAFIA

- Andrea Lagos V. Julio Arriaga R, J. i. (2013). FISIOPATOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA. *REV. OBSTET. GINECOL*, 157 - 160.
- CENSO, I. N. (2014). *INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSO*.
Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/compendio-estadistico-2014/>
- D.C, A. m. (2013). Guia de trastornos hipertensivos del embarazo. En T. V. Consuelo Peña Aponte, *Guia de trastornos hipertensivos del embarazo* (págs. 5-11). Bogota.
- Dra. Katia Trejo, D. J. (2013). Coagulación Intravascular diseminada (CID) durante el perioperatorio y postoperatorio. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 105- 113.
- Dres. Leonardo Sosa, M. G. (2013). Estados hipertensivos del embarazo. *REV URUG CARDIOL*, 285 -298.
- Dres. Leonardo Sosa, M. G. (2013). Estados Hipertensivos Del Embarazo. *REV. URUG. CARDIOL*, 285-298.

- Drs. Carlos Cabrera Lozada, O. U. (2014). Aspectos Bioéticos de la conducta expectante en la gestante con preeclampsia grave. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*, 87 - 102.
- Evert Jimènez Cortes, I. M. (2013). Preeclampsia: La evoluciòn diagnòstica desde la genòmica y la proteòmica. *REV. CHIL. OBSTET. GINECOL*, 148-153.
- Gómez, L. M. (2014). ACTUALIZACIÓN EN LA FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA. *REVISTA PERUANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICA*, vol.60 no.4.
- Iglesias, A. L. (2013). Fisiopatologia de la preeclampsia. *REV. OBSTET. GINECOL*, 157 -160.
- Juan Fernando Romero-Arauz, E. M.-B.-E.-P. (2012). GUIA DE PRACTICA CLINICA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA. *REV. MED INST MEX SEGURO SOC*, 569-579.
- Julio Mateus, M. (2014). SIGNIFICANCIA DEL DESBALANCE DE LOS FACTORES ANGIOGÈNICOS EN PREECLAMPSIA. *REVISTA PERUANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICA*, 334-343.
- Lapidus, D. A. (2010). Guia para el diagnostio y tratamiento de la hipertension en el embarazo. En D. A. Lapidus, *Guia para el diagnostio y tratamiento de la hipertension en el embarazo* (págs. 5-15). CRISTIAN FEVRE: FLOR ZAMORANO.
- Lina Vanessa Beltrán Chaparro, P. (2014). ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO: REVISIÓN. *REV. UD.C.A Act, & Div. Cient*, 311-323.
- Luis Alberto Camacho Terceros, M. C. (2015). Una mirada clinica al diagnostico de preeclampsia. *Rev Cient Cienc Med*, 50 - 55.
- Malvino, E. (2011). PREECLAMPSIA GRAVE Y ECLAMPSIA. En D. E. Malvino, *PREECLAMPSIA GRAVE Y ECLAMPSIA* (pág. 18). Buenos Aires: Biblioteca de obstericia crítica.

- Malvino, E. (2013). Coagulopatías Hemorrágicas Adquiridas durante el embarazo y puerperio. En E. Malvino, *BIBLIOTECA DE OBSTETRICIA CRÍTICA* (págs. 79-85). BUENOS AIRES.
- Palermo, M. S. (2014). *EMBARAZO NORMAL Y DE ALTO RIESGO*. Venezuela: AMOLCA.
- Pública, M. d. (Octubre de 2013). *Trastornos hipertensivos del embarazo Guía de la práctica clínica*. Obtenido de www.salug.gob.ec
- Raúl Carrillo-Esper, M. d.-Z. (2013). BASES MOLECULARES DE LA PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA. *REV INVEST MED SUR MEX*, 103-109.
- Vargas Victor, A. G. (2012). La Preeclampsia un problema de salud pública mundial. *REV. CHILENA OBSTET GINECOL*, 472.

ANEXO

ANEXO 1

**FICHA DE DATOS
HOSPITAL LEÓN BECERRA CAMACHO
PROYECTO DE TITULACIÓN
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**TEMA: COMPLICACIONES DE PREECLAMPSIA EN PACIENTES
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL LEON BECERRA AÑO 2015**
NOMBRE: _____

1. A qué edad la paciente Gestante presentó Preeclampsia

	<20 años
	21-30 años
	31-40 años
	41-50 años

2. En que Semanas de Gestación presentaron Preeclampsia las pacientes

	20-26 semanas
	27-34 semanas
	35-37 semanas
	38-40 semanas

3.- Antecedentes Gineco-Obstétricos en mujeres Gestantes

- Primigesta
- Secundigesta Nulípara
- Multigesta Multípara

4.- Antecedentes Patológicos Personales y Familiares en mujeres Gestantes

- Padre Hipertenso.
- Madre con Preeclampsia.
- Hipertensión Gestacional
- Obesidad tipo 1 y 2
- Infección de Vías Urinarias y/o Vaginitis

5.- Manifestaciones de Preeclampsia en mujeres gestantes

- Cefalea, Acufeno, P.A >140/90mmHg, Proteinuria (+)
- Cefalea, Acufeno, P.A >140/90mmHg, Proteinuria (++) , Edema
- Cefalea, Acufeno, P.A >160/100mmHg, Proteinuria (+++), Edema, Dolor en Epigastrio y/ o dolor en hipocondrio derecho.
- Cefalea, Acufeno, P.A >160/100mmHg, Proteinuria (+++), Edema, Dolor en Epigastrio y/ o dolor en hipocondrio derecho y alteraciones en examen de laboratorio.

6.- Complicaciones Fetales durante el Embarazo.

- Oligohidramnios.
- Retardo de Crecimiento Intrauterino.
- Desprendimiento de Placenta Normalmente Inserta.
- Sufrimiento Fetal.
- No presento Complicación.

7.- Diagnóstico Confirmado de Preeclampsia en Mujeres Gestantes

- Preeclampsia Leve
- Preeclampsia Severa.
- Síndrome de HELLP

8.- ¿En qué terminó el Embarazo?

- Parto Eutócico Simple.
- Cesárea de Emergencia.
- Ingresada a Hospitalización para tratamiento.
- Derivada a Hospital de Tercer Nivel.

9.- Peso del bebe posterior al nacimiento en el Hospital León Becerra Camacho

- Pequeño para la Edad Gestacional.
- Adecuado para la Edad Gestacional.
- Grande para la Edad Gestacional.
- Bebe no nació en el HLBC debido a que fue derivada a Hospital de Tercer Nivel.

ANEXO 2

OFICIO PARA PODER INDAGAR EN LAS HISTORIAS CLINICAS Y
RECOLECTAR INFORMACIÓN



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
ESPECIE UNIVERSITARIA

Milagro 14 de Enero del 2016

Doctor.
Luis Saltos Román
DIRECTOR MEDICO ASISTENCIAL
Ciudad.

Decano Dr. So
Estadística Tr. S
Favor de
D/ta

De mi consideración:

YO, QUISPE CEDEÑO DIVIANE ALLISON con C.I. N° 0926477092, Interna de Medicina, una vez aprobado el tema para Trabajo de Titulación:

COMPLICACIONES DE LA PRECLAMIA EN EMBARAZADAS, HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO, MILAGRO, AÑO 2015.

Me dirijo a usted para solicitar la autorización para analizar las historias clínicas que nos entregó el área de estadística relacionadas sobre nuestro tema de tesis.

Agradeciéndole de antemano la atención prestada a la misma quedo muy agradecido.

Atentamente.

Quispe Cedeno
.....
QUISPE CEDEÑO DIVIANE
C.I 0926477092

CC.: Iván Suarez
JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.

HOSPITAL LEON BECERRA CAMACHO
Área N° 21 - Milagro
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y REGISTRO
Recibido por: *Carla M.*