UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TITULO:

"COMPLICACIONES MATERNO - NEONATALES ASOCIADAS A PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE"

Tesis previa a la obtención del Título de Médico General.

Autor:

Nathalia Estefanía Ochoa Luna

Director:

Dr. Kleber Vinicio Mendieta Sandoval, Esp.

Loja-Ecuador
2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 12 de Octubre del 2016

Dr. Kleber Vinicio Mendieta Sandoval, Esp.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico General, titulado: **"COMPLICACIONES MATERNO - NEONATALES ASOCIADAS A PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE"** realizado por la estudiante, **Nathalia Estefanía Ochoa Luna,** ha sido realizado bajo mi asesoramiento, dirección y supervisión, por lo que al cumplir con los requisitos reglamentarios autorizo su presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente:

Dr. Kleber Vinicio Mendieta Sandoval, Esp.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Nathalia Estefanía Ochoa Luna, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis **"COMPLICACIONES MATERNO - NEONATALES ASOCIADAS A PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE"**, a excepción de aquellas que se encuentran citadas y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma:

Autora: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

CC: 1105434110

Fecha: 12/10/2016

CARTA DE AUTORIZACION

Yo, Nathalia Estefanía Ochoa Luna, autora de la tesis: **"Complicaciones Materno - Neonatales Asociadas A Preeclampsia En Pacientes Atendidas En El Hospital San Vicente De Paul De Pasaje."**, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Medico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudio superiores.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 12 días del mes de Octubre del dos mil dieciséis, firma su autora.

Firma:

Autora: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

Cedula: 1105434110

Dirección: París y Brucelas

Correo Electrónico: naes_ochoa@hotmail.com

Teléfono: 0985375959

DATOS COMPLEMENTARIOS:
DIRECTOR DE TESIS: Dr. Kleber Vinicio Mendieta Sandoval, Esp.

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidente: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustan Mg.Sc

Miembros: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón, Esp.

Dr. Paul Alexander Carvajal Aponte, Esp.

DEDICATORIA

A Dios; por su infinito amor y fortaleza que me ha dado en momentos difíciles en la formación de mi carrera.

A mi familia por motivarme siempre a seguir adelante, quienes a lo largo de mi carrera han sido mi apoyo en las diferentes etapas de mi vida familiar y académicas.

Nathalia Estefanía

AGRADECIMIENTO

A Dios por tenerme con vida y por haberme guiado en esta meta planteada y darme fortaleza y sabiduría para cumplir mi objetivo planteado.

A la Universidad Nacional de Loja, Facultad de Medicina, por abrirme sus puertas y formarme como futura profesional; en especial al Dr. Kleber Mendieta Director de Tesis, por su valioso apoyo en la elaboración de la presente Tesis.

A mi familia por brindarme su apoyo incondicional, mis padres mi principal incentivo inicial para poder realizar este sueño y a mis hermanas por ser un soporte importante en mi vida.

Al Hospital San Vicente de Paul, a las autoridades y al departamento de estadística por abrirme las puertas y colaborarme desinteresadamente para la recolección de la base de datos, indispensables para el sustento de la presente investigación.

Nathalia Estefanía

INDICE GENERAL

PORTADA i
CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA iii
CARTA DE AUTORIZACION iv
AGRADECIMIENTO vi
INDICE GENERAL vii
INDICE DE TABLAS ix
INDICE DE FIGURAS x
1. TÍTULO 1
2. RESUMEN 2
ABSTRACT 3
3. INTRODUCCIÓN 4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA 6
4.1. PREECLAMPSIA 6
4.1.1. Definición. 6
4.1.2. Clasificación. 6
4.1.3. Incidencia. 6
4.1.4. Factores de riesgos. 6
4.1.4.1. Edad Materna. 7
4.1.4.2. Historia Personal y Familiar. 7
4.1.4.3. Presencia de algunas Enfermedades Crónicas. 7
4.1.4.3.1. Hipertensión Arterial Crónica. 7
4.1.4.3.2. Obesidad. 7
4.1.4.3.3. Diabetes Mellitus. 7
4.1.4.3.4. Enfermedad Renal Crónica (nefropatías). 8
4.1.4.4. Presencia de Anticuerpos Antifosfolipídicos. 8
4.1.5. Fisiopatologia. 8
4.1.5.1. Prostaglandina y Embarazo. 8
4.1.5.2. Función Renal. 8
4.1.5.3. Papel de la Serotonina en la Fisiopatología de la Preeclampsia. 9
4.1.5.3.1. Estrés Oxidativo. 10
4.1.6. Examen Físico. 10
4.1.6.1. Tensión Arterial. 10

4.1.6.2. Fondo de Ojo. 11
4.1.6.3. Tira Reactiva. 11
4.1.6.4. Edemas. 11
4.1.6.5. Exámenes Complementarios. 12
4.2. COMPLICACIONES MATERNAS. 12
4.2.1. Desprendimiento Prematuro de la Placenta o Abrupto Placentae. 12
4.2.2. Coagulopatía Intravascular Diseminada. 13
4.2.3. Insuficiencia Renal. 13
4.2.4. Edema Cerebral. 13
4.2.5. Hemorragia hepática. 13
4.2.6. Eclampsia. 14
4.3. COMPLICACIONES FETALES. 14
4.3.1. Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) 14
4.3.2. Prematurez. 14
4.3.3. Síndrome De Distress Respiratorio. 15
5. METODOLOGIA 16
5.1. TIPO DE ESTUDIO. 16
5.2. UNIVERSO. 16
5.3. MUESTRA. 16
5.4. UNIDAD DE ANÁLISIS. 16
5.5. CRITERIOS 16
5.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN 16
5.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 16
5.6. MÉTODOS, TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO 16
5.7. ANALISIS DE RESULTADO 17
6. RESULTADOS 18
7. DISCUSIÓN 27
8. CONCLUSIONES 30
9. RECOMENDACIONES 31
10. BIBLIOGRAFIA 32
11. ANEXOS 36
Anexo 1 36
Anexo 2 37

INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. MORBI-MORTALIDAD MATERNA MATERNA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 18
TABLA N° 2. MORBI-MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 19
TABLA N° 3. MORBILIDAD NEONATAL EN ELHOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 20
TABLA N° 4. CLASIFICACIÓN DE PREECLAMPSIA EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 21
TABLA N° 5. EDAD GESTACIONAL DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 22
TABLA N° 6. CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 23
TABLA N° 7. VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 24
TABLA N° 8. GRUPO DE EDAD DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 25
TABLA N° 9. NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015 26

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1 18
FIGURA N° 2 19
FIGURA N° 3 20
FIGURA N° 4 21
FIGURA N° 5 22
FIGURA N° 6 23
FIGURA N° 7 24
FIGURA N° 8 25
FIGURA N° 9 26

1. TÍTULO

“COMPLICACIONES MATERNO-NEONATALES ASOCIADAS A PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE.”

2. RESUMEN

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de etiología desconocida que forma parte de un espectro de trastornos hipertensivos del embarazo, que constituyen una causa importante de muerte materna en el Ecuador y en la mayor parte de los países latinoamericanos; por tal motivo se desarrolló el estudio **"COMPLICACIONES MATERNO-NEONATALES ASOCIADAS A PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE.",** los objetivos planteados de esta investigación fueron: Determinar las complicaciones maternas, conocer las complicaciones neonatales, identificar el grado de preeclampsia que ocurre con mayor frecuencia en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje. El estudio fue de tipo descriptivo-transversal-retrospectivo. se obtuvo la información de las historias clínicas de las pacientes embarazadas hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia, con una muestra de 40 casos, obteniéndose los siguientes resultados: el 90%(n=36) poseen el diagnóstico de preeclampsia leve y 10%(n=4) poseen diagnóstico de preeclampsia grave; el 100% no tuvieron complicaciones maternas; mientras que en los neonatos el 65%(n=26) no tuvieron complicaciones; el 35%(n=14) presentaron complicaciones, los mismo que 54.4%(n=13) fueron prematuros, el 44,3%(n=10) presentaron síndrome de distress respiratorio; finalmente el 4.3%(n=1) tuvieron restricción del crecimiento intrauterino. Con lo que se concluye que en este estudio no hubo complicaciones maternas que pongan en peligro la vida de la madre; y, las complicaciones en los recién nacidos de madres preeclámpticas fueron leves y, que de igual manera no se tuvo muerte neonatal. ***Palabras Clave:*** preeclampsia, neonatos, complicaciones.

ABSTRACT

Preeclampsia is a multisystem disorder of unknown etiology that is part of a spectrum of hypertensive disorders of pregnancy, which are a major cause of maternal death in Ecuador and in most Latin American countries; for this reason the present research was carried out with the theme, **"MATERNAL-NEONATAL COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH PREECLAMPSIA IN PATIENTS TREATED AT SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE..**", the objectives of this research were: To determine maternal complications, to meet the neonatal complications, and to identify the preeclampsia level that occurs more frequently in pregnant patients treated at the San Vicente de Paul Hospital. The study was retrospective-transversal-descriptive. The information was obtained from the medical records of the hospitalized pregnant patients diagnosed with preeclampsia, with a sample of 40 cases, the following results were obtained: 90% (n=36) have the diagnosis of mild preeclampsia and 10% (n = 4) have a diagnosis of severe preeclampsia; 100% had no maternal complications; while in neonates 65% (n = 26) had no complications; 35% (n = 14) had complications, the same as 54.4% (n = 13) were premature, 44.3% (n = 10) had respiratory distress syndrome; finally 4.3% (n = 1) had intrauterine growth restriction. Thus, through this study research we can conclude that there were no maternal complications that endanger the life of the mother; and that the complications in infants of preeclamptic mothers were mild, likewise there were no neonatal death. **Key words:** preeclampsia, neonatal, complications.

3. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna y fetal con una incidencia variable según la población estudiada, estimándose que en los países en vías de desarrollo el 5-10% es más frecuente en los extremos de la edad reproductiva, es una de las principales causa de muerte materna en el mundo. Representa el 15% de muertes relacionadas con el embarazo, es la primera causa de ingreso de gestantes en la Unidades de Cuidados Intensivos y además constituye el 40% de los partos prematuros. Aproximadamente el 30%de los trastornos hipertensivos en el embarazo son debidos a hipertensión crónica y el 70% son debido a hipertensión gestacional– pre-eclampsia. De ellos, el mayor porcentaje resulta en preeclampsia leve y cerca del 1-2% en severa (Peralta et al., 2011).

Las principales complicaciones que ocasiona la preeclampsia en el recién nacido son prematuridad, pequeño para la edad gestacional y bajo peso al nacer, siendo estas las principales causas de morbimortalidad perinatal. Se estima que cerca del 70% de esas defunciones de menores de 28 días ocurren en la primera semana de vida. Los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (menos de 1.500 gramos al nacer) representan el 1% del total de nacimientos y contribuyen con un 40% de la mortalidad infantil. (GPC, 2014)

Según datos de la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Ecuador se encuentra entre los 11 países con las tasas más bajas de nacimientos prematuros del mundo con 5,1%. Pero paradójicamente, la primera causa de mortalidad infantil en el país, según datos del INEC, es la duración corta de la gestación. (GPC, 2014)

Constituyéndose de esta manera, la preeclampsia, en un problema de salud pública trascendental, las complicaciones que sufre el recién nacido implican hospitalización prolongadas y por ende repercusiones económicas para la familia, los sistemas de salud y el país.

En América Latina la morbilidad materna no ha reducido, sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control de embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado; debido al aumento de pobreza, ausencia de recursos económicos para acceder a los servicios y falta de adaptación hace que las mujeres embarazadas recurran a su cultura y costumbres utilizando los servicios de parteras empíricas no calificados para detectar los riesgos (Balseiro, R. et al., 2011). En Ecuador la preeclampsia y eclampsia son las primeras causas de muerte materna desde el año 2006 al 2014, y representan el 27.53%

de todas las muertes maternas (GPC, 2016). Por este motivo, científicos se han dedicado a investigar cuales son las causas, sin embargo, hasta hoy no se las descubre.

En el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje se observa un aumento significativo del número de pacientes con diagnóstico de Preeclampsia, la misma que lleva a complicaciones materno-neonatales, sin que exista información estadística actual y precisa de su prevalencia, en tal virtud, es necesario realizar este trabajo de investigación que permita en forma documentada investigar las complicaciones materno, neonatales, grado de preeclampsia que ocurre en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje en el periodo enero – diciembre 2015.

El presente proyecto es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal que pretende aportar nuevos conocimientos y parámetros en los cuáles nos podamos apoyar para tener una mejor evaluación de las pacientes a futuro y será de gran beneficio, puesto que si identificamos los factores de riesgo más importantes que inciden en esta enfermedad podremos actuar de forma inmediata y fomentar lo importante que son los controles prenatales, y otras medidas preventivas que serán de gran beneficio para las mujeres embarazadas.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. PREECLAMPSIA

4.1.1. Definición.

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, riñones, hígado, cerebro, y otros órganos (Cunningham, 2011)

4.1.2. Clasificación.

La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo esta en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo de los trastornos hipertensivos producidos en el embarazo.(GPC, 2016)

La clasificación básica y práctica divide a la hipertensión del embarazo en 4 categorías.

1. Preeclampsia-Eclampsia
2. Hipertensión crónica
3. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida
4. Hipertensión gestacional

4.1.3. Incidencia.

La hipertensión es una complicación médica más común en el embarazo aunque para algunos autores es la segunda complicación medica del embarazo solo después de la anemia (Adauy, E. et al., 2012) es más frecuentes en jóvenes durante el primer embarazo, nulíparas de edad avanzada, hipertensas previas y diabéticas (Nahidi et al., 2013). Afecta entre 3 al 10% de los embarazo y es la principal causa de muerte materna en el mundo (Elu et al., 2011).

4.1.4. Factores de riesgos.

Entre los factores de riesgo podemos citar los siguientes factores que se han vinculado que pueden desencadenar trastornos hipertensivos en la embarazada (INEC. 2010).

4.1.4.1. Edad Materna.

Más frecuentes en menores de 18 años y mayores de 35 años, aunque algunos estudios demuestran que el riesgo se puede observar en embarazos de menores de 21 años.

4.1.4.2. Historia Personal y Familiar.

Las hijas de madres que tuvieron preeclampsia tienen la posibilidad de padecerla hasta en un 26% de los casos, importante el papel hereditario de esta enfermedad. La contribución de genes paternales al feto pueden ser importantes en la fisiopatología de la preeclampsia, y genes paternales pueden un papel clave en la placentación. (Elu et al., 2011).

4.1.4.3. Presencia de algunas Enfermedades Crónicas.

4.1.4.3.1. Hipertensión Arterial Crónica.

Un alto índice de enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión arterial pre-existente, y en qué mayor es la medida de la Tensión Arterial pre-gestacional, mayor es el riesgo de padecer una preeclampsia. La Hipertensión arterial crónica produce daño vascular por diferentes mecanismos, y la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede ocasionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de una preeclampsia. (Elu et al., 2011).

4.1.4.3.2. Obesidad.

Por un lado se asocia con frecuencia a la hipertensión arterial, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardiaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye a elevar la tensión arterial. Por otro lado, los adipositos secretan citoquinas, en especial el factor de necrosis tumoral, que produce daño vascular, lo que empora el estrés oxidativo, fenómeno que también está involucrado en el surgimiento de la preeclampsia. (Elu et al., 2011).

4.1.4.3.3. Diabetes Mellitus.

En la diabetes mellitus pre gestacional puede existir microangiopatías 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 preeclampsia, que es 10 veces más frecuentes en los pacientes que padecen esta enfermedad. Asimismo, también se

ha visto que la diabetes gestacional se asocia con frecuencia a la preeclampsia, aunque todavía no se tiene una explicación satisfactoria para este hecho. (Elu et al., 2011).

4.1.4.3.4. Enfermedad Renal Crónica (nefropatías).

En los casos de nefropatía hipertensiva y diabética, puede producirse una placentación anormal, dado que conjuntamente con los vasos renales están afectados los del todo el organismo, incluidos los uterinos. Por otra parte, en las enfermedades renales en las que existe un daño renal importante, se produce con frecuencia hipertensión arterial, y su presencia en la gestante puede contribuir a la aparición de la preeclampsia.

***4.1.4.4.* Presencia de Anticuerpos Antifosfolipídicos.**

Estos están presentes en varias enfermedades autoinmunes, como el síndrome antifosfolipídico primario y el lupus eritematosa sistémico, y su presencia se ha relacionado con un aumento de la probabilidad de padecer preeclampsia. La presencia de anticuerpos antifosfolipídicos se asocian con aumento de la tendencia a la trombosis. Esto puede afectar a la placenta, tornándola insuficiente, lo que resulta por trombosis de los vasos placentarios, infartos y daño de las arterias espirales placentarias. Se alteraría así el desarrollo del trofoblasto desde su inicio y no habría una efectiva circulación fetoplacentaria (isquemia), y en etapas tardías, aparecería un daño importante en la vasculatura uteroplacentaria, lo que produciría un estado de insuficiencia placentaria y surgirían las complicaciones gestacionales que se asocian con esta. (Elu et al., 2011).

4.1.5. Fisiopatologia.

***4.1.5.1.* Prostaglandina y Embarazo.**

Se ha sugerido que en el Síndrome Hipertensivo de la Embarazada hay un desbalance en la producción y/o catabolismos de las prostaciclinas y el tromboxano; siendo responsable de los cambios fisiopatológicos, produciéndose un aumento en la resistencia vascular. (Suárez et al., 2011).

***4.1.5.2.* Función Renal.**

Los pacientes con Síndrome Hipertensivo de la Embarazada presenta una disminución de la perfusión y del filtrado glomerular de grado leve a moderado, expresado por un aumento de la creatinina y el ácido úrico. (Suárez et al., 2011).

4.1.5.3. Papel de la Serotonina en la Fisiopatología de la Preeclampsia.

En las gestaciones normales se encuentran niveles elevados de serotonina y aumento de la sensibilidad a serotonina, pero estos parámetros están muy elevados en la preeclampsia. (Helewa, et al.,2010).

La placenta es un órgano fundamental para el metabolismo de la serotonina. La monoaminooxidasa (MAO), que inactiva a la serotonina, se localiza en el sincitiotrofoblasto y en la decidua. En tejido placentario de gestaciones preeclámpticas, la actividad MAO es más bajo y las concentraciones de serotonina son más altas que en tejido placentario de gestaciones normales el descenso de la actividad MAO y el aumento de la serotonina placentaria dependen de la gravedad y son máximos en gestaciones eclámpticas. Es posible que el aumento de las concentraciones de serotonina sea un efecto combinado del aumento de la activación y agregación plaquetaria y del descenso de la actividad MAO placentarias. Puesto que esta enzima es extremadamente sensible a la tensión de oxígeno y se inactiva por la reducción de esta y por los radicales libres, se sugiere que la hipoxia o el estrés oxidativo pueden ser factores importantes para reducir la actividad MAO (Suárez et al., 2011).

En la preeclampsia leve, donde todavía existe algún trofoblasto endovascular y endotelios intactos en las arterias espirales sobre las que se sitúan los receptores S1, el aumento de las contracciones de serotonina interaccionan con estos receptores S1. La interacción de serotonina con su receptor S1 puede producir una recuperación parcial de la secreción de PG12 y óxido nítrico vascular. La PG12 local puede estimular el sistema uteroplacentario renina-angiotensina y así la secreción de angiotensina II uteroplacentaria. (Suárez et al., 2011).

En la preeclampsia grave de comienzo precoz, los vasos uteroplacentarios están lesionados más fuertemente y son probablemente incapaces de responder con un efecto S1 dependiente del endotelio. En esta situación parece ser que la serotonina interacciona con los receptores S2 sobre las células del musculo liso vascular. La serotonina derivada de las plaquetas, por tanto, amplificara mediante activación de los receptores S2 de las plaquetas el proceso de agregación, ofreciendo así una retroalimentación positiva sobre su propia secreción. El aumento de las concentraciones de serotonina libre derivada de las plaquetas puede originar contracción directa del musculo liso por medio de los receptores S2 y amplifican la acción vasoconstrictora de algunos mediadores neuronales, en particular catecolaminas y angiotensina II. Debido a la perdida de receptores S1 en el endotelio, el sistema renina- angiotensina uteroplacentario no se estimula más por la producción de

PG12 inducida por serotonina-1 con el fin de compensar el desequilibrio entre las influencias vasoconstrictoras y vasodilatadoras.

4.1.5.3.1. Estrés Oxidativo.

La preeclampsia se asocia con estrés oxidativo detectable en el plasma ya a las 11 semanas de embarazo, lo que podría dar lugar a estudiar el efecto de sustancias antioxidantes con cuya intervención se pudiera atenuar las manifestaciones clínicas de la enfermedad (Faneite et al., 2011).

La posible falta de conexión entre el trofoblasto materno y el tejido materno en el lecho vascular uteroplacentario puede dar lugar a un aumento de citoquinas, sustancias con radicales libres y enzimas proteolíticas. El estrés oxidativo inducido por las citoquinas puede ser un enlace entre la mala adaptación inmunológica hipotética y la lesión de las zonas endoteliales, que se sabe que ocurre en la preeclampsia.

Se ha demostrado recientemente que puede haber una respuesta inmune materna a antígenos fetales extraños. La gestación normal se asocia con una respuesta inflamatoria generalizada considerable y la preeclampsia, con una exageración de algunos de estos cambios inflamatorios.

Según los conocimientos actuales respecto a la fisiopatología de la preeclampsia, cada vez está más claro que es poco probable que se encuentre una sola causa de la preeclampsia (Faneite et al., 2011).

4.1.6. Examen Físico.

***4.1.6.1.* Tensión Arterial.**

Durante el embarazo, es necesario un control de rutina de la tensión arterial (TA) ya que la mayoría de las mujeres serán asintomáticas inicialmente (Chamy V. et al., 2012). Las características del equipo necesario y las técnicas de medición de la TA deben ser las óptimas para realizar un buen diagnóstico.

Es el dato más valioso de la consulta prenatal para hacer el diagnostico (Adauy, E. et al., 2012). Es el reflejo del vasoespasmo arterial (Suárez et al., 2011). Se recomienda utilizar el mismo tensiómetro. La medición debe de realizarse después de un tiempo prudencial de reposo, el cual debe de fluctuar entre 15 a 30minutos. Tres posiciones se recomiendan para tomar la TA: decúbito dorsal, decúbito lateral izquierdo y sentada. De preferencia debe determinar la TAM (presión arterial media), según la fórmula (Brown et al., 2011):

TAM= S+(Dx2) Ej: 120
3 80

120 + (80x2) = 280 = 93 mmHg
3 3

En cada control prenatal la TA se debe de tomar en las tres posiciones mencionadas y registrarlas en la historia clínica.

Estar atentos al descenso fisiológico que aparece en la mitad del embarazo. Una TAM mayor de 90 mmHg en esta época es muy sugestiva de preeclampsia. Recordar que una TA de 130/80 considerada normal, puede ser anormal si la gestante inicio su control con 100/80 (Peralta et al., 2004).

4.1.6.2. **Fondo de Ojo.**

En lo posible se recomienda practicarlo en la primera consulta prenatal y repetir según los cambios observados en la TA (Adauy et al., 2012). Debe evaluarse en cada consulta.

4.1.6.3. **Tira Reactiva.**

El extremo de la tira se introduce en la orina durante 30 segundos y se sacude golpeándola al costado del contenedor. El resultado luego se lee por comparación del color que adquiere la superficie de la tirilla en contacto con la orina con la tabla de colores sobre la etiqueta. Valores = > a (++) se consideran positivos (Adauy, E. et al., 2012).

4.1.6.4. **Edemas.**

En la preeclampsia el volumen hídrico en el espacio intersticial puede aumentar de los 2 – 3 litros considerados normales en la gestación no complicada hasta volúmenes que pueden llegar a los 20 litros. Este incremento del volumen intersticial será el responsable de la aparición de edemas y del aumento de peso observado en la preeclampsia. Dada la alta prevalencia de eclampsia en la gestación normal, actualmente existe acuerdo en no incluirlo dentro de la definición de preeclampsia (Adauy et al., 2012).

4.1.6.5. Exámenes Complementarios.

Hemograma completo al iniciar el tratamiento y luego de acuerdo con la respuesta Citoquímico de orina al ingreso y luego de acuerdo con la evolución clínica (Adauy, E. et al., 2012). Se recomienda realizar los siguientes exámenes de laboratorio y de gabinete los cuales muchas veces no se realizan por falta de recursos o por no encontrarse al alcance tecnológico.

Marcadores ecográficos y Doppler.

Localización placentaria.

Marcadores bioquímicos.

Ácido úrico

Excreción urinaria de calcio

Excreción urinaria de enzimas tubulares

Excreción urinaria de metabolitos de la prostaciclinas (Peralta et al., 2004).

Proteínas placentarias.

Receptores plaquetarios de angiotensina II.

Marcadores hematológicos y de lesión endotelial.

Volumen plasmático, hematocrito hemoglobina.

Actividad del factor von Willebrand.

Relación factor VIII: Ac/factor VIII (Elu et al., 2004).

Niveles de antitrombina III

Niveles de complejo trombina-antitrombina III

Proteína C.

Fibronectina.

Pruebas de función renal.

Electrocardiograma.

Pruebas de función hepática.

Cuantificación de azoados.

4.2. COMPLICACIONES MATERNAS.

4.2.1. Desprendimiento Prematuro de la Placenta o Abrupto Placentae.

Es el proceso de separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal que corresponde al fondo uterino, se produce a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del nacimiento del feto, pudiendo ocurrir incluso durante el trabajo de

parto (Balseiro, R. et al., 2011). Es la segunda causa en orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación.

Constituye así mismo una de las complicaciones más riesgosas del embarazo y el parto, a pesar de todos los progresos aplicados a la vigilancia del embarazo de alto riesgo. El desprendimiento es la causa más frecuentemente hallada en los síndromes hipertensivo del embarazo que conllevan a la muerte fetal, es decir en las formas graves de esta enfermedad (Brown & Garovic, 2011).

4.2.2. Coagulopatía Intravascular Diseminada.

Es un desorden que siempre ha despertado controversias tanto desde el punto de vista diagnostico como terapéutico, el cual se observa en diferentes entidades no relacionadas pero que comparten un trastorno común, la activación del sistema procoagulante y del sistema fibrinolítico que desborda los mecanismos de autocontrol, conduciendo a un daño orgánico múltiple o falla multisistemico (Chamy, V. et al., 2012). La preeclampsia severa también puede complicarse en un porcentaje menor del 10% con coagulopatía (Gómez. 2010).

4.2.3. Insuficiencia Renal.

Incapacidad renal para realizar las funciones depurativas, excretora, reguladora de los equilibrios hidroelectrolíticos y acido-base y de las funciones endocrino-metabólicas, puede ser aguda o crónica. La preeclampsia y eclampsia son una de las causas renales para la aparición de INSUFICIENCIA RENAL AGUDA por necrosis tubular.

4.2.4. Edema Cerebral.

El edema cerebral diseminado es preocupante, los síntomas variaron desde letargo, confusión y visión borrosa hasta obnubilación y coma. En la clínica se ha observado qu estas pacientes son muy susceptibles a elevaciones súbitas y graves de la presión arterial, lo que produce una agravación aguda del edema vasógeno diseminado.

4.2.5. Hemorragia hepática.

Las lesiones características que se encontraron con frecuencia fueron regiones de hemorragia fueron regiones de hemorragia periportal en la periferia del hígado.

Desde el punto de vista pragmático, el compromiso hepático en la preeclampsia puede tener importancia clínica en las siguientes situaciones:

- Compromiso sintomático
- Aumento asintomático de la concentración de transaminasas hepática sérica
- La hemorragia hepática hasta formarse un hematoma hepático
- Algunas veces, el hígado graso agudo del embarazo se confunde con preeclampsia.

4.2.6. Eclampsia.

La se designa como anteparto, intraparto o postparto, según sea al momento de las convulsiones: antes o después del trabajo de parto. La eclampsia es más frecuente en el último trimestre del parto y su frecuencia aumenta conforme se aproxima el término. Un hecho importante es que deben considerarse otros diagnósticos en las pacientes con inicio de convulsiones más de 48 horas después del parto y en aquellas con deficiencias neurológicas focales, coma prolongado o eclampsia atípica.

4.3. COMPLICACIONES FETALES.

4.3.1. Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU)

Se define como aquella circunstancia clínica en la cual el feto no alcanza su pleno potencial de crecimiento; como resultado final ocurre una disminución en el peso corporal, el cual queda por debajo del percentil 10 para la edad gestacional según tablas de crecimiento (Chamy, V. et al., 2012). El RCIU es el resultado de múltiples factores, maternos y fetales, los que pueden ser considerados de riesgo. Se describen dos tipos de RCIU, el Simétrico y el Asimétrico (Gómez. 2010).

- **RCIU Simétrico:** surge como consecuencia de patologías maternas preexistentes o alteraciones que están presentes desde el comienzo de la gestación.
- **RCIU Asimétrico:** tiene como causas más frecuentes las patologías que aparecen tardíamente en la gestación (tercer trimestre del embarazo) como la preeclampsia y la eclampsia.

4.3.2. Prematurez.

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas de gestación. Se divide en subcategorías en función de la edad gestacional, de acuerdo a la clasificación actual de la OMS.

Prematuros Tardíos: es el recién nacido con edad gestacional de 35 a 36 semanas 6 días.
Prematuros Moderados: es el recién nacido con edad gestacional de 32- 33 semanas de gestación 6 días.
Muy Prematuro: es el recién nacido con edad gestacional de 28 a 31 semanas 6 días.
Prematuros extremos: es el recién nacido menor o igual a 27 semanas 6 días.

4.3.3. Síndrome De Distress Respiratorio.

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), se presenta sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNP). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida. (Guía Clínica AUGE, 2011)

5. METODOLOGIA

5.1. TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo, transversal que fue realizado en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje, en el periodo enero- diciembre 2015, con una duración de 1 año

5.2. UNIVERSO.

La población objeto de investigación constituyen las 1405 mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje.

5.3. MUESTRA.

Mujeres embrazadas diagnosticadas con preeclampsia que constituyeron 40 pacientes que fueron atendidas en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje, durante el periodo enero- diciembre 2015.

5.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Hospital San Vicente de Paul en el servicio de Ginecología y Neonatología.

5.5. CRITERIOS

5.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres con preeclampsia leve o severa que han sido atendidas en el HSVP.

5.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Todas las pacientes que con diagnóstico de Preeclampsia se las transfiere a otro lugar.
Todas las pacientes que piden el alta a voluntad propia.
Todas las pacientes hipertensas sin proteinuria
Todas las pacientes con hipertensión arterial crónica

5.6. MÉTODOS, TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO

El presente trabajo de investigación requirió de diferentes métodos, técnicas y procedimientos, en la cual se tomó en cuenta cada una de los pasos correspondientes en las diferentes fases analíticas para poder realizar el correcto análisis de la investigación. Ante todo empezando por la aprobación del tema, asignación de director de tesis, desarrollo del

proyecto de tesis y de la misma manera continuando con las diferentes fases como son: fase pre-analítica para lo cual se hizo los trámites pertinentes para poder recolectar los datos. En la fase analítica se recolecto los datos obteniendo la información planteada en los objetivos. En la fase post-analítica se realizó el procesamiento de los datos y obtención de los resultados.

Formulario para recolectar información (anexo N$^{ro.}$ 1)

5.7. ANALISIS DE RESULTADO

A través de los resultados obtenidos se realizó cuadros y gráficos mediante el programa Microsoft Excel 2010 que faciliten la interpretación de cada uno de los objetivos planteados. Con los resultados logrados, se realizó comparaciones con otros estudios para elaborar la discusión, y finalmente las conclusiones y recomendaciones acorde a los resultados.

6. RESULTADOS

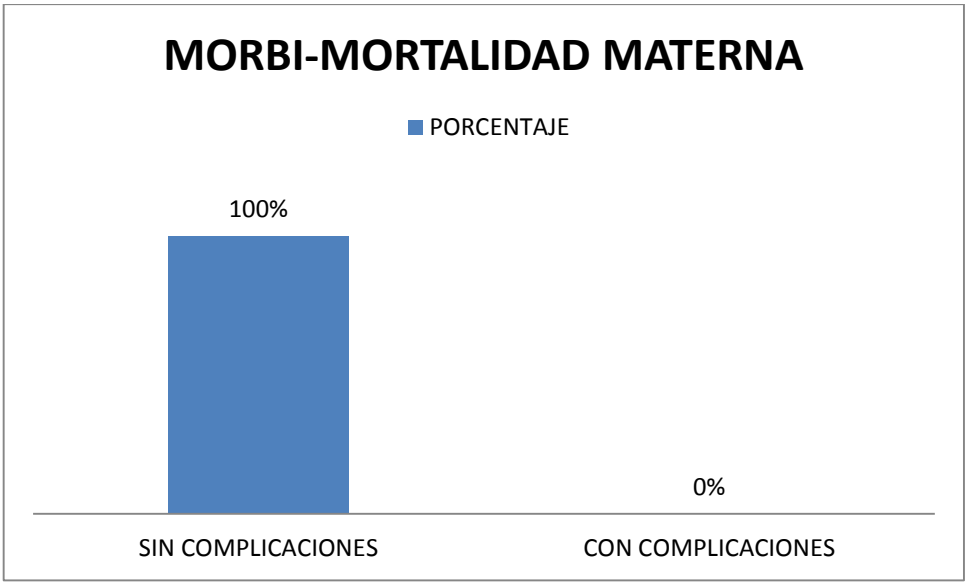
Objetivo: Determinar las complicaciones maternas asociadas a preeclampsia

TABLA N° 1. MORBI-MORTALIDAD MATERNA EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015

MORBILIDAD MATERNA	CANTIDAD	PORCENTAJE
SIN COMPLICACIONES	40	100%
CON COMPLICACIONES	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

FIGURA N° 1



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

Interpretación: Del total de las pacientes encuestadas el 100% no tuvieron complicaciones y ninguna paciente presento complicaciones.

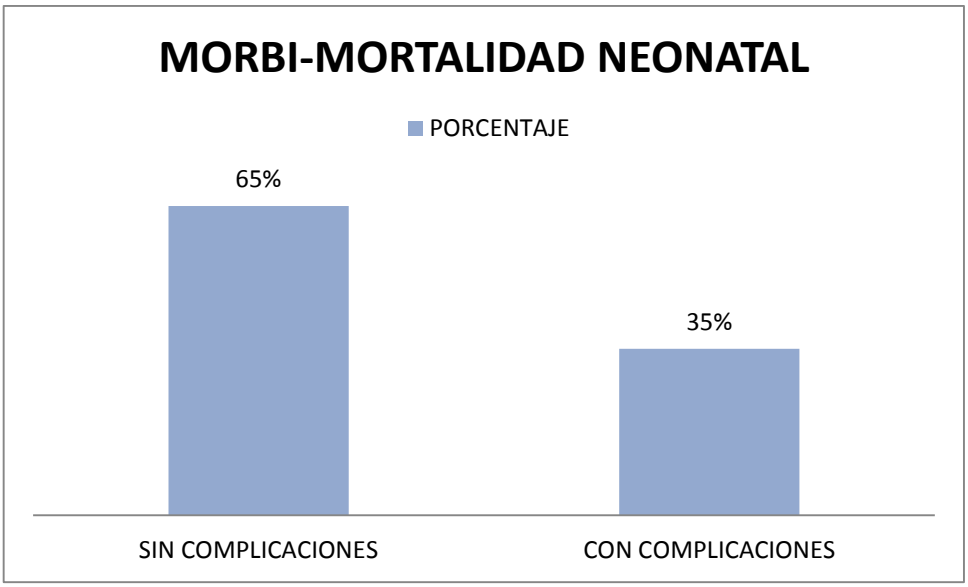
Objetivo: Conocer las complicaciones neonatales asociadas a preeclampsia

TABLA N° 2. MORBIMORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015

MORBI-MORTALIDAD NEONATAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
SIN COMPLICACIONES	26	65%
CON COMPLICACIONES	14	35%
TOTAL	40	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

FIGURA N° 2



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

Interpretación: Del total de las pacientes encuestadas el 65% no tuvieron complicaciones; mientras que 35% presentaron complicaciones

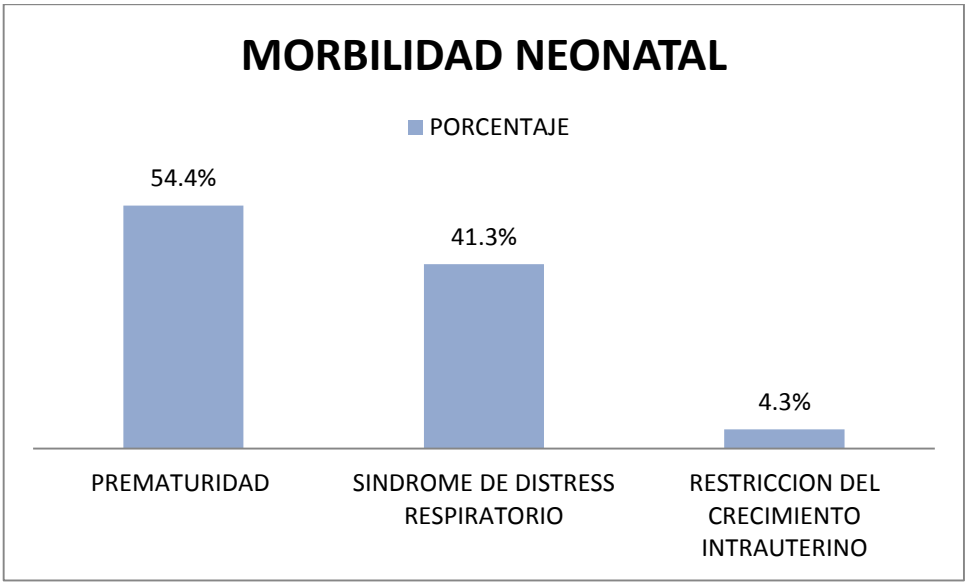
Objetivo: Conocer las complicaciones neonatales asociadas a preeclampsia.

TABLA N° 3. MORBILIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015

MORBILIDAD NEONATAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
PREMATURIDAD	13	54.4%
SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO	10	41.3%
RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	1	4.3%
TOTAL	24	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

FIGURA N° 3



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

Interpretación: Del total de las pacientes que presentaron complicaciones 54.4%; presentaron prematuridad, el 41.3% presentaron síndrome de distress respiratorio, y finalmente el 4.3% restricción del crecimiento uterino.

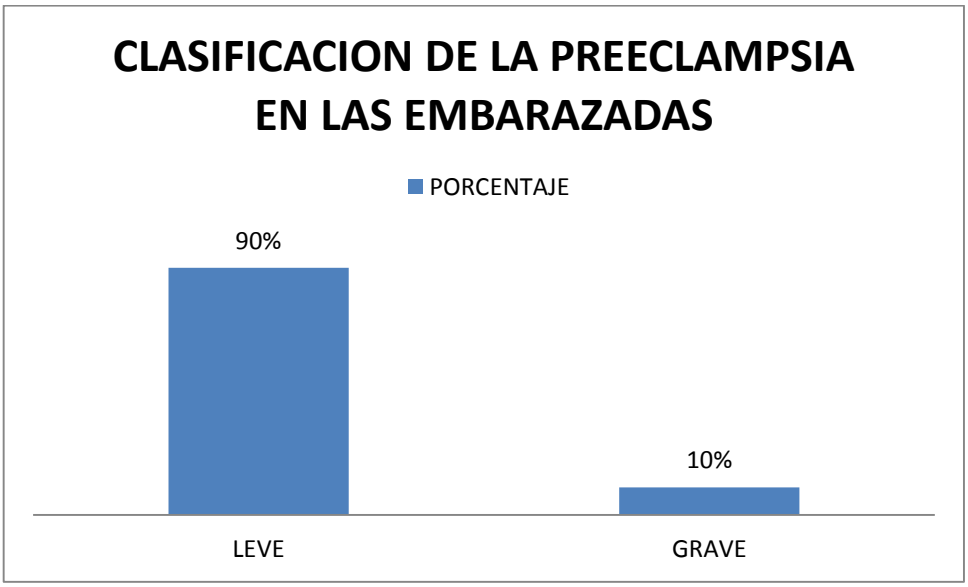
Objetivo: Identificar el grado de preeclampsia que ocurre con mayor frecuencia en pacientes embarazadas.

TABLA N° 4. CLASIFICACIÓN DE PREECLAMPSIA EN LAS EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE EN EN EL PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2015

CLASIFICACION DE PREECLAMPSIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
LEVE	36	90%
GRAVE	4	10%
TOTAL	40	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

FIGURA N° 4



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

Interpretación: Del total de las pacientes encuestadas el 90% poseen el diagnóstico de preeclampsia leve y un 10% grave.

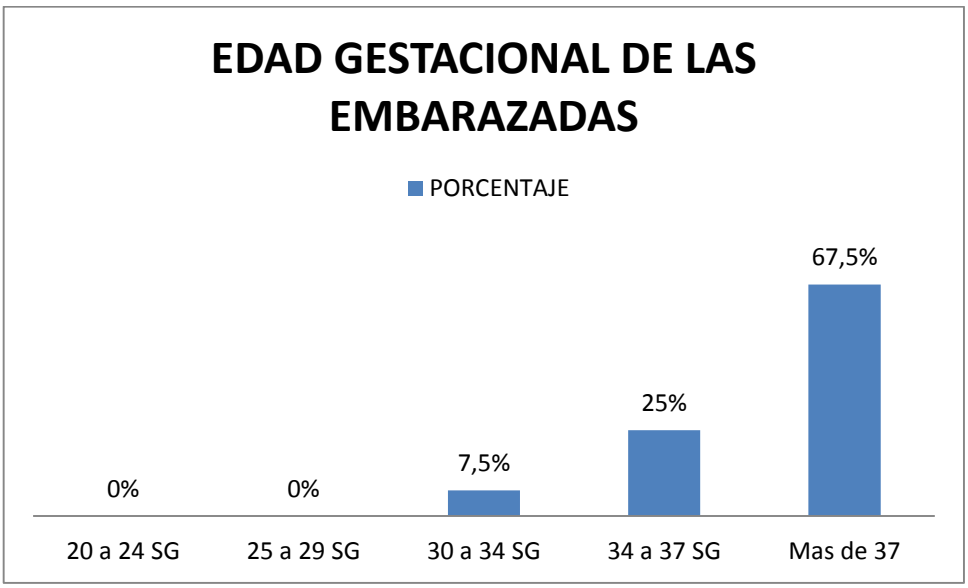
DATOS GENERALES DE LAS PACIENTES

TABLA N° 5. EDAD GESTACIONAL DE LAS EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015

EDAD GESTACIONAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
20 a 24 SG	0	0%
25 a 29 SG	0	0%
30 a 34 SG	3	7,5%
34 a 37 SG	10	25%
Mas de 37	27	67,5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

FIGURA N° 5



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

Interpretación: Podemos observar que en cuanto a la edad gestacional encontramos que un porcentaje muy alto en pacientes de más de 37 SG representado con un 67,5%; luego

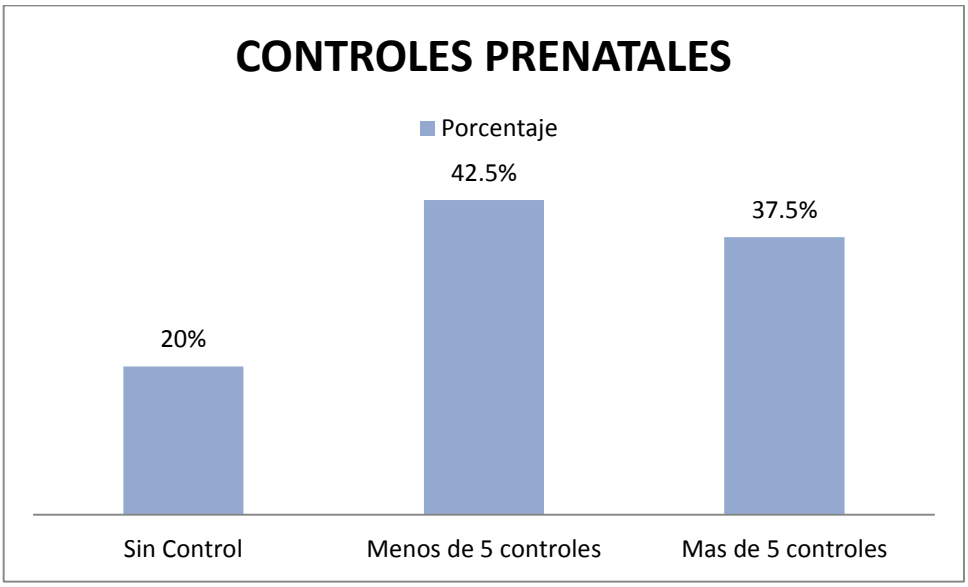
tenemos las pacientes de hasta 34 a 37 SG con un 25%; y finalmente las pacientes de 30 a 34 SG representado por un 7,5%.

TABLA N° 6. CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE EN EL PERIODO ENERO –DICIEMBRE 2015

Controles Prenatales	Cantidad	Porcentaje
Sin Control	8	20%
Menos de 5 controles	17	42.5%
Más de 5 controles	15	37.5%
Total	40	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

FIGURA N° 6



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

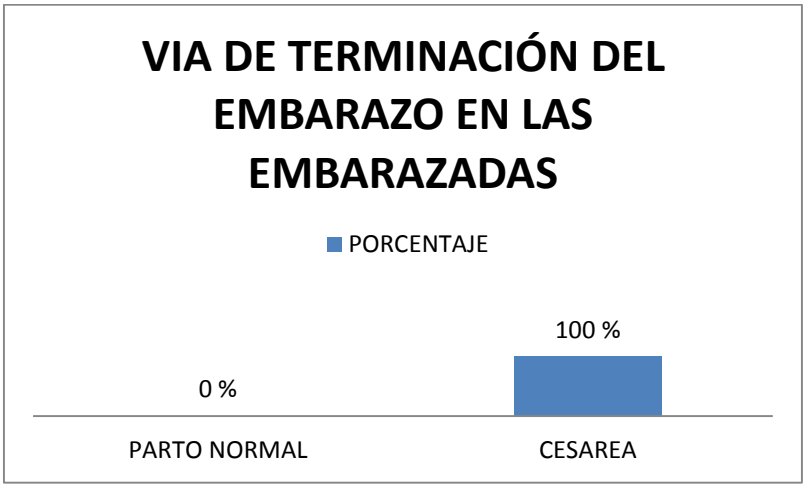
Interpretación: Del total de los pacientes el 42,5% presentaron menos de 5 controles; mientras que un 37,5% tuvieron más de 5 controles y finalmente no acudieron a ningún control un 20%.

TABLA N° 7. VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015

VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO	CANTIDAD	PORCENTAJE
PARTO NORMAL	0	0%
CESAREA	40	100%
TOTAL:	40	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

FIGURA N° 7



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

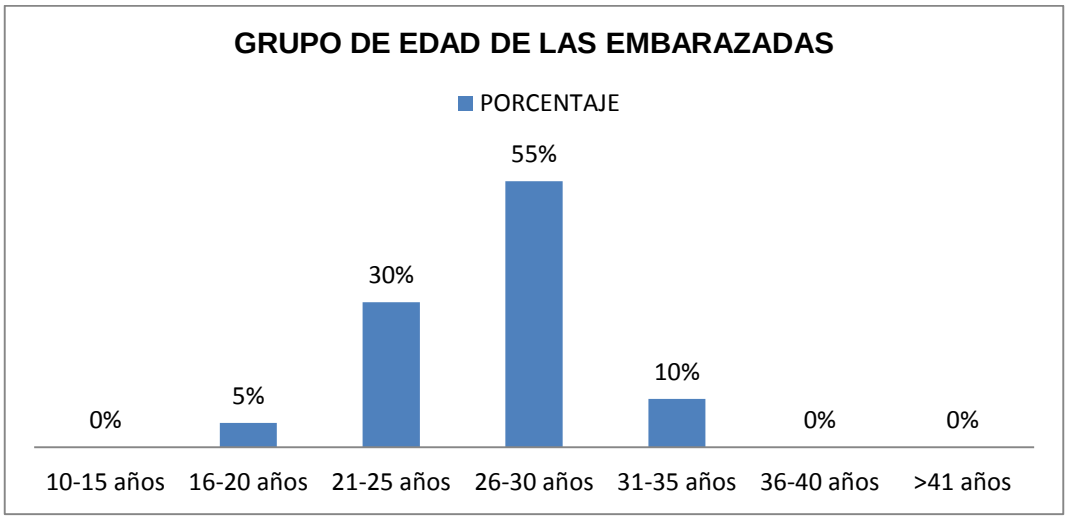
Interpretación: Muy representativamente la cesárea está conformada por el 100% y parto normal con un 0%.

TABLA N° 8. GRUPO DE EDAD DE LAS EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
10-15 años	0	0%
16-20 años	2	5%
21-25 años	12	30%
26-30 años	22	55%
31-35 años	4	10%
36-40 años	0	0%
>41 años	0	0%
TOTAL	40	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

FIGURA N° 8



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

Interpretación: De las 40 pacientes encuestadas el mayor porcentaje (55%) se encontraban en el rango de 26 a 30 años, seguidas de las pacientes entre 21 y 25 años, mientras que hay menor proporción en las edades avanzadas; por lo que a partir de los 31 a 35 años la cifra no supera el 10%, así lo demuestran las medidas y finalmente con un 5% las pacientes de 16 a 20 años.

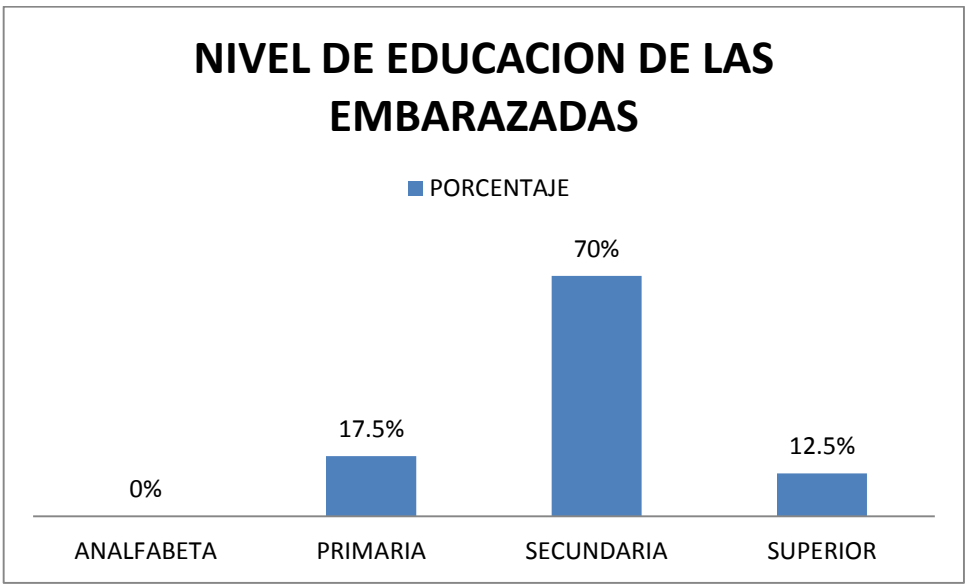
Objetivo: Investigar las complicaciones materno-neonatales asociadas a preeclampsia en pacientes atendidas

TABLA N° 9. NIVEL DE EDUCACIÓN DE LAS EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2015

NIVEL DE EDUCACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
ANALFABETA	0	0%
PRIMARIA	7	17.5%
SECUNDARIA	28	70%
SUPERIOR	5	12.5%
TOTAL	40	100%

Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

FIGURA N° 9



Fuente: Hoja de recolección de datos
Autor: Nathalia Estefanía Ochoa Luna

Interpretación: En el nivel de educación se aprecia un alto porcentaje pacientes de secundaria que refleja un 70%, seguido de pacientes con nivel primario y finalmente las de nivel superior con 12,50%.

7. DISCUSIÓN

La incidencia de preeclampsia durante el periodo de estudio en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje, fueron de 2.8%(n=40); considero optimo el estudio ya que, al comparar con la Guía Práctica Clínica, 2013, la preeclampsia es frecuente con una prevalencia estimada en 2,3% de todos los países en vías de desarrollo.

Muy representativamente la cesárea está conformada por el 100% y ningún por via vaginal. En comparación con el estudio de Indacochea C, en el hospital Verdi Cevallos Balda (Guayaquil, 2102) de los 35 casos investigados la cesárea corresponde al 94% y el 6% por parto. Entendiéndose que con la presente investigación se puede determinar que existe un alto porcentaje de pacientes sometidos a cesárea.

Del total de las 40 pacientes encuestadas el 90% que poseen el diagnóstico de preeclampsia leve y un 10% grave lo que confirma la literatura que la mayoría son leves; el 100% no tuvieron complicaciones.

Del total de los 40 recién nacidos, el 65% no tuvieron complicaciones; mientras que el 35% presentaron complicaciones, donde el 54.4% demostraron prematurez, el 44.3% presentaron síndrome de distress respiratorio y el 4.3% tuvieron retraso del crecimiento intrauterino, comparado con el estudio de Abril, R & Maria, T, en el Hospital Vicente Corral Moscoso(Cuenca,2015), las complicaciones más frecuentes en la población fueron: el RCIU con el 43,75%, seguido de prematuridad con el 15%, la asfixia neonatal y la muerte neonata fueron los factores con menor porcentaje. Se puede evidenciar en nuestro estudio que es más frecuente la prematuridad, síndrome de distress de distress respiratorio y finalmente restricción del crecimiento uterino.

Podemos observar que en cuanto a la edad gestacional encontramos que un porcentaje muy alto en pacientes de más de 37 SG representado con un 67,5%; luego tenemos las pacientes de hasta 34 a 37 SG con un 25%; y finalmente las pacientes de 30 a 34 SG representado por un 7,5%; comparado con el estudio de Núñez, R., en el Hospital Teófilo Dávila (Machala, 2012) en cuanto a la edad gestacional existe un porcentaje muy bajo 2% de pacientes presentaron una edad gestacional menor a las 34 semanas mientras que el 98% mostraron una edad gestacional mayor a las 34 semanas de gestación.

Resultados similares se han encontrado en un estudio realizado por Emma M. Yupangui Chiriboga en el Cantón Saquisilí, (Guayaquil, 2012). La falta de controles en la atención prenatal, es factor de riesgo que incrementa las probabilidades de aparición de varias entidades y de aumento en la morbimortalidad materna (Mazza et al., 2012). La falta

de vigilancia del embarazo es un problema que afecta a toda nuestra población, y para muchas de ellas su primer contacto con alguna situación de salud ocurre cuando se encuentran en trabajo de parto. El embarazo sin control constituye motivo de preocupación pública por los efectos adversos que puede tener tanto en la madre como en el hijo. El control prenatal debe ser temprano (1 consulta en el primer trimestre), periódico, completo, mínimo cinco controles y de cobertura global. Factores como la pobreza, la distancia para llegar a las instituciones, la tarea de la madre, la falta de turno de atención y la probable despersonalización de la asistencia, entre otros puede limitar la accesibilidad al control y a una asistencia periódica de calidad adecuada (Sorensen et al., 2010.

De las pacientes revisadas el mayor porcentaje (55%) se encontraban en el rango de 26 a 30 años, seguidas de las pacientes entre 21 y 25 años, mientras que hay menor proporción en las edades avanzadas; por lo que a partir de los 31 a 35 años la cifra no supera el 10% y finalmente con un 5% las pacientes de 16 a 20 años, en contraste con la investigación de Oscar José Núñez Rodríguez, en el hospital Teófilo Dávila (Machala) en 2012, el mayor porcentaje (34%) se dio en pacientes de 19-23 años, seguido de pacientes entre 14-18 y 24-28 años con un 21%.

En edades menores a 19 años y mayor de 30 años son considerados factores de riesgo. Las madres muy jóvenes por no haber terminado su desarrollo anatómico, el embarazo sorprende a la joven con un aparato insuficientemente desarrollado, lo cual constituye ya un factor de riesgo para originar anomalías por deficiencia de la contracción uterina o distocias en cualquier periodo del parto. (Faneite & Freyermuth, 2014).

Las madres de más de 35 años, que no responden a la labor de parto de forma adecuada, son debido a que el útero que durante años ha estado recibiendo periódica y cíclicamente influjos nerviosos y hormonales, va perdiendo su normalidad fisiológica. Las fibras musculares dejan de tener dos de sus propiedades fundamentales; elasticidad y contractilidad al sufrir degeneración fibrosa. En el parto y alumbramiento el útero se contrae con escasa energía; muchas terminan en una operación cesárea. Los extremos de edad tienen mayor incremento de daño genético. (Sotelo & Gríos, 2013).

En el nivel de educación se aprecia un alto porcentaje pacientes de secundaria que refleja un 70%, seguido de pacientes con nivel primario y finalmente las de nivel superior con 12,50%.Los resultados obtenidos por Emma M. Yupangui Chiriboga en el Cantón Saquisilí, (Guayaquil, 2012) nos indican que el nivel de primaria incompleta fue predominante 70%, un 8% de analfabetismo, el 21% de secundaria completa e incompleta

y solo un 1% de educación superior. Estos resultados demuestran tanto en la presenta investigación que las madres tienen bajo nivel escolar.

La escolaridad constituye un factor importante a analizar ya que tiene influencia indirecta en la comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas, elemento que se encuentra altamente relacionado con la morbimortalidad materna (Carbone F. & Freyermuth. 2014).

8. CONCLUSIONES

Luego de analizar los resultados de los datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes preeclámpticas en el Hospital San Vicente de Paul de Pasaje, se concluye:

Se concluye que en las pacientes no existieron complicaciones maternas en donde peligre la vida de la madre, y que su vía de terminación del embarazo fue por vía abdominal.

En los recién nacidos de madres preeclámpticas las complicaciones que se presentaron con mayor porcentaje fueron: distress respiratorio, prematurez y retraso del crecimiento uterino, entendiéndose que puede deberse a que la mayoría son preeclampsia leve

Se logró identificar que la mayoría de las pacientes embarazadas con diagnóstico de preeclampsia fue leve, considerándose este el principal diagnóstico de esta población, mientras que con un porcentaje menor la preeclampsia grave.

9. RECOMENDACIONES

Después de haber analizado los resultados y realizado las respectivas conclusiones del presente estudio, recomiendo lo siguiente:

El personal de Salud que esta frente a este problema de salud pública, la preeclampsia y sus complicaciones, tenga mejor conocimiento de los factores de riesgos más importantes de una gestante y, así poder seguir disminuyendo la morbi-mortalidad materna y/o perinatal. Basándose en los protocolos establecidos del ministerio de salud pública, considerando que no solo la cesárea es una práctica útil para terminación del embarazo sino también la vía vaginal

Tratar que el Hospital San Vicente de Paúl asegure a este grupo de población, tanto materna como fetal, se debe realizar una valoración de los factores de riesgo clínicos de preeclampsia desde el comienzo del embarazo.

Además se debe hacer un hincapié en perfeccionar la atención del personal médico hacia la paciente para que sea atendida con calidad y calidez, desde el primer nivel de atención para así asegurar la confianza del paciente y poder cumplir con el control prenatal ideal y con esto poder hacer un diagnóstico oportuno y prevenir futuras complicaciones.

10. BIBLIOGRAFIA

Adauy, E., Valdés, R., Salinas, P., Rojas, M., & Miranda, M. (2012). Amaurosis bilateral cortical en preeclampsia severa. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *69*(6), 460-463.

Avena, J. L., Joerin, V. N., Dozdor, L. A., & Brés, S. A. (2010). Preeclampsia-eclampsia. *Rev Pogr VIa Catedr Med.*, *165*.

Balseiro, R., Salvador, E., Vilallonga Recino, P., Balseiro, N., & Viñas Sifontes, L. (2011). Enfermedad Vascular Hipertensiva en Nuevitas durante un quinquenio. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, *10*(1), 85-96.

Brown, C. M., & Garovic, V. D. (2011). Mechanisms and management of hypertension in pregnant women. *Current hypertension reports*, *13*(5), 338-346.

Carbone, F. (2011). Del estigma de la mortalidad materna, a la maternidad segura y saludable. *Consensus, Jan./dic*, *9*(10), 117-124.

Cunningham, F. G. (2011). *Williams: obstetrica (23a*. McGraw Hill Mexico.

Chamy, V., Madrid, E., Aránguiz, N., Guerra, V., Cárcamo, K., & Rejas, A. (2012). Perfil clínico de embarazadas con preeclampsia y embarazos no complicados. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, *69*(5), 361-367.

Chiriboga, Y., & María, E. (2011). Riesgo de mortalidad materna en embarazadas en el cantón Saquisilí 2004-2008. (Tesis para optar por el Grado de Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva). Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas, Guayaquil.

Diaz, C. (2010). Magnesium sulfate use for the treatment of severe preeclampsia and eclampsia in Mexico. In *Proceedings of the Global Maternal Health Conference*.

Elu, M. D. C., & Santos, P. E. (2010). Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatol Reprod Hum*, *18*(1), 44-52.

Faneite, A., Rojas, L., & Briceño, G. (2011). Mortalidad materna: análisis.*Salus*, *10*(1), 26-30.

Faneite, P. (2011). Mortalidad materna: evento en desarrollo. *Rev. obstet. ginecol. Venezuela*, *67*(1), 1-3.

Freyermuth-Enciso, M. G. (2014). La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas: Un análisis desde la interculturalidad. *LiminaR*, *12*(2), 30-45.

Gómez Sosa, E. (2010). Trastornos hipertensivos durante el embarazo. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, *26*(2), 99-114.

Gríos Dávila, C. V., & García Gutierrez, L. I. (2013). Conocimientos y actitudes de la población adolescente hacia la lactancia materna para direccionar las acciones estrategias de promoción de la lactancia natural.

Helewa, M. E., Burrows, R. F., Smith, J., Williams, K., Brain, P., & Rabkin, S. W. (2010). Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. *Canadian Medical Association Journal*, *157*(6), 715-725.

Indacochea Chávez, C. E. (2013). Prevalencia de la enfermedad hipertensiva en embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital de Portoviejo Verdi Cevallos Balda septiembre del 2012 a febrero del 2013. (Tesis presentada para optar el título de Obstetra). Universidad de Guayaquil, Guayaquil.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2010.

Magee, L. A., Helewa, M., Moutquin, J. M., & Von Dadelszen, P. (2011). Hypertension Guideline C, Strategic Training Initiative in Research in the

Reproductive Health Sciences S. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, *30*(3 Suppl), S1-48.

Mazza, M. M., Vallejo, C. M., & González Blanco, M. (2012). Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev. obstet. ginecol. Venezuela*, *72*(4), 233-248.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Segunda edición; Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2016. Disponible en: //salud.gob.ec

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro Primera edición; Quito: Dirección Nacional de Normalización; 2014. Disponible en http: //salud.gob.ec

Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE Síndrome de Dificultad Respiratoria en el recién nacido. Minsal, 2011. Segunda Edición

McDonnell, N. J., Muchatuta, N. A., & Paech, M. J. (2010). Acute magnesium toxicity in an obstetric patient undergoing general anaesthesia for caesarean delivery. *International journal of obstetric anesthesia*, *19*(2), 226-231.

Myers, J. E., & Baker, P. N. (2012). Hypertensive diseases and eclampsia.*Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, *14*(2), 119-125.

Nahidi, F., Gholami, R., Rashidi, Y., & Majd, H. A. (2013). Relationship between air pollution and pre-eclampsia in pregnant women: a case-control study/Relation entre la pollution atmosphérique et la prééclampsie chez les femmes enceintes: étude cas-témoins. *Eastern Mediterranean Health Journal*,*19*(3), S60.

Núñez Rodríguez, O. J. (2014). Complicaciones materno-neonatales asociadas a preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Teófilo Dávila del año 2012. (Trabajo de fin de titulación de Médico). Universidad Técnica de Machala, Machala.

Olusanya, B. O., Alakija, O. P., & Inem, V. A. (2010). Non-uptake of facility-based maternity services in an inner-city community in Lagos, Nigeria: an observational study. *Journal of biosocial science*, *42*(03), 341-358.

Program, N. H. B. P. E. (2010). Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy.*American journal of obstetrics and gynecology*, *183*(1), s1-s22.

Peralta-Pedrero, M. L., Guzmán-lbarra, M. D. L. Á., Cruz-Avelar, A., Basavilvazo-Rodríguez, M., Sánchez-Ambríz, S., & Martínez-García, M. (2011). Utilidad para establecer diagnóstico y severidad de los síntomas y signos más frecuentes en la paciente preeclámptica. *Gaceta médica de México*, *140*(5), 513-517.

QUINTANA, N. (2012). Preeclampsia. Medical. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina.(Argentina)*, *133*, 16-20.

Sotelo, J. M. (2011). El enfoque de riesgo y la mortalidad materna. *Bol Of Sanit Panam*, *114*, 289-300.

Sorensen, B. L., Elsass, P., Nielsen, B. B., Massawe, S., Nyakina, J., & Rasch, V. (2010). Substandard emergency obstetric care–a confidential enquiry into maternal deaths at a regional hospital in Tanzania. *Tropical Medicine & International Health*, *15*(8), 894-900.

Suárez González, J. A., Gutiérrez Machado, M., Cabrera Delgado, M. R., Corrales Gutiérrez, A., & Salazar, M. E. (2011). Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, *37*(2), 154-161.

Visintin, C., Mugglestone, M. A., Almerie, M. Q., Nherera, L. M., James, D., Walkinshaw, S., & Guideline Development Group. (2011). Management of hypertensive disorders during pregnancy: summary of NICE guidance.*Obstetric Anesthesia Digest*, *31*(3), 143.

11. ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS								
Numero de Historia Clínica:								
Fecha:								
Edad:								
	10-15 años	16-20 años	21-25 años	26-30 años	31-35 años	36-40 años	>41 años	
Estado civil:								
	Soltera	Casada	Union libre	Viuda	Divorciada			
Residencia								
	Urbana	Rural						
Nivel de Educacion								
	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Superior				
Edad Gestacional								
	20 a 24 SG	25 a 29 SG	30 A 34 SG	34 a 37 SG	Mas de 37 SG			
	Controles Prenatales							
	Ninguno		Menos de 5		Mas de 5			
Vía deTerminacion del embarazo								
	Parto norma	Cesárea						
Clasificacion de la Preeclampsia								
	Leve	Grave						
Movilidad materna								
Sin complica	con complica	desprendimi	Edema Agud	Hemorragia	CID	Insuficiencia	Eclampsia	Otras
Morbilidad del Neonato								
sin complica	con complicacio	prematurida	retraso del c	sindrome de	muerte	otras		

Anexo 2

Ministerio de Salud Pública
CZ7 DS -07D01 CHILLA – EL GUABO – PASAJE – SALUD
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÙL
PASAJE – EL ORO – ECUADOR

DDS-07D01-HSVP-080-OD-2016

Pasaje, 01 de agosto del 2016

Srta.
Nathalia Ochoa Luna
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
Presente.-

Reciba saludos cordiales de parte de quienes conformamos el Hospital San Vicente de Paul.

En atención al oficio S/N de fecha 01 de agosto del 2016, esta dirección autoriza a usted estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para que recolecte la información que le sea necesaria dentro de Nuestra Institución para la Elaboración de la Tesis, con el Tema propuesto **"COMPLICACIONES MATERNO NEONATALES ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDADS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE".**

Para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

HOSPITAL "SAN VICENTE DE PAUL" DIRECCIÓN *Pasaje El Oro*

Dr. Renee Cobos Armijos
DIRECTOR
HSVP

	NOMBRE	CARGO	FECHA	SUMILLA
REVISADO	Dr. Renee Cobos Armijos	DIRECTOR	1-08-2016	
ELABORADO	Lcda. Karen Noblecilla Delgado	ASISTENTE DE DIRECCION	1-08-2016	

Av. Quito y Sucre Teléfono 2916-044
dirección.hsvp@07d01.mspz7.gob.ec

CERTIFICACIÓN

Liliana del Cisne Ordóñez Avila
LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN MENCIÓN IDIOMA INGLÉS
SENESCYT Nro. De Registro 1008-14-1274630

CERTIFICA:

QUE EL RESUMEN del presente Trabajo Investigativo titulado: "COMPLICACIONES MATERNO-NEONATALES ASOCIADAS A PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE.", y desarrollado bajo la autoría de la estudiante universitaria: Nathalia Estefania Ochoa Luna **HA SIDO TRADUCIDO DE SU IDIOMA DE ORIGEN, ESPAÑOL AL IDIOMA ESTANDARIZADO, INGLÉS** bajo mi entera responsabilidad.

Loja, Octubre del 2016.

Lic. Liliana del C. Ordoñez A.
SENESCYT Nro. De Registro 1008-14-1274630

CERTIFICATION

Liliana del Cisne Ordóñez Avila
BA in EDUCATIONAL SCIENCES MAJOR ENGLISH LANGUAGE
SENESCYT Register Number 1008-14-1274630

CERTIFIES:

THAT THE SUMMARY of the research work entitled: "MATERNAL-NEONATAL COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH PREECLAMPSIA IN PATIENTS TREATED AT SAN VICENTE DE PAUL DE PASAJE.", and developed under the authorship of the college student: Nathalia Estefania Ochoa Luna **HAS BEEN TRANSLATED INTO ITS ORIGIN LANGUAGE, SPANISH TO THE STANDARDIZE LANGUAGE, ENGLISH** under my entire responsibility.

Loja, October 2016.

Lic. Liliana del C. Ordoñez A.
SENESCYT Nro. De Registro 1008-14-1274630