



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA MATERNO FETAL
MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS

**CONDUCTA EXPECTANTE EN LA PREECLAMPSIA GRAVE:
ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN MATERNO FETAL**

Trabajo Especial de Grado que se presenta
para optar al título de Especialista en Medicina Materno Fetal

Ricardo Ernesto Bello Reyes
Ramiro Jesús Díaz Primera

Tutora: Luanys Rivera

Caracas, mayo de 2016

Dra. Luanys Rivera
Tutora

Dr. Carlos Cabrera
Director del Curso de Especialización
en Medicina Materno Fetal

Dra. Luanys Rivera
Coordinadora del Curso de Especialización
en Medicina Materno Fetal

Dr. Carlos Cabrera
Asesor Estadístico

INDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MÉTODOS	15
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	19
REFERENCIAS	24
ANEXOS	27

CONDUCTA EXPECTANTE EN LA PREECLAMPSIA GRAVE: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN MATERNO FETAL

Ricardo Ernesto Bello Reyes, C.I.14.112.132. Sexo: masculino, E-mail: rierbere@hotmail.com. Telf.: 0414-6894934. Dirección: Maternidad Concepción Palacios, Caracas. Curso de Especialización en Medicina Materno Fetal.

Ramiro Jesús Díaz Primera, C.I.15.385.053. Sexo: masculino, E-mail: dr.ramirodiaz@gmail.com. Telf.: 0414-6893588 Dirección: Maternidad Concepción Palacios, Caracas. Curso de Especialización en Medicina Materno Fetal.

Luany Rivera, C.I. 13.945.775. Sexo: femenino, E-mail: luany_rivera@hotmail.com. Telf. 0426-5205042. Dirección: Maternidad Concepción Palacios, Caracas. Obstetricia y Ginecología.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los resultados maternos y perinatales en las pacientes que ingresaron a la unidad de medicina materno fetal de la Maternidad Concepción Palacios en el lapso de enero a junio del 2014 con el diagnóstico de preeclampsia grave, las cuales fueron tratadas bajo medidas de conducta expectante. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. De manera individual se registraron los cambios en los resultados de laboratorio basados en su patología, así como la evolución clínica de las pacientes, los días de expectancia, las complicaciones que se presentaron, y la información sobre el resultado perinatal. Para ello se utilizaron como instrumento un formulario para la recolección de datos, el cual incluyó los datos de identificación de cada paciente y los hallazgos anteriormente descritos. **Resultados:** La mayoría de las gestantes con preeclampsia grave eran primigestas, con promedios de edad de 25,2 años, y en edad gestacional de 31 semanas + 4 días. La expectancia promedio fue de 2 días. La primigestación y la adolescencia fueron los factores predisponentes más frecuentes, el S. HELLP y prematuridad fueron las complicaciones más observadas en madres y en fetos, respectivamente. Conclusión: La conducta expectante es una opción válida y efectiva para el manejo selectivo de gestantes con preeclampsia grave mejorando el pronóstico de los resultados perinatales.

Palabras clave: Expectancia, preeclampsia grave.

Expectant management of severe preclampsia: analysis of materno fetal evolution

ABSTRACT

Objective: To determine maternal and perinatal outcome in patients admitted to the maternal fetal medicine unit of Concepción Palacios Maternity Hospital between January to June 2014 with severe preclampsia diagnosis, which was treated with expectant management. **Method:** It's a descriptive, retrospective and transversal cut study. Individually changes based on laboratories results of the pathology and patient clinic evolution, days of expectancy, its complications and the perinatal outcome were recorded. For them will use one instrument "record card data" that include

identification data of each patient and the findings described above. **Results:** Most of the women with severe preeclampsia were pregnant at first time, the mean age was 25.2 years, and gestational age was 31 weeks and 4 days. The mean expectancy was 2 days. First pregnant and adolescence were the most frequent predispose factors. HELLP syndrome and prematurity were the complications most observe in mothers and fetus, respectively. **Conclusions:** The expectant management of severe preeclampsia is a valid and effective option to obtain a better prognosis of the perinatal outcome.

Keywords: Expectancy, severe preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos son los desórdenes médicos más comunes durante el embarazo; y la preeclampsia es considerada como un problema de salud pública, debido a la asociación con una alta morbilidad materna fetal y prematuridad. ⁽¹⁾

Tienen una incidencia entre el 5 % y 10 % de la población en general, además figuran entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo. ^(2,3)

La OMS estima que en todo el mundo ocurren anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. En Latinoamérica, la prevalencia de morbilidad perinatal por esta causa está entre 8 y 45 %, mientras la mortalidad varía entre el 1 y 33 %. ⁽⁴⁾

En Venezuela, se observa que la prevalencia informada para los trastornos hipertensivos del embarazo es de alrededor del 7,7 %, ocupando la preeclampsia grave el primer lugar como causa de muerte materna. ^(1,5)

Planteamiento y delimitación del problema

Entre los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia y la eclampsia tienen el mayor impacto en la morbilidad materna y neonatal. Sin embargo, algunas de las muertes relacionadas con la preeclampsia y la eclampsia se podrían prevenir si se dispusiera para todos los casos de una asistencia oportuna y efectiva, basada en estándares científicos actualizados.

La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y de carácter multifactorial cuyo tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo. Además de constituir una causal de graves consecuencias, tanto sobre la madre como el recién nacido (RN), especialmente en cuanto a morbilidad perinatal, es motivo de hospitalizaciones prolongadas y origen de repercusiones económicas para la familia, los establecimientos hospitalarios y el sistema de salud en general, representando un importante problema de salud pública para el país.

La preeclampsia es un trastorno multisistémico que puede manifestarse clínicamente con hipertensión y proteinuria, con o sin síntomas acompañantes; pruebas de laboratorio maternos anormales; restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o reducción del volumen del líquido amniótico, a partir de las 20 semanas de

gestación. ⁽¹⁾ La probabilidad de preeclampsia grave es sustancialmente mayor en las mujeres con antecedentes de preeclampsia, y en aquellas con diabetes mellitus, hipertensión crónica o gestación múltiple. ^(2,3)

El diagnóstico de preeclampsia está dado por la presencia de hipertensión arterial (HTA) —toda embarazada con cifras de tensión arterial iguales o superiores a 140 mm Hg. de sistólica y 90 mm Hg. de diastólica— más proteinuria —mayor a 300 mg de proteínas en orina de 24 horas— conforme a los criterios establecidos mediante los Protocolos de Atención Obstétrica del MPPS. ^(1,2,5,6)

En el año 2013, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología eliminó el valor de la proteinuria como criterio de severidad y agregó como criterios diagnósticos de preeclampsia severa: trombocitopenia menor de 100.000 plaquetas x mm³, daño de la función hepática (elevación de dos veces los valores normales de las transaminasas), desarrollo de insuficiencia renal (elevación de la creatinina sérica por encima de 1,1 gr/dl o el doble del valor previo al sistema renal sin daño), así como las manifestaciones relacionadas con alteraciones cerebrales, visuales, o edema agudo de pulmón. ⁽⁷⁾

Entre las complicaciones maternas que se pueden presentar a consecuencia de la preeclampsia se incluyen: eclampsia, síndrome HELLP (de sus siglas en inglés Hemolytic anemia, Elevated Liver enzyme, Low Platelet), enfermedad cerebro vascular, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, coagulación intravascular diseminada, falla renal, ruptura hepática, edema pulmonar y muerte; mientras que las complicaciones fetales incluyen: restricción de crecimiento intrauterino, parto pretérmino, asfixia perinatal y muerte fetal. ^(2,3)

Una vez realizado el diagnóstico de preeclampsia o ante su sospecha la paciente debe ser hospitalizada, estabilizar las condiciones de la madre y establecer el bienestar fetal. La resolución obstétrica es el tratamiento definitivo.

Existe una gran controversia en los embarazos pretérminos cuando no hay una clara viabilidad fetal y en los que su manejo con conducta expectante pudiera mejorar el pronóstico neonatal, existiendo múltiples estudios recientes que apoyan esta conducta, realizados con criterios bien establecidos en pacientes con embarazos lejos del término —entre las 28 y 34 semanas de gestación—. ^(2,8-10)

El objetivo del manejo expectante en la preeclampsia grave es lograr un mejor resultado perinatal, a través de medidas que permitan inducir la madurez pulmonar mediante la administración de corticosteroides, siempre y cuando no se ponga en peligro la seguridad de la madre en gestaciones entre 28 a 33 semanas + 6 días. Los criterios maternos y fetales para decidir la conducta expectante son: en las pacientes hemodinámicamente estables, con hipertensión controlada, asintomática, sin signos de compromiso orgánico severo en la gestante, la evidencia de estabilidad fetal dada por: a) un perfil biofísico fetal mayor o igual a 6 puntos, b) índice de líquido amniótico mayor a 2 cm, y c) peso fetal para la edad gestacional mayor al percentil 5. ⁽⁸⁻¹¹⁾

Se deben excluir de la conducta expectante a todas las pacientes con preeclampsia grave y embarazo a término o mayor de 34 semanas, a cualquier edad gestacional con una o más de las siguientes condiciones: HTA incontrolable (≥ 160 mmHg sistólica o ≥ 110 mmHg diastólica a pesar de la medicación farmacológica correctamente instituida), eclampsia, síndrome HELLP, edema pulmonar, deterioro renal severo, desprendimiento prematuro de placenta (DPP), cefalea severa persistente, disturbios visuales y/o epigastralgia sugestiva de compromiso hepático, bienestar fetal comprometido, RCIU y oligohidramnios severo, alteraciones al Doppler, en las que está indicando el parto inmediato, aunque éste no significa necesariamente una cesárea. ⁽⁸⁻¹¹⁾

En Venezuela, bajo la coordinación del MPPS desde el año 2009, se estableció entre los Protocolos de atención, cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia, lo referente al tratamiento expectante en preeclampsia grave, siendo definido entre las 28 y 36 semanas de gestación como el lapso para ponerla en práctica en las embarazadas con diagnóstico de preeclampsia grave; mientras fuera de este rango, ya sea inferior a las 28 semanas o superior de las 36 semanas, la conducta indicada es la interrupción. ⁽⁵⁾

En vista de la baja tasa de supervivencia en fetos menores de 27 semanas, se sugiere no ofrecer expectancia, ya que no favorece una mejoría del pronóstico perinatal, sino que aumenta los riesgos de desarrollar complicaciones en la madre. ⁽⁹⁾

Por consiguiente, y bajo los criterios citados, se planteó la interrogante ¿Cuáles serán los resultados maternos y perinatales de utilizar la conducta expectante ante la

preeclampsia grave en las pacientes atendidas en el Servicio de Medicina Materno Fetal de la Maternidad Concepción Palacios” (MCP)?

Justificación e importancia

Dentro del tema en consideración, la expectancia ha representado la conducta de entrada en la mayoría de los centros asistenciales de nuestro país, a lo que hay que sumar las condiciones limitantes para la adecuada atención y las múltiples carencias de disponibilidad de recursos por parte de las unidades de cuidados neonatales. Esto ha conllevado a los departamentos de obstetricia a la utilización de tratamientos expectantes en los cuadros hipertensivos del embarazo, implementando el uso de terapias de inducción de madurez pulmonar fetal, durante dicho lapso, así como esquemas antihipertensivos maternos, que según los resultados en su evolución permitan la orientación de la conducta definitiva en las mismas.

De modo que, la realización del presente estudio se justifica debido al análisis que aportaron sus resultados con respecto a la terapia expectante en la preeclampsia grave, los cuales nos abrirá el camino hacia el uso adecuado de dicha conducta. Además, así se logrará su evaluación a profundidad como la conducta actualmente aceptada para su posible introducción en el esquema de trabajo de las emergencias obstétricas, basándose en datos nacionales, a fin de aplicar dicha conducta terapéutica en nuestros centros asistenciales.

Antecedentes

2009 - 2012 Franco y Calderón, realizaron un estudio de corte transversal, de “Desenlaces maternos y fetales en el manejo expectante de la preeclampsia lejos del término”, el cual evaluó los resultados maternos y fetales de gestantes preeclámpicas entre las 24 y 34 semanas, encontrando que el 81.6 % presentaron preeclampsia grave, a través de este resultado concluyeron que se debe considerar el manejo expectante en toda paciente con preeclampsia previa a la semana 34 para manejo antenatal con corticoesteroides, el cual demostró ser un factor protector para muerte perinatal temprana. No encontraron diferencias significativas entre la aparición de complicaciones y la cantidad de días de manejo expectante. ⁽¹²⁾

2009 Mogollon y col, evaluó los resultados materno perinatales de la preeclampsia lejos del término concluyendo que la preeclampsia grave lejos del término incrementa las tasas de morbilidad materna y perinatal, la conducta expectante puede recomendarse de forma individualizada y bajo criterio médico. Se requiere estrecha vigilancia materno fetal y la disponibilidad de infraestructura de cuidados intensivos, tanto maternos como neonatales. Este estudio sirve de referencia para el análisis actual de los factores asociados con la morbilidad materno fetal en gestaciones lejanas al término con preeclampsia grave. ⁽¹³⁾

2013 Churchill y col. hicieron una revisión de la base de datos Cochrane, con el objetivo de comparar, en pacientes con preeclampsia grave y embarazo lejos del término, dos estrategias de atención: los efectos de una conducta de atención intervencionista, frente a los de una conducta de atención expectante. Incluyeron cuatro ensayos con un total de 425 mujeres. No hubo datos suficientes que permitieran establecer conclusiones confiables acerca de los efectos comparativos de la mayoría de los resultados para las madres ni con respecto a los efectos sobre la muerte fetal o perinatal. Los RN de madres que pertenecían al grupo intervencionista presentaron con más frecuencia complicaciones, requirieron más ventilación mecánica, eran más prematuros, con mayor probabilidad de ser admitidos en cuidados intensivos neonatales y de tener una estancia más larga en dicha unidad, en comparación con los del grupo de la conducta expectante. Mientras que, los RN asignados a la política no intervencionista tuvieron menos probabilidades de ser pequeños para la edad gestacional. Las mujeres pertenecientes al grupo intervencionista tuvieron más probabilidades de tener una cesárea que aquellas pertenecientes a la conducta expectante. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las dos estrategias para cualquier otro resultado. ⁽¹⁴⁾

Al comparar las 2 conductas, intervencionista con la expectante, para establecer si alguna de ellas es mejor, la revisión de Churchill y col. aporta información que contribuye a orientar la realización de la presente investigación.

Marco teórico

La preeclampsia es la Hipertensión Arterial propia del embarazo y se caracteriza además por acompañarse de proteinuria. Esta enfermedad afecta de preferencia a las nulíparas, aparece después de las 20 semanas de gestación y es típicamente reversible en el posparto inmediato.

Con respecto a la sintomatología, el edema afecta aproximadamente al 85 % de las mujeres con preeclampsia, generalmente es de aparición repentina, puede estar asociado con una rápida ganancia de peso, y se aprecia clínicamente por el signo de la fóvea positivo. El edema es la expresión de la retención de líquido en el espacio intersticial, consecutivamente con un cuadro de oliguria mantenida. La alteración hepática usualmente es subclínica aunque puede manifestarse con náuseas, vómitos y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho y con menos frecuencia ictericia, síntomas secundarios a la distensión de la cápsula de Glisson, producida por la formación de un hematoma subcapsular hepático, cuya ruptura puede ocurrir en casos graves.⁽¹⁵⁾

Los síntomas de alteración renal y hepática son frecuentes en la preeclampsia grave y más aún cuando ésta se complica con el síndrome HELLP, una enfermedad multisistémica que acompaña a los cuadros graves de preeclampsia, la cual se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica microangiohepática, disfunción hepática con elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.

Son signos y síntomas de severidad en la preeclampsia la cefalea, hiperreflexia, epigastralgia, oliguria o anuria, trastornos visuales (amaurosis, escotomas) y descompensación cardiopulmonar.⁽¹⁶⁾ Así como el desarrollo de insuficiencia renal considerado como la elevación de la creatinina sérica por encima de 1,1 gr/dl o el doble del valor previo al sistema renal sin daño.⁽⁷⁾

En el examen obstétrico se evaluó la vitalidad y crecimiento fetal así como su relación con la edad gestacional, mediante el estudio por ecografía. Hay que tener en cuenta que la identificación de preeclampsia durante el embarazo es un potente productor de Apgar bajo, muerte u hospitalización neonatal, como también RN prematuro. Por lo que uno de los objetivos de la conducta expectante es la obtención

de un RN en las mejores condiciones para evitar problemas en la etapa neonatal y en el desarrollo neurológico.

El perfil de laboratorio incluye: hematología completa, recuento plaquetario, glicemia, urea, creatinina, ácido úrico, Transaminasas Glutámico Oxalacética (TGO) y Glutámico Pirúvica (TGP), Deshidrogenasa Láctica (LDH), bilirrubina total y fraccionada, proteínas totales y fraccionadas, Tiempo de Trombina (PT) y Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT), fibrinógeno, electrolitos séricos, grupo sanguíneo y examen de orina. En caso de permanecer más de 24 horas en la unidad de atención inmediata se realiza una depuración de proteínas y creatinina en orina de 24 horas, la cual se repite cada semana si cumple criterios de expectación.

Los principales factores de riesgo asociados a la preeclampsia-eclampsia son la edad materna, sobre todo cuando ésta es menor de 18 o mayor de 35 años, la condición de primigestas, las gestaciones múltiples, la desnutrición y la pobreza, el bajo nivel de instrucción, el embarazo molar, las mujeres diabéticas o con lupus eritematoso. Otros factores asociados a un riesgo elevado son: deficiencia de proteína S, presencia de anticuerpos anticardiolipina, factores genéticos como historia familiar donde se evidencia que las madres, hermanas e hijas de pacientes que han presentado preeclampsia tienen una incidencia mayor de la enfermedad y la obesidad previa al embarazo.

A pesar de los esfuerzos de investigación, la patogénesis de la preeclampsia aún es poco comprendida; de las observaciones fisiológicas, patológicas y epidemiológicas se han propuestos diversas teorías para explicar la preeclampsia, como lo son: la teoría genética, la falta de adaptación inmune, la isquemia placentaria, la disfunción endotelial generalizada, el metabolismo defectuoso de los ácidos grasos libres y lipoproteínas. Aunque no se ha esclarecido definitivamente la etiología de la preeclampsia, se conoce que existe una alteración de la placentación en la segunda ola de invasión trofoblástica entre la semana 16 y 20 del embarazo. ^(2,3,6)

Una respuesta materna anormal durante el periodo de placentación es un importante factor predisponente, aunque no la causa de la preeclampsia. Por lo tanto, la placentación anormal es una enfermedad independiente producida por los genes fetales (paternos) que generan en la madre una respuesta inflamatoria exagerada,

probablemente asociada a una alteración endotelial generada por factores de riesgo (diabetes, hipertensión o enfermedades relacionadas con el endotelio).⁽⁶⁾

Es muy difícil establecer la diferencia entre eventos inmunes y vasculares, dado que las células del sistema inmune secretan citocinas que poseen capacidad de mediar distintas acciones biológicas, actuando sobre el endotelio vascular, músculo liso o la coagulación, cuyas alteraciones favorecen la presencia de la preeclampsia.⁽⁶⁾

Al presentarse una implantación anormal, producto de una adaptación inmunológica materno fetal inadecuada, es el comienzo para el desarrollo de la preeclampsia; esta respuesta inflamatoria comienza con el depósito de antígenos paternos (contenidos en el semen) sobre el tracto genital femenino, provocando una cascada de eventos moleculares y celulares que pueden interferir con la evolución normal del embarazo.⁽⁶⁾

En la preeclampsia la invasión intersticial por el citotrofoblasto es con frecuencia superficial y la invasión endovascular es rudimentaria, haciendo incluso difícil encontrar vasos maternos que contengan citotrofoblasto, lo que sugiere que la diferenciación del citotrofoblasto a nivel molecular es anormal.⁽⁶⁾

En placentas de pacientes preeclámpicas se ha demostrado que las células deciduales endoteliales inhiben la invasión endovascular por el citotrofoblasto, este fenómeno se debe al aumento en la producción del inhibidor tisular de las metaloproteinasas 3, que disminuye la producción de metaloproteasas.⁽⁶⁾

El complejo mayor de histocompatibilidad (CMH), que en el ser humano comprende el llamado sistema HLA (antígeno leucocitario humano), actúa como modulador de la respuesta inmune materna, lo que favorece o no la invasión trofoblástica según esté disminuida o aumentada su expresión, viéndose alterado en las madres que tienen mayor riesgo de padecer preeclampsia generando una menor invasión trofoblástica.⁽⁶⁾

Desde el punto de vista clínico, se ha observado que en gestantes con preeclampsia grave durante el período pretérmino, la adopción de la conducta expectante ha tenido éxito para su manejo, dependiendo de la edad gestacional, el estado fetal, y la severidad de la condición materna al momento de la evaluación; razón por la que se debe considerar, que el manejo expectante es posible en un grupo selecto de mujeres con preeclampsia grave antes de 33 semanas de

gestación; además se ha comprobado que los esteroides son eficaces para reducir la morbilidad neonatal cuando se administran entre las 24 y 34 semanas gestación. Es preciso tomar en cuenta, que los casos leves de preeclampsia cerca del término se asocian con mínima morbilidad materna y neonatal; y que contrariamente, la hipertensión gestacional severa y/o la preeclampsia grave antes de las 35 semanas se asocian con complicaciones maternas y perinatales significativas y deben manejarse adecuadamente en un hospital. ^(9,16-20)

Objetivo General

Analizar la evolución perinatal, tanto materna como del neonato, en la preeclampsia grave tratada bajo conducta expectante.

Objetivos Específicos

1. Describir las características epidemiológicas, demográficas, clínicas, paraclínicas, complicaciones y mortalidad.
2. Analizar el tiempo de expectancia.
3. Clasificar las principales indicaciones de finalización de la gestación y la vía de culminación.
4. Evaluar las condiciones del neonato obtenido.

Aspectos éticos

Es de señalar que, la presente investigación consistió en realizar una revisión de historias clínicas para obtener la información requerida, por lo que se trata de un estudio retrospectivo, en el cual no se realizó ningún procedimiento diagnóstico ni terapéutico directamente a las pacientes. Por lo tanto, en este caso se consideró que el consentimiento informado no fue necesario.

Por otro lado, se garantizó la privacidad de la información y el secreto médico, en respeto a los principios bioéticos de la investigación en medicina.

MÉTODO

Tipo de Estudio

Se diseñó una investigación de casos, descriptiva, retrospectiva, de corte transversal.

Población y Muestra

La población objeto de estudio estuvo conformada por todas aquellas pacientes embarazadas con diagnóstico de preeclampsia grave que ingresaron al Servicio de Medicina Materno Fetal de la MCP durante el lapso enero – junio de 2014. La muestra es no probabilística y de selección intencional, con la inclusión del 100 % de aquellas pacientes con edad gestacional entre 28 y 34 semanas en quienes se decidió al momento de su ingreso seguir la conducta expectante y cuyas historias reposan en los archivos del citado hospital obstétrico.

- Criterios de inclusión: Pacientes con preeclampsia grave de cualquier edad materna con edad gestacional entre 28 y 34 semanas.
- Criterios de exclusión: Pacientes con <28 o >34 semanas de gestación.

Procedimientos

En cuanto a la técnica para recolección de datos se procedió a realizar una revisión de las historias clínicas materna y neonatal, previa autorización de la jefatura del Servicio de Medicina Materno Fetal de la MCP, donde se obtuvo la información de interés para la investigación.

La información obtenida fue registrada en un Formulario para la recolección de datos elaborado específicamente para el propósito del estudio. (Anexo)

Se registraron los datos de interés para la investigación: epidemiológicos, demográficos, clínicos, paraclínicos, complicaciones y mortalidad de pacientes con preeclampsia grave. También se obtuvieron los datos referentes a la evaluación del RN.

Tratamiento estadístico adecuado

Se procedió a analizar los datos registrados aplicando técnicas de estadística descriptiva, se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables

nominales. En el caso de las variables continuas se calcularon su promedio y desviación estándar. Los contrastes basados en las variables nominales se hicieron mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson, considerándose un valor significativo cuando p es $<0,05$.

Los datos obtenidos fueron tabulados y también se representaron de manera gráfica para facilitar la interpretación y análisis de los resultados, siempre con la finalidad de describir objetivamente la realidad referente a las variables estudiadas.

RESULTADOS

De conformidad con los datos obtenidos, los cuales fueron tabulados según cada variable de estudio, y sometidos al análisis estadístico correspondiente, a continuación se presentan los resultados de investigación.

El total de ingresos de la maternidad Concepción Palacios en el lapso Enero – Junio 2014 fue de 6388 pacientes, de los cuales, 438 fueron manejados por el servicio de medicina materno fetal lo que corresponde el 7%, siendo nuestra muestra de estudio el 9% del total de ingresos al servicio.

Las edades maternas estuvieron comprendidas en el rango entre 13 a 40 años, con una media de $25,27 \pm 7,551$ (DE) años. Prevalció el grupo de edad de 13-20 años (37,5 %) seguido por el de 21-29 años (35 %).

Con respecto a las edades gestacionales éstas variaron entre 28 semanas y 34 semanas con una media de $31S+4d \pm 1S+5d$, siendo el grupo de mayor frecuencia el de 32 - 33 semanas (37,5 %) seguido por el de 30 – 31 semanas (35 %). Hubo diferencia significativa entre los grupos de edad gestacional.

En cuanto a los antecedentes obstétricos la mayoría eran primigestas (52,5 %) y en segundo lugar II y III gestas (35 %). Hubo diferencia significativa entre los grupos según el número de gestaciones.

La mayoría de las pacientes (55 %) procedían del Edo. Miranda. La ocupación más frecuente fue oficios del hogar (55 %). El 62,5% de las pacientes tenía educación primaria.

Los factores predisponentes más frecuentes fueron la primigestación con 52,5 % de los casos y el embarazo en adolescentes (<19 años) con 30 % de los casos.

Todas las pacientes presentaron complicaciones (100 %), tomando en cuenta su condición de preeclampsia grave, hubo Síndrome HELLP en 12 casos (30 %) y disfunción renal en 6 casos (15 %). Algunas pacientes cursaron con 2 o hasta 3 complicaciones. En ningún caso ocurrió muerte materna.

Los días de expectancia estuvieron comprendidos en el rango entre 1 a 5 días, con una media de $2 \pm 1,049$ (DE) días. Prevalció la expectancia de 2 días con 50 % de los casos, seguido por la de 1 día con 30 % de los casos.

La condición de preeclampsia grave fue la principal indicación para interrumpir el embarazo –considerando siempre la realización del procedimiento en el momento determinado como más conveniente- en todas las pacientes (100 %); adicionalmente algunas gestantes tuvieron otras causas asociadas como Síndrome HELLP en 12 casos (30 %), disfunción renal en 6 casos (15 %), y desde el punto de vista de la condición fetal RCIU en 5 casos (12,5 %). La cesárea fue la vía de resolución obstétrica para todos los casos (100 %).

Los valores promedio para los exámenes paraclínicos al ingreso resultaron ser hemoglobina 11,7 gr/dl, conteo plaquetario $210.233 \times \text{mm}^3$, creatinina 0,7 mg/dl, ácido úrico 3,8 mg/dl, TGO 68 U/L, TGP 59 U/L, DHL 345 UI/L.

Sobre la vitalidad del producto del embarazo, 97,6 % de los neonatos nacieron vivos y sólo hubo un mortinato (2,4 %). En cuanto al sexo del neonato, 51,2 % fueron masculinos y 48,7 % fueron femeninos.

Los pesos al nacer estuvieron comprendidos en el rango entre 590 a 2.100 gramos, con una media $\pm$ DE de 1.393 ± 419 gramos. Prevalcieron los pesos entre 901 - 1.200 gramos y entre 1.201 – 1.500 gramos, representando cada uno de ellos el 26,8 % de los casos.

La valoración de Apgar de los neonatos al primer minuto resultó entre 5 y 7 puntos en el 57,5 % de los casos. Hubo diferencia significativa al comparar entre los 3 grupos de puntuación evaluados.

Todos los neonatos vivos (100 %) nacieron antes de término y 35 % de ellos presentaron síndrome de dificultad respiratoria.

DISCUSIÓN

La preeclampsia es causa importante de morbilidad y mortalidad materno fetal, con una incidencia entre el 5 % y 10 % de la población en general, siendo la principal causa de muerte materna en el mundo. Representa al menos el 15 % de las muertes relacionadas con el embarazo y, además, constituye la causa de hasta el 40 % de los partos prematuros. ⁽¹⁻³⁾

Para todas las pacientes con preeclampsia grave, generalmente es recomendado el parto como la terapia apropiada ante el elevado riesgo de graves complicaciones, tanto para la madre como para el feto, sin importar la edad gestacional. Sin embargo, hay una gran controversia respecto a esta conducta de tipo intervencionista, la cual no toma en cuenta los efectos que pueda ocasionar al neonato. La alta mortalidad perinatal en estos casos está indefectiblemente relacionada con la prematuridad.

En la actualidad se han realizado varios estudios que evalúan los resultados y la conveniencia de adoptar un manejo conservador en gestantes con preeclampsia grave lejos del término, realizado en casos seleccionados –con edad gestacional entre 28 y 34 semanas–. Se trata de poner en práctica una conducta expectante que permita estabilizar las condiciones de la gestante y administrar corticoesteroides para favorecer la madurez de la función pulmonar fetal, ganando cierto tiempo para que aumente la edad gestacional, mejorando así las posibilidades de sobrevivencia del futuro neonato y en condiciones más favorables, sin poner en peligro la seguridad materna, lo cual implica una estricta vigilancia del bienestar materno fetal. ^(12,13,21-23)

El grupo de 40 gestantes con preeclampsia grave, entre las semanas 28 y 34 del embarazo, evaluadas en esta investigación presentó una edad promedio de 25,2 años, de modo similar como ha observado en la literatura consultada, coincidiendo con la evidencia de que la preeclampsia grave es más frecuente en mujeres jóvenes. ^(12,13,21-23)

Asimismo, se encontró que la mayoría de las mujeres que presentaron preeclampsia grave eran primigestas con el 52,5 % de los casos, y hubo una diferencia significativa entre los grupos según el número de gestaciones ($p = 0,0046$). Este resultado ha sido igualmente informado por los autores de otros estudios, tales como Mosquera ⁽²¹⁾, (51,6 %), Garcés ⁽²³⁾ (60 %), Suárez ⁽²⁴⁾ (50,1 %), Sáez ⁽²⁵⁾ (64,6 %).

Con respecto a la edad gestacional, el promedio fue de 31 semanas + 4 días, siendo el grupo de mayor frecuencia el de 32 - 33 semanas (37,5 %) seguido por el de 30 – 31 semanas (35 %), también hubo diferencia significativa entre los grupos de edad gestacional ($p = 0,045$). Los datos obtenidos se asemejan a los de Franco⁽¹²⁾ (30 semanas+1día), y de Mogollón⁽¹³⁾ (31 semanas).

Al revisar los factores predisponentes para preeclampsia grave en nuestras gestantes destaca la primigestación con el 52,5 %, seguida por el embarazo en adolescentes (<19 años) con 30 %, gestante de edad avanzada (>35 años) con 17,5 %, retardo del crecimiento intrauterino con 15 %, y obesidad con 10 %. En general, estos resultados se corresponden con los de varios autores –Mosquera⁽²¹⁾, Garcés⁽²³⁾, Suárez⁽²⁴⁾, Moreno⁽²⁷⁾– quienes han informado sobre la primigestación y las edades extremas de la fertilidad en la mujer como factores asociados con mayor riesgo de presentar preeclampsia grave. La relación de la obesidad pregestacional con la preeclampsia también ha sido observada en los estudios de Mosquera⁽²¹⁾, Garcés⁽²³⁾, y Sáez⁽²⁵⁾.

Consideramos que todas las gestantes en nuestra investigación presentaron complicaciones (100 %), al tomar en cuenta su condición de preeclampsia grave; hubo síndrome HELLP en 12 casos (30 %), disfunción renal en 6 casos (15 %) y desprendimiento prematuro de membranas –con o sin hemorragia asociada como hallazgo intraoperatorio – (10 %). Cabe señalar que algunas gestantes cursaron con 2 o hasta 3 complicaciones. En ningún caso ocurrió muerte materna. Las complicaciones maternas más frecuentemente observadas en otros estudios de gestantes con preeclampsia lejos del término fueron síndrome HELLP en 37 % y 37,5 % de los casos –Franco⁽¹²⁾, y Marcano⁽²⁶⁾, respectivamente–, y DPP normoinsera (13 %) –Mogollón⁽¹³⁾–. Ninguno de estos 3 autores reportaron ocurrencia de muertes maternas.

En cuanto a los días de expectancia estuvieron comprendidos en el rango entre 1 a 5 días, con un promedio de 2 días, mientras que en el estudio de Franco⁽¹²⁾ la expectancia promedio fue de 4 días y en el estudio de Marcano⁽²⁶⁾ fue en promedio de 7 días. Estas diferencias pudieran explicarse considerando en ello el hecho, de que la mayoría de nuestras pacientes atendidas en la Unidad de Medicina Materno

Fetal, son previamente multireferidas entre los diferentes centros de la zona, sin recibir en muchas ocasiones tratamiento oportuno, lo cual, conlleva a una instauración de manera más progresiva y rápida del cuadro de preeclampsia grave, tomando en cuenta todos los compromisos tanto materno como fetales que ello involucra; por lo que al momento de ingreso al servicio se aborda un paciente de mayor complejidad, lo que conduce a tomar decisiones según las complicaciones que puedan presentar los diferentes casos que recibimos de dichos centros.

En nuestra serie de gestantes, la condición de preeclampsia grave fue la principal indicación para proceder a la interrupción del embarazo en todos los casos (100 %), considerando siempre la realización del procedimiento en el momento determinado como el más conveniente de acuerdo con el estado de bienestar materno fetal. Adicionalmente algunas gestantes tuvieron otras causas asociadas, tales como síndrome HELLP, disfunción renal, y desde el punto de vista de la condición fetal RCIU, las cuales se sumaron como causas para decidir interrumpir el embarazo. La vía de resolución obstétrica para todos los casos fue la cesárea (100 %). En el estudio de Sáez ⁽²⁵⁾ se utilizó la cesárea como principal vía del nacimiento en 67,8 % de los casos. Los hallazgos de las pruebas de laboratorio realizados, tanto en nuestro estudio como en otros, son compatibles con las alteraciones comúnmente observadas en las gestantes preeclámplicas graves, las cuales incluyen anemia, plaquetopenia, aumentos de creatinina, ácido úrico, transaminasas, y deshidrogenasa láctica.

Con respecto a los resultados neonatales, se obtuvo de las 40 gestantes preeclámplicas 40 neonatos vivos (97,6 %) y un mortinato (2,4 %), señalando que hubo un embarazo gemelar. Mogollón ⁽¹³⁾ en su estudio del manejo expectante de la preeclampsia lejos del término reportó la ocurrencia de 4 óbitos fetales (19 %) y Marcano ⁽²⁶⁾ sólo una muerte perinatal (12,5 %) relacionada a prematuridad extrema. En cuanto al sexo de los neonatos encontramos 20 femeninos (48,7%) y 21 masculinos (51,2 %), mientras que Marcano ⁽²⁶⁾ reportó 37,5 % femenino y 62,5% masculino.

Los pesos promedio de los neonatos al nacer fueron 1.602 gramos y 1.553 gramos en los estudios de Mogollón ⁽¹³⁾ y de Sáez ⁽²⁵⁾, respectivamente, y 1.393 gramos en nuestro estudio, por lo que pueden ser considerados como similares.

La valoración de Apgar al primer minuto del nacimiento fue de 6 puntos para los neonatos en el estudio de Mogollón⁽¹³⁾, mientras en nuestra investigación observamos que resultó entre 5 y 7 puntos el 57,5%, de modo que ambas puntuaciones son prácticamente iguales.

Las complicaciones perinatales más frecuentes que observamos en nuestra investigación fueron prematuridad (100 %), SDR (35 %), RCIU (12,5 %) y mortinato (2,5 %). Franco⁽¹²⁾ encontró RCIU (29 %) y Marcano⁽²⁶⁾ la presentación del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (25 %) como las complicaciones perinatales más observadas.

Conclusiones

1. En el presente estudio se evaluaron 40 gestantes preeclámpticas graves, entre las semanas 28 y 34 del embarazo, cuya edad promedio fue 25,2 años, siendo manejadas con conducta expectante.
2. La mayoría de las mujeres que presentaron preeclampsia grave eran primigestas (52,5 %), y hubo una diferencia significativa entre los grupos según el número de gestaciones ($p = 0,0046$).
3. La edad gestacional promedio fue de 31 semanas + 4 días. Hubo diferencia significativa entre los grupos de edad gestacional ($p = 0,045$).
4. Los factores predisponentes más frecuentes para preeclampsia grave fueron la primigestación (52,5 %), el embarazo en adolescentes (<19 años) (30 %), gestante de edad avanzada (>35 años) (17,5 %), retardo del crecimiento intrauterino (15 %), y obesidad (10 %).
5. Las complicaciones maternas observadas incluyen la propia patología de base –preeclampsia grave– relacionada con síndrome HELLP (30 %), disfunción renal (15 %), y desprendimiento prematuro de membranas –con o sin hemorragia asociada como hallazgo intraoperatorio– (10 %).
6. La expectancia estuvo comprendida en el rango entre 1 a 5 días, con un promedio de 2 días.
7. La principal indicación para finalizar la gestación fue la condición de preeclampsia grave, asociada en algunos casos con síndrome HELLP,

disfunción renal, y retardo del crecimiento intrauterino.

8. En todas las gestantes preeclámplicas graves la cesárea fue la vía de resolución obstétrica (100 %).
9. No hubo muertes maternas y solo ocurrió un caso de mortinato.
10. Las condiciones neonatales observadas fueron: 20 femeninos (48,7%) y 21 masculinos (51,2 %); peso promedio al nacer 1.383 gramos; la valoración de Apgar al primer minuto del nacimiento fue entre 5 y 7 puntos el 57,5 %.
11. Las complicaciones perinatales más frecuentes fueron prematuridad (100 %), SDR (35 %), RCIU (12,5 %) y mortinato (2,5 %).
12. Un tratamiento adecuado y oportuno de la preeclampsia grave en gestantes lejos del término basado en la conducta expectante puede ser efectivo para reducir las complicaciones, tanto maternas como perinatales.

Recomendaciones

1. Promover la adopción de la conducta expectante para el manejo selectivo de las gestantes con preeclampsia grave, entre las semanas 28 y 34 del embarazo, en las instituciones hospitalarias que cuenten con recursos adecuados para realizar una vigilancia materno fetal estricta, así como que dispongan de las medidas requeridas para la atención inmediata, bajo óptimas condiciones, en caso de ocurrir cualquier complicación que pueda comprometer el bienestar del binomio madre–feto.
2. Proponer la realización de estudios clínicos de carácter prospectivo y controlado, los cuales puedan contribuir a ampliar la información obtenida respecto a la conducta expectante en gestantes con preeclampsia grave lejos del término, reforzando a la vez la experiencia adquirida, a los fines de mejorar las oportunidades para ofrecer una atención obstétrica de excelente calidad.
3. Sugerir a los diferentes servicios obstétricos en toda institución de salud, la posibilidad de efectuar registros en las historias clínicas, de los datos de interés para el programa de salud materno fetal. Involucrados con la conducta expectante en gestantes con preeclampsia grave lejos del término, a los fines de facilitar el aporte de información estadística apropiada, que ayuden a la formulación de protocolos de estrategia nacional.

REFERENCIAS

1. Guariglia D. Introducción. Hipertensión en el embarazo: preeclampsia, eclampsia y otros estados hipertensivos. En Guariglia D. Distribuna. Caracas: 2006. Pp.: 15-16.
2. Cifuentes R. Hipertensión y embarazo. Cap. 34 en Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 6ª Ed. Cartose. Cali, Colombia: 2006.Pp: 749–789.
3. Sibai B M. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation. Am J Obstet Gynecol 2011;205(3):191-198.
4. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. WHO 2011. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548335_eng.pdf. Consultado: 20/11/2014.
5. MPPS. Protocolos de atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. Ministerio de Poder Popular para la Salud, 2013. Disponible en: <http://www.mpps.gob.ve/images/stories/pdf/protocoloatencioncuidadosprenatalesatencionobstetricadeemergencia.pdf>. Consultado: 20/11/2014.
6. Voto L. Hipertensión en el embarazo. Corpus. Rosario (Argentina): 2009. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf. Consultado: 20/11/2014.
7. ACOG. Hypertension in Pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013;122(5):1122-1131.
8. Perozo J, Santos J, Peña E, Sabatini I, Torres D, Reyna E. Conducta expectante en la preeclampsia severa. Rev. Obstet Ginecol Venez 2009;69(1):56-62.
9. Briceño C, Briceño L. Conducta obstétrica basada en evidencias. Preclampsia severa: ¿Tratamiento agresivo o expectante? Ginecol Obstet Méx 2007;75(2):95-103.
10. Porras R. Manejo expectante de preeclampsia severa en el embarazo pretérmino [tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú; 2007. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2527/1/porras_pr.pdf. Consultado: 20/11/2014

11. FASGO. Consenso 2006. Manejo de la preeclampsia grave – eclampsia. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: <http://fasgo.org.ar/archivos/consensos/coneclampsia.pdf>. Consultado: 20/11/2014.
12. Franco ML, Calderón I. Desenlaces maternos y fetales en el manejo expectante de la preeclampsia lejos del término. Universidad del Rosario. Biblioteca Crai. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/4823>. Consultado: 20/11/2014.
13. Mogollón S, Salcedo F, Ramos E. Resultados materno perinatales de la preeclampsia lejos del término. Rev Cienc Biomed 2011;2(2):262-269.
14. Churchill D, Duley L, Thornton JG, Jones L. Interventionist versus expectant care for severe preeclampsia between 24 and 34 weeks' gestation. Cochrane Database of systematic reviews. Disponible en: <http://www.thecochranelibrary.com>. Consultado: 20/11/2014.
15. Vera E, Pérez A, Lattus J, Barrera V, Campaña G, Kattan MJ, Papic F. Rotura hepática asociada a preeclampsia severa y síndrome Hellp: manejo y tratamiento con taponamiento intraabdominal temporal de compresas. Rev Chil Obstet Ginecol 2004;69(4):319-327.
16. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. Obstet Gynecol 2003;102:181-192.
17. Chammas M, Nguyen T, Li M, Nuwayhid B, Castro L. Expectant management of severe preterm preeclampsia: Is intrauterine growth restriction an indication for immediate delivery? Am J Obstet Gynecol 2000;183(4):853-858.
18. Sibai BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, treatment, and delivery indications. Am J Obstet Gynecol 2007;196:1-9.
19. Bombrys AE, Barton RB, Habli M, Sibai BM. Expectant management of severe preeclampsia at 27 0/7 to 33 6/7 week's gestation: maternal and perinatal outcomes according to gestational age by weeks at onset of expectant management. Am J Perinatol 2009;26(6):441-446.

20. Llanos JS, Rojas JL, Acuña E, Molina S. Preeclampsia severa: retardo del crecimiento intrauterino y desenlaces perinatales en gestaciones pretérminos. *Repert Med Cir* 2011;20(1):36-44. Disponible en: <http://repertorio.fucsalud.edu.co/pdf/vol20-01-2011/6-preclancia-36-44.pdf>. Consultado: 20/11/2014.
21. Mosquera T, Charry. Factores de riesgo asociados a preeclampsia. *Rev Fac Salud (Colombia)* 2013;1:37-45.
22. García R, Llera A, Pacheco A, Delgado M, González A. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2012;38(4):467-477.
23. Garcés W, Clavel Y, Bandera E, Fayat Y. Factores de riesgo y condiciones perinatales de la preeclampsia – eclampsia. *Rev 16 abril (Cuba)* 2014;(254):17-27.
24. Suárez JA. Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con preeclampsia grave. *Rev Cubana Obstet Ginecol*;2009;35(3):1-7.
25. Sáez V, Pérez MT. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2014;40(2):155-164.
26. Marcano JC, Villarroel M. Resultado perinatal en pacientes con preeclampsia severa manejadas de manera expectante en el Hospital Universitario Luis Razetti durante el periodo octubre 2008 a enero 2009, TEG (no publicado) para optar al título de Médico Cirujano. Escuela de Ciencias de la Salud. Universidad de Oriente. 2010.
27. Moreno Z, Sánchez S, Piña F, Reyes A, Williams M. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. *An Fac Med* 2003;64(2):101-106.

Anexo 1

CONDUCTA EXPECTANTE EN LA PREECLAMPSIA GRAVE: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN MATERNO FETAL

FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: _____

Paciente (solo iniciales): _____ N° de historia _____

Edad: _____ años

Procedencia: _____

Ocupación: _____ Grado de instrucción: _____

Antecedentes obstétricos: Gesta _____ Para _____ Abortos _____ Cesáreas _____

Diagnósticos de ingreso: _____

Complicaciones maternas asociadas: _____

Muerte materna: Si ☐ No ☐

Días de expectancia: _____ días.

Diagnósticos de egreso: _____

Datos del RN: Género: femenino ☐ masculino ☐

Nacimiento vivo: Si ☐ No (mortinato) ☐ Peso al nacer: _____ grs.

Valoración de Apgar: 1er min. _____ puntos 5 minutos _____ puntos

Complicaciones perinatales asociadas: _____

Evolución hematológica, renal y hepática durante la expectancia

Fecha	1 (/ /)	2 (/ /)	3 (/ /)	4 (/ /)	5 (/ /)	6 (/ /)
Hb.						
Plaquetas						
Creatinina						
Ac. Úrico						
TGO						
TGO						
LDH						
Proteinuria en 24h						

Anexo 2

Tablas de Resultados

Tabla 1. Distribución de las pacientes según edad materna.

Edad (años)	<i>f</i>	%
13- 20	15	37,5
21-29	14	35
30 o +	11	27,5
Total	40	100

$$\chi^2 = 0,6517 \text{ (} p = 0,5938 \text{)}$$

Rango: 13 - 40 años; $\bar{X} \pm DE$: 25,27 $\pm$ 7,551 años.

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 2. Distribución de las pacientes según edad gestacional.

Edad gestacional (semanas)	<i>f</i>	%
28-29	7	17,5
30-31	14	35
32-33	15	37,5
34	4	10
Total	40	100

$$\chi^2 = 7,1 \text{ (} p = 0,045 \text{)}$$

Rango: 28 semanas - 34 semanas; $\bar{X} \pm DE$: 31S+4d $\pm$ 1S+5d.

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 3. Distribución de las pacientes según antecedentes obstétricos.

Gesta	<i>f</i>	%
Primigesta	21	52,5
II - III gesta	14	35
Multigesta	5	12,5
Total	40	100

$$\chi^2 = 5,0939 \text{ (} p = 0,0046 \text{)}$$

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 4. Distribución de las pacientes según características demográficas.

Característica demográfica	<i>f</i>	%
Procedencia		
- Caracas	18	45
- Edo. Miranda	22	55
Total	40	100
Ocupación		
- Oficios del hogar	22	55
- Estudiante	15	37,5
- Comerciante informal	3	7,5
Total	40	100
Grado de instrucción		
- Primaria	25	62,5
- Secundaria	15	37,5
Total	40	100

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 5. Distribución de las pacientes según factores predisponentes para preeclampsia.

Factor predisponente	<i>F</i>	%
Embarazo en adolescente (<19 años)	12	30
Primigestación	21	52,5
RCIU	5	12,5
Gestante de edad avanzada (>35 años)	7	17,5
Obesidad	4	10

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 6. Distribución de las pacientes según complicaciones maternas.

Complicación materna*	<i>f</i>	%
Preeclampsia severa	40	100
S. HELLP	12	30
Disfunción renal	6	15
DPP (con o sin hemorragia)	4	10
Disfunción hepática	3	7,5
Anemia	3	7,5

*Nota: Entre las pacientes que presentaron complicaciones hubo algunas con 2 y hasta 3 complicaciones. En ningún caso ocurrió muerte materna.

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 7. Distribución de las pacientes según días de expectancia.

Días de expectancia	<i>f</i>	%
1	12	30
2	20	50
3	5	12,5
4	1	2,5
5	2	5
Total	40	100

Rango: 1 - 5 días; $\bar{X} \pm DE$: $2 \pm 1,049$ días.

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 8. Distribución de las pacientes según indicación para interrupción del embarazo.

Indicación para interrumpir el embarazo*	<i>f</i>	%
Preeclampsia severa	40	100
S. HELLP	12	30
Disfunción renal	6	15
RCIU	5	12,5
DPP (con o sin hemorragia)	4	10
Disfunción hepática	3	7,5
Sufrimiento fetal agudo	1	2,5

*Nota: Entre las pacientes hubo algunas con 2 y hasta 3 causas concomitantes para indicar la interrupción del embarazo. La vía de resolución obstétrica para todos los casos (100 %) fue la cesárea.

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 9. Resultados de exámenes paraclínicos (al ingreso).

Prueba paraclínica	Rango	$\bar{X} \pm DE$
Hb (gr/dl)	9,8 - 14,9	11,7 $\pm$ 1,1
Plaquetas ($\times \text{mm}^3$)	36.300 – 356.000	210.233 $\pm$ 138.972
Creatinina (mg/dl)	0,3 - 1,2	0,7 $\pm$ 4,8
Ácido úrico (mg/dl)	1,3 - 7,3	3,8 $\pm$ 1,3
TGO (U/L)	8 – 505	68 $\pm$ 461
TGP (U/L)	8 – 346	59 $\pm$ 399
LDH (UI/L)	133 – 2.394	345 $\pm$ 382

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 10. Distribución de los neonatos según vitalidad.

Vitalidad	<i>f</i>	%
Vivo	40	97,6
Mortinato	1	2,4
Total	41*	100

*Nota: Hubo un embarazo gemelar.

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 11. Distribución de pacientes según sexo del neonato.

Sexo del neonato	<i>f</i>	%
Femenino	20	48,7
Masculino	21	51,2
Total	41*	100

$$\chi^2 = 0,1162 \text{ (} p = 0,54 \text{)}$$

*Nota: Hubo un embarazo gemelar.

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 12. Distribución de los neonatos según peso al nacer.

Peso (gramos)	<i>f</i>	%
590 – 900	5	12,1
901 - 1.200	11	26,8
1.201 - 1.500	11	26,8
1.501 - 1.800	4	9,8
1.801 - 2.100	10	24,1
Total	41*	100

$$\chi^2 = 7,6301 \text{ (} p = 0,197 \text{)}$$

Rango: 590 - 2.100 gramos; $\bar{X} \pm DE$: 1.393 ± 419 gramos.

*Nota: Hubo un embarazo gemelar.

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 13. Distribución de neonatos según valoración Apgar (1er minuto).

Apgar (puntaje al 1er minuto)	<i>f</i>	%
8-10	7	17,5
5-7	24	57,5
<5	9	22,5
Total	40*	100

$\bar{X}$ al 1er minuto = 5,85 puntos

$$\chi^2 = 13,07 \ (p = <0,001)$$

*Nota: Hubo un embarazo gemelar y un mortinato (Total 40 neonatos vivos).

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).

Tabla 14. Distribución de neonatos según complicaciones perinatales.

Complicación perinatal	<i>f</i>	%
Prematuridad	40*	100
SDR	14	35
RCIU	5	12,5
Mortinato	1	2,5

*Nota: Hubo un embarazo gemelar y un mortinato (Total 40 neonatos vivos).

Fuente: Datos obtenidos de la muestra estudiada (Autores, 2015).