



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MEDICO GENERAL**

**“COMPLICACIONES MATERNO-FETAL
ASOCIADAS A PREECLAMPSIA- ECLAMPSIA
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA.
PERIODO FEBRERO - AGOSTO DEL 2013”**

Tutores: Dr. Flavio Vintimilla

Mcs. Mary Alvear

Autoras: María Belén Calucho Murillo

María Margarita Naula Vimos

RIOBAMBA – ECUADOR

2014



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SUBDECANATO

Oficio 1709-SD-FCS-2013
Riobamba, 17 de diciembre de 2013

Señores
María Belén Calucho Murillo
María Margarita Naula Vimos
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA
Presente

Señores Estudiantes:

En base al informe emitido por la Dirección de la Carrera de Medicina, me permito informarle que la Comisión de Carrera ha aprobado el tema de tesina: **"COMPLICACIONES MATERNO - FETAL ASOCIADAS A PREECLAMPSIA -ECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. PERIODO FEBRERO - AGOSTO 2013"**, Tutores: Dr. Flavio Vintimilla y MsC. Mary Alvear; por lo que, de acuerdo a la Resolución No. 0533-HCDFCS-03-07-2013, esta dependencia autoriza continuar con el desarrollo y trámite respectivo.

Particular que comunico para los fines legales pertinentes.

Atentamente,



MsC. *Angélica Herrera*
SUBDECANA DE LA FACULTAD

Copia: Dr. Flavio Vintimilla y MsC. Mary Alvear, Docentes -Tutores

Verónica A.

NOTA: Este documento deberá ser entregado en Secretaría de Escuelas, para trámites de graduación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICO

Certifico que la Srta. María Margarita Naula Vimos, portadora de la cedula de ciudadanía N° 0603518911, estudiante de la carrera de medicina, está Apta para presentarse a la defensa publica con el tema **“COMPLICACIONES MATERNO – FETAL ASOCIADAS A PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. PÉRIODO FEBRERO – AGOSTO 2013”** previo a la obtención del Título de Médico General.

Riobamba, 16 de Enero del 2013



Dr. Flavio Vintimilla
Tutor



Dr. Fabián Arias.
Presidente del tribunal



Msc. Mery Alvear
Tutor



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CERTIFICO

Certifico que la Srta. María Belén Calucho Murillo, portadora de la cedula de ciudadanía N° 0603451527, estudiante de la carrera de medicina, está Apta para presentarse a la defensa publica con el tema **“COMPLICACIONES MATERNO – FETAL ASOCIADAS A PREECLAMPSIA – ECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. PERÍODO FEBRERO – AGOSTO 2013”** previo a la obtención del Título de Médico General.

Riobamba, 16 de Enero del 2013


Dr. Flavio Vintimilla
Tutor


Dr. Fabián Arias.
Presidente del tribunal


Msc. Mery Alvear
Tutor



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por las Srtas. María Belén Calucho Murillo y María Margarita Naula Vimos, para optar al título de Médico General, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de Tutor Científico, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 17 de Enero del 2013.


Dr. Flavio Vintimilla.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado presentado por las Srtas. María Belén Calucho Murillo y María Margarita Naula Vimos, para optar al título de Médico General, y que acepto asesorar a las estudiantes en calidad de Tutora Metodológico, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, 17 de Enero del 2013.


Mcs. Mary Alvear.

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras María Belén Calucho
Murillo y María Margarita Naula
Vimos somos responsables de todo
el contenido de este trabajo
investigativo, los derecho de autoría
pertenece a la Universidad
Nacional de Chimborazo.

DEDICATORIA

A ti Dios que me diste la oportunidad de vivir y de regalarme una familia maravillosa.

Con mucho cariño a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento.

Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor, por todo esto les agradezco de todo corazón el que estén conmigo a mi lado.

A mi hermano por estar conmigo y apoyarme siempre. A mis amigos/as por estar conmigo en todo este tiempo donde hemos vivido momentos difíciles y tristes, gracias por ser mis amigos y recuerden que siempre los llevare en mi corazón.

Y a mis maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi carrera profesional.

BELEN CALUCHO

DEDICATORIA

A Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría.

A mi padre, José Naula porque gracias a él sé que la responsabilidad se la debe vivir como un compromiso de dedicación y esfuerzo.

A mi madre, Mercedes Vimos cuyo vivir me ha demostrado que el camino hacia la meta se necesita de la dulce fortaleza para aceptar las derrotas y del sutil coraje para derribar miedos.

A mis hermanos/as, el incondicional abrazo que me motiva y recuerda que detrás de cada detalle existe el suficiente alivio para empezar nuevas búsquedas.

A mis familiares, viejos amigos y a quienes recién se sumaron a mi vida para hacerme compañía con sus sonrisas de ánimo, porque a lo largo de este trabajo aprendimos que nuestras diferencias se convierten en riqueza cuando existe respeto y verdadera amistad.

MARGARITA NAULA

AGRADECIMIENTO

A Dios por ayudarnos a sobrellevar todos estos años de sacrificio para realizar este anhelado sueño.

A la prestigiosa “Universidad Nacional de Chimborazo” Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina institución tan significativa, que nos permitió adquirir los conocimientos elementales muy importantes para nuestra formación profesional, en especial al Doctor Flavio Vintimilla y la Mcs Mary Alvear tutores de tesina quienes nos ha proporcionado la orientación acertada para culminar con éxito el presente trabajo de investigación. Además a todos nuestros maestros por la transmisión de valiosos conocimientos y experiencias así como grandes principios éticos.

Al Hospital Provincial General Docente de Riobamba Institución que nos abrió sus puertas para la realización del presente trabajo.

BELEN CALUCHO/ MARGARITA NAULA





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

This research was conducted to study the major maternal and fetal complications associated with preeclampsia - eclampsia in women attending the Obstetrics and Gynecology Service of the Provincial General Hospital of Riobamba City. An retrospective , explanatory longitudinal cohort study was conducted , the problem is to study the maternal and fetal complications in women who had preeclampsia – eclampsia. The objectives are to identify the main risk factors identify and determine the associated pathologies, morbidity and mortality in maternal -fetal patients who had preeclampsia -eclampsia for which the following hypothesis was proposed: "Are complications of preeclampsia-eclampsia common and do they increase mother -fetal morbidity and mortality in patients treated in the service of Gynecology and Obstetrics of the Provincial General Hospital of Riobamba City in the period from February to August 2013". The result were the following: 52.94 % of mothers with complications of preeclampsia - eclampsia have an age range between 20 to 35 years, 42.02% nulliparous parity, 80.67 % maternal hypertension, 48,74% with primary education, 91.60 % of women have had more than five prenatal care checks. 66.67 % presented associated diseases such as diabetes mellitus. Mothers presents some maternal complications such as: HELLP syndrome in a 56.25 %, acute pulmonary edema 31.25%, hepatic subcapsular hematoma 12.50% and other neonatal complications: prematurity 68.75% , intrauterine growth restriction and stillbirth 5.18%, fetal obit 13.39% . Complications increase maternal - fetal morbidity. These findings show major maternal -fetal associated complications preeclampsia - eclampsia within the study population which may serve as clinical markers to detect diseases in early clinical stages and prevent more serious complications.

Isabel Escudero

Reviewed by: Dra. Isabel Escudero
Languages Center - health and science school - UNACH



RESUMEN

Esta investigación se realizó para estudiar las principales complicaciones materno- fetal asociadas a preeclampsia – eclampsia en mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba. Se realizó un estudio explicativo, retrospectivo, de cohorte longitudinal, cuyo problema es estudiar las complicaciones materno- fetal en mujeres que presentaron preclampsia – eclampsia, bajo los siguientes objetivos que son: identificar los principales factores de riesgo, determinar las patologías asociadas y determinar la morbi- mortalidad materno- fetal en las pacientes que sufrieron preclampsia- eclampsia, para lo cual se planteó la siguiente hipótesis. “ las complicaciones por preclampsia- eclampsia son frecuentes y aumentan la morbimortalidad materno- fetal en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el período de febrero a agosto del 2013”; teniendo como resultado que las madres con complicaciones por preeclampsia – eclampsia tiene un rango de edad entre los 20 a 35 años con 52,94%, paridad nulípara con 42,02%, hipertensión arterial materna con un 80,67%, con una instrucción primaria con un 48,74%, con control prenatal adecuado mayor a 5 con 91,60%, patologías asociadas como la diabetes mellitus con 66,67%.Las complicaciones maternas: síndrome de Hellp con un 56,25%, edema agudo de pulmón 31,25%, hematoma subcapsular hepático 12,50%; complicaciones neonatales: prematuridad con 68,75%, restricción de crecimiento intrauterino con 5,18% y óbito fetal con un 13,39% . Las complicaciones aumentan la morbilidad materno – fetal.

Estos hallazgos muestran las principales complicaciones materno - fetales asociadas a preeclampsia – eclampsia dentro de la población estudiada, los cuales pueden servir como marcadores clínicos que permitan detectar la enfermedad en estadios clínicos precoces y evitar su progresión a formas más graves.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DERECHO DE AUTORÍA.....	ii
DEDICATORIA	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ABSTRACT.....	vi
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
1.- PROBLEMATIZACIÓN.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.3. OBJETIVOS.....	5
1.3.1. GENERAL.....	5
1.3.2 ESPECIFICOS	5
1.4 JUSTIFICACIÓN	6
CAPÍTULO II	8
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL.....	8
2.2 FUNDAMENTACION TEORICA.....	8
2.2.1 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	8
2.2.2 PREECLAMPSIA.....	9
2.2.3ECLAMPSIA.....	20
2.2.4 COMPLICACIONES MATERNAS	21
2.2.5COMPLICACIONES FETALES.....	25
2.2.6FACTORES DE RIESGO⁽⁹⁾	28
2.2.7PATOLOGIAS ASOCIADAS.....	29

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS.....	30
2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	32
2.4.1. HIPÓTESIS	32
2.4.2 VARIABLES	32
2.5. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	33
CAPITULO III.....	35
3. MARCO METODOLOGÍCO.....	35
3.1 MÉTODO	35
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
3.2.1. POBLACIÓN.....	35
3.2.2. MUESTRA.....	36
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
3.4 TÉCNICA PARA EL ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS ...	36
COMPROBACION DE LA HIPOTESIS.....	50
CAPITULO IV	51
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
5.1. CONCLUSIONES.....	51
5.2. RECOMENDACIONES.....	52
CAPITULO V.....	53
5.1 PROPUESTA	53
5.2 BIBLIOGRAFIA.....	55
ANEXOS	57

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	38
TABLA 2	39
TABLA 3	40
TABLA 4	41
TABLA 5	42
TABLA 6	43
TABLA 7	44
TABLA 8	45
TABLA 9	46
TABLA 10	47
TABLA 11	48
TABLA 12	49



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	38
GRÁFICO 2	39
GRÁFICO 3	40
GRÁFICO 4	41
GRÁFICO 5	42
GRÁFICO 6	43
GRÁFICO 7	44
GRÁFICO 8	45
GRÁFICO 9	46
GRÁFICO 10	47
GRÁFICO 11	48
GRÁFICO 12	49

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones de los trastornos hipertensivos en las mujeres embarazadas constituyen un problema de salud pública, la primera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo con 150 o más defunciones x 100.000 nacimientos y la tercera causa de muerte materna en los países desarrollados, lo cual representa 4 defunciones x 100.000 nacimientos. Son también causa de muerte fetal y neonatal, así como del recién nacido con bajo peso al nacer, hipóxico, con Apgar bajo, pretérmino, entre otros. ⁽¹⁾

No existe acuerdo respecto a la causa de este problema y puesto que existe una diversidad de formas clínicas, es posible que no se trate de un solo mecanismo patogénico. Existen varios factores de susceptibilidad, los más aceptados son de carácter genético, de tipo nutricional, y de deficiencias orgánicas previas en los sistemas cardiovasculares, renales y metabólicos. ⁽²⁾

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica de causa desconocida que puede manifestarse en la segunda mitad del embarazo, en el parto o en el puerperio inmediato. La misma se caracteriza por una respuesta materna, inmunológica – vascular, anormal a la implantación del producto de la concepción, que se manifiesta a través de una función endotelial alterada, representada por la activación de la cascada de la coagulación, y un aumento de la resistencia vascular periférica y de la agregación plaquetaria.

Chesley denominó a la preeclampsia como una "enfermedad de las teorías". Muchos de los mecanismos fisiopatológicos que culminan en la aparición de la entidad clínica llamada preeclampsia no se han explicado. El cuadro suele ceder rápidamente después del parto y por tal motivo su punto de partida debe ser la unidad feto placentaria. ⁽³⁾

La bibliografía específica, hace referencia a los factores de riesgo como son: la nuliparidad (multiplica la incidencia por seis o por ocho) o un primer embarazo, la edad de la madre inferior a 20 y superior a 35 años, las gestaciones múltiples (gemelos, trillizos), el polihidramnios, el hidrops fetal no inmune (multiplica por 10), la clase socioeconómica baja (posible papel de las carencias nutricionales), la obesidad, y la presencia previa de hipertensión, nefropatía, diabetes mellitus o anticuerpos antifosfolípidos. La incidencia aumenta ocho veces en las hijas de mujeres que han padecido trastornos hipertensivos, lo que sugiere que podría participar como un factor genético. ^(4,5,6)

La epidemiología de la Preeclampsia/Eclampsia es complicada por diferencias en la definición e inexactitud en el diagnóstico, así como las disparidades entre las poblaciones de estudio. ⁽⁷⁾

En nuestro país según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna del Ministerio de Salud Pública, la hemorragia es la primera causa de muerte materna con 38% de casos, seguida de hipertensión y eclampsia con un 26% y en tercer lugar la sepsis con el 21% de casos. ⁽⁸⁾

Con la presente investigación se pretende estudiar los factores de riesgo y complicaciones en las mujeres embarazadas con diagnóstico de preclampsia – eclampsia, y de esta manera contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna –fetal producida por esta patología.

Además es necesario indicar que en nuestro país no se cuentan con estudios concluyentes que clarifiquen el panorama acerca de esta patología, por ello el siguiente problema de investigación.

CAPÍTULO I

1.- PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones más frecuentes que se presentan en las mujeres con diagnóstico de preeclampsia- eclampsia, tiene como factores predisponentes: factores obstétricos, comorbidos, factores genéticos, factores de estilos de vida de la madre, los mismo que aumentan la morbi- mortalidad materno- fetal.

En la actualidad, no se dispone de una prueba de detección preventiva que sea universal, reproducible y costo-efectiva. El manejo se fundamenta en el diagnóstico clínico y oportuno.

La preeclampsia- eclampsia tiene complicaciones graves como: mortalidad fetal y neonatal, partopretérmino, test de Apgar bajo y restricción de crecimiento uterino; en la madre ocasiona consecuencias muy graves, tales como: el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, la insuficiencia renal aguda, edema agudo de pulmón, hemorragia cerebral, síndrome de Hellp, Coagulación intravascular diseminada y shock, entre otros.

La presente investigación tiene como finalidad estudiar a las pacientes con complicaciones derivadas de la preeclampsia-eclampsia, con el propósito de prevenir la mortalidad materno- fetal.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones materno - fetal asociadas a la preclampsia - eclampsia en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco obstetricia. Hospital provincial general docente de Riobamba en el periodo febrero-agosto 2013?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. GENERAL

Determinar las complicaciones materno-fetal de la preeclampsia - eclampsia en las pacientes atendidas en el Servicio de Gineco- Obstetricia Hospital Provincial General Docente Riobamba en el Período Febrero – Agosto 2013.

1.3.2 ESPECIFICOS

- Identificar los principales factores de riesgo en las mujeres que sufrieron complicaciones por Preeclampsia - Eclampsia.
- Determinar las patologías asociadas en mujeres que sufrieron complicaciones por Preeclampsia - Eclampsia.
- Determinar la morbi- mortalidad materna en mujeres que sufrieron las complicaciones por preeclampsia- eclampsia.
- Determinar la morbi- mortalidad fetal de pacientes de las mujeres que sufrieron las complicaciones por preeclampsia- eclampsia.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo, complicaciones materno-fetal asociadas a preeclampsia-eclampsia, lo realizaremos como una contribución al área de Ginecología y obstetricia, considerando necesario estudiar dichas complicaciones que se presentan en mujeres con preeclampsia-eclampsia y de esta manera aportar favorablemente al campo de la Medicina.

La preeclampsia-eclampsia en nuestro país, como en el mundo, es una de las causas de morbimortalidad que afecta a las madres gestantes y a los recién nacidos. La investigación es de gran importancia para minimizar las complicaciones materno - fetal asociados a preeclampsia-eclampsia. Por ello está ampliamente fundamentada en los conocimientos teóricos actualizados, y lo relacionamos con la realidad del lugar de investigación revisando historias clínicas presentes en el tiempo de estudio.

Es un tema de interés para el campo de la Medicina, como para los profesionales de la salud y los especialistas como los Ginecólogos, Obstetras, perinatologo y pediatras. El proceso investigativo tiene gran relevancia porque los resultados que se obtengan revelaran la realidad existente; por lo tanto aporta favorablemente a la toma de decisiones para un pronto tratamiento y la prevención de estos casos.

El contenido de esta tesina se va a realizar con miras a beneficiar de manera directa a las madres gestantes atendidas en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital provincial general docente de Riobamba.

La realización de este trabajo investigativo nos permitirá dar a conocer las complicaciones por PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA en nuestro medio, siendo esta una enfermedad que tiene como factores pre disponentes el bajo nivel escolar, edad extrema

de la vida reproductiva de la mujer, historia familiar de preeclampsia-eclampsia y la multiparidad acarreado con esto graves consecuencias materno fetales.

En el contexto es un tema novedoso y original ya que antes no se han realizado estudios, al ejecutarlo nos permitirá establecer planteamientos en pro de disminuir el problema detectado. Realizar esta investigación será factible porque se iniciara de la realidad local, hasta obtener conocimientos científicos de gran validez que se aplicaran en el lugar de los hechos con una investigación cimentada en la realidad; se contara con el personal del Hospital, mismos que nos facilitaran la información, y también con los materiales necesarios para el proceso de observación, recolección de datos y la disposición de las personas que investigaron hasta alcanzar los objetivos planteados, comprobar la hipótesis, y plantear soluciones concretas para una contribución al mejoramiento de la salud.

Esta rama de la Medicina dedicada al cuidado materno -fetal es de fundamental importancia para proteger la vida, brindando servicio efectivo a la comunidad.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL

Luego de haber realizado una indagación documental en las principales bibliotecas de la ciudad de Riobamba. Principalmente en la Universidad Nacional de Chimborazo, en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y en el Internet, se llegó a la conclusión de que trabajos iguales o similares al que vamos a presentar no existe.

Por lo que nos responsabilizamos de todo lo planteado en la presente investigación.

La investigación está sustentada en la escuela Epistemológica Pragmática porque no solamente se sustentara teóricamente si no que se relacionó con la práctica.

2.2 FUNDAMENTACION TEORICA

2.2.1 TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

Hipertensión: tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y tensión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg.

Hipertensión crónica (pre-existente).⁽⁷⁾ Hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y no se resuelve posparto.⁽⁸⁾

Hipertensión Gestacional (hipertensión inducida por el embarazo): hipertensión descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria.⁽⁸⁾ La

Hipertensión gestacional puede ser un diagnóstico provisional: algunas mujeres pueden desarrollar proteinuria (preeclampsia), aunque otras pueden tener hipertensión preexistente que han sido enmascaradas por la disminución fisiológica en la tensión arterial en el inicio del embarazo.⁽⁹⁾ El diagnóstico de hipertensión gestacional es confirmado si no se ha desarrollado preeclampsia y la TA ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas posparto.⁽¹⁰⁾

2.2.2 PREECLAMPSIA

2.2.2.1 Definición.- Es un desorden multisistémico que se asocia con hipertensión y proteinuria y raramente se presenta antes de las 20 semanas de embarazo. Los cambios patológicos vistos en la preeclampsia son principalmente isquémicos, afectando la placenta, riñón, hígado, cerebro y otros órganos.⁽¹⁰⁾ Preeclampsia es un Síndrome multisistémico de severidad variable, específica del embarazo, caracterizada por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste. Se asocia a daño endotelial y por lo tanto puede presentar manifestaciones prácticamente en todos los aparatos y sistemas, y el feto no es la excepción. Se caracteriza por hipoperfusión tisular generalizada relacionada con una respuesta vascular anormal placentaria que se asocia con un aumento en las resistencias vasculares sistémicas, daño endotelial, cambios metabólicos, consumo plaquetario, aumento en la respuesta inflamatoria y activación del sistema de coagulación.

2.2.2.2 Etiología.-La etiología se desconoce, aduce factores múltiples que se asocian con la Preeclampsia y Eclampsia.⁽⁹⁾

El Vaso espasmo.-Es el fenómeno más característico de la preeclampsia. El aumento de la resistencia vascular periférica origina una mala perfusión renal y placentaria que conduce a hipertensión arterial. Si bien las embarazadas normales son refractarias a la angiotensina II se han demostrado que las preeclámpticas tienen una reactividad exagerada a esta sustancia.⁽⁹⁾

Síntesis aumentada de endotelina: Existe una disfunción endotelial porque se produce una disminución de la liberación de sustancias vasodilatadoras e incremento de sustancias vasopresoras. Puede ser que se deba a la endoteliosis glomerular descrita. En la preeclampsia están aumentadas la endotelina y disminuidas las elastinas. Posiblemente haya un aumento del factor de Willerbrand.

Metabolismo Lipídico: En las gestantes pre eclámpticas hay un aumento de los lípidos totales, triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL). Además se produce una **hiperoxidación** lipídica incontrolada. Es posible que el daño endotelial se deba a las VLDL.⁽⁸⁾

Hemoconcentración: Como resultado del vasoespasmoarteriolar que disminuye el volumen plasmático circulante. Esto se traduce en hemoconcentración. El péptido natriurético auricular (PAN) está aumentado para compensar el vasoespasmo (su función es vaso relajante).

Activación del proceso de coagulación: en las pacientes preeclámpticas hay una disminución de las plaquetas y una baja concentración de antitrombina III (que indican activación de la cascada de la coagulación. Clínicamente hay signo de coagulación intravascular diseminada en un 10% de los casos. En la preeclámptica hay un aumento de la TXA2 (tromboxano vasoconstrictor y activador de la agregación plaquetaria) y una disminución de las IgI2 (vasodilatador).

Anormalidades en la placentación: en el embarazo normal, una vez que se ha realizado la implantación ovular en la zona de la decidua basal, el trofoblasto invade las arterias deciduales destruyendo el endotelio y la capa muscular (12 semana). Entre la 16-20 semana se produce una nueva invasión por parte del trofoblasto que afecta al tercio interno de las arterias miometriales. De manera que el hecho vascular es de baja resistencia. En los casos de preeclampsia los vasos miometriales no sufren la invasión trofoblástica, se dificulta la dilatación vascular y se impide el flujo sanguíneo adecuado en el espacio intervelloso.

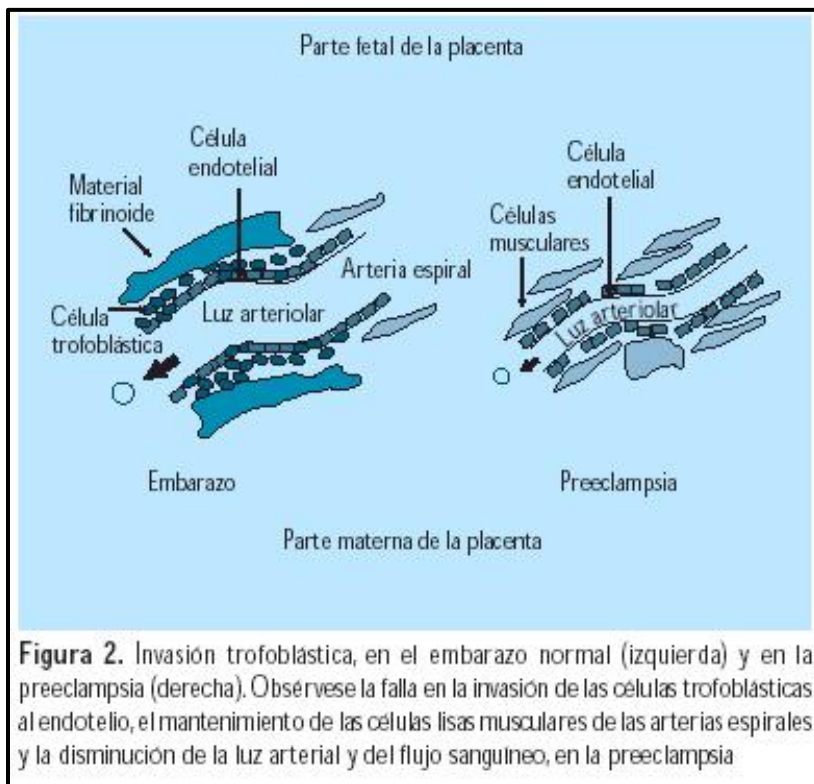
Además existen unas lesiones en el riñón de las preeclámplicas que para algunos es específica de la enfermedad: endoteliosis capilar glomerular que consiste en un engrosamiento de los glomérulos con vacuolización y tumefacción de las células endoteliales mesangiales, con depósito fibrinoide en la membrana basal. No se sabe el significado de estas lesiones. ⁽⁹⁾

Factores Inmunológicos: como incompatibilidad sanguínea, reacción inmunológica a los antígenos de histocompatibilidad aportados por la unidad feto placentaria. Aparentemente la ausencia de la producción de anticuerpos bloqueadores y la disminución en la reacción inmunológica mediada por células, pudiera producir una alteración en el reconocimiento de la unidad feto placentaria por la madre, conduciendo a una respuesta anormal hacia los antígenos fetos placentarios. ⁽¹¹⁾

Se cree que la aparición en el primer trimestre de gestación de una intolerancia inmunológica muta entre el aloinjerto fetal (paterno) y el tejido materno, causa importantes cambios morfológicos y bioquímicos en la circulación sistémica y útero placentaria materna. El concepto de aloinjerto fetal indica que la reacción inmunológica materna contra el feto es potencialmente destructiva y se propone que el reconocimiento inmunológico es indispensable para su éxito. ⁽¹²⁾

Deficiencia de Prostaciclina: también se ha propuesto la deficiencia de prostaciclina en la preeclampsia, ya que se ha encontrado que la placenta de mujeres con la enfermedad produce menos prostaciclina y más troboxano, pero los mecanismos causales permanecen desconocidos.⁽¹²⁾

2.2.2.3 Fisiopatología



Cambios Vasculares uterinos

La placenta humana es perfundida por numerosas arteriolas placentarias que por acción del trofoblasto intersticial y endovascular migratorio transforma el hecho arterial uteroplacentario en un sistema de baja resistencia, baja presión y alto flujo.⁽¹³⁾

En el embarazo normal, la invasión decidual de las vellosidades trofoblástica altera las arterias espirales, reemplazándose la capa muscular y elástica por fibrina y citotrofoblasto; los vasos se vuelven gruesos y tortuosos que aumentan la irrigación placentaria, posteriormente los cambios se extienden a los vasos miometriales hasta llegar a la porción radial de las arterias uterinas.

En la preeclampsia las modificaciones se restringen al segmento decidual de las arterias espirales, conservando el segmento miometrial las fibras elásticas y musculares; así las arterias espirales miometriales conservan su capacidad de respuesta contráctil ante estímulos humorales o nerviosos, de tal forma que se restringen el flujo sanguíneo requerido por la unidad uteroplacentaria en los estadios más avanzados del embarazo; implicando un aporte fijo que no responde a las demandas con la consecuente isquemia.⁽¹²⁾

Prostaglandina y Embarazo

En el embarazo normal esta aumentada la producción de Prostaciclina (Pc) y de tromboxano a₂ (Ta₂), pero ambas se mantienen en equilibrio. La Prostaciclina es producida por el endotelio vascular y por la corteza renal, potente vasodilatador e inhibidor de la agregación plaquetaria.⁽¹³⁾ El tromboxano es producido por las plaquetas y el tromboxano, es un potente vasoconstrictor y favorece la agregación plaquetaria. Ambas sustancias tiene efectos opuestos y participan en la regulación del tono vascular y el flujo sanguíneo.⁽⁹⁾ Se ha sugerido que en el SHE (Síndrome Hipertensivo del Embarazo) hay un desbalance en la producción y catabolismo de la prostaciclina y tromboxano,⁽¹²⁾ siendo responsable de los cambios fisiopatológicos, produciéndose aumento de la resistencia vascular.

Homeostasis

En el primer trimestre, el volumen sanguíneo se incrementa expandiéndose hasta en un 40% en la 30ava semana; existe un aumento del volumen eritrocitario, así como el volumen plasmático, secundario a cambios en el sistema Renina Angiotensina Aldosterona. En el síndrome hipertensivo del embarazo es usual observar disminución del volumen plasmático, con la consecuente hemoconcentración y aumento de la viscosidad sanguínea.⁽¹²⁾

Función renal

En el embarazo normal, el flujo plasmático renal y el filtrado glomerular aumentan en aproximadamente 50%, es por ello que las concentraciones normales gestacionales de urea, creatinina y ácido úrico en sangre son más bajos.

La paciente con síndrome hipertensivo del embarazo presenta una disminución de la perfusión y del filtrado glomerular de grado leve a moderado, expresado por un aumento de la creatinina y del ácido úrico.

Papel de la serotonina

La serotonina (5-hidroxitriptamina 5-HT) se aisló por primera vez en 1948. La serotonina es una sustancia vaso activa que se produce en la naturaleza y se encuentra fundamentalmente en el cerebro, tejido enterocromafín y plaquetas. Es una amina que se origina principalmente en las células del sistema de captación y descarboxilación precursor de aminas (CDPA) del tracto gastrointestinal desde donde pasa a la sangre.⁽¹³⁾ Las plaquetas intravasculares tópicamente se unen y almacenan la amina, de forma que existe poca cantidad libre en el plasma, si es que hay alguna.

Page describió por primera vez sus efectos fisiológicos en 1954. La serotonina tiene efectos cardiovasculares complejos y múltiples, lo que origino su designación como molécula anfibárica. Dependiendo de la situación del lecho vascular, las condiciones experimentales y el grado de tono simpático y la vía de administración, la amina puede producir constricción o dilatación de los vasos sanguíneos.⁽⁹⁾ Estos efectos múltiples sobre los vasos sanguíneos pueden explicarse por la existencia clara de los subtipos de receptores serotoninérgicos: S1 y S2. El receptor S1 regula la actividad vasodilatadora de la serotonina, mientras que el receptor S2 regula los efectos vasoconstrictores.⁽¹²⁾

Acción de la serotonina sobre la pared de los vasos:

Contracción:

- Activación de S2 en el músculo liso vascular (MLV)
- Potencialización de otros mediadores vasoconstrictores (S2)
- Activación de los α adrenorreceptores en el MLV (musculo liso vascular).
- Desplazamiento de otros vasoconstrictores endógenos.

Relajación:

- Inhibición de la actividad del MLV (músculo liso vascular)dependiendo del endotelio.
- Activación de los receptores S2 anteriores a la unión.
- Secreción de transmisores inhibitorios de los nervios peptidérgicos.
- Efectos inhibitorios directos sobre el MLV (músculo liso vascular).

2.2.2.4 Signos y síntomas

Es un síndrome con manifestaciones clínicas y de laboratorio. Los hallazgos clínicos de la preeclampsia se pueden manifestar como síndrome materno (hipertensión y proteinuria con o sin manifestaciones multisistémicas) y/ o síndrome fetal consistente en oligohidramnios, restricción en el crecimiento intrauterino (RCIU) y alteraciones de la oxigenación. Además estas manifestaciones se pueden presentar antes de las 37 semanas de gestación, al término del embarazo, en el trabajo de parto o en el puerperio.

El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acufenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio.

Por lo general, ninguno de los signos de la preeclampsia son específicos, incluso las convulsiones en el embarazo son frecuentemente causadas por otros trastornos y no por la eclampsia. De modo que el diagnóstico depende en que coincidan varias características preeclámpticas, siendo evidencia conclusiva el que se alivie con el alumbramiento. En algunas mujeres aparece una elevación de la presión arterial sin la proteinuria, situación que lleva el nombre de hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional. Tanto la preeclampsia como la hipertensión gestacional son condiciones serias que requieren monitoreo tanto del feto como de la madre. ⁽¹⁴⁾

2.2.2.5 Diagnóstico

Estudios de laboratorio: Biometría hemática, química sanguínea, pruebas funcionales hepáticas, tiempos de coagulación, examen general de orina, determinación de proteínas y depuración de creatinina en orina de 24 horas.

Estudios de gabinete En preeclampsia leve, en el segundo nivel de atención, realizar evaluación del estado fetal cada semana con prueba sin estrés y medición de líquido amniótico. Se realizará ultrasonido obstétrico cada dos semanas, realizar fetometría para detectar restricción del crecimiento intrauterino. En caso de PSS no reactiva o sospecha de compromiso fetal realizar PBF. En los casos de condiciones médicas pre-existentes que comprometan la circulación materno fetal (hipertensión crónica, vasculopatías, síndrome anticuerpos antifosfolípidos, LES, embarazos gemelar), se aconseja realizar flujometriadoppler de cordón umbilical principalmente cuando se sospeche retraso en el crecimiento.

Se diagnostica la preeclampsia cuando en una mujer embarazada aparece repentinamente una elevación de la presión arterial—en dos lecturas separadas tomadas al menos 6 horas aparte de 140/90 mmHg o más—y un nivel de proteína en la orina de 300 mg o más. Una elevación de la presión arterial de 20 mmHg del valor sistólico (el valor más alto) y de 15 mmHg del valor diastólico (el valor más bajo), aunque no llegue al requerimiento de 140/90, es considerado de importancia aunque ya no se considera diagnóstico. Originalmente se consideraba que las hinchazones—edema, especialmente de las manos y cara—eran signos de importancia diagnóstica de la preeclampsia, pero la práctica médica actual solo la hipertensión y la proteinuria son requeridos para el diagnóstico. A pesar de ello, las hinchazones inusuales, en particular en las manos, pies o cara, apreciables al dejar una indentación al presionar el área en cuestión, debe ser considerado significativo y reportado al profesional de salud. Algunas madres con preeclampsia tienen una especial tendencia a la agregación plaquetaria y a elevados niveles de serotonina séricos.⁽¹⁴⁾

2.2.2.6 Clasificación.- La preeclapmsia se clasifica en tres grados de acuerdo a la gravedad se le conoce como: Leve, moderada y grave.

El médico del primer nivel de atención, realizará el diagnóstico presuntivo de cualquier trastorno hipertensivo asociado al embarazo sin prescripción de medicamentos antihipertensivos para evitar confusiones al momento de clasificar la enfermedad hipertensiva. Se efectuará la referencia de la paciente a un segundo nivel de atención, con historia clínica completa y nota de traslado para su manejo y tratamiento definitivo hasta la resolución del embarazo.

PREECLAMPSIA SEVERA

Objetivos Terapéuticos

- Controlar la Hipertensión
- Prevenir las Convulsiones o su repetición
- Optimizar el volumen intravascular
- Mantener una oxigenación arterial adecuada
- Diagnosticar y tratar precozmente las complicaciones. ⁽¹⁵⁾

2.2.2.7 Tratamiento

No se recomienda la restricción de sal como tratamiento de la preeclampsia, se recomienda el reposo relativo en las mujeres con preeclampsia leve con cifras de tensión arterial de 150/100 mmHg o más, se recomienda iniciar tratamiento con antihipertensivos, y de preferencia realizar su monitorización hospitalizada para ajustar dosis.

La paciente con preeclampsia leve, embarazo menor de 37 semanas, con presión arterial sistólica menor de 150 y diastólica menor de 100 mmHg, sin alteraciones bioquímicas (proteinuria menor de 1 gr y plaquetas más de 150 000), sin datos de alteraciones del sistema nervioso central, sin datos de vaso-espasmo persistente y sin compromiso fetal

se puede considerar estable y puede manejarse en consulta externa sin tratamiento antihipertensivo. Se recomienda valorar a la paciente inicialmente, cada tercer día con el objetivo de mantener presión arterial diastólica de 90 mmHg, posteriormente se valorará el estado materno y fetal cada semana, con controles bioquímicos. Las pacientes con gestación de 37 semanas o mayor, con preeclampsia leve se recomiendan hospitalización para valoración materna y fetal e interrupción del embarazo.

Tratamiento en hospitalización.- La presión arterial debe de ser tomada cada 15 minutos hasta que la mujer se estabilice y posteriormente cada 30 minutos. La paciente debe mantenerse en ayuno, vena permeable con venoclisis y colocación de sonda foley. Solicitar biometría hemática completa, enzimas hepáticas (TGO, TGP, DHL), creatinina sérica, plaquetas, examen general de orina los cuales deben repetir diariamente o más frecuentemente si las condiciones maternas lo requieren. Manejo de líquidos.

Tratamiento de hipertensión arterial severa El objetivo del tratamiento es disminuir la presión sistólica < 160 mm Hg y la diastólica < 110 mm Hg. La nifedipina administrada vía oral o la hidralacina intravenosa o el labetalol en forma intravenosa o vía oral pueden ser usados para el manejo agudo de la hipertensión arterial severa. El sulfato de magnesio no se recomienda como un agente antihipertensivo, los diuréticos se recomiendan solo en caso de edema agudo pulmonar e insuficiencia cardiaca. ⁽¹⁵⁾

2.2.2.8 Prevención Primaria. En pacientes con alto riesgo (hipertensión crónica o enfermedad renal preexistente, diabetes mellitus pre-existente, enfermedades del tejido conectivo como lupus, trombofilia congénita o adquirida, obesidad, edad mayor a 40 años, embarazo múltiple y antecedente de preeclampsia)se recomienda:

- El reposo en casa en el tercer trimestre y la reducción del estrés.
- Administrar 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico vía oral
- Uso de suplementos de calcio 1 gr al día, en embarazadas con factores de riesgo para preeclampsia con baja ingesta de calcio. ⁽¹⁶⁾

2.2.3ECLAMPSIA

2.2.3.1 Definición.-La eclampsia se define como la ocurrencia de crisis convulsivas durante el embarazo o puerperio, para la cual no se encuentra otra causa sino el síndrome de hiperperfusión encefálica. Si bien la eclampsia se puede considerar, de acuerdo a la nomenclatura empleada, como el estadio final de la PE, algunos autores refieren que hasta un 20% de las pacientes pueden no presentar el cuadro clínico neurológico premonitorio antes de la crisis convulsiva. Es así como se ha cuestionado que la eclampsia sea una etapa terminal de la PE, sino más bien una manifestación más de esta última (1). Un 5 a 20% de las preeclampsia hace una eclampsia, complicando a menos del 0,3%de los embarazos, pero pudiendo llegar hasta un 15% en países subdesarrollados a una o más convulsiones en asociación con preeclampsia. Esta es una emergencia obstétrica, con un alto riesgo tanto para la madre como para el feto. La eclampsia es la complicación más seria de la preeclampsia. ⁽¹⁶⁾

El síndrome hipertensivo gestacional se presenta durante el embarazo, el parto y el puerperio, los síntomas como hipertensión arterial y proteinuria, determina su diagnóstico y clasificación.

Los trastornos hipertensivos del embarazo forman parte de un conjunto de alteraciones vasculares que complican el curso del embarazo y junto con las infecciones y hemorragias ocupan las principales causas de mortalidad materna y perinatal en todo el mundo.

La presión diastólica por si solo es un indicador exacto de la hipertensión en el embarazo. La presión arterial elevada y la proteinuria, definen la preeclampsia y las convulsiones a la Eclampsia.

2.2.4 COMPLICACIONES MATERNAS

SÍNDROME DE HELLP. (Hemolisis, Elevater Liver and low Plateles), llamado así desde su descripción en 1982 por el Doctor Louis Weinstein, es la manifestación más grave de la preclampsia a partir de la endoteliopatía generada por esta. Se calcula que de cada tres minutos en el mundo muere una paciente por preclampsia. Cuando se considera el síndrome de Hellp dentro del contexto de una enfermedad sistémica como es la preclampsia y como una manifestación severa de una patología que evoluciona hacia la falla múltiple de órganos, que afecta madres en edad reproductiva y genera descomposición del núcleo familiar, así como morbilidad perinatal, se justifica la intervención médica agresiva y de manejo en cuidado intensivo, pero ante todo de forma temprana.⁽¹⁷⁾

El Síndrome de Hellp se observa entre el 0,5 y 0,9% de todas las gestaciones y del 4 al 14% de todas aquellas con preclampsia-eclampsia. La edad promedio de las que padecen este síndrome es de 25 años. Este síndrome se manifiesta en el tercer trimestre. Se ha señalado que 2 tercios de las pacientes eran diagnosticadas antes del parto, el 70% entre las 27-37 semanas, el 20% después de las 37 semanas y el 10% restante antes de las semanas. La mortalidad materna asociada con HELLP es de 1-24% y la perinatal hasta del 40%.⁽¹⁸⁾

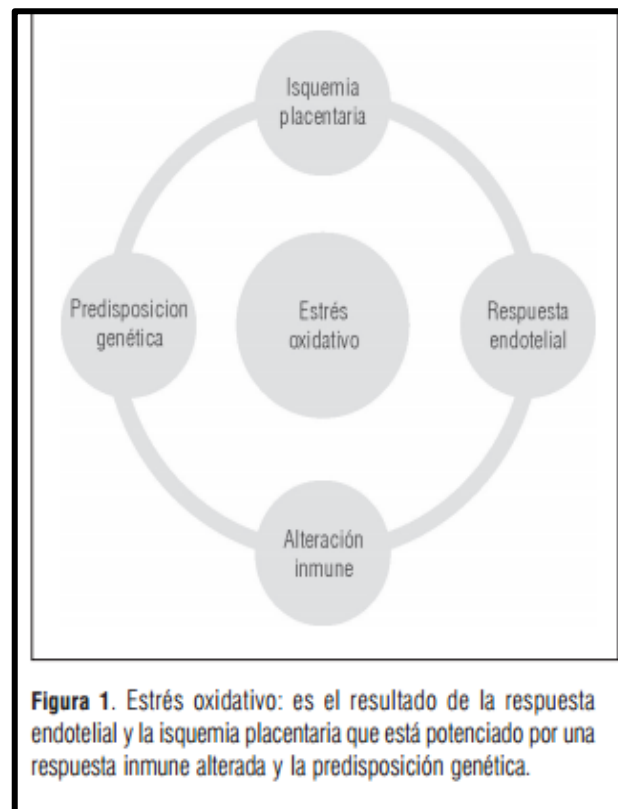
FISIOPATOLOGÍA SINDROME DE HELLP

No se puede desligar al Síndrome de Hellp de su madre la preclampsia, ni es posible verle como una entidad independiente consecuente, puesto que se presenta engalanada de una alteración homeostática que vincula normalmente todos los sistemas.⁽¹⁷⁾

La invasión trofoblástica durante la gestación se da en dos momentos: un primer momento se presenta hacia la décima semana, busca la inmodulación realizando una presentación de antígenos paternos que serán tolerados en adelante por el sistema

materno, lo que permitirá el mantenimiento del embarazo. Un segundo momento de invasión se presenta hacia la semana 18 a 20. Esta invasión es vasomoduladora y reemplaza el endotelio y el músculo liso vascular, generando un hecho vascular que no es sensible a los estímulos vasoconstrictores humorales ni simpáticos, con ello se garantiza la adecuada perfusión placentaria, con un cortocircuito de alto flujo y baja resistencia que ocupa aproximadamente 800 ml del gasto cardiaco materno. ⁽¹⁷⁾

Cuando la segunda onda de invasión falla se activan dos componentes: la sensibilidad a los vasoconstrictores con isquemia placentaria y la lesión endotelial, que a través oxidativo, como eslabón de conexión, generan una respuesta sistémica que lleva la endoteliopatía a todos los órganos. Esta respuesta inflamatoria no dista mucho de otros eventos como el trauma o la sepsis con complicaciones respiratoria, renal, hematología y para este caso hepática. ⁽¹⁷⁾



CUADRO CLÍNICO

Como es aceptado por la mayoría, el síndrome HELLP, con sus características particulares, parece constituir una etapa progresiva de la preeclampsia/eclampsia, y las formas de presentación dependen de la extensión del daño endotelial y la deposición de fibrina.⁽¹⁷⁾ El inicio de los síntomas comienza, en la mayoría de los pacientes, en las etapas tempranas del tercer trimestre. Otro grupo de pacientes presenta las manifestaciones de este síndrome desde las primeras horas del puerperio hasta 7 días después, con un pico de incidencia a las 48 horas, donde se recoge el antecedente de haber padecido de preeclampsia durante la gestación.

No siempre durante la instalación del cuadro clínico es posible detectar cifras tensionales elevadas. Esta alteración se observa entre el 82-88 % de las pacientes, de ellas, 2 tercios presentan cifras tensionales mayores de 160/110 mmHg, otras, cifras sistólicas entre 90-110 mmHg y el 15 % cifras diastólicas menores de 90 mmHg.⁽¹⁷⁾

Las manifestaciones clínicas son muy variadas y no son patognomónicas del síndrome; van desde formas menos graves: debilidad, fatiga, vómitos, hasta muy severas como dolor abdominal intenso, fundamentalmente en el cuadrante superior derecho y epigastrio. La ictericia es detectable en un gran número de pacientes, así como cefalea, dolor en región cervical derecha, generalmente asociado con hemorragias hepáticas, alteraciones visuales permanentes, encefalopatía, edema pulmonar. La incidencia de estas manifestaciones se presenta en la tabla 1. Otro grupo de pacientes presentan formas raras y pocos comunes como son: hemiparesia, hemorragia intracraneal y el síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible.⁽¹⁷⁾

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME HELLP⁽¹⁷⁾

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	INCIDENCIA %
Dolor en cuadrante superior derecho	86-92
Ictericia	90
Náuseas y vómitos	45-86
Cefalea	33-61
Dolor en hombro derecho y cuello	5
Alteraciones visuales	17
Manifestaciones hemorrágicas	5

COAGULACIÓN INTRAVASCULAR DISEMINADA: La mortalidad por Coagulación intravascular diseminada asociada a la enfermedad hipertensiva del embarazo, oscila entre 7-12% según diferentes series, la trombocitopenia (menos 150,000mm³) ocurren aproximadamente en 15% de la preeclampsia leve y en 30% de los pacientes con eclampsia, además refieren que las coagulopatías representan del 7-12% de las causas de muerte, esta complicación es atribuida a la disminución de la antitrombina III y plaquetas más el aumento del dímero D y depósitos de fibrina en los vasos renales.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: Estudios investigativos establecen que en los países en vías de desarrollo se ha estimado que la incidencia de Insuficiencia Renal Aguda en la población obstétrica es de 0.05%, lo que representa un caso entre cada 2,000 a 5,000 embarazadas y el 25% de los ingresos a los centros de diálisis. Se ha señalado que en pacientes con esta complicación la tasa de óbitos es aproximadamente del 38% y un tercio de los nacimientos son pretérmino.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO: Estudios hacen referencia a que esta entidad la padecen 1 de cada 250,000 mujeres embarazadas sobre todo las añosas multíparas y las jóvenes primigrávidas; con mayor tendencia a presentarse en el tercer trimestre o durante las primeras 48 horas del puerperio, teniendo como etiología el vasoespasmo, el daño endotelial en los sinusoides hepáticos que favorecen la formación de microtrombos al estimular la cascada de la coagulación con la consecuente obstrucción en los vasos, necrosis hepática y rotura.

EDEMA AGUDO DE PULMÓN: Complicación muy frecuente de la preeclampsia - eclampsia en el último trimestre de la gestación, que afecta aproximadamente un 6% de las pacientes que la padecen, a menudo se localizan áreas focales de bronconeumonía; la muerte suele producirse en el periodo posparto y se caracteriza por un intenso sufrimiento respiratorio, hipoxemia grave y estertores difusos.

2.2.5 COMPLICACIONES FETALES

Todas estas complicaciones se atribuyen a la disminución del funcionalismo placentario

PREMATUREZ:

El prematuro es aquel feto que es expuesto a los rigores físico- químicos de la vida extrauterina sin haber completado el desarrollo de las capacidades metabólicas necesarias para adaptarse a la nueva situación postnatal. Además, paraliza la preparación del metabolismo fetal así como la de algunas estructuras tisulares para la esperada situación, lo cual hace al prematuro vulnerable a la vida extrauterina. ⁽¹⁹⁾

La mortalidad neonatal se ha señalado en 9.49/1000 nacidos vivos con una diferencia significativa en la mortalidad neonatal según el peso al nacimiento, excelente indicador pronóstico para la sobrevida mencionándose en estudios realizados que la prematurez es una causa frecuente de muerte neonatal.

CAUSAS BIOQUIMICAS DE LA PREMATURIDAD. ⁽¹⁹⁾

Las prostaglandinas juegan un papel fisiológico muy importante durante la gestación y el parto. En este último actúan dos prostaglandinas principales: la PGF 2 alfa, que actúa en la inducción y consecución del parto, y la PGE 2 que provoca el complicado proceso de la maduración del cuello uterino.

La PGF 2 alfa promueve las contracciones del músculo uterino y aumenta la acción de la oxitocina. Expone al exterior los receptores del endometrio para la oxitocina y aumenta la acción de esta hormona. Al parecer también actúa en la regresión del cuerpo lúteo, suprimiendo uno de los órganos más importantes para el mantenimiento de la gestación. También induce la 20-a-hidroxi-esteroide-deshidrogenasa, enzima que convierte la progesterona en un metabolito biológicamente inactivo.

Un aumento en sus concentraciones conduciría inmediatamente a la inducción del parto. Se podría sugerir que los traumas fetales y por su parte, la senescencia placentaria, provocan un aumento de la producción de prostaglandinas de los tipos F y E en la decidua y/o amnios, lo que conduciría a la aparición del parto prematuro. Como mensajero de este aumento en la síntesis de prostaglandinas, puede implicarse al PAF (factor de actividad plaquetario). Dicho factor está presente en altas concentraciones en el líquido amniótico durante el parto aunque no en sus proximidades.

Otros eventos bioquímicos podrían conducir al parto prematuro: trauma materno, accidente fetal ó senescencia placentaria, inducirían la secreción de una señal de peligro molecular, que posiblemente a través de un aumento de la concentración intracelular de calcio, induciría la síntesis de PAF por los tejidos y esto aumentaría la síntesis de prostaglandinas de tipo F y E las cuales llevarían a cabo los efectos indicados: la PGE 2 produciría la maduración del cuello uterino y la PGF 2 alfa induciría el parto.⁽¹⁹⁾

ÓBITO FETAL:

El óbito fetal es uno de los eventos más devastadores tanto para los padres como para el médico. Su manejo por el obstetra es muy limitado, ya que sólo se logra descubrir la causa en un 50% de los casos. Es recurrente entre uno y tres por ciento, pero depende del origen.

Cuando la muerte del feto se produce después de 20 semanas, se dice que se trata de un óbito fetal, esta situación ocurre en aproximadamente uno de cada 200 embarazos. Según datos, tomando en cuenta embarazos mayores de 20 semanas, de cada 1.000 nacimientos ocurren seis a 12 óbitos fetales (muerte fetal 'in útero'). En la mayoría de las ocasiones, la pérdida es inesperada puesto que hasta la mitad de los óbitos ocurren en embarazos cuyo curso había sido completamente normal. El 14 % de las muertes fetales ocurren durante el parto mientras que el 86% tiene lugar antes del mismo. ⁽²⁰⁾

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar la misma que es entendida en fetos con edad mayor de 20 semanas o un peso mayor a 500 gramos, datos estadísticos muestran un promedio de frecuencia de mortalidad fetal 6.9 muertes por cada 100 nacimientos que se asocian a mujeres que presentaron preeclampsia – eclampsia.

2.2.6 FACTORES DE RIESGO⁽⁹⁾

***Edad materna:** para algunos autores las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) constituye una de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer preeclampsia se duplica. Múltiples conjeturas ha tratado de explicar este riesgo incrementado. Se ha planteado que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la preeclampsia. Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forma con mayor frecuencia placenta anormales, lo cual da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de preeclampsia.

***Instrucción:** Algunos estudios encontrados se menciona que la situación de la educación en el Ecuador se caracteriza por el bajo nivel de escolaridad, en promedio 7.3 años en área rural y 8.7 años en el área urbana, relacionando esta realidad con que la madre gestante con un bajo nivel educativo, no conoce y por lo tanto no aplica los cuidados básicos que se debe tener en consideración durante el embarazo tale como no manejar una dieta balanceada o un buen control en la administración de la medicación.

***Residencia:** Investigaciones relacionadas con este tema establecen que las madres que habitan tanto la zona rural como urbana, pueden contribuir para un buen desarrollo del embarazo, pero con un bajo porcentaje de madres con residencia rural debido a sus concepciones culturales del embarazo como en el parto aumentan el riesgo de detectar oportunamente complicaciones.

***Historia Gineco-obstétrica:**⁽⁹⁾

***Control prenatal:** Estudios refieren que la mayoría de gestantes **No** tienen un control prenatal adecuado, definiendo a control adecuado la asistencia a por lo menos 5 consultas sin contar con aquellos casos que acuden en las últimas semanas de gestación.

***Terminación del embarazo:** Se recalca que la única forma de curar definitivamente tanto la preeclampsia como la eclampsia y prevenir las complicaciones es provocar el parto pero la decisión de parto o parto por cesárea dependerá básicamente de la gravedad del estado de la mujer y el bienestar y grado de desarrollo del feto. Generalmente será preferible inducir el parto al parto por cesárea la tesorería actual explicativa de la preeclampsia como rechazo inmunológico de la madre contra proteínas del feto y que al realizar cesárea muchas proteínas procedentes del bebe, líquido amniótico y placenta se pasan a la cavidad abdominal de la madre donde podrían causar mayor cadena de reacción de rechazo.

2.2.7 PATOLOGIAS ASOCIADAS

Diabetes mellitus: En la diabetes Mellitus pre gestacional puede existir microangiopatía y generalmente hay una aumento del estrés oxidativo y del daño endotelial, todo lo cual puede afectar la perfusión útero placentaria y favorecer el surgimiento de la preeclampsia, que es 10 veces más frecuente en las pacientes que esta enfermedad. Asimismo, también se ha visto que la diabetes gestacional se asocia con frecuencia con al preeclampsia, aunque todavía no se tiene una explicación satisfactoria para este hecho.⁽⁹⁾

Enfermedad renal crónica (nefropatías): Las nefropatías, algunas de las cuales ya quedan contempladas dentro de procesos morbosos como la diabetes mellitus (nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (nefroangioesclerosis), pueden favorecer por diferentes mecanismos el surgimiento de la Preeclampsia. En los casos de la nefropatía diabética y la hipertensiva, pueden producirse una placenta anormal, dado que

conjuntamente con los vasos renales están afectados los de todo el organismo, incluidos los uterinos. Por otra parte, en las enfermedades renales en la que existe un daño renal importante, se produce con frecuencia hipertensión arterial, y su presencia en la gestante puede coadyuvar a la aparición de la Preeclampsia.⁽⁸⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS

Complicación: Concurrencia y encuentro de cosas diversas.

Feto: Ser humano en el útero después del periodo embrionario y cuando ya se ha iniciado el desarrollo de las principales características estructurales, habitualmente desde la octava semana después de la fertilización hasta el parto.

Recién nacido: Que acaba de nacer o nacido hace poco tiempo, en un plazo no mayor de 4 a 8 días.

Embarazo: Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno; abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasados por los periodos embrionario y fetal.

Preeclampsia: Trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda después de la 24a semana de la gestación.

Eclampsia: Forma más grave de toxemia del embarazo caracterizada por convulsiones similares a las del gran mal, coma, hipertensión, proteinuria y edemas.

Prematuro: Que no está maduro o completamente desarrollado

Proteinuria: Presencia de cantidades excesivas de proteína, generalmente albumina, en la orina.

Síndrome: Complejo de signos y síntomas resultantes de una causa común o que aparecen en combinación como expresión del cuadro clínico de una enfermedad o de una alteración hereditaria.

Parto: Proceso comprendido entre el comienzo de la dilatación del cuello uterino y la expulsión de la placenta.

Cesárea: Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y el útero y extraer el feto por vía transabdominal.

Insuficiencia Renal: Incapacidad de los riñones para excretar los productos de desecho del organismo, concentrar la orina y conservar los electrolitos.

Diabetes Gestacional: Trastorno caracterizado por defecto en la capacidad para metabolizar los carbohidratos que habitualmente se debe a una deficiencia de insulina y aparece durante el embarazo desapareciendo después del parto.

Nefropatía: Cualquier trastorno o enfermedad del riñón, incluyendo procesos inflamatorios, degenerativos y escleróticos.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

Las complicaciones por preeclampsia- eclampsia son frecuentes y aumentan la morbi- mortalidad materna fetal en las pacientes atendidas en el servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba en el periodo de Febrero a Agosto del 2013?

2.4.2 VARIABLES

Variable Independiente: Preeclampsia y Eclampsia

Variable Dependiente: Las complicaciones.

2.5. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	CONCEPTO	CATEGORIA	INDICADOR	TECNICAS E INSTRUMENTOS
PREECLAMPSIA	Desorden multisistémico que se asocia con hipertensión y proteinuria, y raramente se presenta antes de las 20 semanas de embarazo	Definición Etiología Fisiopatología Factores de riesgos Patologías asociadas	Pacientes que presentaron preeclampsia. TA Sistólica > 140/ o TA Diastólica >90 Proteinuria en tirilla reactiva ++	Técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Observación Instrumento: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Historia clínica
ECLAMPSIA	Una o más complicaciones en asociación con una preeclampsia. Esta es una emergencia obstétrica, con un alto riesgo tanto para la madre como para el feto.	Definición Etiología Fisiopatología Factores de riesgos Patologías asociadas	Pacientes que presentaron eclampsia. TA Sistólica > 140/ o TA Diastólica >90 Proteinuria en tirilla reactiva ++ mas Movimientos tónico clónicas o coma.	Técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Observación Instrumento: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Historia clínica

VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTO	CATEGORIA	INDICADOR	TECNICAS E INSTRUMENTOS
COMPLICACIONES MATERNAS	Es cualquier rasgo, característica o exposición de una madre que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Síndrome de Hellp Edema agudo de pulmón Coagulación intravascular diseminada Hematoma subcapsular Insuficiencia renal	Diagnóstico inicial Pruebas de laboratorio Variante en edad de los pacientes	Técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Observación Instrumento: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Historia clínica
COMPLICACIONES FETALES	Es cualquier rasgo, característica o exposición del recién nacido que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Bajo peso al nacer Apgar bajo los 5 minutos Óbito fetal	Diagnóstico Inicial. Medidas de peso. Medidas de talla. Examen físico.	Técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Observación Instrumento: <ul style="list-style-type: none"> • Fichas de observación <ul style="list-style-type: none"> ○ Historia clínica

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGÍCO

3.1 MÉTODO

Tipo de investigación: Explicativa. Va más allá de la descripción de conceptos o fenómenos, o del establecimiento de relaciones entre conceptos, pues está dirigida a indagar las causas de los problemas o situaciones objeto de estudio. Su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da este, o porque dos o más variables están relacionadas.

Diseño de la investigación: Documental. El investigador obtiene la información que desea por medio de fuentes documentales. Consta de un plan o diseño de la investigación, recopilación de la información en fichas, organización y análisis de la información, redacción de un borrador y presentación final.

Tipo de estudio: Retrospectivo de corte longitudinal. Los datos (secundarios) son recogidos de historias clínicas, bases de datos, o cualquier otro tipo de registro en los cuales el investigador no ha participado.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

El universo estuvo conformado por 119 mujeres gestantes atendidas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital provincial General Docente de Riobamba.

3.2.2. MUESTRA

No se tomó ninguna muestra porque la población es manejable y se trabajó con todo el universo utilizando el proceso censal.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con el objeto de dar respuestas a los objetivos de investigación, y en función de la operacionalización de variables, se diseñó técnica de observación que permitieron recoger la información necesaria de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el servicio de Gineco –Obstetricia durante el periodo de estudio.

La recolección de la información fue realizada en base a un ficha de recolección de datos que incluyo las variables establecidas para el estudio, elaborado por el autor. (Anexo 1) Previa autorización del Gerente del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, se realizó la recolección de datos de las pacientes ingresadas al servicio de Gineco-Obstetricia durante el periodo en cuestión.

3.4 TÉCNICA PARA EL ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para la recolección de datos, se empleó lo siguiente:

- Ficha de recolección de datos
- Revisión de la información recopilada
- Análisis dinámico de indicadores y variables
- Tabulación de datos

- Análisis e interpretación de datos, mediante cuadros, gráficos estadísticos en el programa Microsoft Excel 2007, como: barras según la valoración y los objetivos dentro de la investigación.

TABLA 1

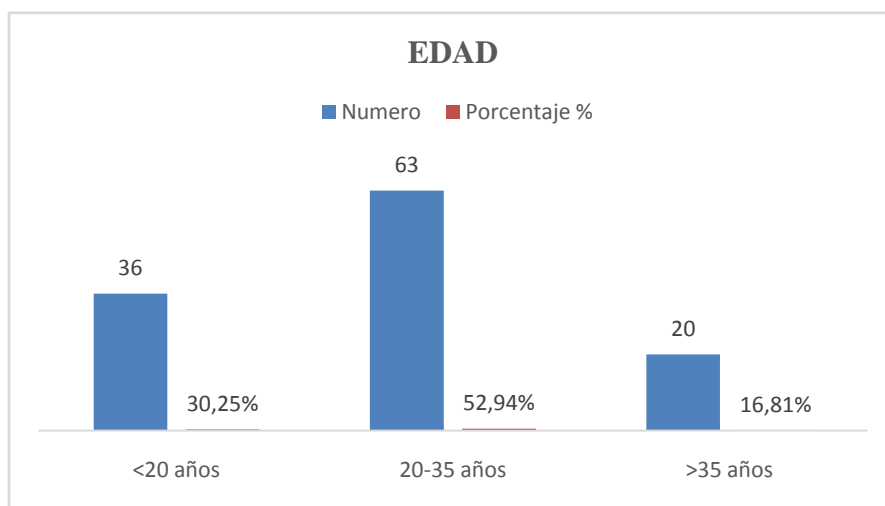
**DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013
SEGÚN EDAD**

Edad	Numero	Porcentaje %
<20 años	36	30,25 %
20-35 años	63	52,94 %
>35 años	20	16,81 %
Total	119	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 1

**DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013
SEGÚN EDAD**



Fuente: tabla 1
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACION DE RESULTADOS

De las 119 pacientes estudiadas con diagnóstico de preclampsia-eclampsia el mayor porcentaje con 52,94% se encontraban en el rango de 20 a 35 años, seguidas de un 30,25% menor de 20 años y con un 16,81% mayor de 35 años.

TABLA 2

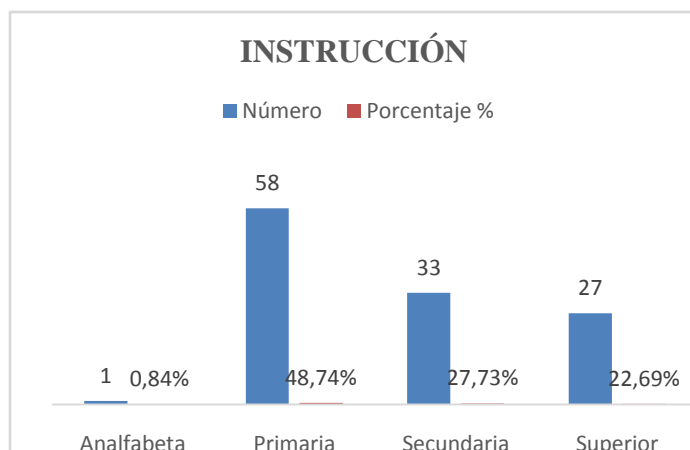
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN INSTRUCCIÓN

Instrucción	Número	Porcentaje %
Analfabeta	1	0,84 %
Primaria	58	48,74 %
Secundaria	33	27,73 %
Superior	27	22,69 %
Total	119	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN INSTRUCCIÓN



Fuente: tabla 2
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACION DE RESULTADOS

En cuanto a la instrucción se presenta una mayor proporción de pacientes con primaria 48,74%, seguida por secundaria 27,73%, mientras la proporción es baja en las opciones extremas así; superior 22,69% y 0,84% analfabetismo.

TABLA 3

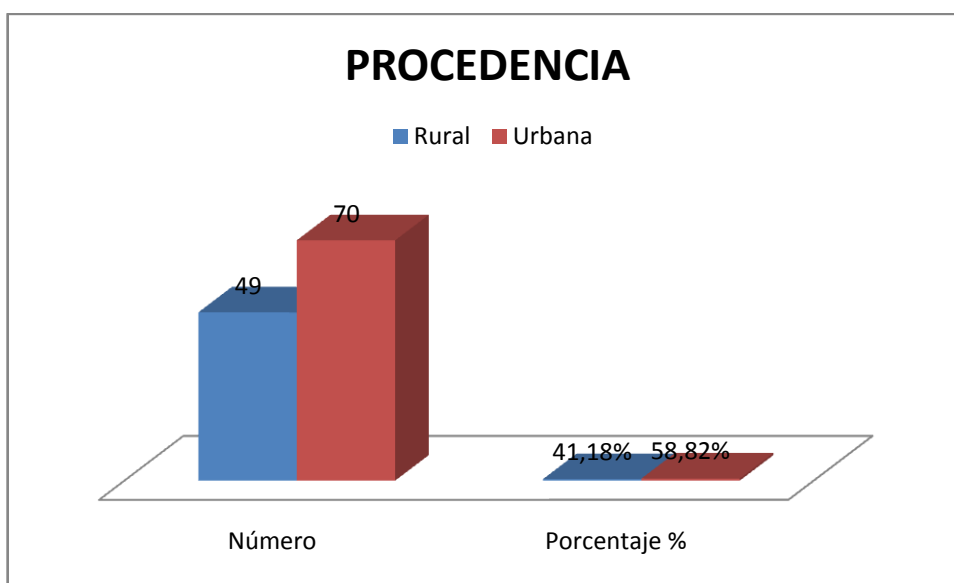
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN PROCEDENCIA

Procedencia	Número	Porcentaje %
Rural	49	41,18%
Urbana	70	58,82 %
Total	119	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 3

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN PROCEDENCIA



Fuente: tabla 3
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Con respecto a la procedencia en mujeres con diagnóstico de preclampsia-eclampsia, se observa que existe un predominio de la zona urbana sobre la rural.

TABLA 4

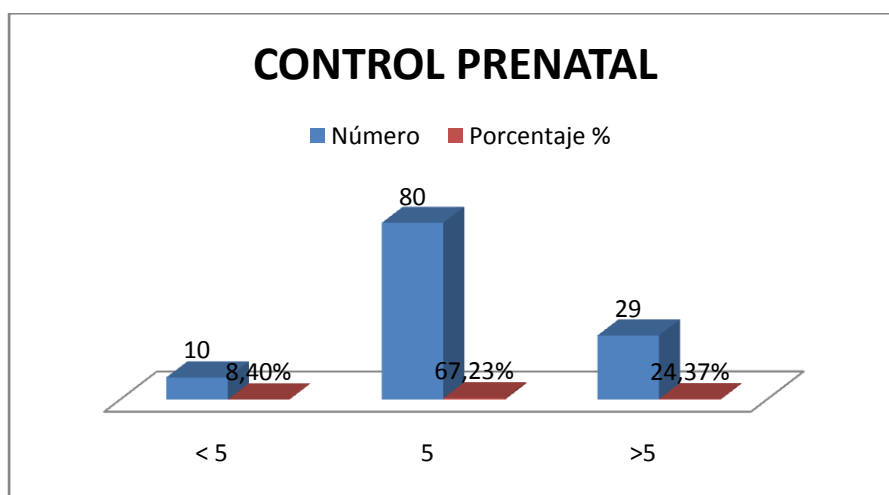
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN CONTROL PRENATAL

Control prenatal	Número	Porcentaje %
< 5	10	8,40 %
5	80	67,23 %
>5	29	24,37%
Total	119	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 4

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN CONTROL PRENATAL



Fuente: tabla 4
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPTETACION DE RESULTADOS

Las 119 madres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia, tiene un mayor porcentaje de realizarse 5 controles, mencionándose en la bibliografía que un control prenatal adecuado es mayo a 5.

TABLA 5

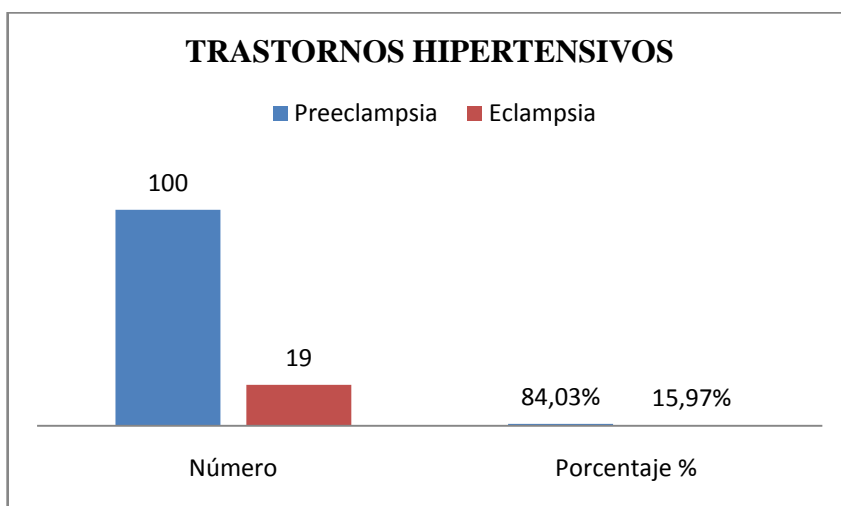
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA.

Trastornos hipertensivos	Número	Porcentaje %
Preeclampsia	100	84,03 %
Eclampsia	19	15,97 %
Total	119	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN TRASTORNOS HIPERTENSIVOS



Fuente: tabla 5
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPTETACION DE RESULTADOS

El predominio en cuanto a los trastorno hipertensivos tenemos en su gran mayoría a la Preeclampsia 84,03%, en relación a la Eclampsia con un 15,97%

TABLA 6

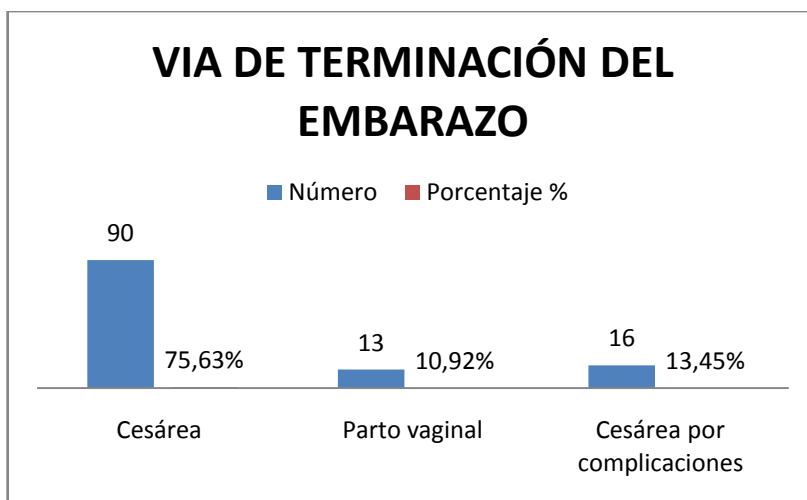
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN TERMINACION DEL EMBARAZO. POR PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA Y COMPLICACIONES.

Terminación del embarazo	Número	Porcentaje %
Cesárea	90	75,63%
Parto vaginal	13	10,92 %
Cesárea por complicaciones	16	13,45%
Total	119	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 6

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN TRASTORNOS HIPERTENSIVOS



Fuente: tabla 6
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se observa en relación a la terminación del embarazo que el 75,63% fue por cesárea en mujeres con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia, y con 13,45% en pacientes que presentaron complicaciones.

TABLA 7

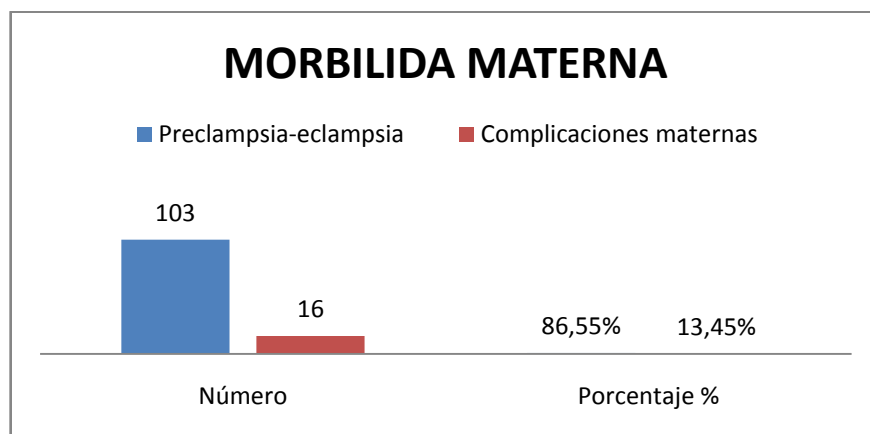
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN MORBILIDAD MATERNA.

MORBILIDAD MATERNA	Número	Porcentaje %
Preclampsia-eclampsia	103	86,55%
Complicaciones maternas	16	13,45%
Total	119	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 7

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS



Fuente: tabla 7
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se observó que mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia el 13,45% presentaron complicaciones por preeclampsia-eclampsia.

TABLA 8

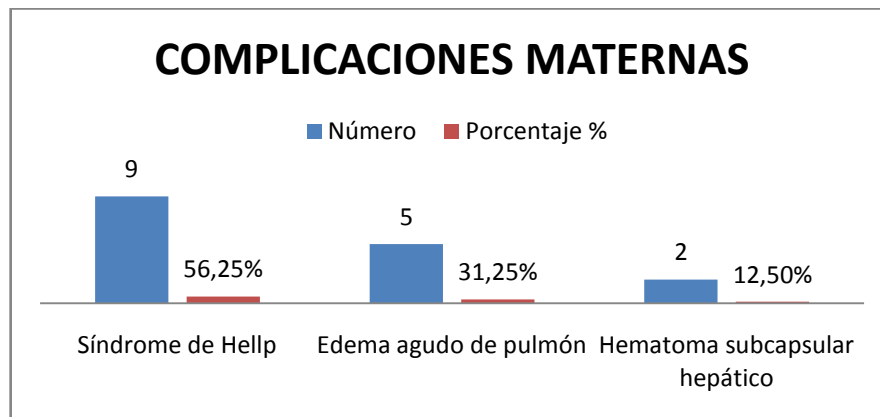
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS

Complicaciones maternas	Número	Porcentaje %
Síndrome de Hellp	9	56,25%
Edema agudo de pulmón	5	31,25%
Hematoma subcapsular hepático	2	12,50%
Total	16	100%

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 8

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS



Fuente: tabla 8
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se observa que complicaciones como Síndrome de Hellp con un 56,25% en relación con el edema agudo de pulmón con un 31,25% y el Hematoma subcapsular hepático con 12,25% son las más frecuentes.

TABLA 9

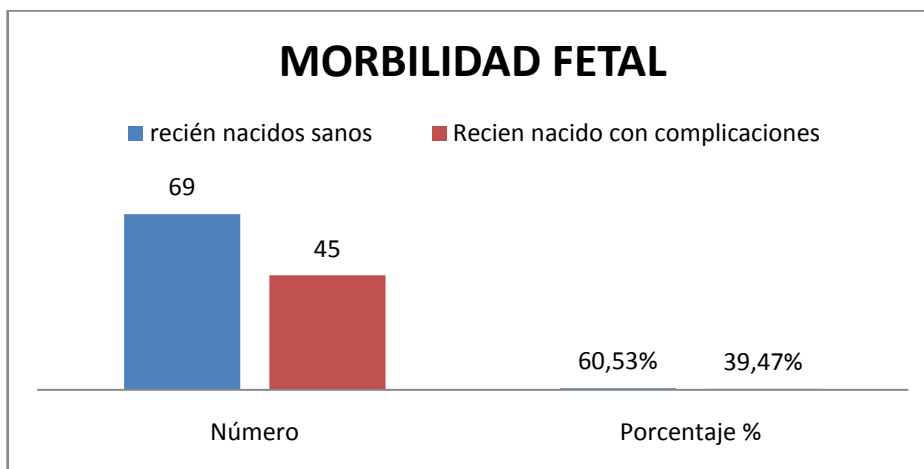
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN MORBILIDAD FETAL

MORBILIDAD FETAL	Número	Porcentaje %
recién nacidos sanos	69	60,53%
Recien nacido con complicaciones	45	39,47%
Total	114	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 9

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN COMPLICACIONES FETALES



Fuente: tabla 9
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se observó que de 114 nacimientos atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia el 39,47% presentaron complicaciones.

TABLA 10

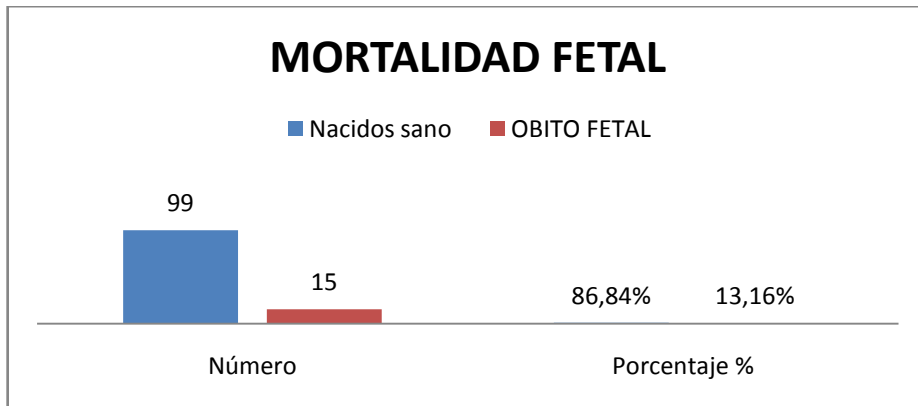
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN MORTALIDAD FETAL

MORTALIDAD FETAL	Número	Porcentaje %
Nacidos sano	99	86,84%
OBITO FETAL	15	13,16%
Total	114	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 10

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN COMPLICACIONES FETALES



Fuente: tabla 10
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se observó que de 114 nacimientos atendidos en el servicio de Gineco-obstetricia el 13,16% fueron óbito.

TABLA 11

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN COMPLICACIONES FETALES

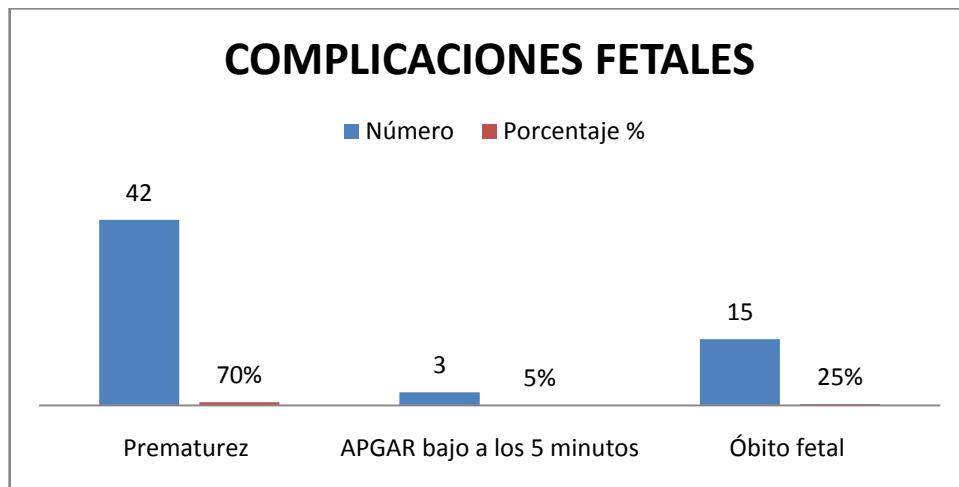
Complicaciones fetales	Número	Porcentaje %
Prematurez	42	70%
APGAR bajo a los 5 minutos	3	5%
Óbito fetal	15	25 %
Total	60	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR

Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 11

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO 2013 SEGÚN COMPLICACIONES FETALES



Fuente: tabla 11

Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Las complicaciones fetales con mayor predominio fue la prematurez con 70%, seguida del óbito fetal con 25%.

TABLA 12

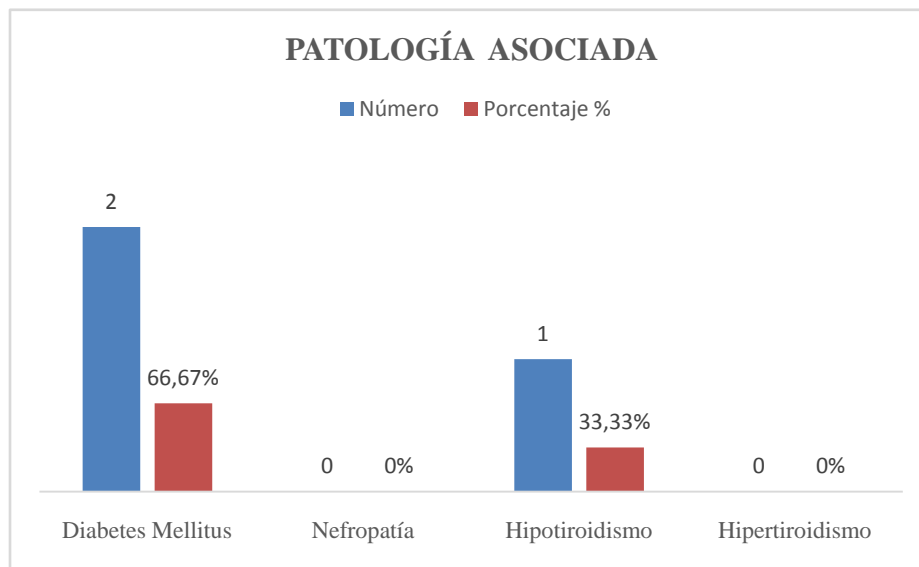
DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO-AGOSTO DEL 2013 SEGÚN PATOLOGÍAS ASOCIADAS

Patologías asociadas	Número	Porcentaje %
Diabetes Mellitus	2	66,67 %
Nefropatía	0	0 %
Hipotiroidismo	1	33,33 %
Hipertiroidismo	0	0 %
Total	3	100 %

Fuente: Historia Clínicas del HPGDR
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

GRÁFICO 12

DISTRIBUCIÓN DE GRUPO CASO DEL MES DE FEBRERO- AGOSTO 2013 SEGÚN PATOLOGÍAS ASOCIADAS



Fuente: tabla 12
Elaborado por: Margarita Naula/ Belén Calucho

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se observó que mujeres con preeclampsia-eclampsia pueden presentar patologías asociadas tales como Diabetes Mellitus 66,67% e Hipotiroidismo 33,33%.

COMPROBACION DE LA HIPOTESIS

Luego de haber revisado y analizado los datos recolectados de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial General Docente de Riobamba en el periodo de febrero-agosto del 2013. Nosotras rechazamos de cierta manera la hipótesis planteada al inicio de esta investigación, puesto que las complicaciones materno -fetal son poco frecuentes y la mortalidad fetal en relación a la de la madre es superior. Siendo la realidad de nuestro medio.

CAPITULO IV

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- ✓ Las mujeres que sufrieron complicaciones por preeclampsia-eclampsia tienen como factores de riesgo, edad que va en un rango de entre los 20- 35 años, en su mayoría son de instrucción primaria y con un control inadecuado.
- ✓ Las complicaciones maternas como el síndrome de Hellp, seguido de Edema agudo de pulmón son las más frecuentes.
- ✓ Las complicaciones fetales establecemos que la prematurez es la complicación más importante.
- ✓ La morbilidad materna causada por las complicaciones por preeclampsia-eclampsia son mínimas.
- ✓ La mortalidad fetal producto de las complicaciones por preeclampsia-eclampsia son poco frecuentes.
- ✓ Las patologías asociadas a mujeres con complicaciones por preeclampsia - eclampsia fue la Diabetes Mellitus.

5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ Que el personal de salud realice los controles prenatales de calidad y así, detecten los embarazos de alto riesgo obstétricos, factores predisponentes y actuar de manera rápida y eficaz para poder disminuir la morbi-mortalidad materna y/o perinatal.
- ✓ Que el nivel de educación en salud se siga fomentando aún más por medio de un trabajo en equipo por parte del personal de salud incitando a una maternidad saludable y sin riesgos, mejorando de esa manera la calidad de vida de las mujeres de nuestra sociedad.
- ✓ Orientar acerca de las opciones en los diferentes métodos anticonceptivos para la planificación familiar, el espaciamiento en los embarazos y la prevención del embarazo no planeado, y sus graves complicaciones.
- ✓ Que se siga realizando trabajos investigativos sobre el tema al apoyo comunitario para aportar favorablemente al campo de la salud en pro de mejorar la calidad de vida de la sociedad.

CAPITULO V

5.1 PROPUESTA

TEMA: Campaña de información sobre preeclampsia- eclampsia en adolescentes que acuden al control Ginecológico en el Hospital General Docente Riobamba. Para prevenir las complicaciones.

Presentación

La presente campaña se realizará con la finalidad de capacitar y concientizar a las adolescentes sobre estas afecciones que aquejan tanto a la madre como al niño que nace. Identificando los factores de riesgo, para disminuir la tasa de morbi-mortalidad Se fundamentará en la definición de la preeclampsia que es un trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda después de la 24a semana de la gestación y la Eclampsia que es una forma más grave de toxemia del embarazo caracterizada por convulsiones similares a las del gran mal, coma, hipertensión, proteinuria y edemas. Para que con conocimiento real valoren la importancia de su control médico.

Objetivo General

Capacitar a las adolescentes mediante charlas con estos temas, mientras esperan el turno para la consulta médica.

Objetivos específicos

- ✓ Organizar charlas en días variados para cubrir al mayor número de la población que asiste al control ginecológico.

- ✓ Entregar trípticos informativos con gráficos llamativos para que lean, se informen y adquieran hábitos de salud para un embarazo saludable.
- ✓ Concientizar a las madres embarazadas sobre las formas de prevenir las complicaciones.
- ✓ Informar sobre los diferentes métodos anticonceptivos que se pueden utilizar para prevenir los embarazos.

PLAN OPERATIVO

TEMATICA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	R/FECHA	BENEFICIARIAS
-Charlas sobre complicaciones materno – fetales	-Prevenir las complicaciones Que pueden tener las madres en el embarazo o el momento del parto	-Motivar despertando el interés por defender sus salud -Dictar la charla -Hacer preguntas a las madres embarazadas -Responder inquietudes	Personas que investigan	Adolescentes que acuden a consulta ginecológica
-Conferencia sobre el cuidado de la salud en el periodo de maternidad	Informar a las madres sobre las estrategias a utiliza para cuidar sus salud	-Motivación -Entrega de trípticos informativos -dictar la conferencia	Personal especializado Y personas que investigan	Madres que acuden a la consulta en ese día

5.2 BIBLIOGRAFIA

1. **GÓMEZ, E.** Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cubana ObstetGinecol [En línea]. 2000 26(2): 99-114.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid
2. **GONZÁLEZ AVALOS, G. A.** Consideraciones sobre la Fisiopatología de la Hipertensión del Embarazo, [En línea]
<http://www.ginecologia.com.mx/articulo1.html>
3. **VÁZQUEZ VIGO, A. REINA GÓMEZ, G. ROMÁN RUBIO, P.** Trastornos hipertensivos del embarazo. Rev cubana [En línea]. 2005. 44(3-4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid
4. **CABALLERO DALIS, D.**, Algunos Factores de Riesgo en la Hipertensión Inducida por el Embarazo, Ginecología y Obstetricia [En línea], 2008.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones>
5. **CABERO ROURA, L.** Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Bogotá. Panamericana, 1400p.
6. **CARITIS, S. SIBAI, B. HAUTH, J.** Low – dose aspirin to prevent preeclampsia in women at high risk. N Engl J Med. (England) 1998;
7. **HELENA, M.E, BURROWS, W.M.** Report of the Canadian Society Consensus Conference: 1 Definitions, Evaluation and Clasification of Hypertensive Disorders in Pregnancy. (Canada) 1997;157:15-25
8. **SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO**
<http://www.clinicavirtual/sindromehipertensivo.gov.ar> 2010-07-06
9. **CUNNINGHAM, G. HAUTH, J.** Williams Obtetrician, 22ªed, Mexico-McGraw Hill 2006.700p

10. **DUCKETT,R.A.KENNY, L. BAKER,P.N** Hypertensive Diseases and Eclampsia Current Opinion in Obstetrics and Gynecology (Aegentina) 2002,14:119-125
11. **TORRES, W.P.** World Health Organization International Collaborative Study of Hypertensive Disorders in Pregnancy. Geographic variation in the incidence of hypertension in pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology (Mexico) 1988; 158:80-3
12. **CARRASCAL, E.** Preeclampsia grave y Síndrome de Hellp Posparto. Unamed. Revista Cubana de ginecología y obstetricia (Cuba) 2004;31:38-39
13. **GARCIA TELLEZ, I.** Enfermedad Hipertensiva del Embarazo Ginecología Avanzada 6^{va} edición Latina (Mexico) 2001,234-286,420p
14. **MEZA GARZA.F.J. (2013).** Abordaje de la preeclampsia-EMBARAZO ALTO RIESGO
15. **KUZNICKI S, VILLAMIL A, RODRIGUEZ P. (2005)** HIPERTENSION Y EMBARAZO. DIAAGNOSTICO, FISIOPATOLOGIA, TRATAMIENTO
16. **SSA. PREVENCIÓN (2002),** DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LAA PREECLAMPسيا/ECLAMPسيا. LINIMIENTO TECNICO 3^a Edición.
17. **RAFAEL ARTURO MEZA M. MASSIMO PAREJA T. , FELIPE NAVAS** **M**
<http://www.amci.org.co/userfiles/file/revistapdf/JUNIO%202010/pag111-120.pdf>.
18. Rev Cubana HematolInmunolMedTransf 2006;23(1)
http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol23_01_07/hih03107.htm
19. <http://javeriana.edu.co/Facultades/Ciencias/neurobioquimica/libros/perinatal/prematuridad.html>
20. <http://ginecologiaatualcance.blogspot.com/2009/07/obito-fetal.html>

ANEXOS
ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“COMPLICACIONES MATERNO-FETALES ASOCIADAS A PREECLAPSIA-ECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OSTETRICIA DEL HOSPITAL POVINICIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA. PERIODO FEBRERO-AGOSTO DEL 2013”

NUMERO DE HISTORIA CLINICA:

1. Edad:

<20 años ()

20-35 años ()

>35 años ()

2. Educación:

Analfabeta ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

3. Procedencia:

Rural ()

Urbana ()

4. Control prenatal :

Si ()

No ()

5. Preeclampsia

SI

NO

6. Eclampsia

SI

NO

7. Terminación del embarazo:

Cesárea

Parto vaginal

8. Complicaciones maternas:

Síndrome de Hellp

Edema aguda del pulmón

Hematoma subcapsular hepático

Coagulación intravascular diseminada

Insuficiencia renal aguda

9. Complicaciones fetales:

Prematurez

APGAR bajo a los 5 minutos

Óbito fetal

10. Patologías asociadas:

Diabetes Mellitus

Nefropatía