



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. ALEJO LASCANO BAHAMONDE”
ESCUELA DE MEDICINA**

**“DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA Y
ECLAMPSIA EN GESTANTES DE 16 A 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL
ÁREA DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS
DESDE EL 1 DE ENERO DEL 2014 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PREVIO PARA OPTAR POR EL
GRADO DE MEDICO GENERAL**

AUTOR

ROBERTO DANILO TOMALÁ RUIZ

TUTOR

DR. CARLOS VIZUETA CHÁVEZ

GUAYAQUIL – ECUADOR

2014- 2015



I



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

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al Sr. Roberto Danilo Tomalá Ruiz 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 grado de Médico General.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA ESCUELA DE MEDICINA

II

CERTIFICADO DEL TUTOR

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

CERTIFICO QUE:

HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR EL SR.

ROBERTO DANILO TOMALÁ RUIZ CON C.I. # 092325000-5

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES

“DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DE 16 A 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL MARIANA DE JESÚS DESDE EL 1 DE ENERO DEL 2014 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014”

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

DR. CARLOS ALBERTO VIZUETA CHÁVEZ

TUTOR



III

DEDICATORIA

Los resultados del presente trabajo de titulación, están dedicados:

En Primer lugar a Mi Madre quien desde pequeño supo guiarme y encaminarme en los valores de la responsabilidad, honestidad, además de inculcarme las ganas de superación en cada instante de mi carrera, por ser esa inspiración en cada actividad planteada, por ello el inicio de muchos logros son para ti Madre Mía

A mi tía, Luzmila a quien prometí, terminar mi carrera ya que su sueño era verme graduado como médico.

A mi padre, que como un amigo incondicional colaboró conmigo en la elaboración del presente trabajo.

A mis hermanas, a mis tías y a toda mi bella familia por hacer suya mi felicidad.

Finalmente a pesar de la distancia de las Unidades Hospitalarias del Internado nuestra amistad, perduro, creciendo en vínculos más fuertes por este logro que hoy celebramos juntos esta dedicatoria va para Uds. también Dras. Delia Andaluz y Janine Bermúdez, ahora si lo decimos juntos lo Logramos.

IV

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a DIOS, porque sin él no habría llegado hasta donde me encuentro ahora.

A Mi Universidad de Guayaquil, a la Facultad de Ciencias Médicas, mi Escuela de Medicina a mi tutor el Dr. Carlos Vizueta Chávez quien con profesionalismo, paciencia, y técnicas adecuadas supo guiar y orientarme en el desarrollo del presente trabajo de titulación; también exteriorizo este agradecimiento a la Obst. Delia Crespo Antepara ya que con sus conocimientos ha sido uno de los pilares fundamentales en la elaboración de este trabajo de investigación.

A la Maternidad Mariana de Jesús, por haberme permitido realizar una parte de mi internado rotativo, convirtiéndose en una de las mejores rotaciones y realizar mi trabajo investigativo en esta institución



V



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES JUVENILES DE 16 A 19 AÑOS DE EDAD ATENDIDAS EN EL AREA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPOITAL MATERNO INFANTIL MARIANA DE JESÚS DEL 01 DE ENERO DEL 2014 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014.

AUTOR/ ES:

Tomalá Ruiz Roberto Danilo

REVISORES:

Dr. Carlos Alberto Vizueta Chávez

INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Médicas

CARRERA: Medicina Humana

FECHA DE PUBLICACION:

DATO QUE PONE LA SECRETARIA

N^{ta} DE PÁGS:

Total de pag. De numeración arábica no se toma en cuenta los romanos.

ÁREAS TEMÁTICAS:

SALUD

PALABRAS CLAVE:

Preeclampsia, edema, proteinuria, hemorragia post Parto, hipertensión inducida por el embarazo.

RESUMEN:

La Preeclampsia, trastorno Hipertensivo en el embarazo, aparece después de las 20 semanas de gestación, caracterizado por hipertensión, edema de extremidades inferiores, y proteinuria. Es una de las primeras causas de morbilidad materno neonatal, en nuestro país ocupa el 2do lugar y, en América Latina el 12% de las causas obstétricas directas de muerte directa. El objetivo de este estudio es determinar factores de riesgo para Preeclampsia y Eclampsia en gestantes juveniles de 16 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús del 1 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014, el modelo de

estudio que se plantea es de tipo observacional retrospectivo indirecto mediante la revisión de Historias Clínicas. El universo lo conforman 200 pacientes que ingresaron al área de emergencia de esta casa de salud y la muestra la forman 80 pacientes. Como resultados encontramos la mayor parte de estas pacientes tuvieron diagnóstico de Preeclampsia leve, la complicación Obstétrica más frecuente de estas pacientes es la hemorragia Post parto, el nivel de instrucción que tienen es solamente primaria completa, de estado civil solteras y unión libre, algunas tuvieron como Antecedentes patológicos personales la Hipertensión inducida en el embarazo y que tuvieron Lupus Eritematoso Sistémico concluyo diciendo que la Preeclampsia tuvo mayor incidencia en pacientes en las pacientes de 16 a 17 años, en edades gestacionales de 38 a 39 semanas y en aquellas que no tuvieron ningún control prenatal.

Nº DE REGISTRO (en base de datos):		Nº DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES: Roberto Tomalá Ruiz	Teléfono: 0997682993	E-mail: ruiz_rob@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre:	
	Teléfono:	
	E-mail:	

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/ 1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Prometeo, teléfonos 2569898/ 9. Fax: (593 2) 250-9054

VI

RESUMEN

La Preeclampsia es un trastorno Hipertensivo en el embarazo que aparece después de las 20 semanas de gestación, caracterizado por hipertensión, edema de extremidades inferiores, y proteinuria .Se convierte en una de las primeras causas de morbilidad materno neonatal, a nivel mundial hace que alrededor del 6 al 8% de las gestaciones sufra complicaciones, en nuestro país ocupa el 2do lugar de las causas obstétricas directas de muertes maternas en el país. Y en América Latina el 12% de causa Obstétrica de muerte directa. El objetivo de este estudio es determinar factores de riesgo para Preeclampsia y Eclampsia en gestantes juveniles de 16 a 19 años en la Maternidad Mariana de Jesús del 1 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014. Usando para este estudio, las variables correctas y necesarias para el desarrollo y redacción de este trabajo, el modelo de estudio que se plantea es de tipo observacional retrospectivo indirecto mediante la revisión de Historias Clínicas. El universo lo conforman 200 pacientes que ingresaron al área de emergencia de esta casa de salud , y la muestra la forman 80 pacientes que cumplen los requisitos establecidos en los criterios de inclusión y exclusión Como resultados encontramos la mayor parte de estas pacientes tuvieron diagnóstico de Preeclampsia leve, la complicación Obstétrica más frecuente de estas pacientes es la hemorragia Post parto, el nivel de instrucción que tienen es solamente primaria completa, de estado civil solteras y unión libre, algunas tuvieron como Antecedentes patológicos personales la Hipertensión inducida en el embarazo y que tuvieron Lupus Eritematoso Sistémico concluyo diciendo que la Preeclampsia tuvo mayor incidencia en pacientes en las pacientes de 16 a 17 años, en edades gestacional es de 38 a 39 semanas y en aquellas que no tuvieron ningún control prenatal

Palabras Claves: Preeclampsia, edema, proteinuria, hemorragia post Parto, hipertensión inducida por el embarazo.

VII

ABSTRACT

Preeclampsia is a hypertensive disorder in pregnancy that occurs after 30 weeks of gestation, characterized by hypertension, edema of lower extremities, and proteinuria in urine. This disorder ranked 2nd direct obstetric causes of maternal deaths in the country. And in Latin America 12% of direct obstetric cause of death. The study presented below was developed in the Mariana de Jesus Hospital in the city of Guayaquil, which aims to help determine risk factors in young pregnant women aged 16-19 years old that predispose these patients to suffer this hypertensive disorder in pregnancy, in the period from January 1, 2014 to December 31, 2014, in a total of 80 patients with clinical symptoms of this disease: edema, hypertension, and proteinuria. Using this study, the correct and necessary for the development and writing of this paper variables, the study model that arises is indirect retrospective observational as results found most of these patients had a diagnosis of mild preeclampsia, the Obstetric complication most frequent of these patients is bleeding post delivery, the level of education they have is only completed primary, unmarried marital status and cohabitation, some were as personal pathological history induced hypertension in pregnancy and had Lupus Erythematosus I conclude by saying Preeclampsia had the highest incidence in patients in patients 16-17 years, the gestational age of 38-39 weeks and in those who had no prenatal care

Keywords: Preeclampsia, edema, proteinuria, pregnancy-induced hypertension

VIII

ÍNDICE

Introducción	.....	1
CAPÍTULO I: El Problema		
Determinación del problema	.....	4
Planteamiento del Problema	.....	5
Justificación	.....	9
Preguntas de investigación	.....	11
Objetivos General y Específicos	.....	12
Hipótesis	.....	13
Variables	.....	13
Definición de las variables	.....	14
CAPITULO II : MARCO TEORICO		
Antecedentes	.....	15
Principales Factores de Riesgo	.....	15
Preeclampsia	.....	18
Definición – Clasificación de la Preeclampsia	.....	19
Fisiopatología de la Preeclampsia	.....	20
Medios Diagnósticos para ptes con preeclampsia	.....	22
Seguimiento de pactes con Preeclampsia	.....	23
Criterios de Ingreso hospitalario	.....	24
Manejo de las pactes con Preeclampsia	.....	25



Tratamiento Ambulatorio	.....	25
Eclampsia	.....	26
Definición de Eclampsia	.....	26
Tratamiento Preventivo de la Eclampsia	.....	27
Síndrome de Hellp	.....	27
Criterios de Laboratorio Síndrome de Hellp	.....	27
Indicaciones para finalización de la gestación	.....	29

CAPITULO III: METODOLOGOIA

Metodología	.....	31
Localización y temporización	.....	31
Recursos	.....	31
Universo y muestra	.....	32
Métodos	.....	32
Criterios de inclusión y exclusión	.....	33
Tipo de investigación	.....	33
Diseño de la investigación	.....	33
Procedimientos de desarrollo de investigación	.....	33

Capítulo IV: RESULTADOS

Resultados	36
-------------------	-------	-----------

Capítulo V

Conclusiones	51
---------------------	-------	-----------

Recomendaciones	53
------------------------	-------	-----------

CAPITULO VI: PROPUESTA

Propuesta	54
------------------	-------	-----------

Bibliografía	57
---------------------	-------	-----------

ANEXOS

Anexo #1: Hoja de Recolección de Datos	62
---	-------	-----------

Anexo #2: Algoritmo de atención de Preeclampsia	64
--	-------	-----------

Anexo #3: Oficio Dpto. Estadística HMI MJ	65
--	-------	-----------

Anexo #4: Cronograma de actividades	66
--	-------	-----------

Índice de Gráficos

Gráfico #1: Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a las edades cronológicas objeto de este estudio de 16 a 19 años	36
Gráfico #2: Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a su Estado Civil	37
Gráfico #3: Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a sus Antecedentes Patológicos Personales	39
Gráfico #4: Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a su nivel de Instrucción	40
Gráfico #5: Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a su lugar de residencia	42
Grafico #6: Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a su gravidez	43
Gráfico #7: Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo al número de controles prenatales	44
Gráfico #8: Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a las semanas de Gestación	46

Gráfico #9:
Distribución de Pacientes con diagnóstico de preeclampsia de acuerdo al trabajo de parto al que fueron sometidas 47

Gráfico #10:
Distribución de Pacientes con diagnóstico de preeclampsia de acuerdo a la clasificación de la preeclampsia .. 49

INTRODUCCION:

Los trastornos de hipertensión en el embarazo, constituyen un problema de salud en Ginecología y Obstetricia que explican, en gran proporción una tasa elevada de complicaciones, maternas y fetales.

Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, los trastornos hipertensivos en el embarazo se consideran como elevación de la Tensión arterial sistólica, de unos 30 mmHg y de la tensión diastólica de 15 mmHg de los valores basales y para su estudio se ha dividido en cuatro categorías.

- Grado I: trastornos hipertensivos dependientes del embarazo (preeclampsia – eclampsia).
- Grado II: hipertensión crónica sea cual fuere la causa.
- Grado III: hipertensión crónica con preeclampsia o eclampsia sobreañadida.
- Grado IV: hipertensión transitoria o tardía.(1)

Considerando como punto de partida la información antes descrita procedemos a definir:

La preeclampsia se define como (TA diastólica >90 mm. Hg en embarazo >20 semanas + Proteinuria en 24 h $>$ a 300 mg o tirilla reactiva positiva) Es una entidad GinecoObstétrica que frecuentemente lleva a sufrir complicaciones el embarazo, constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia.(2) Se define como eclampsia al desarrollo de convulsiones en pactes con signos y síntomas de preeclampsia, cuando las convulsiones no se explican por otras causas(2).

El Objetivo General de este estudio es determinar por observación indirecta los factores de riesgo para Preclampsia y eclampsia, en gestantes juveniles de 16 a 19 años de edad atendidas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Mariana de Jesús, para contribuir con información a la cátedra de Obstetricia de la Universidad de Guayaquil, para futuros planes de trabajo en educación y prevención para la Comunidad

La naturaleza de este estudio, es que es 1 estudio básico retrospectivo, descriptivo enfocado a determinar la morbilidad de preclampsia y eclampsia manifestada en sus complicaciones a corto y largo plazo

El campo perteneciente a este estudio es la Salud Publica es por un aumento de las tasas de embarazos jóvenes considerando que entre las edades comprendidas de 16 y 19 años se ubica el rango de edad de las madres adolescentes, cuya cifra total en Ecuador es de 122.301. Según las estadísticas brindadas por el INEC, solo 30.575 del total de las madres pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA), de las cuales la mayoría, el 11,5%, son comerciantes de tiendas y el 10% son asistentes domésticas. En cuanto al estado civil, el 55% se une con su pareja, mientras que el 20% queda soltera, el 18% se casa; el 7% se separa y el porcentaje restante, se divorcia o llega a enviudar. (12)

El alcance del problema en salud corresponde a las áreas de Ginecología y Obstetricia debido a que se convierte en causa de numerosas complicaciones graves durante y después la gestación, la OMS y OPS considera a la preeclampsia como causas de morbimortalidad materna y fetal en el mundo entero, considera que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. En el Ecuador ocupa la 2da causa Obstétrica de muerte directa.

Por tanto este tema de investigación ha sido revisado en PUBMED, Edit. PANAMERICANA on Line y los resultados estarán de acuerdo con cada Objetivo específico.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

1.- Determinación del problema:

La Preeclampsia es uno de los estados hipertensivos del embarazo, que conlleva a un número de altas complicaciones en el estado gravídico de la paciente, y es la causa más frecuente de morbilidad materno- neonatal.

La naturaleza de este estudio, es que es 1 estudio básico retrospectivo, descriptivo enfocado a determinar la morbilidad de preclampsia y eclampsia manifestada en sus complicaciones a corto y largo plazo.

El campo perteneciente a este estudio es la Salud Pública es por un aumento de las tasas de embarazos jóvenes, y el Ecuador tiene una de las tasas más altas en América Latina, en la actualidad más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, se consideran poblaciones en riesgo aquellas de estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo y residencia en áreas rurales.

El alcance del problema en salud corresponde a las áreas de Ginecología y Obstetricia debido a que se convierte en causa de numerosas complicaciones graves durante y después la gestación. Y el Objetivo General de este estudio es determinar por observación indirecta los factores de riesgo para Preclampsia y eclampsia, en gestantes juveniles de 16 a 19 años de edad atendidas en el área de Gineco Obstetricia del Hospital Mariana de Jesús, para contribuir con información a la cátedra de Obstetricia de la Universidad de Guayaquil, para futuros planes de trabajo en educación y prevención para la Comunidad.

1.1 EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Alrededor del mundo cada año diez millones de mujeres desarrollan preeclampsia. A nivel mundial 76,000 mujeres embarazadas mueren de preeclampsia, y trastornos hipertensivos relacionados a esta. a nivel neonatal un aproximado de 50.000 bebés mueren a causa de este trastorno.(5)

La OMS considera a la preeclampsia y eclampsia como una de las principales causas de morbilidad materna y fetal en el mundo entero, considera que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia, su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vías de desarrollo. (13)

La OPS reitera el compromiso de dar su apoyo continuo y renovado a la iniciativa de maternidad sin riesgo que asumió este organismo internacional que estipula promover con los gobiernos y sociedad civil una verdadera maternidad saludable, ya que el logro de una maternidad sin riesgo es un elemento clave para alcanzar un verdadero desarrollo. (13)

En EE.UU según la revista de la Asociación Internacional de la Preeclampsia (Preeclampsia Association and foundation) se estima, que la tasa de mortalidad materna debido a los estados hipertensivos del embarazo entre ellos la preeclampsia, ha ido disminuyendo llegando a una estadística del 15%, debido a correctos programas de seguimiento y vigilancia a las pacientes que tuvieron antecedentes de hipertensión inducida en el embarazo, en gestaciones previas.(4)

En América Latina la morbilidad materna no ha disminuido aproximadamente, el 50% de los casos se desarrollan antes del parto, el 25% durante el parto y el

25% restante, en el post-parto. La causa principal de la eclampsia parece ser el vaso espasmo cerebral grave, también se ha relacionado con este proceso la encefalopatía hipertensiva. sino que ha ido en aumento por diversas causa entre las que podemos citar: tener pocos o nulos controles durante el embarazo, porque el trabajo de parto y el parto no ha sido atendido por personal altamente calificado, pobreza extrema en la que viven algunas de las parturientas lo que conlleva a la falta de recursos económicos lo que hace imposible a las gestantes tener una alimentación correcta antes, durante y después del embarazo y finalmente aun la falta de educación en algunas comunidades lo que conlleva a que las mujeres embarazadas aun acudan a costumbres antiguas, siendo así que utilicen los servicios de comadronas empíricas, siendo ellas personal no apto ni calificado para atender ni detectar los riesgos. (5)

En México, se convierte en una de las complicaciones más frecuentes, su incidencia es del 47,3% por cada 1000 nacimientos, y se convierte en la primera causa de ingreso de las pacientes al área de cuidados intensivos debido a elevados niveles de presión arterial, la presencia de convulsiones (Síndrome de Hellp- Eclampsia) por lo que se necesitan cuidados especializados, entre ellos mantener un correcto estado hemodinámico, soporte de oxígeno, y manejo de la crisis convulsiva. (5)

En países pobres la principal, condición es la falta de una política de estado en beneficio de la población en salud y educación lo que limita a la madre gestante, en como saber el desarrollo normal de un embarazo, como de igual manera lo que conlleva a una desnutrición y a que no se diagnostiquen futuras complicaciones del embarazo En estos países la mortalidad puede alcanzar un 18,2 %de preeclampsia y en 5% de eclampsia. (5)

El embarazo en adolescentes es un problema en salud pública, y el Ecuador tiene una de las tasas más altas en América Latina, en la actualidad más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas, se consideran poblaciones en riesgo aquellas de estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo y residencia en áreas rurales. (12)

En el Ecuador se encontró una incidencia de preeclampsia y eclampsia de 22% del total de mujeres embarazadas, entre tres y cuatro de cada cien mujeres fallecen por este motivo. Una pauta importante es la disminución de la perfusión placentaria en etapas tempranas del embarazo. siendo ésta la primera causa de muerte materna

La Preclampsia y Eclampsia y trastornos hipertensivos en el embarazo según el INEC en el 2012 ocupa el 2do lugar de las causas obstétricas directas de muertes maternas en el país. Y en América Latina el 12% de causa Obstétrica de muerte directa. (4)

En cuanto a los factores de Riesgo citamos: (5)

- 1.- Embarazos en edades extremas de 16 a 20 años el 30% y de 30 a 50 años el 40%.
- 2.- Antecedentes de hipertensión a nivel familiar, como antecedentes de hipertensión inducida en el embarazo en gestas previas.
- 3.- Mal nutrición
- 4.- Escasos, pocos o nulos controles prenatales
- 5.- Bajo nivel socioeconómico y de educación.

Las complicaciones Obstétricas, más frecuentes tenemos:

1.- Hemorragia Post Parto y abruptio placentae 50 – 55 %

2.- Síndrome de Hellp 11%

3.- Falla renal 4%

4.- La hemorragia cerebral es la causa principal de muerte materna alcanzando un 30%.

Conociendo Los factores de riesgo y las principales complicaciones de la Preeclampsia en la gestante, a nivel mundial y en America Latina con apoyo de la OMS se ha promovido un conjunto de normas con el fin de brindar atención de primera mano para contrarrestar y disminuir la mortalidad materna y neonatal.

1.2 JUSTIFICACIÓN:

Considerando que la Preeclampsia es uno de los trastornos hipertensivos del embarazo que ocupa el 2do lugar de causa Obstétrica de muerte en el país y en América Latina ocupa el 12% de causa de muerte directa. Se justifica el presente trabajo, ya que el mismo persigue la determinación de factores de riesgo de esta patología, puesto que si identificamos oportunamente dichos factores que inciden en esta enfermedad, se podrá actuar de manera mejor, e inmediata evitando altos números de complicaciones tanto maternas y fetales que puedan suscitarse. Relacionado al Objetivo #3 del Plan Nacional del Buen Vivir “Mejorar la Calidad de Vida de la Población” .Fomentando que la principal manera de prevención es el mantenimiento de un correcto numero de controles Pre natales, y teniendo controles constantes de la presión arterial.

Como beneficio anexando a la Justificación, conociendo los factores de riesgo y las principales complicaciones de la Preeclampsia en la gestante, a nivel mundial y en América Latina con apoyo de la OMS se ha promovido un conjunto de normas con el fin de brindar atención de primera mano para contrarrestar y disminuir la mortalidad materna y neonatal (13) Las normas planteadas por la OMS, en apoyo con la UNICEF en América latina y a nivel mundial están basadas en pruebas científicas de naturaleza clínica destinadas a cada una de las etapas del embarazo desde las consultas prenatales, un dato muy importante es que la OMS ente internacional en Salud hace un llamado, a organizaciones no gubernamentales, fundaciones en pro de la mujer a que se sumen, en el cuidado y prevención en áreas donde aún normas correctas de salud, no son cumplidas a cabalidad de tal manera que se contribuye como ente integrador en pro de una gestación sin complicaciones.

A.-) Durante las consultas Prenatales (13)

a.1.- Administración de suplementos de calcio durante, el embarazo en áreas donde el Consumo de calcio es bajo (<900mg/día).

a.2.- Empleo de dosis bajas de aspirina, 75 mg para prevenir preclampsia, en mujeres con alto riesgo.

a.3.- Mantener una conducta expectante, y de vigilancia en mujeres con preclampsia grave en menos de 37 semanas de gestación, para la prevención de sufrimiento fetal y disfunción orgánica.

B.-) Durante el trabajo de parto y el Parto (13)

b.1.- Realizar una correcta valoración obstétrica, y el pase a cesárea de la paciente.

b.2.- Administración de sulfato de Magnesio para prevenir la preclampsia grave e inminencia de eclampsia.

b.3.- Empleo en dosis de ataque, dosis de impregnación, y dosis de mantenimiento y otros convulsivantes para el tratamiento de la eclampsia, durante el trabajo de parto y de la eclampsia en el puerperio.

C.-) Durante el Post Parto y Puerperio (13)

c.1.- administración de medicamentos antihipertensivos en el puerperio a mujeres con este tratamiento en la edad pre natal

c.2.- administración de medicamentos antihipertensivos en pacientes con diagnostico de preeclampsia grave a fin de evitar eclampsia en el puerperio.

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION

Las gestantes juveniles con preeclampsia y eclampsia presentan un alto número de complicaciones?

Las gestantes juveniles con preeclampsia tratadas con diuréticos, hace que disminuyen el número de complicaciones?

Existen complicaciones , que provocan gravedad en la evolución de las pacientes con preeclampsia?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar por observación indirecta los factores de riesgo para preeclampsia y eclampsia en gestantes de 16 a 19 años de edad atendidas en el área de Ginecoobstetricia del Hospital Mariana de Jesús del 1ero de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014, para contribuir con información actualizada a la Cátedra de Obstetricia de la Escuela de Medicina, para el desarrollo de futuros programas de fomento y prevención en Salud Materna en la comunidad.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

a.-) Establecer , los factores de riesgo que predisponen la preeclampsia y eclampsia en gestantes juveniles, tales como: la edad, grado de instrucción, antecedentes patológicos personales, lugar de residencia, la gravidez en las gestantes juveniles como herramientas de diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo.

c.-) Registrar el número de controles prenatales, de las pacientes con diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo.

d.-) Determinar las complicaciones tardías que agravan la evolución de las pacientes con preeclampsia

1.5 HIPOTESIS

Las gestantes juveniles con preeclampsia y eclampsia presentan complicaciones en las que intervienen factores de riesgo como: la edad, un bajo nivel socioeconómico, grado de instrucción, y mal control obstétrico por un bajo número de controles prenatales.

1.6 VARIABLES

Variables Dependientes

Principales complicaciones

Variables Independientes

Preeclampsia y eclampsia.

Gestantes juveniles

Variables Intervinientes

Situación socioeconómica de la parte

Grado de instrucción

Bajo número de controles pre natales

1.7 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES.

Preeclampsia:	Tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas en mujer previamente normotensa, proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg, o tirilla reactiva positiva + o más.
Eclampsia:	La eclampsia es una complicación en el embarazo que consiste en convulsiones que no son causadas por una afección cerebral previa.
Adolescencia:	La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.
Embarazo en la adolescencia:	Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".
Estado Nutricional:	Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, combinada con ejercicio físico regular (alimentación equilibrada).
Nivel educativo:	dícese del grado de educación y formación intelectual que tiene, una persona

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes:

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Factores maternos preconceptionales (6):

Edad materna: Según algunos autores establecen que las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) se convierten en uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer una Preeclampsia es doble. Varias sospechas han tratado de explicar este riesgo incrementado. Se ha propuesto que las mujeres mayores de 35 años tienden a padecer con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la Preeclampsia.

Historia familiar de preeclampsia: estudios familiares de tipo observacionales y descriptivos han demostrado un incremento del riesgo de padecer una Preeclampsia en hijas y hermanas de mujeres que sufrieron una Preeclampsia durante su embarazo.

Historia personal de preeclampsia: se ha observado que entre un 20 y 50 % de las pacientes que padecieron una Preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación.

Presencia de algunas enfermedades crónicas (6)

Hipertensión arterial crónica: se ha establecido que un alto índice de enfermedad hipertensiva del embarazo se añade a la hipertensión arterial preexistente, y que en la medida en que es mayor la TA pregestacional, es mayor y aumenta el riesgo de padecer una Preeclampsia. La hipertensión arterial crónica origina daño vascular por diferentes mecanismos, la placenta estructuralmente es un órgano vascular por excelencia, lo cual proporciona una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia.

Obesidad: la obesidad, se asocia con frecuencia con la hipertensión arterial, y por otro, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento del gasto cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye a elevar la Tensión Arterial.

Diabetes mellitus: en la diabetes mellitus pregestacional puede existir microangiopatía y generalmente hay un aumento del estrés oxidativo y del daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión uteroplacentaria y favorecer el surgimiento de la Preeclampsia

Factores de riesgo maternos relacionados con la gestación en curso (6).

Primigravidez: Esto ha sido comprobado por múltiples estudios epidemiológicos, que sustentan la validez de este planteamiento, siendo en las primigestas la susceptibilidad de 6 a 8 veces mayor que en las multíparas. La Preeclampsia se reconoce actualmente como una enfermedad provocada por un fenómeno de inadaptación inmunitaria de la madre al conceptus fetal.

Embarazo gemelar: tanto el embarazo gemelar como la presencia de polihidramnios generan sobredistensión del miometrio; esto disminuye la perfusión placentaria y produce hipoxia trofoblástica, que, por mecanismos complejos, pueden favorecer la aparición de la enfermedad.

Factores de riesgo ambientales

Bajo nivel socioeconómico y cuidados prenatales deficientes: múltiples son los estudios que relacionan estas dos situaciones con la presencia de Preeclampsia. La causa de esto se ha informado que es multifactorial.

La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo. Su incidencia estadística oscila entre el 0.1 al 35%. El término hipertensión en el embarazo o estado hipertensivo del embarazo describe una serie de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevación leve de la tensión arterial a hipertensión severa con lesión de un órgano blanco y grave morbilidad materno- fetal. (11)

La definición de la OMS respecto a la hipertensión arterial (HTA) aplica también para la gestante: tensión arterial igual o mayor a 140 mmHg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica registrada en 2 tomas separadas por lo menos cuatro a seis horas. (3)

Según el colegio americano de Ginecología y Obstetricia ha dividido los trastornos hipertensivos en el embarazo en 4 grados: (1)

- Grado I: trastornos hipertensivos dependientes del embarazo (preeclampsia – eclampsia).
- Grado II: hipertensión crónica sea cual fuere la causa.
- Grado III: hipertensión crónica con preeclampsia o eclampsia sobreañadida.
- Grado IV: hipertensión transitoria o tardía.

La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo de los trastornos hipertensivos producidos en el embarazo.

La clasificación de los trastornos hipertensivos en el embarazo o gestacionales está basada en el momento de la presentación y en las 2 más comunes manifestaciones antes de las 20 semanas y después de las 20 semanas (10)

PRESENTACION ANTES DE LAS 20 SEMANAS	PRESENTACION DESPUES DE LAS 20 SEMANAS
Hipertensión arterial crónica	Hipertensión gestacional
Hipertensión arterial crónica con preeclampsia	Preeclampsia
Sobreañadida	Eclampsia (14)

PREECLAMPSIA

Es definida como un incremento en al menos 140/90 mmHg después de la semana 20 de gestación, un incremento en la presión sanguínea diastólica de al menos 15 mmHg respecto a un nivel previo a la semana 20 combinado con proteinuria (> 300 mg en 24 horas). La proteinuria puede ser una toma simple de orina al azar que indique al menos 30 mg/dL ó ++ en dos muestras de orina según el tipo de prueba.

Posiblemente se cree que es un trastorno endotelial resultante de una deficiente perfusión del complejo placentario que libera factores agresivos para el endotelio activando la cascada de coagulación o aumentando la sensibilidad del endotelio a agentes inmunosupresores. (16)

CLASIFICACION DE LA PREECLAMPSIA

La Preeclampsia se clasifica en: leve, moderada y grave (16)

Preeclampsia Leve: tensión arterial $> 140/90$ en 2 ocasiones separadas con proteinuria $> 300\text{mg}/24$ horas sin criterios de gravedad, se observa ligero edema, no hay signos ni síntomas de disfunción orgánica.

Preeclampsia Moderada: tensión arterial $>160/100$ más manifestaciones de sintomatología gastrointestinal náuseas, vómitos y ligero dolor abdominal (epigastralgia).

Preeclampsia Grave: Grave se define como tensión arterial $>160/110$ mm Hg con proteinuria positiva asociada a eventos que significan lesión en órganos blancos.

Alteraciones hepáticas: aumento de las transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas, vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen.

Alteraciones hematológicas: trombocitopenia $< 100.000/\text{mm}^3$ hemolisis, CID,

Alteraciones de la función renal: creatinina sérica $> 0,9$ mg/dl, oliguria <50 ml/ hora.

Alteraciones neurológicas: hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, alteración del sensorio, confusión.

Alteraciones Visuales: visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia.

Restricción del crecimiento intrauterino.

Oligoamnios y Desprendimiento de placenta

FISIOPATOLOGIA DE LA PREECLAMPSIA

Normalmente, en el embarazo se observa una vasodilatación de las arterias espiraladas de hasta cuatro veces su calibre, lo cual disminuye la resistencia y favorece la perfusión del espacio intervilloso (16)

Esto se debe a la segunda invasión trofoblástica que finaliza en la semana 20 - 21 de la gestación, la cual destruye la capa musculo elástica vascular de dichas arterias, impidiendo la acción de los agentes vasopresores sobre la circulación uteroplacentaria, asegurando así una correcta perfusión debido al alto flujo con baja resistencia. En contraste, en la preeclampsia esta segunda invasión trofoblástica se encuentra alterada, por lo que las arterias espiraladas poseen un calibre disminuido.(17) Esto se debería a una mala diferenciación del citotrofoblasto, que se traduce en una mala invasión intersticial y vascular placentaria. También se encontró un desequilibrio entre factores fibrinolíticos e inhibidores, los que generan un efecto anti invasivo característico de esta enfermedad.

La diferenciación anormal del citotrofoblasto provoca también apoptosis en una subpoblación de células de la decidua, lo que genera la destrucción precoz de la interfase feto-materna, y contribuye al comienzo temprano de los síntomas clínicos, debido al gran pasaje de partículas de membranas de las microvellosidades del sinciotrofoblasto, ADN fetal libre y citoqueratina, a la circulación materna. Éste fenómeno también se produce en el embarazo normal, pero en menor medida.(15) El citotrofoblasto además, expresa moléculas de factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y de factor de crecimiento placentario (PIGF) cuyo rol es regular la angiogénesis. En estudios en pacientes con PE, se encontró un aumento de una proteína antiangiogénica, la cual bloquea los receptores de Angiotensina 1 (AT1) y con la producción de autoanticuerpos IgG agonistas del receptor AT1, los cuales podrían ser el nexo entre la alteración de la perfusión placentaria y el síndrome materno de la preeclampsia Gant y cols , además encontraron que en este grupo de

pacientes el balance entre las prostaglandinas (vasodilatadoras) y los tromboxanos (vasoconstrictores y agregantes plaquetarios) se inclina en favor de estos últimos, contribuyendo tanto al aumento de la presión (18)

La sensibilidad aumentada a los agentes presores y la activación de la cascada de la coagulación termina en la alteración fisiopatológica fundamental de la preeclampsia: la disminución de la perfusión de distintos órganos.(14)

El óxido nítrico presente en el endotelio vascular es un potente antioxidante, con propiedades vasodilatadoras, antiagregante plaquetario, modulador de la apoptosis y de la permeabilidad endotelial, que se encuentra disminuido en la PE, debido a una disminución de la actividad de la enzima responsable de su síntesis (la NOS: óxido nítrico sintetasa) y al aumento de un inhibidor competitivo de la L-arginina (su precursor) entre las 23 y 25 semanas.(18)

La presencia de moléculas marcadoras de estrés oxidativo en sangre de pacientes con preeclampsia, también podría ser el nexo entre el déficit de perfusión placentaria y el síndrome materno (15)

Múltiples investigaciones han demostrado que la enfermedad se presenta con agregación familiar, lo cual sustenta la evidencia de que tiene un componente genético importante Posteriormente se postuló que la susceptibilidad a la preeclampsia estaba condicionada por interacciones complejas entre dos o más genes maternos con factores ambientales, genotipos fetales y genotipos paternos .(17) Al reconocerse que la preeclampsia no está influenciada por un modelo genético materno exclusivo, se ha tratado de dilucidar el impacto de los genes fetales, encontrando que tanto madre como feto contribuyen igualmente al riesgo de preeclampsia;en este sentido, la contribución fetal estaría afectada también por genes paternos. Seguimiento de familiares en primer grado de consanguinidad de pacientes PE ha demostrado que tienen 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad, al igual que las de 2º presentan un incremento de riesgo de 2 a 3 veces, cuando se les compara con la población general. (17)

Este tipo de predisposición familiar apoya la definición de PE como enfermedad compleja, donde los factores genéticos que contribuyen a su origen son múltiples, interactuando dos o más genes entre sí, herencia poligénica; o interactuando dos o más genes con diferentes factores medio ambientales, herencia multifactorial; donde la heterogenicidad genética del individuo determina distintas respuestas

MEDIOS DE DIAGNOSTICO O EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1.-Control de la enfermedad materna

- Exámenes de laboratorio. Quincenalmente en hipertensión leve o según necesidad.
- Función renal: uricemia, creatinemia y clearance de creatinina. Proteinuria en orina de 24 horas. La uricemia es el único parámetro bioquímico que ha demostrado ser más predictivo del deterioro producido por la enfermedad¹⁰; valores superiores a 6 mg% están relacionados con preeclampsia severa y riesgo fetal.
- Hematológicos: hemograma (especialmente hematocrito), recuento de plaquetas, LDH, tiempos de coagulación con fibrinógeno.- Función hepática: TGO, TGP, FAL.
- Urocultivo. A fin de descartar proteinuria de otro origen, si esta fuera positiva.
- Examen cardiológico. Electrocardiograma con evaluación cardiológica, en una sola oportunidad.
- Diagnóstico por imágenes: Ecografía hepática, TAC (según necesidad)
- Fondo de ojos. En una sola oportunidad.

2.- Control de la vitalidad fetal

- Cartilla de movimientos fetales, en forma diaria

4.-. Hipertensión en el embarazo

- Ecografía obstétrica para curva de crecimiento y valoración del líquido amniótico, cada tres semanas

Ante la presencia de proteinuria, realizaremos el diagnóstico de preeclampsia. En nuestra experiencia, la preeclampsia debe ser diagnosticada cuando la proteinuria es mayor de 300 mg/L en una muestra de orina de 24 horas. En todos los casos de hipertensión gestacional, se deberá solicitar proteinuria de 24 horas, ya que su detección afectará tanto el pronóstico como el tratamiento de la enfermedad.

En cuanto a la presencia de edemas, los mismos son comunes en los embarazos normales y menos específicos para el diagnóstico de la preeclampsia. Sin embargo, un aumento en el peso materno por encima de los 500 g. por semana, especialmente si la misma se sostiene en el tiempo, puede ser un claro indicador de edemas en ausencia de otros hallazgo.

SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA

Diagnóstico de preeclampsia (5)

HOSPITALIZACIÓN Control de enfermedad materna

Control de vitalidad fetal

TA < 160/100 TA ≥ 160/100 como paciente sintomática

Reposo

Dieta

Dejar de fumar se agrega tratamiento farmacológico

El diagnóstico de hipertensión severa se define con niveles de tensión arterial diastólica iguales o superiores a 100 mm Hg. y sistólica por encima de 160 mm Hg (5). Se impone la hospitalización inmediata y el inicio del tratamiento hipotensor, independientemente de si la hipertensión es crónica o inducida por el embarazo. Si se asocian síntomas como cefalea, epigastralgia, inquietud, trastornos visuales, náuseas o vómitos, independientemente de las cifras tensionales que presente, la paciente debe ser considerada hipertensa severa y tratada como tal.

Cuando las cifras tensionales ascienden a 160/100 mms Hg., la embarazada debe ser medicada y llevada a niveles de 140-150 mm Hg. de sistólica, y 90-100 mm Hg. de diastólica.(9)

El descenso debe efectuarse en forma gradual a lo largo de 1 hora por lo menos. La elección del tratamiento dependerá de las características y severidad de la preeclampsia, de la edad de la paciente y del estado de salud fetal.(9)

Muchas son las drogas que podrán ser utilizadas, desde la tradicional alfa-metildopa hasta los bloqueantes de los canales de calcio (amlodipina), pasando por beta-bloqueantes vasodilatadores de acción directa (hidralazina). En nuestra experiencia, la amlodlaamlodipina a dosis de entre 5 - 40 mg/día, demostró ser efectiva sin impacto negativo sobre la madre ni sobre el feto – neonato.(9)

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

Se recomienda hospitalización en aquellas, pacientes que presenten cualquier trastorno hipertensivo del embarazo pero sobre todo aquellas con riesgo de complicaciones graves por ejemplo proteinuria mayor a 300 mg/ 24 horas esto implica enfermedad avanzada y el inicio una fase inestable en la que la salud del feto y de la madre puede deteriorarse de forma impredecible.

MANEJO DE LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA O TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO MAS PROTEINURIA (18)

Actualmente se proponen o plantean 3 tipos de tratamiento:

Tratamiento Conservador en embarazo menor a 34 semanas

Tratamiento farmacológico ambulatorio

Y tratamiento farmacológico en la emergencia hipertensiva

Dentro de los controles rutinarios, o exámenes seriados de laboratorio que se solicitan incluyen:

- BHC + Recuento de plaquetas
- Creatinina, ácido urico, creatinina, pruebas hepáticas, HDL
- Proteinuria de 24 horas.
- Control de diuresis con sonda vesical

ECLAMPSIA

La eclampsia es una manifestación clínica de la severidad del síndrome preeclámptico, producto de la microangiopatía hemorrágica cerebral, caracterizada por la aparición de convulsiones tónico-clónicas en el embarazo, con o sin aumento de la tensión arterial. Puede aparecer antes, durante o hasta 48 horas postparto.(10) La sintomatología que la precede (pródromos) consiste en cefalea intensa, visión borrosa, fotofobia, dolor en el hipogastrio e hiperexcitabilidad, y pueden provocar complicaciones pulmonares, renales y neurológicas.

Estas últimas constituyen la principal causa de muerte materna. La lesión neurológica más frecuente es el edema cerebral con o sin aumento de la presión intracraneana, le sigue en importancia la hemorragia intracraneana, dos complicaciones que pueden llevar a la paciente a un coma prolongado lo que ensombrece el pronóstico (11).

La intensidad de las lesiones está en relación con la duración de las convulsiones, el periodo de recuperación entre éstas y la presión intracraneana.

Otras complicaciones pueden ser la cefalea frontal y los trastornos visuales (visión borrosa, diplopía, amaurosis, ceguera, etc.). Se debe comenzar con el tratamiento lo antes posible, a fin de proteger a la paciente y controlar el cuadro convulsivo. La droga de primera elección es el sulfato de magnesio (11)

Se asocia a la Eclampsia síntomas sugestivos entre los que podemos citar:

- Alteraciones del sensorio
- Escotomas brillantes
- Cefalea intensa

- Convulsiones tónico – clónicas
- Coma

MANEJO DE LA ECLAMPSIA

1.- Manejo Preventivo de la Eclampsia (5)

Control de signos vitales

Control de diuresis

Vigilancia del estado neurológico de la paciente

Síndrome HELLP. (5)

El síndrome HELLP es una forma de preeclampsia grave con repercusión multisistémica, caracterizada por la presencia de anemia hemolítica microangiopática (H: hemolisis), disfunción hepática (EL: elevatedliverfunction test) y trombocitopenia. (5)

Fue descrito inicialmente en 1954 por Pritchard, quien observó una mayor mortalidad materno fetal en este grupo de pacientes, aunque fue Louis Weinstein³⁰ quien en 1982 publicó la sigla que lo representa. En 1993, Sibai describió los criterios diagnósticos basados en los exámenes de laboratorio.(3)

CRITERIOS DE LABORATORIO (Síndrome HELLP)

HEMÓLISIS

Esquistocitos en sangre periférica

LDH > 600UI/L

Bilirrubina total: > 1,2mg/dl

DISFUNCIÓN HEPÁTICA TGO – TGP > 70 ui/l

TROMBOCITOPENIA Plaquetas < 100.000/mm³

Se presenta en el 0,5 y 0,9 % de todos los embarazos, y acompañando al 4 - 12 % de todas las pre eclampsias severas y 30 - 50 % de las eclampsias.

La mortalidad materna estimada es del 2 al 3 % y se debe a falla orgánica múltiple: hemorragia, trombosis, hemorragia hepática con rotura, necrosis tubular aguda, edema pulmonar no hidrostático y coagulación intravascular diseminada (CID).

Según la literatura, el 70% de los diagnósticos de Síndrome HELLP se efectúa previo al parto, mientras que el 30% restante lo es en el puerperio³¹, periodo en el cual aumenta el riesgo de insuficiencia renal aguda y edema pulmonar.

La presencia concomitante de hematoma con una sonda de Foley para medir la HELLP, no se demostró que ésta reduzca el número de complicaciones maternas. Por el contrario, se presentaron mayor número de complicaciones hemorrágicas en el grupo tratado con heparina

Las complicaciones maternas graves incluyen la insuficiencia renal aguda, la rotura hepática y la coagulación intravascular diseminada.

En cuanto al pronóstico materno a largo plazo, no hay prevención, no afecta la función renal a largo plazo, existe mayor riesgo para todas las formas de preeclampsia en futuras gestas (aproximadamente en el 20%), con una recurrencia del síndrome que asciende al 19%.

Además existe mayor riesgo de nacimientos de pretérmino, RCIU, desprendimiento de placenta y muerte fetal.

En conclusión, el síndrome HELLP es una complicación grave del cuadro preeclámptico, máxima expresión del síndrome; sólo pensando en su probable existencia podremos arribar al diagnóstico e instituir un tratamiento temprano con el objeto de disminuir la alta morbimortalidad materno-feto-neonatal que lleva asociada.

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

Es por todos conocido que el mejor tratamiento de la preeclampsia es el parto, ya que, finalizada la gestación, disminuye dramáticamente el riesgo de vida para la madre. (3)

INDICACIONES DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

- Enfermedad materna severa por clínica y/o laboratorio (5)
- Falta de respuesta al tratamiento farmacológico
- Complicaciones fetales (restricción de crecimiento intrauterino, alteraciones de la flujometría Doppler)
- Emergencia hipertensiva iterativa
- Eclampsia
- Síndrome de HELLP

INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

CONDUCTA

VALORACIÓN DEL RIESGO

ALTO MODERADO

PE SEVERA PE MODERADA

AGRESIVA EXPECTANTE

≥ 34 SEMANAS INTERRUPCIÓN ≥ 37 SEMANAS

Considerar < 34 s. Si:

- Deterioro materno
- Deterioro fetal
- Fracaso Tto. Farmacológico
- Eclampsia
- Sme. HELLP

Pero el éxito del tratamiento será completo si logramos, además, una buena sobrevida perinatal. Se tratará de alcanzar el término de la gestación en los casos (mosemanas) y a medida que aumente la severidad, la interrupción será anticipada, evitando en lo posible la inmadurez fetal, excepto en situaciones extremas que pongan en riesgo la vida de la madre

Las 34 semanas de gestación suele ser un buen punto final para obtener una correcta sobrevida perinatal, aunque es lógico que cuanto más podamos prolongar la gestación, tanto más beneficioso será para el neonato. El problema se nos plantea cuando nos encontramos frente a un cuadro severo antes de las 34 semanas de gestación, o sea, con un feto inmaduro.

Contemporizar, según el caso clínico en particular, es la conducta más acertada, tratando de obtener una buena sobrevida perinatal sin aumentar la morbilidad materna

En situaciones de severa gravedad, la interrupción del embarazo debe acompañar al tratamiento médico intensivo, ya sea de la madre o del recién nacido.

CAPITULO III

MATERIALES Y METODOS

3.1 Materiales

3.2 Localización y categorización de la Zona

El presente estudio se realizó en el Hospital Especializado Materno Infantil Mariana de Jesús, perteneciente al Ministerio de Salud Pública localizado en Guayaquil, Provincia del Guayas Dirección: calles la 27 y Rosendo Avilés esquina.

3.3 Periodo de Investigación

el presente estudio fue realizado desde el 1 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2015 en el área de emergencia Gineco Obstétrica de la Maternidad Mariana de Jesús

3.4 Recursos Empleados

3.4.1 Recursos Humanos

- Interno de Medicina
- Tutor
- personal administrativo de la Maternidad

3.4.2 Recursos Físicos

- computador , impresora
- historias clínicas

- hoja de recolección de datos
- base de datos virtual del hospital

3.4.3 Universo y Muestra

UNIVERSO

El universo lo constituye un número de 200 que ingresaron al área de emergencia de la Maternidad Mariana de Jesús

MUESTRA

La muestra son 80 pacientes de 16 a 19 años con embarazos a término con diagnóstico de Preeclampsia y Eclampsia que acudieron al área tóco quirúrgica de en la Maternidad Mariana de Jesús del 1ero de enero del 2014 a 31 de diciembre del 2014.

3.4.4 METODOS

Tipo de Investigación:

El presente trabajo es un estudio de tipo Observacional retrospectivo indirecto porque describe los casos de preeclampsia y eclampsia en gestantes en las edades comprendidas de 16 a 19 años de edad, datos que se obtuvieron mediante la revisión del expediente clínico de estas pacientes

Diseño de la Investigación:

No experimental – retrospectiva

3.4.5 Criterios de Validación de la Propuesta

Criterios de Inclusión:

a.-) pacientes en las edades comprendidas de 16 a 19 años que acuden al área de emergencia de la Maternidad Mariana de Jesús en el periodo del 1 de enero de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014

b.-) pacientes que a su llegada hayan presentado proteinuria, mediante el uso de tirilla multistick, confirmado por exámenes de laboratorio, y que presenten sintomatología clínica de edema, hipertensión y proteinuria.

c.-) pacientes en las edades comprendidas de 16 a 19 años que acuden la Maternidad Mariana de Jesús en el periodo del 1 de enero de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014 con diagnóstico de Preeclampsia y eclampsia y complicaciones relacionadas a la misma

Criterios de Exclusión:

a.-) pacientes en edades mayores a 20 años que acuden al área de emergencia de la Maternidad Mariana de Jesús en el periodo del 1 de enero de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014

b.-) Pacientes que acuden a la Maternidad Mariana de Jesús Bajo el Diagnostico de Hipertensión inducida por el embarazo.

3.5 Procedimientos para el desarrollo de la Investigación:

- Solicitud a los Directivos del Hospital, adjuntando copia del documento de la Aprobación del tema de tesis por la Comisión de la Escuela de Medicina de la

Universidad de Guayaquil, para así poder ingresar a las instalaciones de la maternidad para la recolección de datos.

- Inicialmente se revisó el libro de la emergencia de esta casa de salud, con lo que se elaboró el listado de Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia con las edades de las pacientes objeto de mi estudio.

- Posterior a esto se procedió a acudir al departamento de estadística de esta casa de salud, a buscar dichas historias clínicas donde se entregó un paquete de datos con el respectivo cie 10 correspondiente a O140 preeclampsia leve/moderada, O141 preeclampsia grave y/o severa , O15 eclampsia o inminencia de eclampsia, filtrados de acuerdo a las edades de las pacientes motivo de mi estudio con esto se consolidó la recolección de datos en un solo instrumento de ayuda para el desarrollo de este trabajo.

- La técnica del procedimiento fue manual, se procedió a revisar cuidadosamente las historias clínicas de las pacientes mediante el sistema Virtual de esta Casa de Salud, más la validación y computarización de los mismos.

- Para el desarrollo de este estudio se elaboró un instrumento a manera de formulario con los datos requeridos para esta investigación los mismos que son tomados de las historias clínicas revisadas

- Posterior a lo anteriormente mencionado se estructura un cronograma de trabajo con el Director de tesis, para análisis de la información recolectada.

- Para el análisis de los datos recolectados se creó una base de datos en Microsoft Excel 2014 y luego un paquete de datos estadísticos para la señalización con porcentajes.

- Se realizará estadísticas descriptivas para todas las variables en estudio luego se correlacionaron cada una de las variables independientes con la dependiente.

CAPÍTULO IV

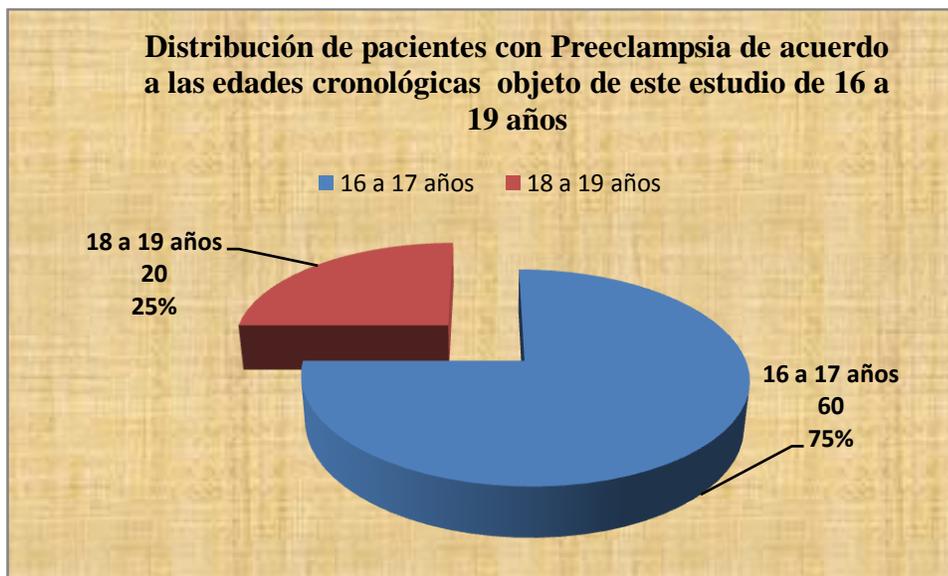
RESULTADOS

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS Y ANALISIS RESPECTIVOS

Tabla # 01

Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a las edades cronológicas objeto de este estudio de 16 a 19 años.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
16 a 17 años	60	75%
18 a 19 años	20	25%
TOTAL	80	100%



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús
Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz

Del 1 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014

Análisis e Interpretación:

De 80 pacientes que forman parte de nuestro estudio, 60 pacientes en las edades comprendidas de 16 a 17 años presentaron Preeclampsia y corresponden al 75%, mientras que 20 pacientes en las edades comprendidas de 18 a 19 años que presentaron Preeclampsia corresponden el 25%

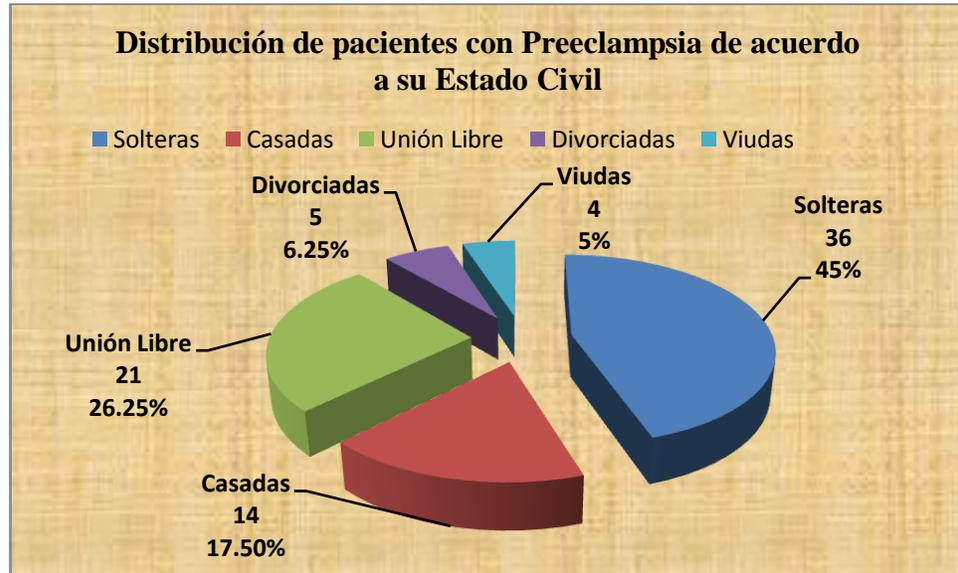
Discusión:

En un estudio realizado, por la Universidad de Chimborazo en el 2010 un grupo etareo de las edades extremas del embarazo (menor de 20 años) estuvieron, asociadas en relación a las estadísticas con la Preeclampsia. En este estudio las edades de 16 a 17 años fueron factor predisponente para la Preeclampsia. Lo cual se relaciona con la literatura médica y con lo reportado en la Revista On Line de la OMS. (13) y también con el estudio de Suarez y Cols en Peru donde la Preeclampsia se presento en edades extremas de la vida siendo los embarazos adolescentes mas frecuentes en un porcentaje de 78% (17).

Tabla # 02

Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a su Estado Civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Solteras	36	45%
Casadas	14	17.50%
Unión Libre	21	5%
Divorciadas	5	6.25%
Viudas	4	26.25%
TOTAL	80	100%



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús
Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz
Del 1 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014

Interpretación y Análisis

De las 80 pacientes que forman parte de este estudio se presentan 36 pacientes que representan el 45% con estado civil solteras, 14 pacientes que representan el 17,5% con estado civil casadas, 21pacientes que representan el 26.50% con estado civil unión libre, 5 pacientes que representan el 6,25% con estado civil divorciadas y 4 pacientes que representan el 5% con estado civil de divorciadas

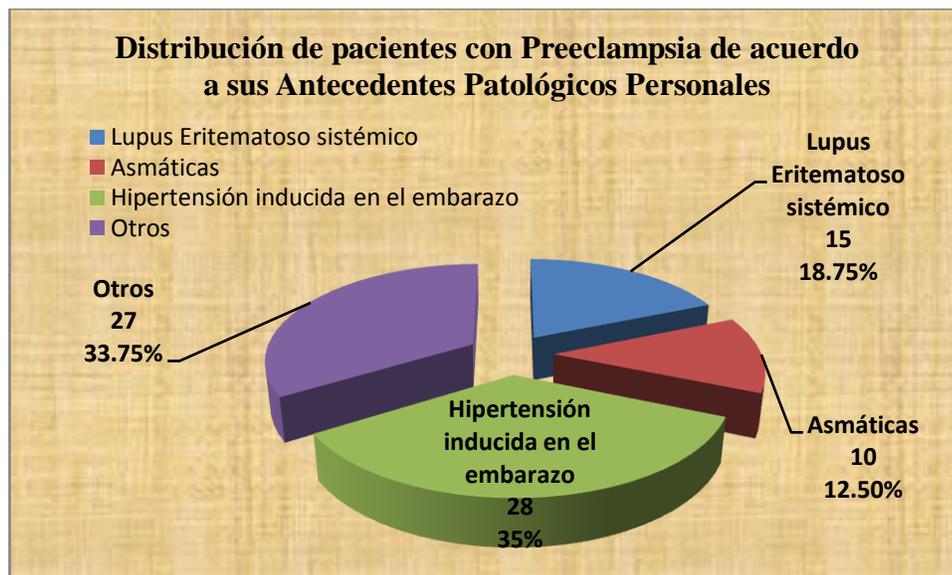
Discusión:

El presente estudio se relaciona al estudio de Caiza Mosquera el que establece que el % de pacientes que tuvo preeclampsia fue las de estado civil soltera, el cual si bien los estados civiles no establecen factor de riesgo, lo que podría servir para estudios a futuro más profundos ya que fue una constante en la población (16).

Tabla # 03

Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a sus Antecedentes Patológicos Personales.

Antecedentes Patológicos Personales	Frecuencia	Porcentaje
Lupus Eritematoso sistémico	15	18.75%
Asmáticas	10	12.50%
Hipertensión inducida en el embarazo	28	35%
Otros	27	33.75%
TOTAL	80	100%



**Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús
Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz
Del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014**

Interpretación y Análisis

De las 80 pacientes que forman parte de este estudio se presentan 15 pacientes que representan el 18.75% con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico, 10 pacientes que representan el 12,5% con antecedentes de asma, 28 pacientes que representan el 35.0% con antecedente de Hipertensión inducida en el embarazo, y 27 pacientes que

representan el 33.75% con otros diagnósticos como antecedentes patológicos personales.

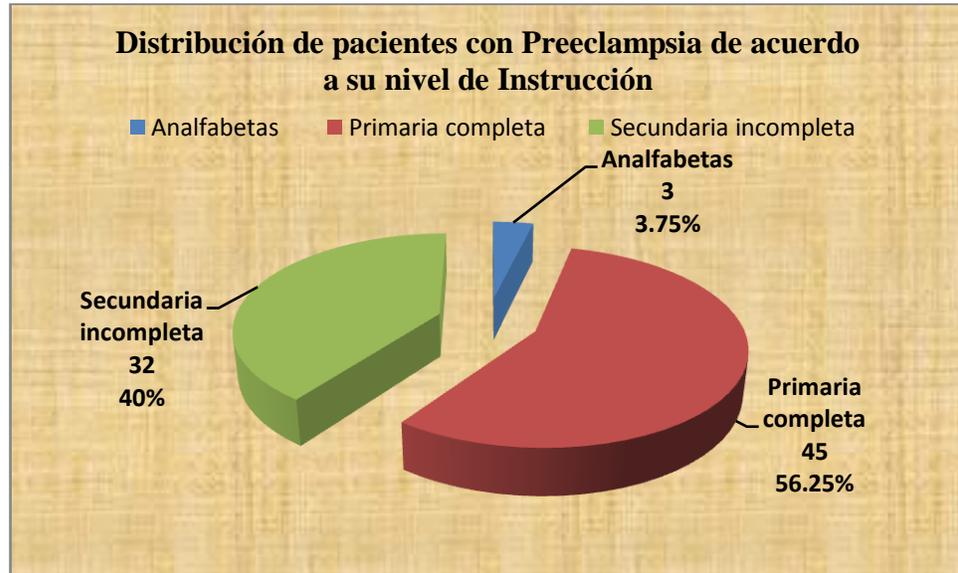
Discusión:

De acuerdo a la literatura médica, pacientes con antecedentes patológicos personales de Hipertensión inducida en el embarazo en gestas anteriores, y de Hipertensión arterial se asocian como 1 factor predisponente para la aparición de Preeclampsia (13). también se relaciona con el estudio de Suarez y Cols el cual establece que la Hipertensión inducida en el embarazo en gestas previas es factor predisponente para padecer preeclampsia en nuevos embarazos (19).

Tabla # 04

Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a su nivel de Instrucción

Niveles de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabetas	3	3.75%
Primaria completa	45	56.25%
Secundaria incompleta	32	40%
TOTAL	80	100%



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús

Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz

Del 01 de enero del 2014 al 31 de enero del 2014

Análisis e Interpretación

De las 80 pacientes que forman parte de este estudio se presentan 3 pacientes que representan el 3,75% con nivel de instrucción analfabetas, 45 pacientes que representan el 56,25% con nivel de instrucción primaria completa , 32 pacientes que representan el 40% con nivel de instrucción secundaria incompleta.

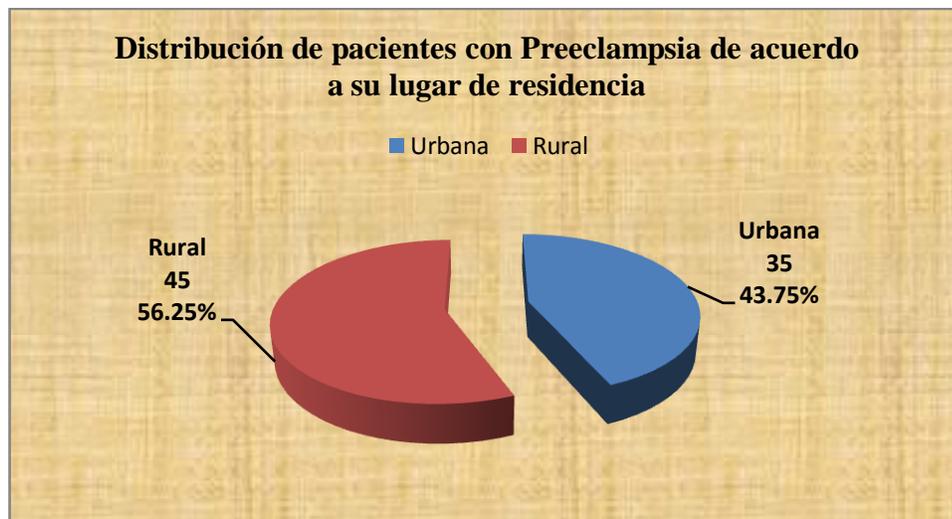
Discusión:

En estos resultados se puede apreciar un bajo nivel de escolaridad, lo que relaciona estos hallazgos con los resultados de otros autores, donde indican que el bajo nivel socioeconómico, y bajo nivel de instrucción hace mucho más susceptible a las mujeres a padecer esta patología, ya que no tienen la información respectiva (1).

Tabla # 05

Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a su lugar de residencia

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	35	43.75%
Rural	45	56.25%
TOTAL	80	100%



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús

Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz

Del 01 de enero del 2014 al 31 de enero del 2014

Interpretación y Análisis:

De las 80 pacientes que forman parte de este estudio se presentan 35 pacientes con corresponden al 43,75% que viven en el área urbana, mientras que 45 pacientes que representan el 56,25% viven en el área rural.

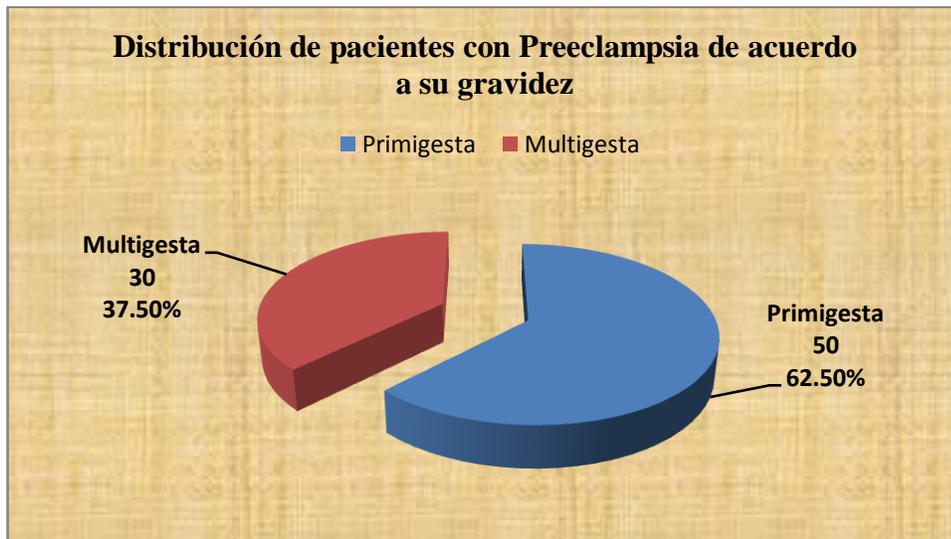
De acuerdo a los resultados de esta investigación, la incidencia de la Preeclampsia es en aquellas pacientes que residen en zonas Rurales, de la Provincia del Guayas. Lo que

se relaciona con la literatura específicamente en la revista de la OMS, que indica que las pacientes que tienen , complicaciones y predisposición a esta entidad son aquellas que residen en zonas Rurales(13).

Tabla # 06

Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a su gravidez

GRAVIDEZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	50	62.50%
Multigesta	30	37.50%
TOTAL	80	100%



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús

Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz

Del 01 de enero del 2014 al 31 de enero del 2014

Interpretación y Análisis:

De las 80 pacientes que forman parte de este estudio se presentan 50 pacientes que fueron primigestas y corresponden al 62,5% mientras que 30 pacientes que fueron multigestas y corresponden al 37,5%. Lo cual hace que este estudio concuerde con la literatura la cual estipula que la preeclampsia es más frecuente en pacientes primigestas.

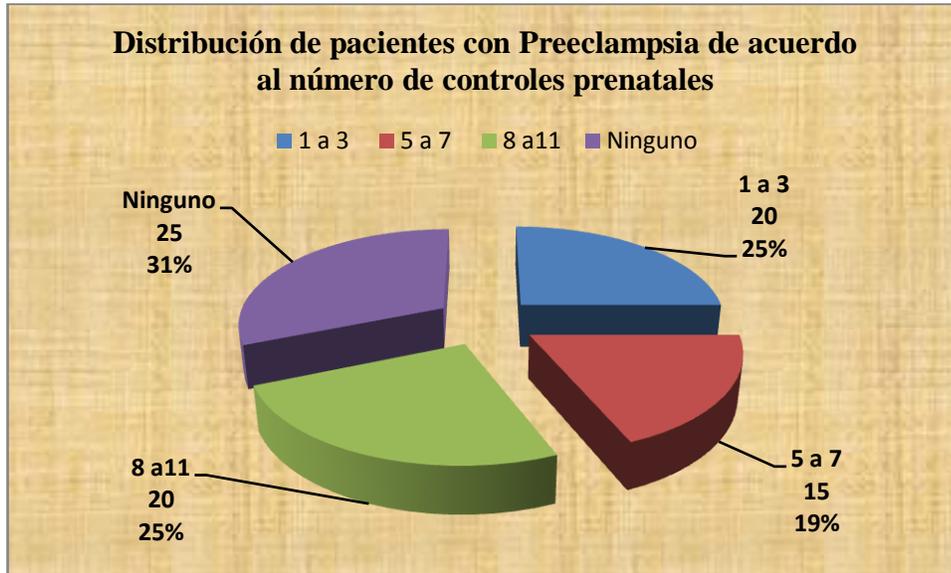
Discusion:

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, notamos que se relaciona a lo planteado por la literatura médica, y con el estudio de Suarez y Cabrera que indica que la Primigravidez es 1 factor que determina el desarrollo y aparición de la preeclampsia el Presente estudio lo corrobora (17).

Tabla # 07

Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo al número de controles prenatales

# DE CONTROLES PRENATALES	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3	20	25%
5 a 7	15	18.75%
8 a 11	20	25%
Ninguno	25	31.25%
TOTAL	80	100%



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús

Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz

Del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014

Interpretación y Análisis:

De las 80 pacientes que forman parte de nuestro estudio se presentan 20 pacientes que presentaron preeclampsia con un número de controles prenatales 1 a 3 representan 25,00%, 15 pacientes que presentaron preeclampsia con un número de controles de 5 a 7 representan 18,75%, 20 pacientes que presentaron preeclampsia con un número de 8 a 11 controles prenatales representan 25% , 25 pacientes que no tuvieron ningún control que presentaron preeclampsia representan el 31.25%

Discusión:

La piedra angular para el diagnóstico oportuno de esta entidad, es que las pacientes acudan regularmente a su consulta obstétrica para conocer sobre el avance de su embarazo, de acuerdo al presente estudio nos pudimos dar cuenta y observamos que las patient

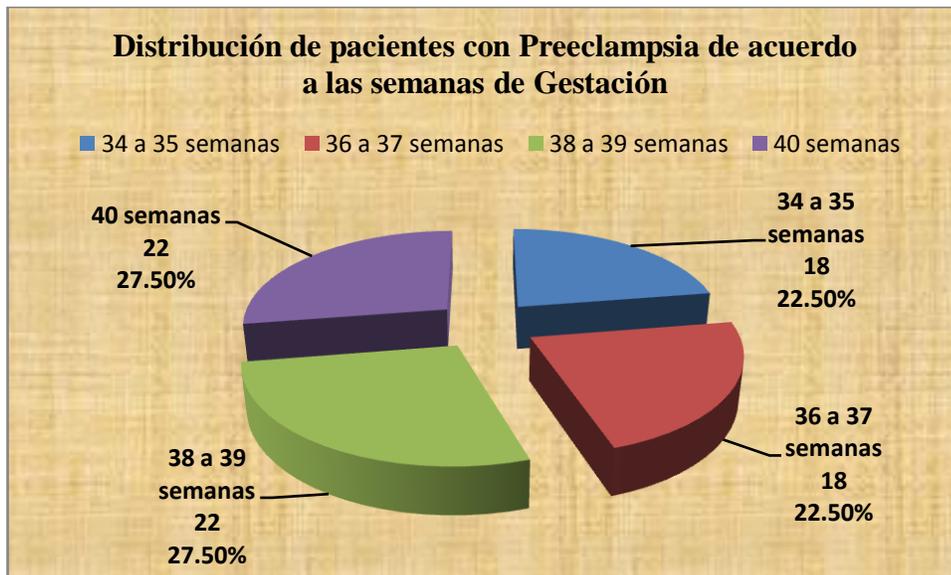
es que tuvieron pocos, o ningún control prenatal fueron las que presentaron el desarrollo de preeclampsia, lo cual se relaciona con la bibliografía usada para esta investigación y con un estudio realizado en el Hospital de Santa Martha Colombia el cual reporto según sus estadísticas obtenidas el 32,5% de pacientes desarrollaron preeclampsia por no haber tenido un régimen normal en los controles prenatales

mientras que un 28% pacientes desarrollaron preeclampsia con un numero de 1 a 3 controles Prenatales (19).

Tabla # 08

Distribución de pacientes con Preeclampsia de acuerdo a las semanas de Gestación.

SEMANAS DE GESTACION	Frecuencia	Porcentaje
34 a 35 semanas	18	22.50%
36 a 37 semanas	18	22.50%
38 a 39 semanas	22	27.50%
40 semanas	22	27.50%
TOTAL	80	100%



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús

Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz

Del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014.

Interpretación y Análisis

e las 80 pacientes que forman parte de nuestro estudio se presentan 18 pacientes que presentaron preeclampsia en la edad gestacional 34 a 35 semanas y representan el 22.50%, 18 pacientes que presentaron preeclampsia en la edad gestacional de 36 a 37 semanas y representan el 22.50%, 22 pacientes que presentaron preeclampsia en la edad gestacional de 38 a 39 semanas y representan el 27,5% y finalmente 22 pacientes que presentaron preeclampsia a las 40 semanas y representan el 22,50%.

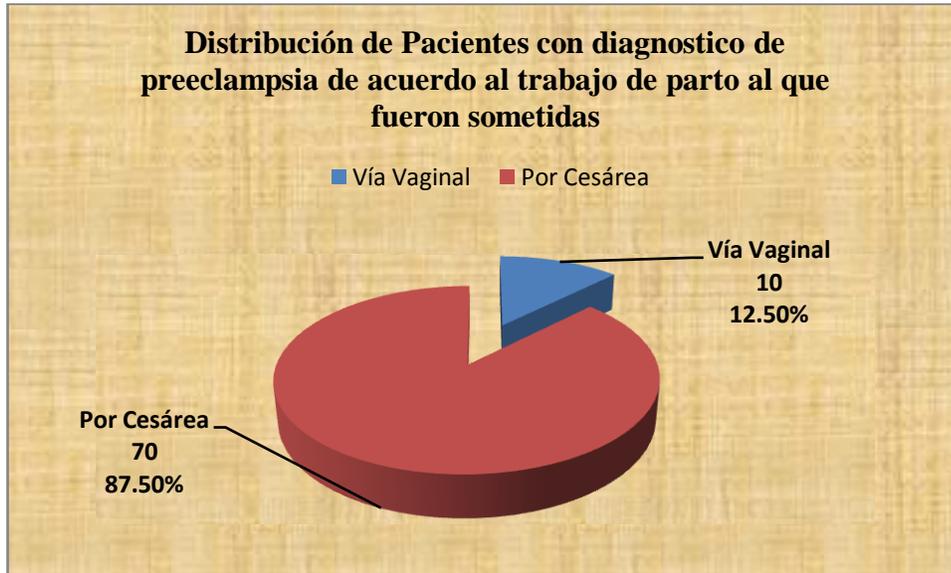
Discusión:

el presente estudio se relaciona con el estudio propuesto por Suarez y Cabrera el cual indica que la preeclampsia tuvo mayor relación en gestantes en embarazos a termino de (37 a 41 semanas) (17).

Tabla # 09

Distribución de Pacientes con diagnostico de preeclampsia de acuerdo al trabajo de parto al que fueron sometidas

TIPO DE PARTO	Frecuencia	Porcentaje
Vía Vaginal	10	12.50%
Por Cesárea	70	87.50%
TOTAL	80	100%



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús

Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz

Del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014

Análisis e Interpretación

De 80 pacientes que forman parte de nuestro estudio, 10 pacientes que representan el 12,5% fueron sometidas a parto por vía Vaginal, mientras que 70 pacientes que representan el 87,5 % fueron sometidas a cesárea.

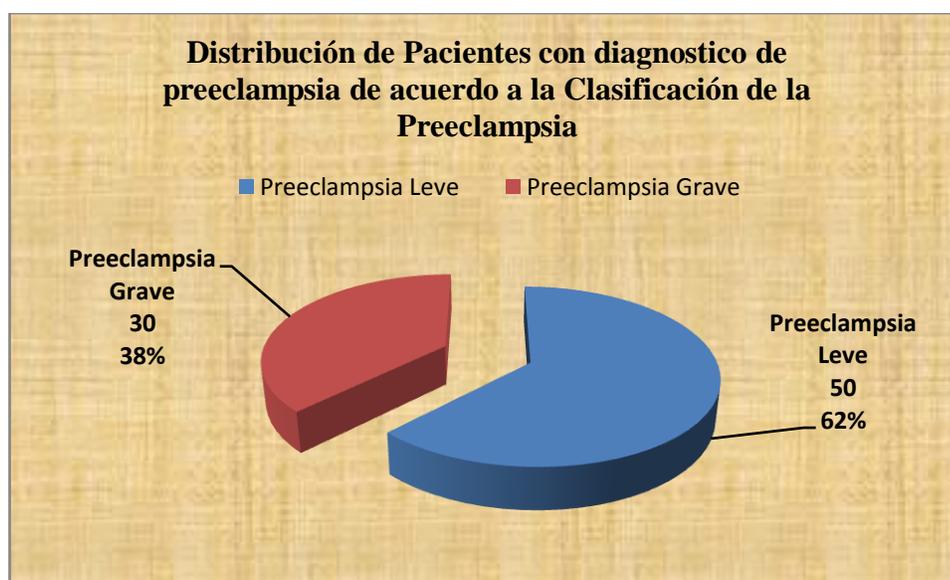
Discusión:

Los resultados obtenidos se relacionan directamente con la literatura, y con un estudio realizado por el estudio de un Hospital en Santa Martha Colombia el cual revelo que el 15% de pacientes tuvo parto por vía vaginal y un 89% parto por cesárea ya que el tto definitivo es la interrupción del embarazo, por parto vía cesárea con lo cual nos podemos dar cuenta que en nuestro medio se están practicando cesáreas con más frecuencia (19).

Tabla # 10

Distribución de Pacientes con diagnostico de preeclampsia de acuerdo a la Clasificación de la Preeclampsia

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Preeclampsia Leve	50	62.50%
Preeclampsia Grave	30	37.50%
TOTAL	80	100%



Fuente: Departamento de Estadística Hospital Mariana de Jesús

Elaborado: Roberto Tomalá Ruiz

Del 01 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2014

Interpretación y Análisis

De las 80 pacientes que forman parte de este estudio se presentan 50 pacientes que representan el 62.50% con diagnóstico de Preeclampsia Leve, y 30 pacientes que representan el 37.50% con diagnóstico de Preeclampsia Grave.

Discusión:

los resultados obtenidos en este estudio se relaciona con los datos obtenidos en una investigación hecha por la Universidad de Chimborazo, en la cual revela que el índice de Preeclampsia es en razón de la preeclampsia Leve (6).

CAPITULO V

CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar los factores de riesgo para preeclampsia y eclampsia en gestantes juveniles entre 16 a 19 años de edad, que se hicieron atender en el área de emergencia de la Maternidad Mariana de Jesús, en una muestra de 80 pacientes, obteniéndose como resultados primordiales lo siguiente:

El Grupo etario de mayor riesgo fueron las gestantes juveniles en edades de 16 a 17 años en un porcentaje del 75%, lo cual contradice con la literatura ya que la misma expresa que este trastorno hipertensivo aparece después de los 20 años.

Las pacientes que desarrollaron esta patología fueron aquellas que tuvieron antecedentes de Hipertensión inducida por el embarazo en Gestas anteriores y de Hipertensión arterial.

La Preeclampsia leve como diagnóstico de ingreso, en la Maternidad Mariana de Jesús

tiene una alta incidencia con el 62.50% el cual está estrechamente vinculado a factores de riesgo como bajo nivel de instrucción académica primaria completa 37,5% y en otras pacientes con ningún nivel de instrucción con un 25% , y de pacientes que residen en zonas Rurales.

Las primigestas, fueron aquellas que desarrollaron Preeclampsia en un alto porcentaje con respecto a la muestra analizada

Desarrollaron preeclampsia aquellas pacientes que tuvieron registrados pocos controles prenatales y aquellas que no tuvieron ninguno.

En cuanto a las complicaciones Obstétricas posterior al parto se describe con mayor incidencia el 62,5% la Hemorragia Post Parto lo cual coincide con la literatura y con estudios desarrollados anteriormente

Finalmente el tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo, por lo que la cesárea es el tipo de parto más frecuente en estas pacientes y nuestro estudio tiene 87,5%

RECOMENDACIONES

Fomentar el desarrollo de más investigaciones sobre trastornos hipertensivos del embarazo, con el objetivo de llegar a seguir disminuyendo la morbilidad materna neonatal por estas entidades clínicas.

Que se aumente el nivel de conocimiento, sobre el embarazo y sus complicaciones en adolescentes en edad fértil, como herramienta de prevención de futuras complicaciones en embarazos.

Lograr a nivel comunitario, mediante charlas u otro medio la difusión correcta sobre la identificación de los signos, síntomas y señales de que un embarazo pueda sufrir complicaciones, de tal manera que la madre en busque atención oportuna.

Que las pacientes, acudan a sus consultas obstétricas en las fechas indicadas p y/o establecidas para los controles prenatales, y en pacientes que residan en zonas Rurales donde se dificulte el acceso y o llegada al centro de Salud , el médico General o el o la Obstetra Rural acuda a visitar a esa paciente a fin de prevenir complicaciones.

Fomentar en los centros educativos, de secundaria Charlas informativas sobre Salud Sexual y Reproductiva, sobre el embarazo y sus complicaciones.

PROPUESTA

Titulo

CAMPAÑAS COMUNITARIAS PREVENTIVAS DE PREECLAMPSIA

Antecedentes:

Considerando que la Preeclampsia, es uno de los trastornos Hipertensivos del embarazo que, tiene complicaciones que afectan a la madre y al feto.

Que hay muchas mujeres embarazadas gestantes, que tienen poco conocimiento sobre esta entidad

Que la prevención de esta entidad debe ser mediante un grupo integrador, de médicos, obstetras, enfermeros e internos de medicina y Obstetricia, mediante la detección oportuna de pacientes con sintomatología sugestiva de Preeclampsia.

Objetivo:

Desarrollar, Charlas comunitarias sobre la Preeclampsia, representando sus factores de riesgo, sintomatología clínica y dar hincapié de las principales complicaciones maternas y fetales

Objetivos Específicos.

- Orientar e informar a las mujeres en edad fértil sobre los trastornos hipertensivos en el embarazo, en especial de la preclampsia

- Lograr que mediante el aprendizaje, usando recursos visuales, impresos la parte pueda detectar de manera oportuna si posee algún factor de riesgo
- Ayudar a reducir el número de complicaciones

Viabilidad:

El planteamiento es enteramente factible ya que se necesita de profesional médico, obstetras, internos de medicina, enfermería, y obstetricia que desarrollen charlas temáticas, de contenido de prevención pero en lenguaje fluido, no usando muchos términos médicos a fin de que el público al que se dirige pueda captar nuestra atención.

De los recursos:

- Papelógrafos
- Marcadores
- Láminas
- Trípticos.
- Recortes de periódicos revistas
- Tijeras
- Gómeros

Del Desarrollo:

Primero antes de iniciar con esta actividad, se debe estudiar la zona de preferencia que la charla se dé donde haya mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas.

Considerando lo primero, la charla inicia de manera dinámica, explicando sobre la enfermedad, y logrando hacer un ente integrador entre el personal destinado al efecto y las pacientes que se hallasen en ese momento.

Posterior, al desarrollo y explicación del tema para corroborar la asimilación del conocimiento, solicitar que se armen grupos de trabajo entre las pacientes ahí presentes, que se elaboren collages, con explicación con sus palabras sobre lo que hicieron y entendieron, de esta, manera podremos oportunamente reforzar algo que no haya podido quedar claro. Y a manera de estímulo, y de que se cree impacto en la zona o comunidad que los trabajos de las mesas grupales sean expuestos en la comunidad

Lo principal es que la charla sea entendida de tal manera que las mismas pacientes sean ente multiplicador de información, ante pacientes que no hayan podido asistir a la actividad.

Primordial es que después de este encuentro de trabajo, se hagan jornadas de vigilancia, y de evaluación de tal manera se proponen encuentros subsecuentes para evaluar cual fue el impacto, y de qué manera se está logrando socializar la información

Del Lugar de la Charla y de trabajo:

Ver la viabilidad de realizarla, afuera del centro de salud más cercano.

U oportunamente conversar con el líder de la comunidad y fijar el lugar y fecha.

Con esta actividad, y con lo propuesto por la OMS de hacer un llamado a las ONG para trabajar en conjunto, para lograr una maternidad sin peligros. Hacer un llamado a los clubes de leones , leos, Rotary, sociedades de voluntariado social. Para que ellos trabajen en otras áreas de la prevención

Trabajando en temas como la alimentación de pacientes embarazadas,

Y así se vayan Abordando más puntos en el área de la prevención

BIBLIOGRAFIA

1. María Gabriela Ulanowicz, Karina Elizabeth Parra, Gisela Verónica Rozas
Dra. Lourdes Tisiana Monzón Editorial S.A Grados de Hipertensión en el embarazo año 2010 Universidad de Venezuela Dpto. de Post Grado págs. 19- 21. med.unne.edu.ar/revista/revista152/6_152.htm

- 2.- Williams, M. Twickler Diane, D. Wendel George WILLIAMS OBSTETRICIA Editorial Mc Graw Hill edición 23va México Distrito Federal año 2011 págs. 708- 715.

- 3.- López Mora José Dr. Msc. Preeclampsia y Eclampsia Revista Latinoamericana de Hipertensión Editorial Innovaciones medicas científicas

Vol. 2 número 4 julio a septiembre 2013 Caracas- Venezuela año 2013 págs.117 – 127

- 4.- Villacrés Nildha Dra. Msc. Artículo sobre el Sistema de Salud Materna en Ecuador Revista Lineamientos Operativos en Salud Publica MAIS Y RIPS 1era edición Quito – Ecuador págs. 60 – 64 Disponible en <http://www.salud.gob.ec>.

- 5.- Rossler Emilio Dr. Msc. Revista Chilena “Guía de Preeclampsia” creada Editorial Sociedad médica de Santiago de Chile. Santiago de Chile año 2013 págs. 15 – 20. por el PROGRAMA NACIONAL SALUD DE LA MUJER

GUÍA PERINATAL 2014 de la Universidad de Chile.

- 6.- Factores de Riesgo para preeclampsia Revista On Line Apuntes de Ginecología Preeclampsia vol. 25 año 2010 Págs. 05- 07 <http://nacerlatinoamericano.org/?reqp=1&reqr=>
- 7.- Netter F. y Colaboradores Ginecología y Obstetricia “Emergencias Obstétricas” Editorial Masson Edición 21va Valencia- España págs. 440- 454
- 8.- Pérez Edward, Saavedra José Dres.Mscs. “Ginecología Oncológica Pelviana” Editorial Medica de Valencia y Alcalá Edición 20 Madrid- España Págs. 555-575.
- 9.- Valente José Dr. Msc. Revista de ginecología, Obstetricia y reproducción humana,” Trastornos Hipertensivos del Embarazo” Editorial Austro Medico Volumen 4 de Agosto a Octubre del 2011 Madrid- España págs. 20 – 30
- 10.- Manual de Manejo de los trastornos Hipertensivos en el embarazo Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2013
- 11.- Revista de LECCIONES APRENDIDAS POR LOS EQUIPOS DE Planificación Obstetrica PARA LOGRAR LA APLICACIÓN DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL MSP Ecuador 2011 2da Edición Quito – Ecuador Págs. 20 – 30. .

- 12.- Revista sobre el Plan Nacional del Buen vivir Semplades Quito Ecuador año 2013 págs. 13 – 15 , 193 – 196.
- 13.- Organización Mundial de la Salud Revista On Line Págs. 3 a la 6 año 2014 págs.: 4- 10
- 14.- León Wilfrido Dr., Villamarin Saskia Dra. Guía de Práctica Clínica “Trastornos Hipertensivos en el Embarazo” Editorial Editogran S.A Edición 4ta Ministerio de Salud Publica Ecuador págs. 15 – 18.
- 15.- Obstetricia de alto Riesgo Cifuentes y Asociados Editorial Cifuentes S.A año 2013 edición 10ma Colombia- Medellín Págs.: 20 – 25.
- 16.- Caiza S. Complicaciones Materno-Fetales Asociadas a la Preeclamsia en el Hospital José María Velasco Ibarra - Tena en el periodo enero 2009-enero 2010 [Tesis]. [Ecuador]: Escuela de Medicina.
<mailto:http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/1901>
- 17.- Suárez JA, Cabrera MR, Gutiérrez M, Corrales A, Cairo V, Rodríguez L. Resultados de la atención a pacientes con riesgo de preeclampsia-eclampsia. Rev Cubana ObstetGinecol . 2012 305-312.
- 18.- Suárez JA, Cairo V, Gutiérrez M. Marín Y. Sistema de acciones para el diagnóstico precoz de la preeclampsia-eclampsia en Villa Clara. Acta médica del Centro <mailto:http://www.revactamedicacentrosld.cu/>

- 19.- González G. y Cols. 2014 Editorial Salud págs. 14- 18 Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en mujeres atendidas en una entidad de salud de Santa Marta. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud.
<mailto:http://investigacion.unimagdalena.edu.co/>
- 20.- Netter F. 2010 -Ginecología y Obstetricia Madrid –España Editorial Masson pág. 440- 454.
- 21.- Pérez E. et al 2010 - Ginecología Oncológica Pelviana. Madrid-España- Editorial Masson Pág. 555-575
- 22.- Revista de ginecología, Obstetricia y reproducción humana, 2014 Madrid- España editorial Edisma Pág. 12 – 14
- 23.- Revista de Prevención de Preclampsia y Eclampsia de la OMS año 2013. págs. 20 - 25

ANEXOS

ANEXO# 1

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Ficha de recolección de datos

“ Determinación de los factores de riesgo para preeclampsia y clampsia en gestantes de 16 a 19 años de edad atendidas en el área de Gineco Obstetricia del hospital Mariana de Jesús del 1 de enero del 014 al 31 de diciembre del 2014”

Día:	Hora:	Núm. de H.C:
------	-------	--------------

I.- DATOS INFORMATIVOS

NOMBRES Y APELLIDOS	
EDAD	
C.I	
DIRECCION DOMICILIARIA	
TELEFONOS	
LUGAR DE RESIDENCIA	
LUGAR DE PROCEDENCIA	

II.- INSTRUCCIÓN/ ESTADO CIVIL/ ANTECEDENTES

Estado Civil	a.- sol b.- cas c.- div d.- viu e.- u.l
Ultimo ano de instrucción educativa	
Profesión/ ocupación	
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	1.- PRIMERA REGLA 2.- FUM GESTAS..... PARTOS..... CESAREAS..... ABORTOS..... TOTAL DE GESTAS.....
ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES	

ANTECEDENTES PAT FAMILIARES	
-----------------------------	--

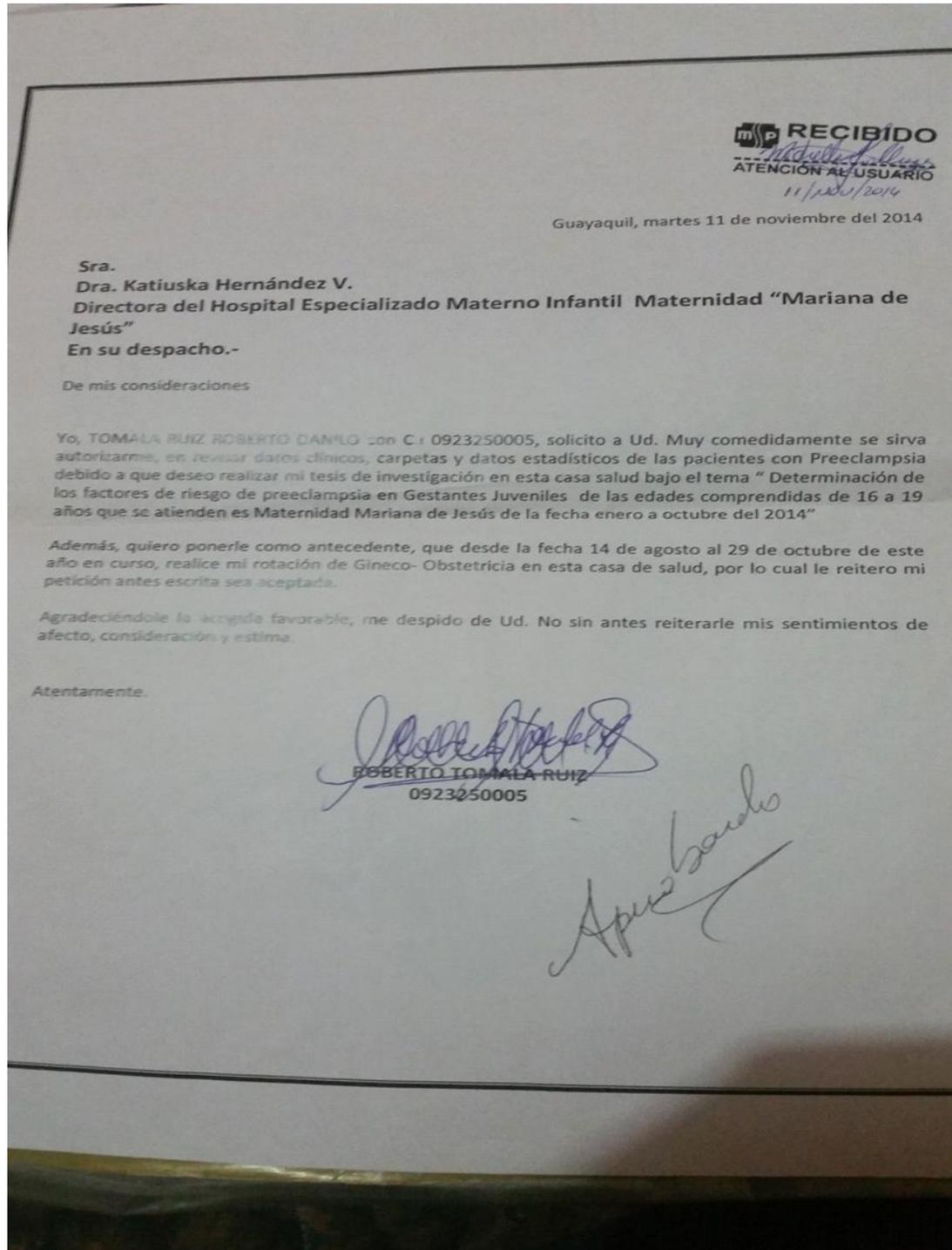
III.- CONTROL DE SIGNOS VITALES

T/A	FREC RESP	FREC CARDIACA

ELABORADO POR ROBERTO TOMALA RUIZ

ANEXO 2

ANEXO 3



ANEXO #4

	<p>UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS ESCUELA DE MEDICINA CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES RELACIONADAS AL TRABAJO DE TITULACION 2014 – 2015</p>	
---	---	---

	D	I	A	S	D	I	A	S	D	I	A	S	D	I	A	S	
AGOSTO	L	J	v	v	L	M	M	J	L	M	M	J	L	M	M	J	
Conversación con el Dr. Carlos vizueta, para que sea tutor del presente trabajo	4																
Elaboración y presentación del tema para aprobación del mismo		7															
Revisión de la Bibliografía			15														
Not. de aprobación del tema y tutor				22													
Elaboración del Anteproyecto y revisión por parte del Tutor				29													
SEPTIEMBRE																	
Entrega del anteproyecto para revisión por miembros de la comisión de la Escuela de Medicina					29												
OCTUBRE																	
Entrega de oficios y elección de fechas para revisión de datos en el hospital									13								
NOVIEMBRE																	
RECOLECCION DE DATOS Estadísticos														X	X	X	X

	D	I	A	S	D	I	A	S	D	I	A	S	D	I	A	S
DICIEMBRE	L	M	M	J	L	M	M	J	L	M	M	J	L	M	M	J
Entrega de anteproyecto con las correcciones respectivas para elab. de la tesis original													9			
elaboración del Capítulo 1													15			
revisión del Capítulo 1													29			
ENERO																
Elaboración del Capítulo 2																15
revisión del Capítulo 2																29
FEBRERO																
Elaboración del Capítulo 3																12
Procesamiento de datos													17			
Revisión del Capítulo 3																26
Marzo y Abril																
Elaboración de tablas y cuadros estadísticos, análisis y discusión respectiva													x	x	x	x
Mayo																
Elaboración de Conclusiones propuesta y validación de la misma																7
Revisión por parte del Tutor																21
Revisión por parte de la Dra. Bravo 1er Borrador de la tesis													25			
Junio																
Última Revisión por parte de la Dra. Bravo miembro de la Comisión																10
fecha de sustentación de tesis																24