

**UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO,
ENERO - MARZO 2016**

**TRABAJO DE INVESTIGACION DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR EL TITULO
PROFESIONAL DE OBSTETRA**

PRESENTADO POR:

Bach. FATIMA MILAGROS IÑAPE INUMA

ASESOR:

Dr. EDER ELI AGUILAR ROJAS

SAN JUAN – IQUITOS

PERU

2016

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación:

A mis padres **Jorge Ñape** y **Teresa Inuma (Q.E.P.D)**, de las cuales me siento orgullosa y les agradezco la vida-Les prometí cumplir mis sueños y lograr mis metas, los amo.

A mi hermana: **Nancy** por su apoyo incondicional,

A mis sobrinos: **Alexandro, Marthyago y Hendrix** que son mis engréidos.

A mis **familiares y amigos**, que en todo momento estuvieron ahí apoyándome

AGRADECIMIENTO:

- A **Dios**, por ser mi fortaleza y dirigir mi camino día a día, por brindarme sabiduría para resolver inteligentemente los problemas que se me presentan en el camino y haberme permitido llegar hasta este punto dándome salud para lograr mis objetivos.
- A mis **Padres y Hermana**, que gracias a ellos he llegado a ser una mujer correcta y de bien, que con sus consejos y ejemplos de perseverancia me motivaron a seguir luchando en el transcurso de mi vida y preparación académica profesional.
- A la **Universidad Científica del Perú, Facultad Ciencias de la Salud: Carrera Profesional de Obstetricia y docentes**, por ser parte de mi formación en mi vida profesional, porque obtuve grandes conocimientos científicos y morales.
- Al **Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”**, por permitirme realizar este proyecto, por la experiencia y los conocimientos adquiridos para mi futura profesión.
- A mi **Asesor el Dr. Eder Eli Aguilar Rojas**, por la paciencia, ayuda y asesoramiento para realizar este proyecto.
- A mis **compañeros y amigos**, por todos los conocimientos compartidos durante estos años, ya que nos servirán de experiencia toda la vida por sus apoyo y cariño incondicional.



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL TRABAJO INVESTIGACION DE
 SUFICIENCIA PROFESIONAL**

En la ciudad de Iquitos, a las 5:00 p.m. horas del día 27 de Agosto del año 2018, se reunieron en Sala de Sesiones de la Facultad de Ciencias de la Salud, el Jurado Examinador, conformado por los Docentes : **Dra. Doris Vela Valles** como Presidente; **Mgr. Erika Mireya Trigozo Barbarán** y **Obst. Teodocia Ramirez Abad** como miembros, para evaluar la Sustentación del Bachiller en Obstetricia.

Srta.: FÁTIMA MILAGROS IÑAPE INUMA

En la modalidad de: **PROGRAMA DE TITULACIÓN**, del Trabajo de Investigación de Suficiencia Profesional, con el Tema: **“FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO EN EL PERÍODO DE ENERO A MARZO 2016”**

Después de las deliberaciones correspondientes, se procedió a evaluar, teniendo como **Resultado:**

Indicador	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 3
A) Dominio del Tema	4	4	3
B) Calidad de Redacción	3	3	3
C) Competencia expositiva, argumentación, coherencia	3	3	4
D) Calidad de respuestas.	3	3	3
E) Uso de terminología especializada	3	3	3
Calificación	16	16	16
Calificación Final	16		
Calificación Final (en letras)	Dieciséis		

Aprobado por:.....

Presidente : Dra. Doris Vela Valles

Miembro : Mgr. Erika Mireya Trigozo Barbarán

Miembro : Obst. Teodocia Ramirez Abad

Leyenda:

INDICADOR	PUNTAJE
Desaprobado	Menos de 13 puntos
Aprobado por Mayoría	De 13 a 15 puntos
Aprobado por Unanimidad	De 16 a 17 puntos
Aprobado por Excelencia	De 18 a 20 puntos

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

MIEMBROS DEL JURADO




Dr. DORIS VELA VALLES

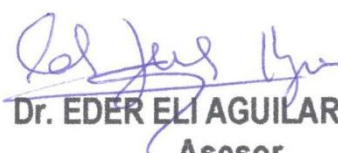
Presidenta del Jurado



**Obst. Mgr. TEODOSIA RAMÍREZ
ABAD
Miembro**



**Obst. Mgr. ERIKA TRIGOZO
BARABÁN
Miembro**



**Dr. EDER ELI AGUILAR ROJAS
Asesor**

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Parte general	
Portada	01
Dedicatoria	02
Agradecimiento	03
Miembros del Jurado	05
Índice de contenido	06
Índice de tablas	07
Índice de gráficos	08
Resumen	09
Summary	10
II	
Cuerpo del Trabajo	
Introducción	11
Objetivos	12
Marco teórico	13
Hipótesis	37
Materiales y Metodología	38
Resultados	40
Discusión	56
Conclusión	57
Recomendaciones	58
Referencias Bibliográficas	60
Anexos	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N ^o 1	Características sociodemográficas de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero a Marzo 2016.	38
Tabla N ^o 2	Características Clínicas y Maternas de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero a Marzo 2016.	42
Tabla N ^o 3	Factores de riesgo de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero a Marzo 2016.	53

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N° 1	Edad de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	39
Gráfica N° 2	Grado de Instrucción de las gestantes con diagnostico atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	40
Gráfica N° 3	Lugar de procedencia de las gestantes con diagnostico atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	41
Gráfica N° 4	Presencia de edema de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	44
Gráfica N° 5	Antecedentes patológicos de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	45
Gráfica N° 6	Paridad de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	46
Gráfica N° 7	Tipo de embarazo según el número de fetos de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	47
Gráfica N° 8	Control Prenatal de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	48
Gráfica N° 9	Diagnóstico de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	49
Gráfica N° 10	Vía del parto de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	50
Gráfica N° 11	Complicaciones maternas de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	51
Gráfica N° 12	Complicaciones Fetales de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.	52

RESUMEN

FACTORES PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, ENERO - MARZO 2016

Bach: Fátima Milagros Ñape Inuma.

Introducción:

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación. Sin embargo, la causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud materna – perinatal importantes; la preeclampsia constituye un problema de salud pública porque incide en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal a nivel mundial oscila entre 2 y 10% de los embarazos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que los países desarrollados (2.8 y 0.4% de los nacidos vivos respectivamente).

Objetivo: Determinar los factores predisponentes de la Preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital Regional de Loreto, enero - marzo 2016.

Metodología: El presente estudio fue del tipo cuantitativo de diseño descriptivo, retrospectivo y correlacional, los casos estuvieron constituido por gestantes que tuvieron preeclampsia y que fueron atendidas en el Servicio de Gineco- obstetricia **Resultados:** la mayor parte de las gestantes que correspondieron al estudio es de 21-30 años 49%, con estudios secundarios el 75%, lugar de residencia urbana en su mayoría con un 71%; 44% con gestantes que tuvieron igual o menor 6 controles prenatales y no encontrándose relación significativa entre los antecedentes maternos y familiares patológicos, según la paridad el estudio obtuvo que la mayoría fueron multíparas con un 51%, la mayoría termino su parto con cesárea 95%.

Conclusiones: El reconocimiento de los factores predisponentes de la preeclampsia contribuye de una forma directa para detectar y clasificar a las pacientes de riesgo que, en conjunto con los controles prenatales óptimos, la valoración de la curva de la hipertensión arterial y en especial en el último trimestre de gestación permitirán detectar la enfermedad precozmente, y así evitar grandes complicaciones en el binomio madre hijo.

Palabras clave: Preeclampsia, Salud Publica, Incidencia, Factores de Riesgo.

SUMMARY

PREDISPONENT FACTORS OF PREECLAMPSIA IN GESTANTS ATTENDED AT THE REGIONAL HOSPITAL OF LORETO, JANUARY - MARCH 2016.

Bach: Fátima Miracles Iñape Inuma.

Introduction:

Preeclampsia is a hypertensive disorder induced by pregnancy that manifests clinically after 20 weeks of gestation. However, the cause remains unknown and is associated with important maternal-perinatal health problems; Preeclampsia is a public health problem because it affects perinatal maternal morbidity and mortality rates worldwide ranging from 2 to 10% of pregnancies. The World Health Organization (WHO) estimates that the incidence of preeclampsia is seven times higher in developing countries than developed countries (2.8 and 0.4% of live births respectively)

Objective: To decide the predisposing factors of pre-eclampsia in pregnant women treated at the Regional Hospital of Loreto, January - March 2016.

Methodology: The present study was of the quantitative type of descriptive, retrospective and correlational design, the cases were constituted by pregnant women who had preeclampsia and who were attended in the Obstetrics and Gynecology Department. **Results:** most of the pregnant women who corresponded to the study were from 21-30 years 49%, with secondary education 75%, place of urban residence mostly with 71%; 44% with pregnant women who had the same or lower 6 prenatal checkups and no significant relationship between the maternal and pathological family history, according to the parity the study found that the majority were multiparous with 51%, most of them finished their delivery with cesarean section 95%.

Conclusions: The recognition of the factors predisponentes of the preeclampsia contributes in a direct way to detect and to classify the patients of risk that, together with the good prenatal controls, the valuation of the curve of the arterial hypertension and especially in the last gestation trimester they will allow to detect the illness precociously, and this way to avoid big complications in the binomial mother son.

Words key: Preeclampsia, Health Publishes, Incidence, Factors of Risk.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación y fue descrita hace más de 2 mil años; la falta de un manejo oportuno, conduce a eclampsia, sin embargo, la causa sigue siendo desconocida y asociada a problemas de salud materna – perinatal importantes. ¹

La preeclampsia se manifiesta clínicamente como un espectro de síntomas clínicos por la misma condición. En la preeclampsia están presentes principalmente la hipertensión y proteinuria, además del edema que constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materno perinatal a nivel mundial, oscila entre 2 y 10% de los embarazos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que los países desarrollados (2.8 y 0.4% de los nacidos vivos respectivamente). ¹

El manejo Médico – Obstétrico es ineficaz debido a la presentación tardía de la enfermedad, el problema se complica por su etiología y naturaleza impredecible, que hace necesario contar con un control efectivo de la preeclampsia como también sugerir medidas para ser aplicados en cualquier parte de la población, y así tener un mejor entendimiento de la fisiopatología y avances en la capacidad de monitorear las alteraciones hemodinámicas en estas pacientes; el único tratamiento curativo es el nacimiento del feto y placenta.²

En la actualidad se presentan índices regulares de casos de preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto, en el departamento de Gineco-Obstetricia, pacientes que son referidas de distintos establecimientos de salud de la ciudad de Iquitos y sus alrededores, presentando complicaciones hipertensivas durante la gestación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores predisponentes de Preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Enero - Marzo 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las características sociodemográficas (Edad, Grado de Instrucción y procedencia).
- Identificar las características maternas (Paridad, Antecedentes Patológicos, Tipo de Embarazo y CPN).
- Identificar el Diagnóstico Clínico, Vía del Parto y Complicaciones maternas y fetales.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

Antecedentes Internacionales:

Batidas Z. Villalva. Año 2015, Napo, Ecuador: Este estudio fue realizado en Ecuador acerca de la incidencia de preeclampsia en 130 embarazadas, usuarias del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena, con la finalidad de conocer la frecuencia de casos nuevos, los factores de riesgo predisponentes y las complicaciones resultantes. Dentro de los resultados se puede demostrar que el mayor número de embarazadas con preeclampsia consistía en un grupo conformado principalmente por una población de 20 a 29 años en un 40,77% seguida de adolescentes con un 37,69%, indígenas con un 73,85%, superior a la población mestiza que alcanza el 26,15%, las pacientes que residían en zonas rurales con forman un grupo que alcanzo el 51,54% el nivel de instrucción más alto que alcanzaron es principalmente la secundaria en un 66,92%, y las mujeres se dedican principalmente a los que haceres domésticos 72,31%, la incidencia de preeclampsia se calculó en un 4,66%. Entre los principales factores identificados se encontró a las mujeres primigestas que alcanzaron el 59,23% de las madres estudiadas, la edad principalmente vinculada con las pacientes adolescentes en el 37,69% y la herencia en el 30,77; entre las complicaciones maternas resultantes se puede destacar a la eclampsia en un 0,77% y el síndrome de HELLP en un 3,08%, en el caso de las complicaciones fetales se describe a la prematurez en un 15,38%; el compromiso de bienestar fetal en un 6,15% de los embarazos y el óbito fetal en un 0,77% entre las principales. ³

Valdez, M; et al. Publicaron en Cuba, en el año 2014, un estudio titulado Factores de riesgo para preeclampsia en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Diaz Soto". La Habana. El objetivo fue: Identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia. Métodos: estudios de casos y controles en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Diaz Soto". Entre enero de 2012 y diciembre de 2013. La muestra estuvo conformada por 128 pacientes, divididos en dos grupos; 64 con preeclampsia en el grupo estudio y 64 sanas en el grupo control escogidas al azar. Se recolectaron los datos requeridos a partir de encuestas y revisión de HC, para analizar la edad materna, estado nutricional, ganancia de peso, afecciones propias del embarazo, antecedentes obstétricos, paridad y antecedentes familiares. Los resultados que se obtuvieron son que los factores que influyeron en la

preeclampsia fueron la edad materna de 35 años a más (OR=4,27), el sobrepeso materno al inicio de la gestación (OR=2,61), la nuliparidad (OR=3,35) y el antecedente familiar de madre con preeclampsia (OR=7,35) o hermana (OR=5,59); y no así de las propias de la gestación, la ganancia de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables. Para Valdez, en conclusión, la mayoría de los factores de riesgo para preeclampsia no son modificables, por lo que se requiere una esmerada atención prenatal garantizando diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta entidad. ⁴

Lavalle Et Al. Este estudio es del año 2013 realizado en Colombia su estudio acerca de factores de riesgos clínicos y epidemiológicos de preeclampsia en adolescentes de la clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena entre Junio de 2012 y Junio de 2013. Estudio de tipo analítico de diseño de Casos y Controles prospectivo, este estudio se realizó a las pacientes adolescentes que cumplían con criterios de inclusión y que presentaron preeclampsia tomadas como caso y aquellas que, sin complicación en su gestación tomadas como controles, tomándose en cuenta 62 pacientes adolescentes, de ellas 22 como caso y 40 como controles. Se encontró como factores que son determinantes para la presentación de la preeclampsia antecedentes personales de preeclampsia (p:0,0001) significativo y entre los antecedentes familiares influye la presentación de preeclampsia (p:0,0490) significativo (OR 3,90, IC 95% 1,13 – 13,77) pero otras variables como antecedentes de alcoholismo y de tabaquismo, sin control prenatal, primiparidad, multiparidad, antecedente de embarazo múltiple, embarazo múltiple actual y el índice de masa corporal tiene una distribución uniforme en ambos grupos de estudio, por tanto no presentaron asociación a preeclampsia en dicho estudio. ⁵

Garcés et al. Realizaron un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, con gestantes que desarrollaron preeclampsia-eclampsia, seleccionadas por muestreo aleatorio simple durante el primer trimestre de 2013 en el Hospital General Juan Bruno Zayas, Cuba. Encontraron que el 50% de los casos presentaron preeclampsia agravada, con un 80% dentro del grupo de edad de 18-25 años. El 60% de las nulíparas presentaron preeclampsia agravada. Dentro de las circunstancias desfavorables de las condiciones perinatales predominó el bajo peso, con un 56,3%, seguido del parto pretérmino, con un 53,8% y de la distocia, con el 35,7% en las pacientes con asociación de cinco factores de riesgo de mayor presencia en el estudio fueron: la multiparidad, la hipertensión arterial crónica y los antecedentes de preeclampsia. ⁶

Antecedentes Nacionales:

Huamán, Año 2016 en su investigación sobre “Prevalencia de factores de riesgo para pre-eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre Enero a Diciembre 2015”. Fue un estudio observacional de corte transversal. Los resultados fueron: La nuliparidad obtuvo un 55.9%, controles prenatales deficientes con 42.4%, el grupo etario de 21-25 años fue con 33.9%, y el antecedente personal de preeclampsia, 33.3%. Se concluyó que la preeclampsia se presentó con una prevalencia de 5% y la nuliparidad es el factor que se presenta con mayor frecuencia.⁷

Gálvez L. Año 2015. En un estudio realizado sobre los Factores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Lambayeque 2014, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de preeclampsia recurrente, se llevó a cabo un estudio tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles en el Hospital Regional Lambayeque durante el periodo Enero – Diciembre 2014. La población de estudio estuvo constituida por 80 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin recurrencia de preeclampsia. Resultados: el análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fue: multiparidad.⁸

Quispe; R y et al. Año 2014. Realizaron una investigación en el Sur del Perú en el año 2013, titulado: Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un Hospital en el Sur del Perú, 2013. El objetivo fue: Identificar las complicaciones maternas fetales más frecuentes en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, Perú en el año 2013. El estudio fue de tipo transversal, el grupo de casos fueron 62 mujeres que presentaron preeclampsia y que cumplían con los criterios de inclusión. Se utilizó un instrumento validado que permitió recoger la información necesaria de las historias clínicas. Los resultados más relevantes fueron: con respecto a las características sociodemográficas de las pacientes, tenemos que la mayor frecuencia fue el conviviente (58%), las características ginecobstétricas con mayor frecuencia fueron que las que presentaron gestación a término (80%); multiparas (66%); con adecuado control prenatal (94%) y con término de la gestación mediante la operación cesárea (81%). En cuanto a las complicaciones maternas encontradas fueron eclampsia (3%) y abrupcio placentario (3%), las complicaciones fetales halladas fueron retardo de crecimiento intrauterino (13%), sufrimiento fetal agudo (5%) y muerte fetal 2%.⁹

Palma, Año 2014. Realizo un estudio, cuyo objetivo fue determinar la incidencia y los factores de riesgo para preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo comprendido entre enero 2012 a Enero 2014. El estudio fue descriptivo, retrospectivo, de casos y controles no pareados. Se revisaron 486 historias clínicas de gestantes con el diagnóstico de preeclampsia y 486 historias clínicas de gestantes controles. Identificando como factores de riesgo para preeclampsia los siguientes: embarazo múltiple (OR 33,004), diabetes mellitus familiar (OR 2,431), hipertensión arterial crónica (OR 6,910), hipertensión arterial familiar (OR 2,212), aborto (OR 1,721), preeclampsia en embarazo previo (OR 6,397). No se encontró que la diabetes mellitus materna y la enfermedad renal crónica o nefropatías sean factores de riesgo para preeclampsia en el presente estudio. Concluyendo que los factores de riesgo que se asocian con preeclampsia fueron: edad mayor de 35 años, obesidad, nivel de instrucción primaria o analfabético, nivel socioeconómico bajo, estado civil de soltera o casada, nuliparidad o gran multiparidad, periodo intergenésico menor de 2 años o mayor de 7 años, uno a cuatro controles prenatales, embarazo múltiple, diabetes mellitus familiar, hipertensión arterial crónica, hipertensión arterial familiar, aborto y preeclampsia en embarazo previo.¹⁰

Casana, G; público en Perú 2014, un estudio un estudio titulado Factores de riesgo asociados a Recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura, Perú. 2012 – 2013. El objetivo fue demostrar que la obesidad, la primipaternidad, la multiparidad, el intervalo intergenésico prolongado y el antecedente de preeclampsia de inicio precoz son factores de riesgo de preeclampsia recurrente en el Hospital Santa Rosa de Piura. El diseño fue: observacional, analítico de casos y controles, que evaluó 99 gestantes distribuidas en dos grupos, los casos: 33 gestante con preeclampsia recurrente y los controles: 66gestantes sin preeclampsia recurrente.¹¹

Antecedentes Regionales:

Torres S. 2016. Realizo su estudio titulado "Factores asociados a preeclampsia atendidas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García entre Enero a Setiembre del 2015" Objetivo: determinar los factores asociados a preeclampsia atendidas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García entre Enero a Setiembre del 2015". Metodología: la investigación está enmarcada dentro del método no experimental, del tipo y diseño epidemiológico analítico y retrospectivo de caso y control de la historia Gineco Obstetricia materna. La población está constituida por 150 casos de gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García entre enero a Setiembre del 2015". La muestra está constituida por 80 casos de gestantes con diagnóstico de preeclampsia que cumplen los criterios de inclusión y exclusión; y 80 controles de gestantes sin diagnóstico de preeclampsia. La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software Excel y procesada en el SPSS 21.0, luego se procedió realizar análisis univariado. La relación de variables se realizó a través de la prueba no paramétrica de Chi cuadrado, se determinará el Old Ratio (OR), la significancia será $<$ de 0.05. Resultados: se determinó que existe asociación significativa entre procedencia ($p=0.039$; $OR=3.4$), nivel de instrucción ($p=0.001$; $OR=3,4$), paridad (0.049 ; $OR=2,3$), edad gestacional ($p=0.57$; $OR=0.080$), número de controles prenatales ($p=0.000$; $OR=6$); comorbilidad ($p=0.003$; $OR=1$). Las gestantes que presentan antecedente familiar de preeclampsia tienen 10 veces más riesgo de presentar preeclampsia, las gestantes que presentan antecedente personal de preeclampsia tienen 41 veces más riesgo de presentar preeclampsia. Sin embargo, se encontró que los antecedentes familiares y personales aumentan el riesgo de presentar preeclampsia leve más que para el tipo severo, ($OR: 2$, $IC:95\%: 0-6$) Y ($OR: 1$, $IC:95\%: 0-4$). No se encontró asociación significativa con la característica edad y periodo intergenésico. Conclusiones: Existe asociación significativa entre procedencia, nivel de instrucción, paridad, edad gestacional, número de controles prenatales, comorbilidad y preeclampsia. ¹²

Heredia. 2015. En el estudio realizado "Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2010 a Diciembre 2014". Tuvo como principal objetivo determinar los factores asociados a preeclampsia y la investigación fue de tipo observacional, analítico de casos y controles. Los casos lo conformaron todas las gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas desde el 2010 al 2014 y los controles fueron gestantes sin diagnóstico de enfermedad hipertensiva, los resultados fueron. El 24,5% presentó sobrepeso, se halló relación con la preeclampsia y la edad

gestacional al diagnóstico de <37 semanas, la hipertensión arterial crónica, el antecedente familiar enfermedad hipertensiva, el embarazo múltiple y la diabetes mellitus preexistente o gestacional.¹³

BASES TEÓRICAS.

1. PREECLAMPSIA:

La preeclampsia es un desorden multisistémico idiopático específico del embarazo y del puerperio, es decir, es una enfermedad causada por la placenta, pues se ha descrito en embarazos donde existen tejido trofoblástico pero no fetal (embarazos molares completos).¹⁴, la preeclampsia presenta un conjunto de signos y síntomas exclusivo de la gestación, aparece después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o hasta las 6 semanas postparto, esta patología se caracteriza por una placenta anormal y disminución de la perfusión sistémica.¹⁵

La hipertensión es definida como la presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg o diastólica igual o mayor de 90 mmHg que deben ser tomada en dos ocasiones y con un intervalo de 4 horas, y que ocurre después de las 20 semanas de embarazo en mujeres con presión arterial previa normal; o presión arterial sistólica igual o mayor de 160 mmHg o diastólica igual o mayor de 110 mmHg deben ser tomadas en cualquier momento.

La Hipertensión arterial (HTA) propia del embarazo, se caracteriza por proteinuria y edemas; mientras que la preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido, también depende de otros factores que predisponen esta alteración entre las cuales se incluyen la hipertensión arterial, diabetes, resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia, edad materna y diferente étnicas como las observadas en mujeres afroamericanas, portuguesas e indias.¹⁶

2. CLASIFICACIÓN

2.1. PREECLAMPSIA LEVE

Está caracterizada por presión arterial de menor o igual 140/90mmHg (o incremento de 30 y 15 mmHg en la sistólica y diastólica respectivamente), en dos ocasiones separadas con intervalos de cuatro horas, con proteinuria igual o superior a 300mg

en 24horas y menor de 5 g en 24horas, en ausencia de compromiso multiorgánico, como edema pulmonar, convulsiones, oliguria, trombocitopenia, enzimas hepáticas elevadas asociadas con dolor epigástrico persistente o dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, con síntomas severos o persistentes de la enfermedad (dolor de cabeza, visión borrosa, ceguera)¹⁷

2.2. PREECLAMPSIA SEVERA

Se caracteriza por los mismos signos y síntomas de la preeclampsia leve, más trombocitopenia, elevación de transaminasas (Síndrome de Hellp) afectando compromiso de bienestar fetal (RCIU), sin embargo, en este caso la presión arterial es mayor o igual 160/110mmHg, con proteinuria en orina mayor a 5g en 24 horas, acompañado de edema masivo, el cual puede comprender la cara, extremidades, pared abdominal y región sacra, hasta puede llegar a ascitis o anasarca.

Por estar acompañada de volumen urinario menor de 400ml en 24horas, plaquetopenia menor de 100.000/mm³, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar y/o manifestaciones por compromiso neurológico, aquí se recomienda hospitalizar a la paciente en un centro hospitalario nivel 3.¹⁷

3. ETIOLOGÍA

La preeclampsia parece ser la culminación de múltiples causas que probablemente incluyen diversos factores maternos, ambientales, placentarios, fetales y otros, por lo que no existe una causa específica de la preeclampsia, debido a esto, se la denomina “enfermedad de las teorías”; entre las que se mencionan, están, la placenta anormal, inmunocomplejos en la placenta, lesión del endotelio, factores citotóxicos que afectan las células endoteliales, anormal metabolismo de prostaglandinas, genética, etc.¹⁸

3.1. Teoría Genética

Se basa principalmente en la predisposición familiar, ya que se sabe que la frecuencia de este padecimiento aumenta entre hermanas, hijas de madres que padecieron esta enfermedad durante su embarazo.

Mujeres primigestas que tienen estos antecedentes familiares presentan un riesgo dos a 5 veces más de padecer la enfermedad que las mujeres sin antecedentes, así mismo el riesgo de presentar preeclampsia se multiplica siete veces más en mujeres que ha desarrollado preeclampsia en un embarazo anterior.

El desarrollo de esta patología se ha relacionado con la existencia de genes en los cromosomas 1,3,9 o 18 aunque todavía faltan investigaciones para confirmar esta hipótesis como bien se sabe las reacciones inmunitarias están mediadas genéticamente, por lo cual, el estar dispuesto genéticamente podría tener un papel importante en la respuesta inmune.¹⁹

3.2. Teoría de la placentación

El papel de la placenta es fundamental en el desarrollo de la preeclampsia y en los embarazos normales, durante la placentación se desarrolla la invasión de células trofoblástica que migran hacia las paredes de las arterias espirales, lo que convierte el lecho arterial útero-placenta en un sistema de baja resistencia, baja presión y elevado flujo sanguíneo, debido a la gran capacidad del trofoblasto de destruir la capa muscular.²⁰

En la preeclampsia el citotrofoblasto se coloca en la porción decidual y no en la porción miometral, produciendo una alteración o una inhibición de la migración trofoblástica, convirtiéndose estas arterias espirales en canales vasculares de poca capacidad, provocando mayor resistencia y por ende hipoperfusión, restringiendo el riesgo sanguíneo necesario en la etapa final del embarazo.¹⁹

3.3. Teoría Inmunológica

Diversas investigaciones señalan que la preeclampsia es el resultado de una adaptación deficiente de la madre a los antígenos paternos y fetales, es decir, que esta patología constituye una forma de rechazo inmunológico al injerto placentario y fetal, sin embargo, se cree que las mujeres que tienen contacto por más tiempo con los antígenos paternos, su sistema inmune se vuelve más tolerante y esto permitirá la invasión normal del trofoblasto.²¹

3.4. Teoría del daño endotelial

La teoría del daño celular se fundamenta principalmente en el contacto del endotelio directamente con la sangre, de esta manera ocurren adecuadamente los ajustes homeostáticos del organismo; se sabe que no solo la hipertensión inducida por la gestación, sino que también existe interacción entre la hipoperfusión placentaria disminuida y la función endotelial alterada.²²

4. FISIOPATOLOGIA

La preeclampsia resulta de una invasión anormal de las arterias espirales del útero por las células citotrofoblásticas extravelosas (CTEV), con alteraciones locales del tono vascular, del balance inmunológico y del estado inflamatorio; el comienzo de la preeclampsia se debe a la disminución de la perfusión útero-placentaria, ya que el citotrofoblasto invade anormalmente a las arterias espirales.

Las placentas de mujeres con preeclampsia expresan menores niveles de metaloproteinasas de la matriz (MMP)²³, antígeno linfocítico humano (HLA)-G, lactógeno placentario (HPL), en aquellas mujeres con embarazos molares, puede suceder también que la primera invasión del trofoblasto endovascular sea incompleta en ciertas mujeres preeclámpicas, lo cual no afecta la estructura musculo elástica de las arterias espirales, así como tampoco tiene efecto en sus funciones de respuesta a sustancias vasoconstrictoras endógenas y que disminuye de esta manera la perfusión materno placentaria y por consiguiente puede generar una hipoxia placentaria en periodos avanzados de la gestación.

Por la afección del endotelio se produce una reducción de prostaciclina, que es un inhibidor de la agregación plaquetaria, por lo que el colágeno subendotelial puede favorecer la agregación plaquetaria y liberación de tromboxano A2, poderoso vasoconstrictor; este desequilibrio entre la formación de compuestos vasodilatadores y vasoconstrictores es lo que contribuye a este signo patognomónico de la preeclampsia y la hipertensión.²¹

5. HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA PREECLAMPSIA Y SU FISIOPATOLOGÍA

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

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

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

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

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

Aumento de transaminasas: el edema o la isquemia hepática pueden llegar a ocasionar necrosis en el centro lobular y por consiguiente la elevación de las transaminasas y deshidrogenasa láctica.

6. FACTORES DE RIESGO DE PREECLAMPSIA:

Podemos citar a los siguientes factores que se han vinculado y que pueden desencadenar trastornos hipertensivos en la embarazada.

6.1. Maternos

a. Preconcepcionales:

Edad materna: muchos estudios manifiestan que uno de los principales factores de riesgo son las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) de la mujer embarazada, el riesgo en este grupo de edad se duplica, debido a que las mujeres mayores de 35 años padecen con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la preeclampsia, mientras que las pacientes muy jóvenes forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la preeclampsia.

Lugar de Residencia. La falta de acceso a una atención médica de calidad es el principal obstáculo para la reducción de la mortalidad materna, debido al lugar, distancia y falta de transporte a los hospitales de especialidad; en algunos lugares del mundo el 50% de las mujeres rurales viven a más de 5 km del hospital más cercano, y muchas no tienen manera de llegar por falta de la distribución equitativa en los establecimientos de salud que están a favor de las zonas urbanas (puestos y centros de salud), además, de los tratamientos de medicina alternativa y tradicional de estas zonas que impiden el envío de estas mujeres a servicios de salud y que ocasionan los casos de preeclampsia.²⁵

Historia familiar de preeclampsia: se ha observado en estudios familiares que el aumento del riesgo de desarrollar preeclampsia es mayor en hijas y hermanas de mujeres que presentaron esta patología en su embarazo, con

un riesgo de 4 o 5 veces más cuando se embarazan; mientras que, las familiares de segundo grado tienen un riesgo de 2 o 3 veces más, comparado con aquellas mujeres que no tienen antecedentes familiares de preeclampsia.²⁶

Este tipo de predisposición familiar apoya la definición de la preeclampsia como una enfermedad compleja, en la que los factores genéticos que contribuyen a su origen, y que suelen ser múltiples, interactúan de la forma siguiente entre ellos con el ambiente: dos o más genes entre sí (herencia poligénica), o 2 o más genes con diferentes factores medioambientales (herencia multifactorial), y donde la heterogeneidad genética del individuo determinaría diferentes respuestas a un factor externo.

Los genes que se relacionan en el surgimiento de la preeclampsia han sido agrupados: los que regulan el proceso de placentación, están los que intervienen en el control de la tensión arterial, aquellos que están involucrados en el fenómeno de isquemia placentaria y, por último, los que rigen el proceso de daño remodelado del endotelio vascular.

Hipertensión personal de preeclampsia: entre un 20 y 50% de las pacientes que presentaron preeclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de su enfermedad en su siguiente gestación, este proceso se justificaría por el hecho de que existe una susceptibilidad para padecer una preeclampsia en toda mujer que ya la sufrió, y en esto jugaría su papel el factor genético utilizando como mediador al sistema inmunológico.

b. Presencia de algunas enfermedades crónicas

Hipertensión arterial crónica: es un factor de riesgo debido a que muchos estudios manifiestan que la enfermedad hipertensiva del embarazo se agrega a la hipertensión arterial preexistente, la hipertensión arterial crónica produce lesión vascular por diferentes mecanismos, lo cual puede

condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la preeclampsia.

Obesidad: Los adipocitos secretan el factor de necrosis tumoral (FNTa), lo que produce lesión vascular y empeora el estrés oxidativo.²⁶

Diabetes mellitus: hay un 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 padecen esta enfermedad.

Resistencia a la insulina: en los últimos tiempos se han reunido algunas evidencias para considerar la resistencia a la insulina como un factor de riesgo de preeclampsia, sin embargo, el embarazo por sí mismo está asociado con una reducción de la sensibilidad a la insulina, por lo que es difícil precisar a partir de qué grado la resistencia a la insulina comienza a ser anormal durante la gestación; el estado hiperinsulinémico existe una hiperactividad simpática y una retención de sodio y agua por el riñón debido a la acción natri-urética directa de la insulina, todo lo cual contribuirá al incremento de la tensión arterial durante el embarazo. El responsable directo de las alteraciones metabólicas que se producen en el estado hiperinsulinémico parece ser el FNTa, esa citoquina actúa directamente sobre el receptor de la insulina, y lo hace resistente a la acción de la hormona y además estimula la liberación de ácidos grasos libres y disminuye la producción de óxido nítrico, lo que contribuye a aumentar aún más el estado de insulinoresistencia y favorecer la vasoconstricción respectivamente.

Enfermedad renal crónica (nefropatías): procesos como la diabetes mellitus (nefropatía diabética) y la hipertensión arterial (nefroangioesclerosis) favorecen el desarrollo de preeclampsia; en estos casos se produce la placentación anormal, los vasos renales y de todo el organismo se encuentran afectados.

Presencia de anticuerpos anti fosfolípidos, Trombofilia, Dislipidemia: son factores que aumentan la probabilidad de padecer preeclampsia durante el embarazo y puerperio, pueden estar asociados al aumento de estrés oxidativo y la lesión endotelial, además se presentan acompañados de otras enfermedades concomitantes que elevan el riesgo.²⁶

Trombofilias: su presencia se asocia con mayor riesgo de presentar enfermedad tromboembólica durante el embarazo y el puerperio, alteraciones vasculares placentarias, aborto recurrente y preeclampsia.

Es necesario aclarar que cuando se habla de trombofilias se refiere a trastornos de la coagulación que padece la mujer antes del embarazo y en los cuales existe una situación de hipercoagulabilidad, por lo que se pueden contribuir a acentuar el estado procoagulante propio de embarazo normal, mientras que hay otros que padecen de los trastornos de la coagulación durante el curso de una preeclampsia, que son muy variados y que por supuesto no están presentes antes del surgimiento de esta enfermedad.

Dislipidemia: su presencia se asocia con un aumento del estrés oxidativo y con la aparición de disfunción endotelial, condiciones que están vinculada con la génesis de la preeclampsia, además generalmente se presenta acompañado a otras enfermedades crónicas, como la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, lo que incrementa aún más el riesgo de padecer una preeclampsia; al aparecer un simple aumento del sustrato oxidable (lípidos circulantes y más específicamente, LDL pequeñas y densas ricas en triglicéridos), que logre superar la capacidad amortiguadora antioxidante de la gestante, podrían ser responsable de la liberación de productos derivados de la oxidación lipídica, que pueden afectar la integridad de las membranas celulares y generar cascadas de eventos que tendrían como colofón a la disfunción endotelial.²⁶

c. Factores de riesgo maternos relacionados con la gestación en curso

Primigravidez: Las mujeres primigestas tienen mayor susceptibilidad de desarrollar preeclampsia que las multíparas, durante el primer embarazo se produce un mecanismo inmunológico a causa de la preeclampsia, tal es el caso, que el feto y placenta poseen antígenos paternos, los cuales no son reconocidos por el organismo materno, entonces el sistema retículo endotelial no eliminaría los antígenos del feto, estos pasan directo a la circulación materna, se producen inmuno complejos y se depositan en los vasos sanguíneos provocando lesión vascular y activación de la coagulación con terribles consecuencias para el feto y la madre.

Por otra parte, se ha dicho también que la mujer primigesta, por no haber sometido previamente el útero a la distensión del embarazo, tiene durante toda su evolución un mayor tono del miometrio que por compresión, disminuye el calibre de las arteriolas espirales, y esto limita la perfusión sanguínea a esta zona, con la consecuente posibilidad de hipoxia trofoblástica, fenómeno que también ha sido implicado en la génesis de la preeclampsia.

Sobredistensión uterina (embarazo gemelar y polihidramnios): Se debe a la sobredistensión del miometrio, el mecanismo se manifiesta por una reducción de la perfusión útero-placentaria, produce hipoxia que produciría la enfermedad, mientras que hay otra teoría como del embarazo gemelar donde hay un incremento de masa placentaria, por ende hay mayor cantidad de genes paternos de la placenta.

Embarazo molar: en este caso se produce por el aumento de tono uterino ya que en los embarazos molares hay un rápido crecimiento de las fibras uterinas, se produce también la disminución del flujo sanguíneo generando hipoxia. ²⁶

6.2. Ambientales

Malnutrición por defecto o exceso: Se justifica por el hecho de que en casos de desnutrición existe déficit de macronutrientes, en especial cuando se acompaña de anemia, ya que esta produce la disminución del transporte de oxígeno, lo que ocasiona la hipoxia del trofoblasto; por otro lado la malnutrición por exceso, es decir la obesidad, se asocia con frecuencia con la hipertensión arterial, y por otro, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas y que esta le impone al organismo elevar la tensión arterial.

Escasa ingesta de calcio e Hipomagnesemia: Tanto el calcio y magnesio son factores importantes en esta patología, el equilibrio del calcio se afecta por la dilución en el volumen del líquido extracelular, también por hipercalcioria que se debe al incremento de la filtración glomerular durante el embarazo, mientras que el magnesio es considerado elemento predisponente de la hipertensión, esto se debe a su función reguladora del calcio intracelular y de la conectividad nerviosa.

Bajo nivel socioeconómico: muchos estudios han demostrado que los factores sociales juegan un papel importante para desencadenar la preeclampsia, tal es el caso que las mujeres de bajo nivel económico no pueden acceder a un centro hospitalario debido a falta de recursos, por ende, los controles prenatales son mínimos y hasta en varios casos llegan al trabajo de parto sin ningún control. ²⁶

Controles Prenatales Deficientes: El control obstétrico durante el embarazo es muy importante para la salud de la madre-feto; y durante el control, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones como presión alta, anemia, entre otros; que pueden poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo y por ello la importante que la primera visita de atención prenatal se realice tempranamente para detectar situaciones que podrían llevar a mayor riesgo durante periodos posteriores del embarazo y en el parto

7 CUADRO CLÍNICO

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

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

La proteinuria es considerada patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300mg en orinas de 24 horas, la magnitud de la proteinuria reviste especial importancia para evaluar severidad y progresión de la preeclampsia.

El edema no es incluido actualmente en el diagnóstico de preeclampsia porque aparece clínicamente hasta en 80% de las gestantes normales, sin embargo, en nuestro medio es conveniente considerar los edemas patológicos de rápida instauración confirmados por ganancias ponderales anormales (ganancia de peso materno mayor a 800 g/semana) y que puede expresarse en forma precoz, por aumento de peso exagerado, la retención hidrosalina en cara, manos y región lumbosacra se instala tardíamente.

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

Preeclampsia severa: La TA \geq 160/110mmHg o aun con valores tensionales menores, pero asociadas a uno o más de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativo de daño endotelial en órgano blanco).

Alteraciones hepáticas.

- Aumento de transaminasas.
- Epigastralgia persistente, náuseas y vómitos.
- Dolor en cuadrante superior de abdomen.

Alteraciones hematológicas.

- Trombocitopenia (Rcto. Plaquetas < 100.000/mm³).
- Hemolisis.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).

Alteraciones renales.

- Creatinina sérica > 0.9 mg/dl.
- Oliguria (menos de 50ml/hora).

Alteraciones neurológicas:

- Hiperreflexia tendinosa
- Cefalea persistente
- Hiperexcitabilidad psicomotriz
- Depresión del sensorio

Alteraciones visuales

- Visión borrosa
- Escotomas centellantes.
- Fotofobia.
- Diplopía.

Cianosis-edema agudo de pulmón (sin cardiopatía preexistente). Algunos síntomas son frecuentes en la preeclampsia grave y en el síndrome de Hellp, como las náuseas, vómitos, epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho y en algunos casos ictericia. ¹⁰.

8. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Para valorar los órganos maternos que pueden estar afectados por la preeclampsia, se deben solicitar pruebas del laboratorio para evaluar los siguientes sistemas: Hematológico, hepático, renal, cardiovascular neurológico y coagulación sanguínea.

Hematológico: se comprueba mediante el hematocrito la presencia de una hemoconcentración, debido a que hay desplazamiento de líquido intravascular al extravascular.

Renal: mediante el estudio citoquímico de orina se puede valorar la presencia de proteinuria que compromete la unidad renal que se analiza la muestra en 24 horas. La función renal se debe evaluar mediante el clearance de creatinina ya que la uremia, el nitrógeno ureico y creatinina sérica pueden elevarse de manera discreta.

Cardiovascular: este estudio se requiere en casos complicados, mediante un electrocardiograma

Coagulación sanguínea: se debe evaluar el fibrinógeno, el tiempo parcial de tromboplastina y la protrombina para descartar una CID (coagulación intravascular diseminada).

9. EVALUACION DE LA UNIDAD FETO PLACENTARIA

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

Por ello se recomiendan los siguientes estudios:

- Ultrasonido
- Pruebas Bioeléctricas de vitalidad fetal
- Amnioscopia
- Doppler.

La **ultrasonografía** permite el registro de los movimientos fetales, como también la monitorización de los latidos cardiacos.

Mediante la **ultrasonografía seriada**, permitirá la evaluación del crecimiento fetal y el diagnostico de restricción del crecimiento intrauterino, la evaluación biofísica del feto, el

diagnostico de anomalías congénitas y la evaluación del compromiso de la hemodinámica uterina y fetal mediante la vecilometria Doppler.

Este examen de ultrasonografía se repite cada 7 días cuando se trata de evaluar el bienestar fetal mediante el perfil biofísico y Doppler.

Amniocentesis: el estudio del líquido amniótico mediante el Test de Clements, el índice de lecitina-esfingomielina y el fosfatidilglicerol, permiten verificar la madurez pulmonar fetal, previa a la interrupción del parto.

Estas medidas van dirigidas a prevenir o disminuir las complicaciones perinatales, entendiéndose como tal a toda alteración médica que presente el feto o neonato nacido de una madre con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia desde las 28 semanas hasta el séptimo día de vida. ²⁷

10. COMPLICACIONES

10.1 Complicaciones maternas

Desprendimiento prematuro de 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.

Constituye así mismo una de las complicaciones más riesgosas del embarazo y el parto, a pesar de todos los procesos aplicados a la vigilancia del embarazo de alto riesgo, el desprendimiento es la causa más frecuente hallada en los síndromes hipertensivo del embarazo que conlleva a la muerte fetal, es decir en las formas graves de esta enfermedad.

Coagulopatía Intravascular diseminada

Es un desorden que siempre ha despertado controversias tanto desde la vista diagnóstica como terapéutica, el cual se observa en diferentes entidades no relacionadas pero que comparten un trastorno común, la activación del sistema fibrinolítico que desborda los mecanismos de autocontrol, conduciendo a un daño orgánico múltiple o falla multisistémica.

Insuficiencia renal

Incapacidad renal para realizar las funciones depurativas, excretora, reguladora de los equilibrios hidroelectrolíticos y ácido-base y de las funciones endocrino-metabólicas, puede ser aguda o crónica.

Edema cerebral

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

Hemorragia hepática

Las lesiones características que se encuentran con frecuencia fueron regiones de hemorragia periportal en la periferia del hígado, desde el punto de vista pragmático, el comportamiento hepático en la preeclampsia puede tener importancia clínica en las siguientes situaciones.

Eclampsia

La eclampsia se designa como un anteparto, intraparto y post parto, según sea el momento de las convulsiones: antes o después del trabajo de parto; la eclampsia es más frecuente en el último trimestre del embarazo 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 en más de 48 hrs después del parto y en aquellas con deficiencias neurológicas focales, coma prolongado o eclampsia atípica.

10.2. Complicaciones Fetales

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; 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.

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 de la gestación) como la preeclampsia y la eclampsia.

Prematurez. Es el recién nacido con menor de 37 semanas de edad gestacional y 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.

Síndrome de Distress Respiratoria

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 pretérminos (RNP). La inmadurez del pulmón del pretermino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológico y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros, los síntomas comienzan al poco día de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso y 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. ²⁸

11. PREVENCIÓN

Con relación a la prevención de la preeclampsia señalan que, en mujeres con historia de preeclampsia de inicio precoz y parto pretérmino con menos de 35 semanas o preeclampsia en más de un embarazo previo, se puede administrar dosis baja diaria de aspirina, 60 a 80 mg, empezando al final del primer trimestre, el calcio puede ser útil para disminuir la severidad de la preeclampsia en poblaciones con ingesta baja de calcio, pero no en poblaciones con ingesta adecuada de calcio. No se recomienda administrar vitaminas C o E para prevención de preeclampsia. No se restringirá la sal. ²⁹

HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo no requiere de hipótesis.

MATERIALES Y METODOS

a. Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio fue del tipo cuantitativo de diseño descriptivo, retrospectivo y correlacional.

Cuantitativo: Porque la investigación se llevó a cabo utilizando datos del sistema de registro o historias clínicas que permitió identificar fácilmente a los sujetos que desarrollaron el evento en estudio (casos) de los factores predisponentes de la preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el área de Gineco-Obstetricia de Enero a Marzo del 2016.

Descriptivo: Porque describió la distribución de la preeclampsia según las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Loreto en el área de Gineco-Obstetricia de Enero a Marzo del 2016.

Retrospectivo: Porque la preeclampsia, fue estudiada después de su presentación en las pacientes en el periodo de tiempo que se realizó el estudio, asimismo porque los datos de la muestra fueron recolectados de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Loreto.

Correlacional (analítico): Porque se determinó la relación entre preeclampsia y los factores sociodemográficos, clínicos y obstétricos.

b. Población y Muestra.

Población

La población y muestra del estudio estuvo conformada por 41 gestantes con diagnóstico de Preeclampsia que acudieron al Hospital durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2016

c. Técnica e Instrumento

Para la recolección de los datos de investigación se utilizó un formulario ya validado ³⁰ donde se recogió toda la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados; utilizando como fuente al departamento de Estadística del Hospital Regional de Loreto, donde se elaboró el listado de las historias clínicas de las embarazadas, con el diagnóstico de preeclampsia, en el periodo establecido, la información recolectada fue procesada con la ayuda del paquete estadístico SPSS versión 23.0 para su posterior análisis e interpretación de los resultados.

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

El presente estudio fue No Experimental y recogió información de las historias clínicas de hospitalización del Hospital Regional de Loreto. Por su desarrollo con el fin de mantener la confidencialidad de las pacientes en estudio, la responsable de la investigación fue la única autorizada a tener conocimiento para el desarrollo del trabajo, para la protección de la paciente y su intimidad se tomaron los datos en forma anónima, solo con el número de historias clínicas sin que perjudiquen e identifiquen a los incluidos en el trabajo de investigación. En este estudio retrospectivo no se atentó contra ningún artículo de los derechos humanos, por lo que cumplió con las normas éticas de la declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Tabla N°1

- a) **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, ENERO A MARZO 2016**

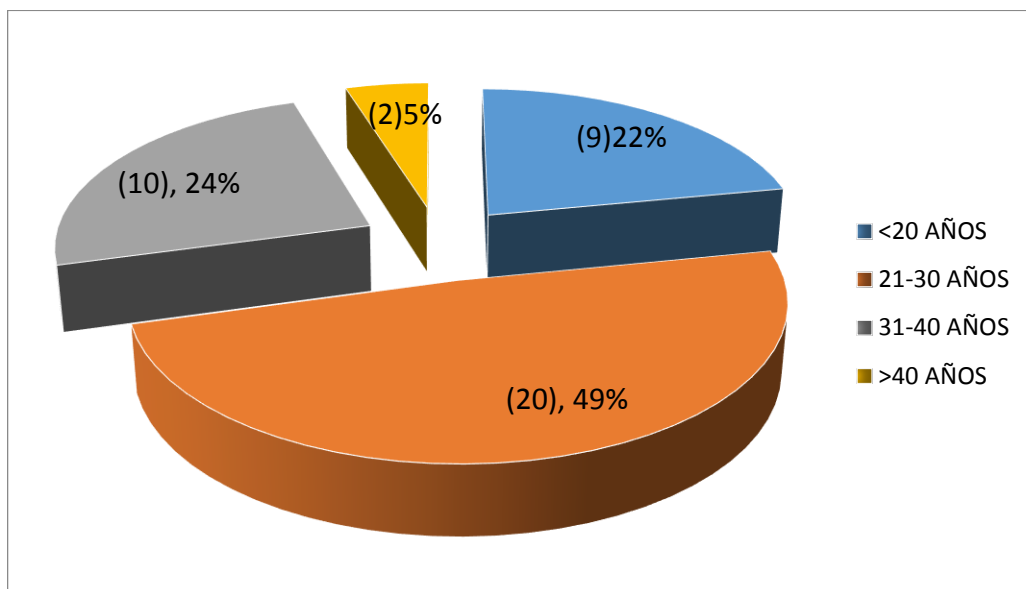
EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJES
<20 AÑOS	9	22%
21-30 AÑOS	20	49%
31-40 AÑOS	10	24%
>40 AÑOS	2	5%
INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	0	0%
Primaria	6	15%
Secundaria	31	75%
Sup Tec/Univ	4	10%
LUGAR DE PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	29	71%
Rural	12	29%

Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

En la tabla N°1 se muestra que el mayor número de casos de gestantes con Preeclampsia se encontró entre las edades de 21 – 30 años con una frecuencia de 49%, siendo un dato de mayor frecuencia con grado de instrucción de secundaria correspondiente a un 75%, mientras que el 71% de las gestantes viven en las zonas urbanas de la ciudad de Iquitos.

Gráfico N° 1

Edad de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

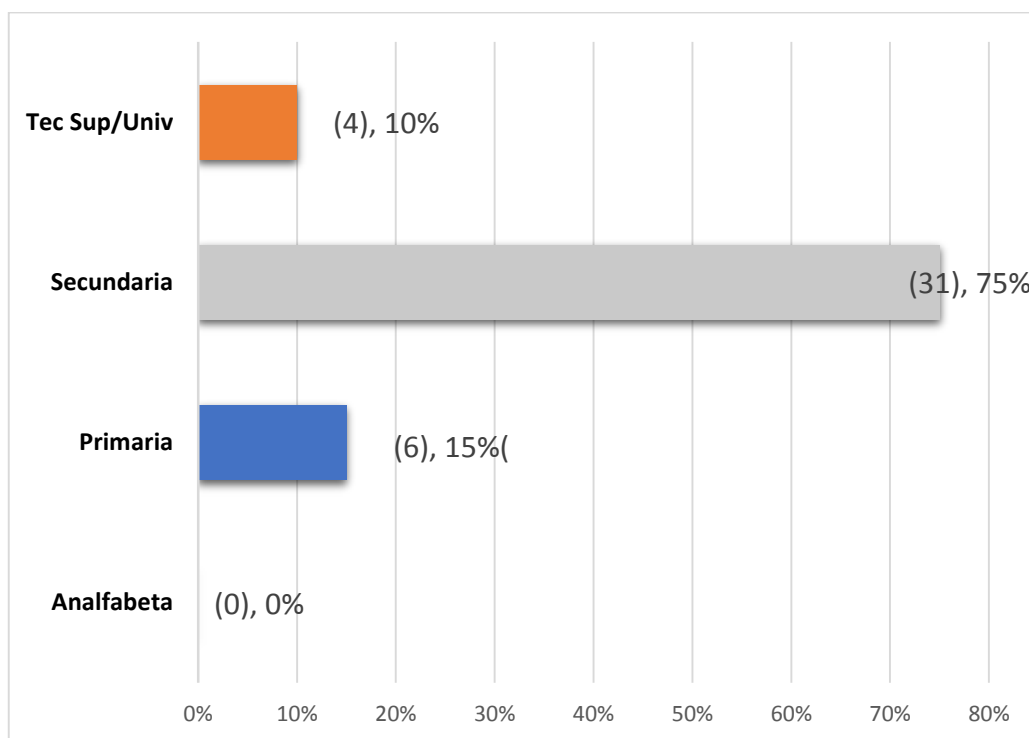


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

El 49% de las gestantes con Preeclampsia se encontró en las edades de 21 a 30 años, siendo un dato de mayor importancia para el estudio, el 24% corresponde a edades de 31 a 40 años, con menos de 20 años con un 22% de las pacientes y un pequeño grupo etario de 5% con madres mayores de 40 años.

Gráfico N° 2

Grado de Instrucción de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

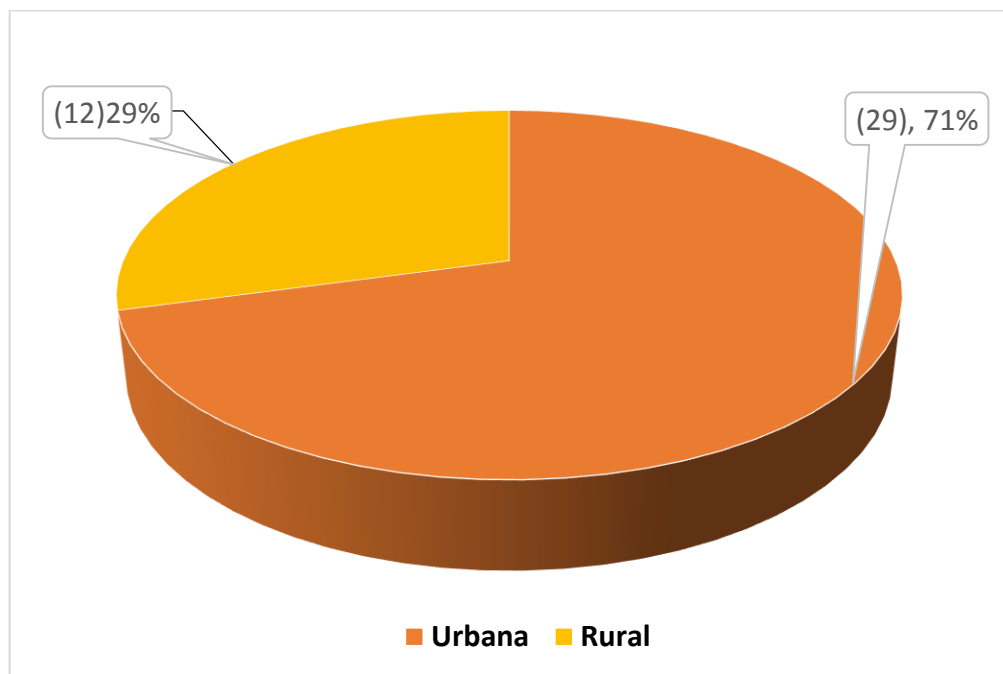


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

En este grafico se observo que el 75% de casos de gestantes con Preeclampsia presentaron un nivel de instrucción secundaria, las mujeres con instrucción primaria con el 15%, el 10% de las pacientes estudiadas fueron tec sup/univ y no hubo ninguna gestante analfabeta. Aunque sea en un menor porcentaje el grado de escolaridad bajo también es un factor que influye en el desarrollo de complicaciones en enfermedades como preeclapmsia debido a la falta de conocimiento y educación.

Gráfico N° 3

Lugar de procedencia de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.



Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

El lugar de procedencia siempre es un factor importante que debemos conocer en el análisis de casos. En este estudio de 41 pacientes gestantes investigadas se encontró que el 71% de madres gestantes viven en zonas urbanas que corresponden a 29 madres y aquellas que viven en zona rural se presentaron 12 madres equivalente al 29% de casos.

Tabla N°2

b) CARACTERISTICAS CLINICAS Y MATERNAS DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL LORETO, ENERO - MARZO 2016.

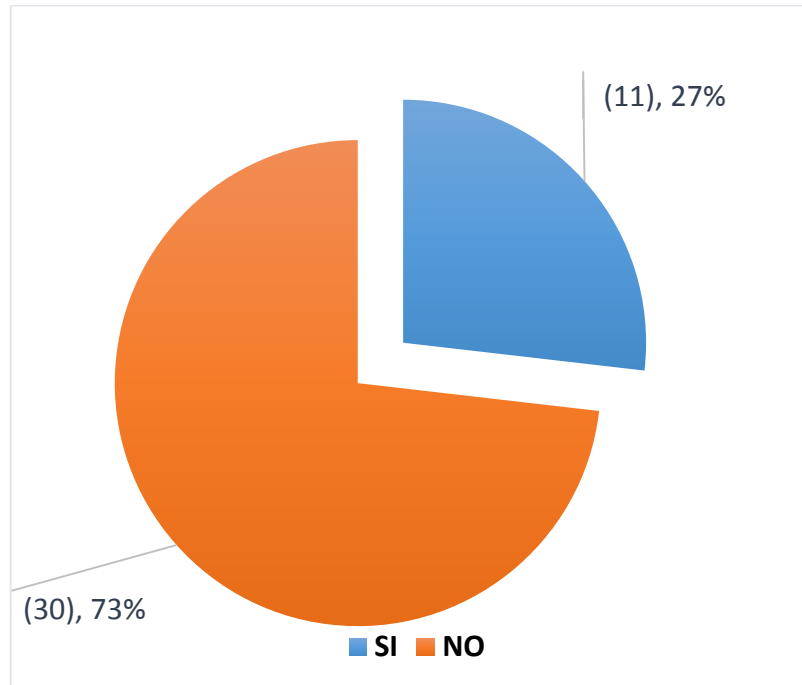
EDEMA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Si	11	27%
No	30	73%
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hipertensión	4	10%
Preeclampsia	2	5%
Diabetes	1	2%
Obesidad	1	2%
Ninguno	33	81%
PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primipara	10	25%
Segundipara	7	17%
Multipara	21	51%
Gran Multipara	3	7%
TIPO DE EMBARAZO SEGÚN NÚMERO DE FETOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Único	41	100%
Doble	0	0%
CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mínimos (igual o menor 6 controles)	18	44%
Óptimos (>6 controles)	14	34%
Ninguno	9	22%
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preeclampsia Leve	4	10%
Preeclampsia Severa	37	90%
VIA DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	2	5%
Cesárea	39	95%
COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUES DEL PARTO/CESAREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hemorragias Uterinas	2	5%
Síndrome de HELLP	0	0%
Coagulación Intravascular diseminada	0	0%
Muerte	0	0%
Ninguna	39	95%
COMPLICACIONES FETALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresión Neonatal	1	2%
Muerte Feto/Neonato	0	0%
Otras	6	15%
Ninguno	34	83%

Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

En la tabla N° 2, se muestra los datos más significativos y relevantes encontrados en los 41 casos de madres con preeclampsia, donde se puede apreciar que un 73% no hicieron edema de ningún tipo, no hubo casos significativos de antecedentes patológicos con un 81%, el 51% de las madres son multíparas, que tuvieron parto único con un 100%, de los cuales el 95% fueron por cesárea, debido a que la gran mayoría tuvieron diagnóstico de preeclampsia severa con un 90%, las madres tuvieron igual o menos de 6 controles prenatales con un 44%, 95% del total no hicieron complicaciones maternas ni durante ni después del parto al igual que el 83% de los nacimientos no hubo complicaciones fetales .

Gráfico N° 4

Presencia de edema de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

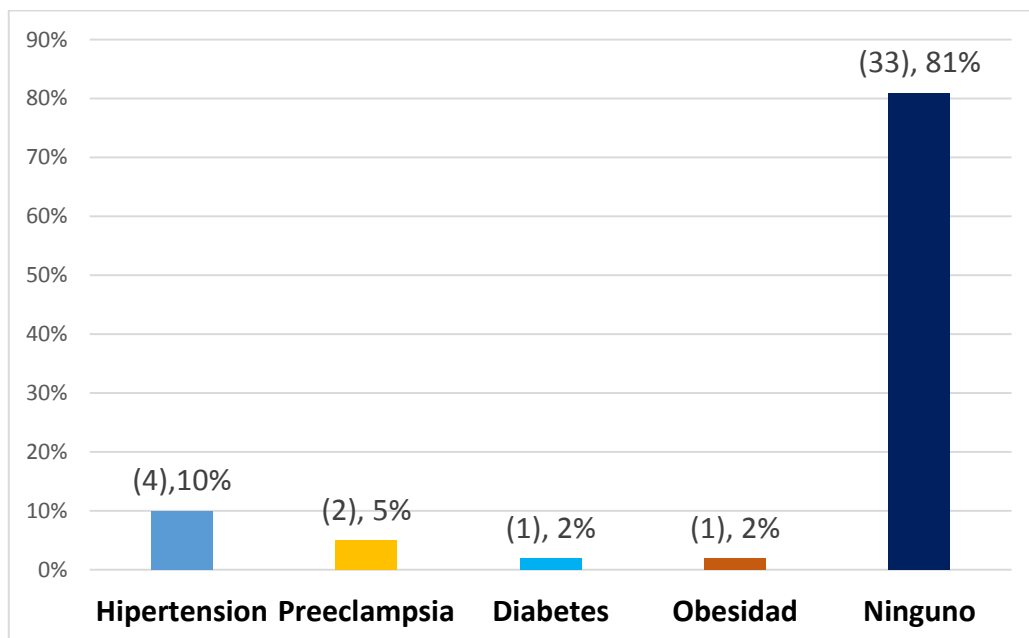


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

De las 41 pacientes estudiadas casi la mayoría con un total de 73% no tuvo presencia de edemas, pero el 27% si hizo edema.

Gráfico N° 5

Antecedentes patológicos de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

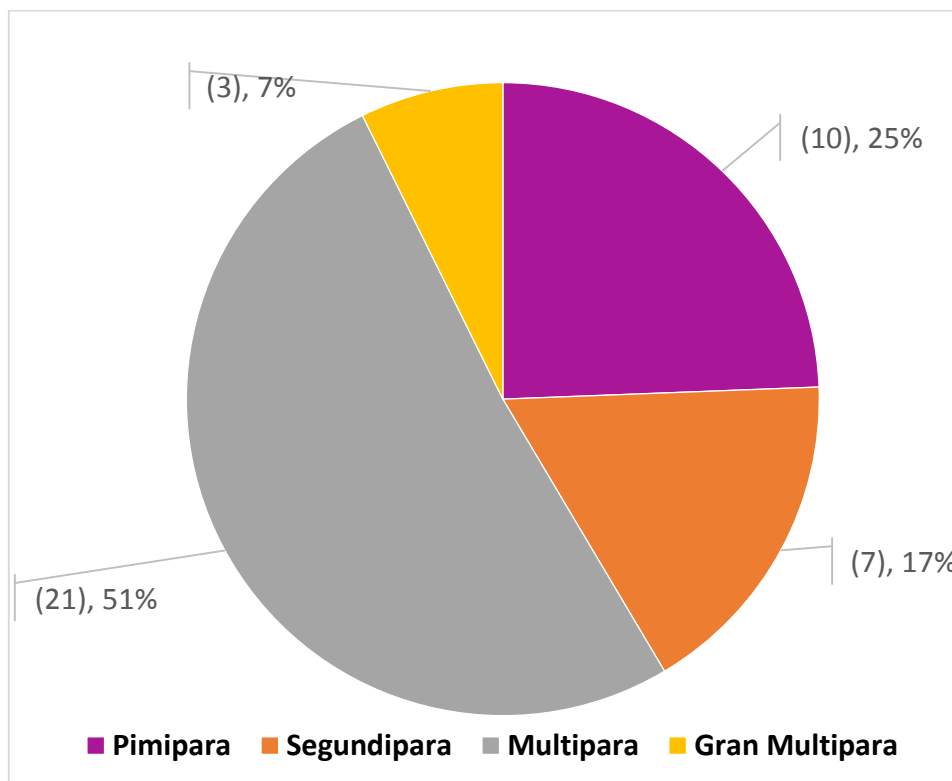


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

El 81% del total de casos no presentaron antecedentes patológicos significativos, pero el 10% presentaron antecedentes patológicos de hipertensión, el 5% antecedentes de preeclampsia, los casos de diabetes y obesidad representan el 2% respectivamente.

Gráfico N° 6

Paridad de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

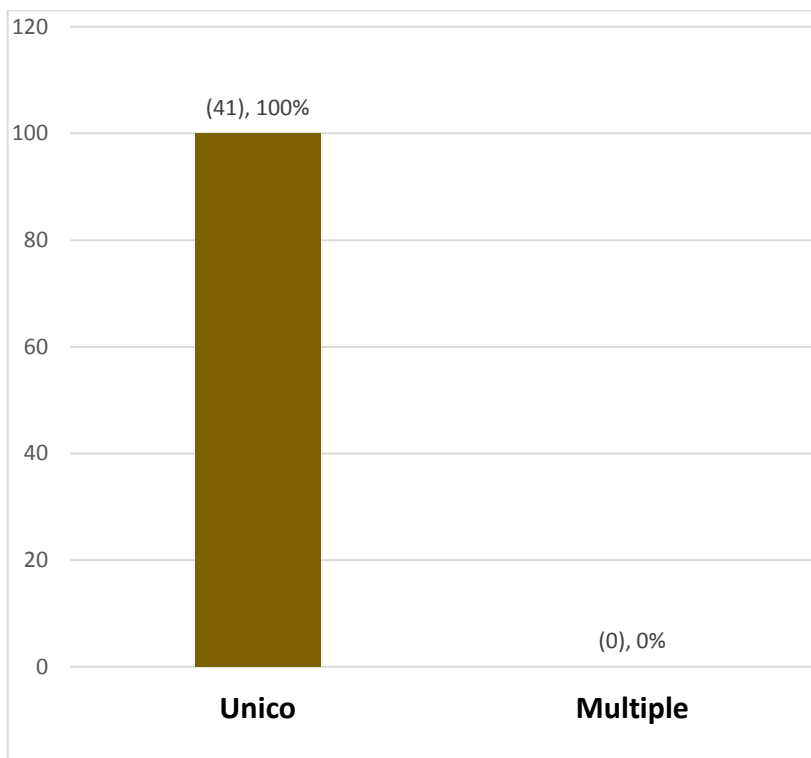


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

De los 41 casos investigados, 21 fueron Multiparas que corresponden el 51%, 10 fueron primíparas, con el 25%, 7 fueron Secundíparas, con el 17% y 3 madres gestantes fueron Gran Multiparas con el 7%.

Gráfico N° 7

Tipo de embarazo según el número de fetos de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

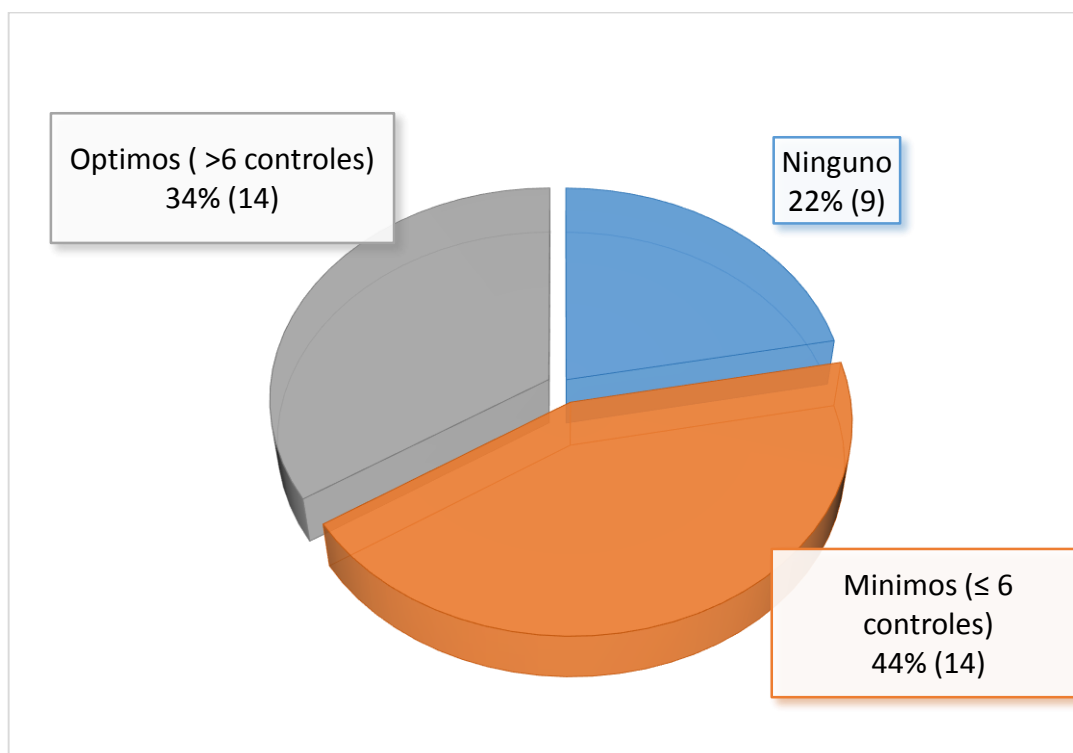


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

En este grafico se observó que de los 41 casos de pacientes todas tuvieron embarazo único con el 100% y no hubo ningún embarazo gemelar, por lo tanto, no se le considero como un factor predisponente de la preeclampsia en los casos estudiados.

Gráfico N° 8

Control Prenatal de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

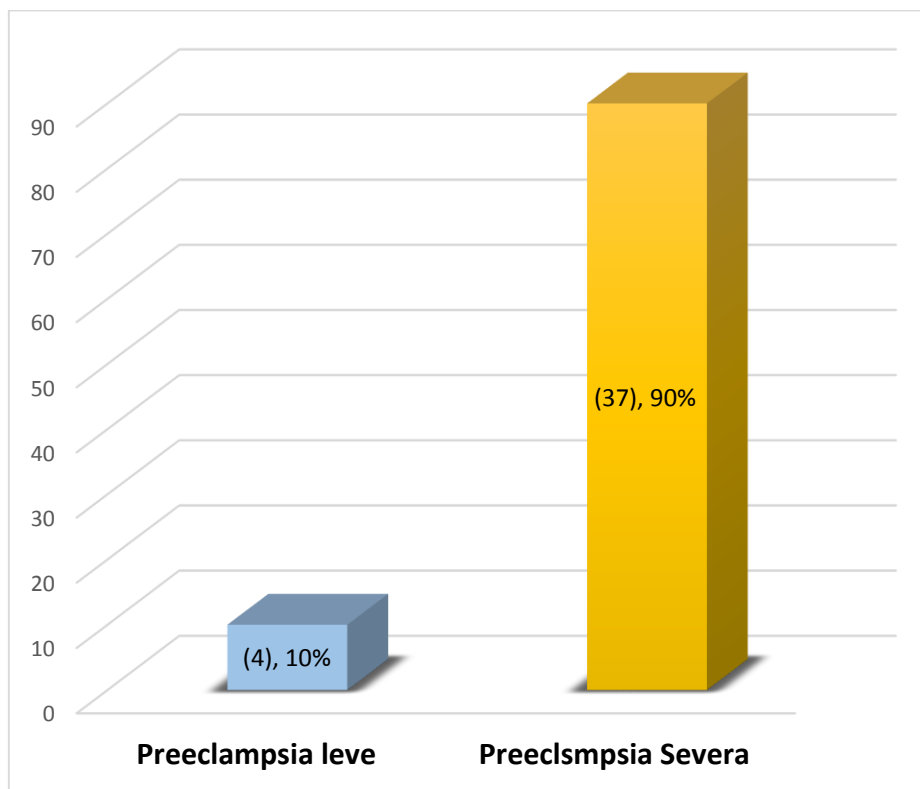


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

Entre las 41 pacientes estudiadas se distribuyeron tres grupos según el número de controles realizados, un 22% nunca acudió a su control prenatal, un 34% tuvo el número de controles prenatal óptimos y un 44% acudió de 1 a 4 veces considerándose deficientes o mínimos, se observó que la falta de controles prenatales e incluso mínimos pueden estar asociadas a preeclampsia en gestantes.

Gráfico N° 9

Diagnóstico de Preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

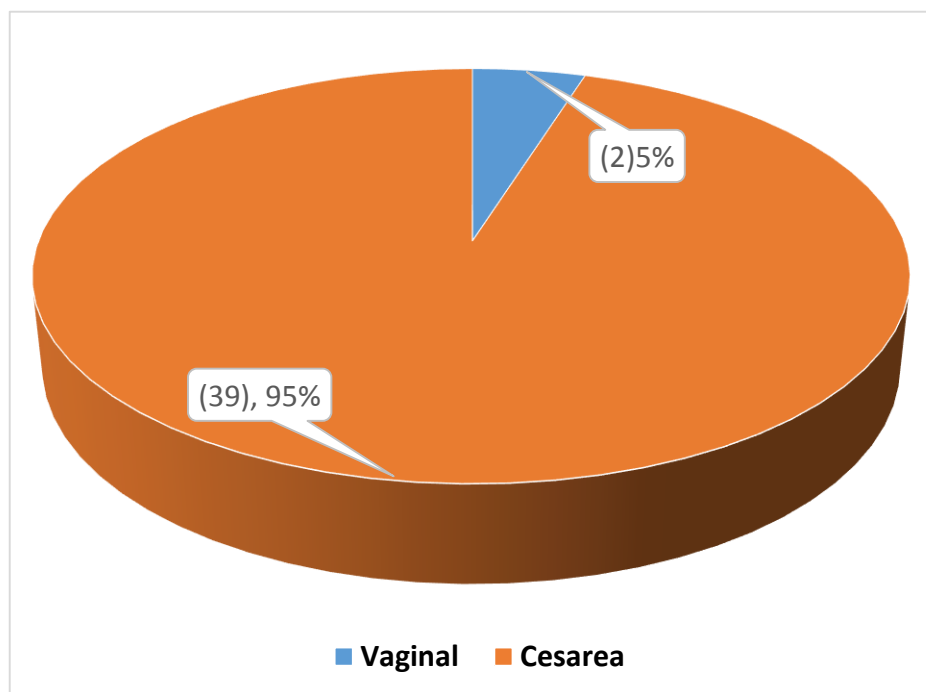


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

El cuadro correspondiente determina el grado de afectación, así que se identificaron 4 casos de pacientes que equivalen al 10% de preeclampsia leve y el 90% con 37 casos presentaron preeclampsia severa. Se demuestra en este estudio la mayoría de pacientes agravaron su estado, esta frecuencia está relacionada con la falta de control prenatal deficientes en su mayoría.

Gráfico N° 10

Vía del parto de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

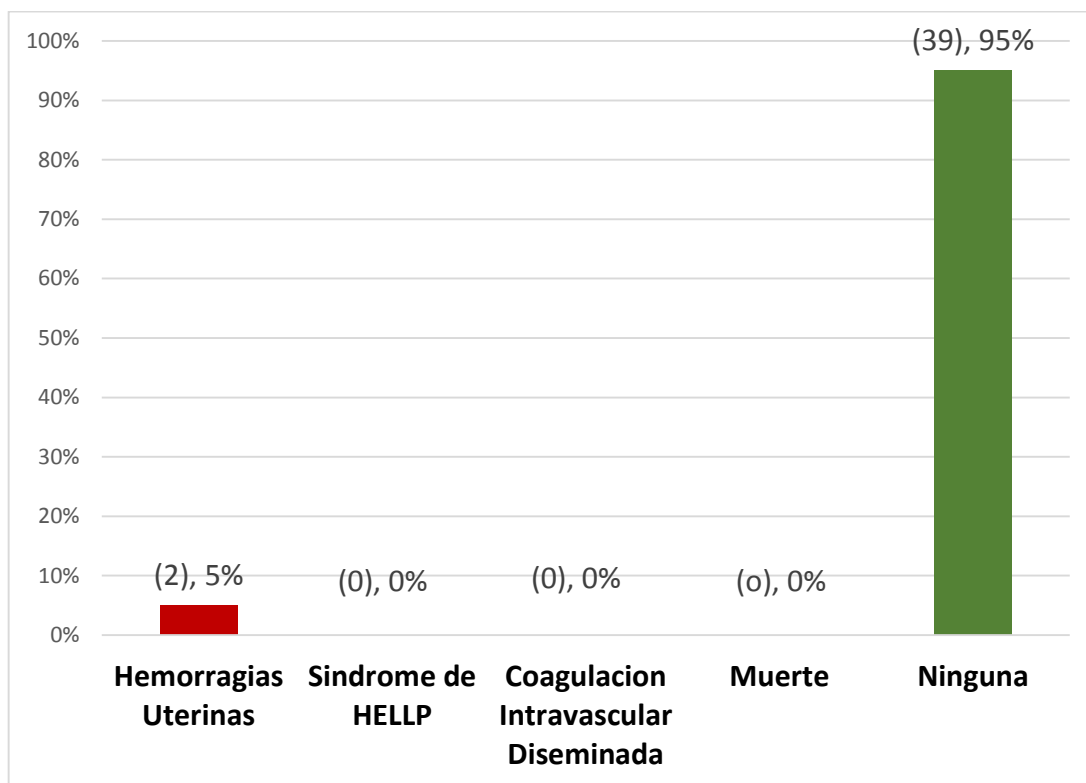


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

En el gráfico se observa que 2 gestantes tuvieron parto por vía vaginal equivalente al 5% y 39 gestantes tuvieron parto por cesárea que corresponde al 95% de los casos. Esto demuestra la elevada frecuencia de cesáreas por preeclampsia para evitar posibles riesgos y complicaciones en el momento del parto.

Gráfico N° 11

Complicaciones maternas de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.

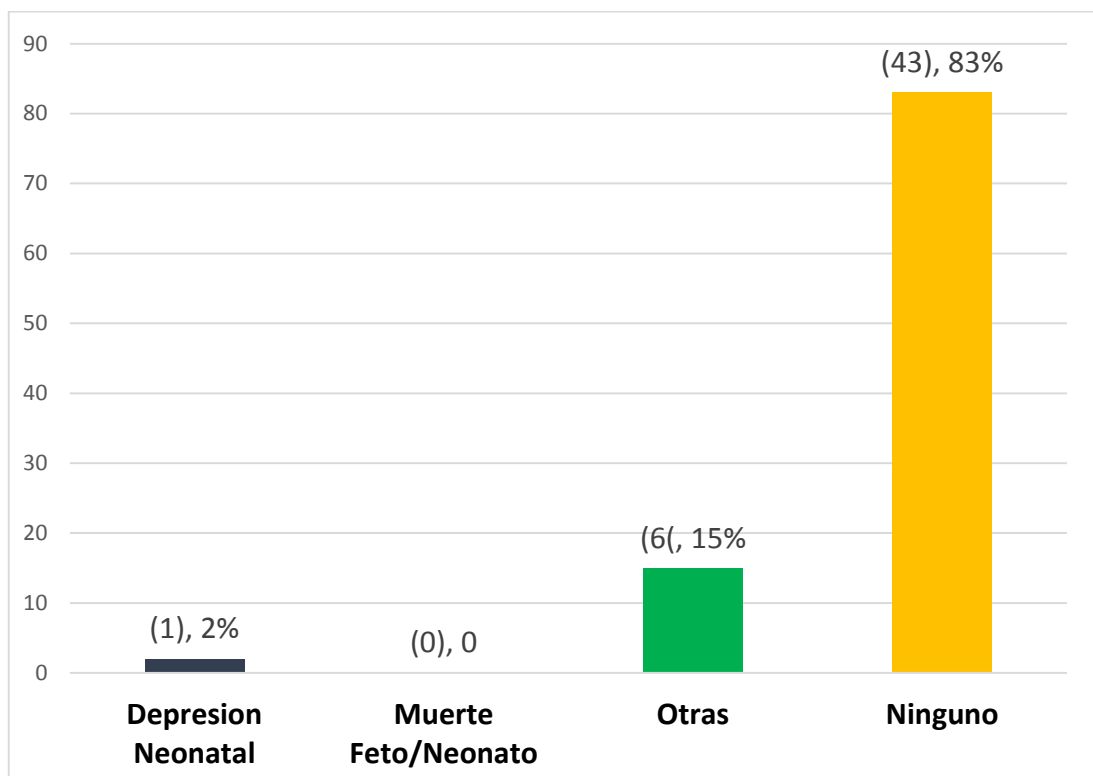


Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

Se identificó que 39 madres gestantes no presentaron ninguna complicación materna con el 95% y 2 gestantes hicieron hemorragia uterina representando el 5%, no se registró casos de Sínd Hellp, CID y Muerte.

Gráfico N° 12

Complicaciones Fetales de las gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto, Enero - Marzo 2016.



Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

Entre los casos estudiados de complicaciones fetales el 83% no presentaron complicaciones fetales en los recién nacido, hubo 1 caso de depresión neonatal correspondiendo al 2%, y 15% otras equivalentes a 6 neonatos. Esto demuestra que existen complicaciones fetales mínimos relacionados a Preeclampsia.

Tabla N°3

C) FACTORES DE RIESGO DE LAS GESTANTES CON DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL LORETO, ENERO - MARZO 2016.

FACTORES DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJES
HIPERTENSION	4	10%
ANTECED. PERSONALES PREECLAMPSIA	2	5%
ANTECED. FAMILIARES PREECLAMPSIA	3	7%
DIABETES	1	2%
OBESIDAD	1	2%
MULTIPARA	21	51%
CPN MINIMOS Y NO CONTROLADAS	27	66%
GRADO DE INSTRUCCION (primaria y secundaria)	37	90%
EDAD (21 A 30 años)	29	71%

Fuente: Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de Preeclampsia atendidas en el HRL

En la tabla N°3, se muestra que el gran número de casos evidenciados como factores de riesgo fueron el grado de instrucción de primaria y secundaria con un 90%, el grupo etareo de 21 a 30 años con un 71% de casos, el CPN mínimo y no controladas con un 66%, seguido de las múltiparas con 51% de casos, siendo la Hipertensión arterial con un 10% y los de menos porcentaje del 2 y 5% a las gestantes con diabetes, obesidad y antecedentes personales de preeclampsia. Esto demuestra que los factores de riesgo asociados a preeclampsia la mayoría no son modificables.

DISCUSION

Los resultados muestran que cerca del 50% de las gestantes con preeclámplicas tienen una edad de 21 a 30 años, siendo esto de gran importancia obstétrica porque es la edad adecuada para la gestación, en comparación con las gestantes que tienen menos de 20 años de edad que representa el 22% y las que tiene de 31-40 años con el 24% donde se observó similar tendencia en el estudio de BASTIDAS VILLALVA ¹, que 40.77% de las gestantes están entre las edades de 20 a 29 años y el estudio de HUAMAN ⁷, que el 33, 9% de las gestantes están entre las edades de 21 a 25 años.

La mayor frecuencia de casos fue del grado de instrucción secundaria 75%, en las que existe relación con el estudio de BASTIDAS VILLALVA ¹ donde concluye que el grado de instrucción más alta fue la secundaria con el 66,42%.

En cuanto a los antecedentes patológicos se tuvo el 10% de casos con hipertensión y el 5% con preeclampsia y 2% diabetes, donde los resultados de LAVALLE Et Al ⁵, concluye que si tiene importancia los antecedentes maternos de preeclampsia, encontrándose en su estudio p:, al igual PALMA ²⁸, identifica como factor de riesgo a la hipertensión arterial.0001, al igual que HUAMAN ⁷ obtuvo el antecedente personal de preeclampsia 33, 3% y PALMA ¹⁰ en su estudio obtuvo diabetes mellitus (OR 2,431), hipertensión arterial crónica (OR 6,910).

Respecto a la paridad se obtuvo que el 51% de las pacientes fueron multíparas, estos datos tienen relación significativa con el estudio de LAVALLE Et Al ⁵, GARCES at al ⁶, GALVEZ L ⁸, CASANA ¹¹ y QUISPE R, et al ⁹, obtuvo como antecedente gineco obstétrico de mayor frecuencia multíparas con el 66%.

Referente al CPN se obtuvo que el 44% tuvo menor o igual a 6 CPN, seguido de los optimos con igual o mas de 6 CPN correspondiente al 34%, en comparación con el estudio de HUAMAN ⁷ en su estudio encontró CPN deficientes con un 42,4% y QUISPE R, et al ⁹ con adecuado CPN 94%.

Del total de gestantes del estudio cuyo motivo de ingreso al hospital fue la preeclampsia severa con un 90% y la preeclampsia leve con el 10% y no se encontró complicaciones ni antes ni después del parto con un 95%, la vía final del parto de casi todas las gestantes fue la cesárea con el 95%. Estos resultados tienen relación a lo investigado por QUISPE R, et al ⁹ que el 81% grupo mayoritario de pacientes con preeclampsia terminan en parto por cesárea.

CONCLUSION

A través del estudio observacional, realizado a las gestantes en el Hospital Regional de Loreto durante el periodo Enero a Marzo 2016, se encontró que ingresaron al servicio de Gineco Obstetricia 41 gestantes que presentaron preeclampsia, de las cuales el 5% del total tuvieron complicaciones.

Entre las gestantes con diagnóstico de preeclampsia de acuerdo a la edad se encontró un mayor porcentaje en el grupo de riesgo pacientes con edades de 21 a 30 años obteniéndose el 49%, la preeclampsia severa como diagnóstico principal o relevante en el área de Gineco Obstetricia y que ocupa una alta incidencia con una frecuencia del 90% de los casos, la cual está asociada a déficit de controles prenatales menos de 6 controles 44% durante toda la gestación.

Además, la mayoría de pacientes fueron Múltiparas con el 51%, encontrándose también pacientes con mayor predisposición en zona urbana con el 71% aparentemente no es un factor determinante, respecto al grado de instrucción de secundaria ocupa un 75% del total de gestantes estudiadas, y en cuanto a los antecedentes patológicos no se obtuvieron mayor influencia en este estudio.

La mayoría de los partos fueron por vía cesárea obteniéndose el 95% y que esto no guarda relación significativa con las complicaciones maternas ni durante ni después del parto ya que solo se obtuvo el 5% por hemorragias uterinas.

Por lo que se concluye que el reconocimiento de los factores predisponentes de la preeclampsia contribuye de forma directa para detectar y clasificar a las pacientes con riesgo que, en conjunto con los controles prenatales óptimos, la valoración de la curva de la hipertensión arterial en especial en el último trimestre de gestación permitirá detectar la enfermedad precozmente, y así evitar grandes complicaciones en el binomio madre hijo.

RECOMENDACIONES

Que los profesionales de salud que atiendan casos de preeclampsia, tengan los conocimientos actualizados de los principales factores predisponentes en una gestante para desarrollar esta enfermedad.

Se debería realizar charlas educativas para incentivar a las pacientes a una buena calidad de vida, para así disfrutar de una maternidad saludable y sin futuras complicaciones. También orientar a las familias sobre educación sexual, planificación familiar y las patologías más comunes durante el embarazo a través del trabajo en equipo de médicos y obstetras.

Capacitar al personal de salud periódicamente, acerca de los diversos problemas o complicaciones que se pueden dar en las mujeres gestantes y que los avances de la medicina puedan estar al alcance de toda la población incluyendo zonas rurales y de difícil acceso para las pacientes.

Se debe garantizar la realización de controles prenatales efectivos y humanitarios, así como una exhaustiva examinación y estudios cardiovasculares en las gestantes con riesgo a preeclampsia, orientando a ellas, su pareja y su familia, así mismo propiciar el seguimiento intrahospitalario o con el mejor de los casos domiciliar.

Que todas las instituciones de salud, se cuente con equipamiento básico adecuado para brindar una atención de calidad para las pacientes, garantizando la integridad, salud y vida de cada persona, además de referir a la unidad de atención de mayor complejidad los casos que ameriten una atención especializada.

Involucrar a la familia y comunidad en la educación y cuidados de la gestante para identificar oportunamente los signos y síntomas de alarma y evitar la preeclampsia.

Toda mujer en edad fértil que decide embarazarse debe prepararse antes de la concepción.

Trabajar multidisciplinariamente con el sector educación para poder incrementar los conocimientos a los adolescentes a través de la salud sexual y reproductiva desde el nivel secundaria, los riesgos

que puede presentar la mujer frente a un embarazo específicamente la preeclampsia y que puede conllevar a la muerte y tomen conciencia frente a estos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

01. Vargas, V., Acosta, G& Moreno. M, La Preeclampsia un problema de salud pública mundial. REV CHIL GINECOL 2012; 77(6): 471-476.
02. Lambert G, Brichant JF, Hartstein G, Bonhomme V, Dewandre PY. Preeclampsia: update. Acta Anaesthesiol Belg. 2014; 65:137-149
03. Batidas Z, Villalva E. Incidencia de preeclampsia en embarazadas del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena. Año 2015. [Online.; 2015 [cited2017 1116. Available from: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/9133>.
04. Valdés, M. et al. Cuba (2014) "Factores de riesgo para preeclampsia" en el Hospital Central Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba 2014
05. LAVALLE O, GIRADO S, TORRES M. 2013 Factores de riesgo clínicos y epidemiológicos en el síndrome preeclampsia- eclampsia en adolescentes que consultan la E.S.E clínica de maternidad Rafael Calvo de Cartagena, entre junio de 2012 hasta junio de 2013. Espiga Cient. Cartagena, Colombia. Volumen 10. No.2. Julio-Diciembre.
06. Garcés W. factores de riesgo y condiciones perinatales de la preeclampsia-eclampsia. Revista 16 de Abril 2014; (254): 17-27. <http://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2014/abr14254d.pdf> (ultimo acceso 08 noviembre 2015).
07. Huamán Puente Conrad. Prevalencia de Factores de riesgo para preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre Enero- Junio 2015- Lima –Servicio de Ginecología y Obstetricia Universidad Ricardo Palma 2015.
08. Gálvez L. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RECURRENCIA DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPIATL REGIONAL DE LAMBAYEQUE.2014.
09. Quispe, R. complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013. Revista Médica Panacea.
10. Palma J. Factores de riesgo para preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo comprendido entre enero 2012 a enero 2014. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Arequipa; Universidad Privada Católica de Santa María; 2014.
11. Casana, G. "Factores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura". Perú. 2012-2013.

12. Torres S. Factores asociados a preeclampsia atendidas en el Hospital Iquitos Cesar Garayar García entre Enero a Setiembre del 2015. [Tesis doctoral], Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Perú; 2016.
13. Heredia Capcha Irma. Factores de riesgo asociados a Preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2010 a Diciembre 2014-Lima- Servicio de Ginecología y Obstericia Universidad Privada Antenor Orrego 2015.
14. Matias de I Cruz Rocio Pamela. Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Ginecobstetrico Enrique C. Sotomayor desde Setiembre del 2012 a Febrero 2013.
15. Beals, E., Caceda, L, &Carvajal, A.(2009). Estudio comparativo de la morbimortalidad del producto gestacional en Mujeres Embarazadas con Preeclampsia moderada o severa. ANACEM,14-18.Disponible:
http://revistaanacem.cl/pdf/vol3/revistaanacem_vol3N1_investigacion.pdf
16. www.intermedicina.com/Estudiantil/Novedades/Nov11.htm
17. C. Errandoa, P.-C.(2015).Preeclampsia grave. Propuesta de actuación basada en la Revista ELSEVIER,371
18. Sosa, L, Guirado, M. Estados hipertensivos del embarazo. Rev Ur Car,2015, 28(2): 85-298.
19. Valdés Y., Hernández J. factores de riesgo para preeclampsia.Rev. Cub de Med Mil, [internet]2013; 43(3), 307-316. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572014000300005&lng=es&tlng=e
20. Pacheco J. (2012). Preeclampsia-Eclampsia. Revista Medica Peru, 100-111.
21. Mora, . (2012). Preeclampsia. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 193-198. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art6.pdf>
22. Melgar M. Escobar A, Matzdorf D. preeclampsia y factores de riesgo asociados en Guatemala 2010. IntraMedJournal. 2013; 3(5): 10-13.
23. Benites y Col. factores asociados a preeclampsia en un Hospital de Piura. Hospital de Apoyo II "Santa Rosa" de la Ciudad de Piura en el periodo de un año.2011. CIMEL 2011, Volumen 16, Numero 2; 16(2):77-82.
24. Suarez J, Cabrera D, Gutiérrez M, Corrales A, Cairo V, Rodríguez Royelo L. Resultados de la atención a pacientes con riesgo de preeclampsia-eclampsia. Rev.Cub. Obstet Ginecol. 2012; 38(3): 305-12.

- 25 Olusanya BO, Alakija OP, Inem VA. Non-uptake of facility-based maternity services in an inner-city community in Lagos, Nigeria: an observational study. *J. Biosocial Scie* 2010;42:341-58.
- 26 Mogollón S, Salcedo F, Ramos E. “Resultados materno perinatales de la preeclampsia lejos del término. Clínica de Maternidad Rafael Calvo. Cartagena. Colombia.” *Revista Ciencias Biomédicas* Vol 2, N° 2 (2011).
- 27 Gómez Sosa, E (2010) Transtornos Hipertensivos durante el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 26(2),99-114.
- 28 Adany, E, Valdés, R, Salinas,P., Rojas, M.,& Miranda, M. (2012). Amaurosis bilteral cortical de preeclampsia severa. *Revista chilena de Ginecología y Obstetricia*, 69(6), 460-463.
- 29 PACHECO ROMERO, José. Del Editor sobre las Guías de Hipertensión en el Embarazo del ACOG. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, [S.I.], v. 59, n. 4, p. 243-246, Jan. 2014. ISSN 2304-5132. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/58>.
- 30 Ninotshka I. Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre enero a diciembre del 2014 [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]. Iquitos, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2015.

Anexos

Anexo N° 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Factores predisponentes de preeclampsia en gestantes atendidas en el
Hospital Regional de Loreto,
enero - marzo 2016.

CÓDIGO.....

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD	INSTRUCCIÓN	LUGAR DE PROCEDENCIA
<20 Años.....	Analfabeta.....	Urbana.
21-30Años.....	Primaria.....	Rural.....
31-40Años	Secundaria.....	
>40Años.....	Sup Tec/Univ....	

II. CARACTERISTICAS CLINICAS

PRESION ARTERIAL SISTOLICA.....mmHg
PRESION ARTERIAL DIASTOLICA.....mmHg
PRESENCIA DE EDEMAS SI..... NO.....

III. CARACTERISTICAS MATERNAS

FACTOR DE RIESGO MATERNOS	PARIDAD:
Hipertensión.....	Primípara.....
Preeclampsia.....	Secundípara.....
Diabetes.....	Múltipara.....
Ninguno.....	Gran Múltipara.....

TIPO DE EMBARAZO SEGÚN N° DE FETOS:
Único..... Múltiple.....

CONTROLES PRENATALES:
Menos de 6 Más de 6..... Ninguno.....

DIAGNOSTICO SEGÚN EL GRADO DE AFECTACION:
Preeclampsia Leve..... Preeclampsia Severa.....

VIA DEL PARTO:
Parto Vaginal..... Parto por Cesárea.....

FACTOR DE RIESGO FAMILIARES	
Hipertensión.....	Obesidad.....
Preeclampsia.....	Ninguno.....
Diabetes.....	

IV. COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUES DEL PARTO VAGINAL / CESAREA

Hemorragias Uterinas....

Muerte.....

Síndrome de Hellp.....

Ninguna.....

CID.....

V. COMPLICACIONES FETALES

Depresión neonatal.....

Muerte Fetal / Neonatal.....

Otras.....

Ninguna.....

Anexo N° 2

PARAMETROS	LEVE	SEVERA
Maternal: Proteinuria/ 24h Presión sanguínea diastólica Presión sanguínea sistólica Oliguria (<500ml/24h)	>o igual 300mg(3g) >140 <160mmHg >90<110mmHg Ausente	>o igual 5 g >o igual160mmHg >o igual110mmHg Presente
Otros síntomas que pueden cursar con la preeclampsia		
Edema Pulmonar Trombocitopenia Hiperreflexia Disturbios visuales y auditivos Elevación de enzimas hepáticas Hemolisis	Ausente Mínima Ausente Ausente Mínima Ausente	Presente Marcada Presente Presente Marcada Presente
Disminución del crecimiento fetal	Ausente	Presente