

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA



**PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS EN EL
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Juan Carlos Vázquez Martínez

Coronel Oviedo - Paraguay

2018

**PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS EN
EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN
SOCIAL, 2017.**

Juan Carlos Vázquez Martínez.

Tutora: Lic. Rose Marie Sachelaridi

**Trabajo final de grado presentado a la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la
obtención del título de grado de Médico-Cirujano.**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017.

Juan Carlos Vázquez Martínez

Trabajo de Fin de Grado presentado para obtener el título de grado de Médico Cirujano

Coronel Oviedo - Paraguay

Miembros del Tribunal Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

.....
Examinador

CALIFICACIÓN FINAL.....



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Dedicatoria

A Dios por sobre todas las cosas por darme el conocimiento necesario. A mis padres Valerio Ramon Jara y Juana Bautista Martínez por el apoyo incondicional que me brindaron en todo momento.

A mis hermanos, Ever Santiago, Cinthia María, Alba Yolanda, Fabio Ramón que me acompañaron en todo este proceso.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Agradecimiento

A todos los profesores por contribuir con sus enseñanzas para mi formación profesional.

A mi tutor de Tesis, Lic. Rose Marie Sachelaridi por el apoyo y guía constante.

A los compañeros que ayudaron en la recolección de datos, por la paciencia y esfuerzo constante en la elaboración del Trabajo de Fin de Grado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Índice

Portada.....	i
Contraportada.....	ii
Hoja de Aprobación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	v
Lista de Tablas	vii
Lista de Gráficos.....	viii
Lista de Figuras	x
Resumen.....	xi
Ñemombyky.....	xii
Resumo	xiii
Abstract	xiv
Introducción	15
Antecedentes.....	16
Planteamiento del problema	18
Justificación	20
Objetivos	21
Objetivo General	21
Objetivos Específicos	21
Marco Teórico.....	22
Definición	22



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Factores de riesgo.....	24
Vía de terminación del parto.....	25
Complicaciones maternas	26
Complicación perinatal	26
Diagnóstico	27
Prevención y Tratamiento.....	29
Marco Metodológico	34
Tipo de estudio.....	34
Población y muestra	34
Criterios de inclusión y exclusión.....	34
Operacionalización de variables	35
Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y métodos de control de calidad de datos	37
Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación, Consentimiento informado y Confidencialidad	37
Plan de análisis de datos.....	37
Resultados.....	39
Discusión.....	59
Conclusión.....	62
Recomendaciones.....	63
Bibliografía.....	64
Anexo	67



Lista de Tablas

Tabla 1	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según motivo de consulta de las participantes, 2017 n: 375.....	43
Tabla 2	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según edad gestacional en semanas, 2017 n:375.....	44
Tabla 3	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según complicaciones maternas presentadas, n:144	56



Lista de Gráficos

Gráfico 1	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según estado civil, 2017. n:375.....	40
Gráfico 2	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según situación laboral, 2017. n:375.....	41
Gráfico 3	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según nivel de estudio, 2017. n:375.....	42
Gráfico 4	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según vía del parto, 2017. n:375.....	45
Gráfico 5	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según procedencia, 2017. n:375.....	46
Gráfico 6	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes gestacionales, 2017. n:375.....	47
Gráfico 7	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes de abortos, 2017. n:375.....	48
Gráfico 8	Distribución de controles prenatales de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social, 2017. n:375.....	49
Gráfico 9	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión	50



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

	Social según antecedentes de enfermedad hipertensiva del embarazo, 2017. n:375.....	
Gráfico 10	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes de la misma en embarazos anteriores, 2017. n:375.....	51
Gráfico 11	Prevalencia de preeclampsia en embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social, 2017. n:375.....	52
Gráfico 12	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según tipo de preeclampsia, 2017. n:144.....	53
Gráfico 13	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes de hipertensión arterial, 2017. n:144.....	54
Gráfico 14	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes de la misma, 2017. N:144.....	55
Gráfico 15	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según desprendimiento de placenta, 2017. n:144.....	57
Gráfico 16	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según síntomas vasculoespasmódicos, 2017. n:144.....	58



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Lista de Figuras

Figura 1	Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según edad, 2017. n:375.....	39
-----------------	---	----



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resumen

Introducción: Los trastornos hipertensivos son la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo. 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.

Objetivo: El objetivo general del estudio fue determinar la Prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital central del instituto de previsión social, 2017.

Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Fueron incluidas todas las embarazadas con preeclampsia que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de Instituto de Previsión Social en el periodo comprendido entre los meses de enero a diciembre del año 2017.

Resultados: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo en 375 pacientes que acudieron al Hospital Central del Instituto de Previsión Social en el año 2017. Los resultados arrojaron que el 38,4% presentó preeclampsia de las cuales 63,2% presentaba en preeclampsia leve y 36,8% presentaba preeclampsia severa. Entre los factores de riesgo el que apareció en mayor cantidad fue la Hipertensión Arterial Crónica. En cuanto a las complicaciones maternas se presentan en mayoría Hepáticas, Neurológicas y Renales.

Conclusión: Los resultados de este estudio realizado en un centro de referencia nacional y de alta complejidad coinciden con estudio previo, determina datos importantes acerca de la prevalencia de preeclampsia.

Palabra clave: PREECLAMPSIA, EMBARAZADAS, PREVALENCIA.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Ñemombyky

Ñepyrumby: Umi trastorno hipertensivo oĩ tenondepe umi sy ñemano tetã kakuaávape ha mbohapyha sy ñemano tetã okakuaásevape. Pe mba`asy hêrava preeclampsia ndojeikuaai moõi oñepyrũ ha ikatu oñepyrũ heta mba`egui, oñepohano haġua sy kuera imemby va`era ha pe mba`asy ha`e avei ikatu ombovai sy ha imembype.

Jehupytyrã: Ko tembiapo oguereko kuri añetegua jehupytyra jahechauka oĩveha pe mba`asy hêrava preeclampsia hyèguasúva pe Tasyo Instituto de Previsión Socialpe ary 2017pe.

Mba'e porã há tapereko: Ojejapo peteĩ tembiapo jesarekorã techapyre. Ko tembiapo ojejapo umi kuña tavaygua hyeguasúva ha orekova preeclampsia ohóva Tasyo guasu Instituto de Previsión Social jasyteĩ ha jasytoteĩ ary 2017-pe

Tembiapokue: Ojejapo 375 kuña hyeguasúvape ohóva Tasyo Instituto de Previsión Socialpe ary 2017pe. Tembiapokue ome`ê 38,4% oguerekoha preeclampsia, upe apytegui 63,2% oguereko preeclampsia leve ha 36,8% oguereko preeclampsia severa. Umi factor de riesgo oĩva hetave ha`e hepáticas, neurológicas y renales.

Paha: Ko tembiapo oguereko peteĩ prevalencia hetaveva umi tembiapo ojejapo va`ekuegui.

Ñe`e mbyky: PREECLAMPSIA, TYEGUASU, PREVALENCIA.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Resumo

Introdução: Distúrbios hipertensivos são os primeiros causa de morte materna em países desenvolvidos e a terceira causa de morte materna em países em desenvolvimento. A pré-eclâmpsia é uma doença de origem desconhecida e multifatorial, cujo tratamento definitivo é o parto, além de causar repercussões na mãe e no recém-nascido.

Objetivo: O objetivo do estudo foi determinar a prevalência de pré-eclâmpsia em mulheres grávidas no serviço de obstetrícia e ginecologia instituto centro hospitalar de segurança social de 2017.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo observacional descritivo retrospectivo, com amostragem não probabilística de casos consecutivos. Eles foram incluídas todas as gestantes com pré-eclâmpsia que participaram do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Central Instituto de Acção Social no período de janeiro a dezembro de 2017.

Resultados: Um estudo retrospectivo observacional foi realizado em 375 pacientes que participaram do Hospital Central do Instituto da Segurança Social em 2017. Os resultados mostraram que 38,4% tinham pré-eclâmpsia dos quais 63,2% tiveram pré-eclâmpsia leve e 36,8% tinham pré-eclâmpsia grave. Entre os fatores de risco, o que apareceu em maior quantidade foi a Hipertensão Arterial Crônica. Em relação às complicações maternas, são principalmente Hepáticas, Neurológicas e Renais.

Conclusão: Os resultados deste estudo, realizado em um centro nacional de referência e de alta complexidade, coincidem com estudos anteriores, determinando dados importantes sobre a prevalência de pré-eclâmpsia.

Palavras-chave: PREECLAMPSIA, GRAVIDEZ, PREVALÊNCIA.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Abstract

Introduction: Hypertensive disorders are the first cause of maternal death in developed countries and the third cause of maternal death in developing countries. Preeclampsia is a disease of unknown and multifactorial origin whose definitive treatment is childbirth, in addition to causing repercussions on the mother and the newborn.

Objective: The general objective of the study was to determine the Prevalence of preeclampsia in pregnant women in the gynecology and obstetrics service of the central hospital of the social security institute, 2017.

Materials and methods: Retrospective descriptive cross-sectional observational study, with non-probabilistic sampling of consecutive cases. All pregnant women with preeclampsia who attended the Gynecology and Obstetrics Service of the Central Hospital of the Social Security Institute were included in the period from January to December 2017.

Results: A retrospective, descriptive, observational study was conducted in 375 patients who attended the Central Hospital of the Social Security Institute in 2017. The results showed that 38,4% presented preeclampsia, of which 63,2% had mild preeclampsia and 36,8% had severe preeclampsia. Among the risk factors, the one that appeared in the greatest amount was Chronic Arterial Hypertension. Regarding maternal complications, they are mostly Hepatic, Neurological and Kidney.

Conclusion: The results of this study conducted in a national reference center and of high complexity coincide with previous study, determining important data about the prevalence of preeclampsia.

Keyword: PREECLAMPSIA, PREGNANT, PREVALENCE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Introducción

En general las defunciones maternas representan un problema en toda colectividad, siendo en Sudamérica durante el año 1990, la razón de defunción materna de 188 por 100 000 nacidos vivos, entretanto en el 2009 de 75 por 100 000 nacidos vivos. Los trastornos hipertensivos son la primera causa de defunción materna en los países desarrollados y la tercera causa de defunción materna en los países en vías de desarrollo, siendo Paraguay un país en vía de desarrollo.⁽¹⁾

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, es motivo de hospitalizaciones prolongadas y repercusiones económicas para la familia, los establecimientos de salud y el sistema de salud del país.⁽²⁾

La Organización Mundial de la Salud estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados.⁽²⁾ A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2 - 10% de los embarazos. La pre-eclampsia, se presenta entre un 5 y 8%, de todos los embarazos en países desarrollados y, un 10%, en regiones en vía de desarrollo. En cuanto a Paraguay la prevalencia de preeclampsia durante el 2002 fue de 10%, siendo en Encarnación durante el 2009 de 8%.⁽³⁾

La preeclampsia es una entidad que afecta entre el 4 y el 8% de las gestaciones, comprometiendo tanto a las madres como a sus hijos. Los neonatos se ven comprometidos en muchas formas, no solo en términos de las complicaciones derivadas de la prematuridad que muchos sufren. El riesgo de tener un parto pre-término es mayor entre las mujeres con Preeclampsia grave.⁽⁴⁾

El estudio fue realizado en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social donde acuden personas de todo el país.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Antecedentes

Rojas, en la ciudad ecuatoriana de Riobamba, en el año 2008, realizó un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo que se presentan en las adolescentes embarazadas con preeclampsia severa en el hospital provincial general docente de Riobamba durante enero a diciembre 2008. Se observó que 1683 pacientes de los cuales se observó que un 66.7% presentó valores de presión arterial igual o mayor a 160/110, y que un 100% presentaron valores de proteinuria positivos. ⁽⁶⁾

Agudelo, en Colombia, en el año 2008, realizó un estudio con el objetivo de Determinar la prevalencia de algún trastorno hipertensivo durante la gestación de mujeres embarazadas de todas las edades atendidas entre el 2006 y 2008 en Asistencia Sanitaria Básica en Salud, Manizales ciudad de Colombia. Se identificó 0,8% de embarazadas con trastornos hipertensivos ⁽¹⁾.

Balsera, en España, en el año 2011, realizó un estudio con el objetivo de describir la cantidad de casos y el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con preeclampsia grave que requieren ingreso en cuidados intensivos y concluyó que la preeclampsia grave tiene una baja tasa de mortalidad (1,5%), no así de complicaciones (14%) y se presenta con mayor frecuencia en nulíparas durante el tercer trimestre de gestación ⁽²⁾

Vera, en Quito, en el año 2012, realizó un estudio con el objetivo de caracterizar la cantidad de casos y las características de preeclampsia en adolescentes primigestas encontrando una prevalencia de 4,4% como resultado de la investigación ⁽⁷⁾.

Martel, en Tucumán, en el año 2012, realizó un estudio con el objetivo de conocer la prevalencia de embarazadas con preeclampsia, determinar la frecuencia de los factores de riesgo en las mismas, relacionar factores de riesgo y preeclampsia. La prevalencia de preeclampsia fue de 1,41% IC95%=[1,2%-



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

1,7%]. El nivel de instrucción universitario mostró una asociación significativa con el desarrollo de preeclampsia ($p=0,0006$) ⁽⁸⁾.

Huaman, en Lima, en el año 2015, realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de edad, nuliparidad, control prenatal, antecedente personal de preeclampsia, antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus como factores de riesgo para preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo de la ciudad de Lima, Perú, entre los meses de enero a junio de 2015. La prevalencia de preeclampsia fue del 5%, siendo la nuliparidad el factor de riesgo más frecuente y el antecedente de diabetes mellitus el menos frecuente ⁽⁹⁾

Borrallas, en México, en el año 2015 realizó un estudio en una población de 100 pacientes que ingresaron al área de ginecología y obstetricia en el período enero-junio de 2015 con algún padecimiento propio del embarazo, del Hospital General Zona 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. De las cuales el 45% presentó hipertensión arterial, seguido de preeclampsia severa con el 21%, preeclampsia leve 16%, preeclampsia no especificada 15% y eclampsia 3% ⁽¹⁰⁾

Vargas, en Perú, en el año 2016 realizó un estudio con el objetivo de Determinar la prevalencia de los diferentes tipos de trastornos hipertensivos en gestantes hospitalizadas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en la ciudad de Lima Perú, en el periodo enero – diciembre del 2015 donde encontró una prevalencia de preeclampsia de 42,42% ⁽¹⁾

Velasco, en el año 2018, realizó un estudio donde La preeclampsia en adolescentes embarazadas varía de acuerdo al sitio donde se ha realizado el estudio siendo en promedio del 23,37%. Los factores predisponentes para preeclampsia que más se presentaron en adolescentes embarazadas fueron la nuliparidad, el sobrepeso, antecedentes de hipertensión crónica y preeclampsia anterior ⁽¹¹⁾.



Planteamiento del problema

La preeclampsia es un problema a nivel mundial. Según datos la preeclampsia afecta el 2-10% de los embarazos a nivel mundial siendo la principal causa de muerte materna. Puede causar parto prematuro siendo responsable por 20% de admisiones a unidades de cuidados intensivos neonatales. En un estudio realizado por la Organización Mundial de Salud, publicado en el 2014, los disturbios hipertensivos son responsables por aproximadamente 22% de la mortalidad materna en América Latina, 16% en África y 12% en Asia ⁽¹²⁾.

La Organización Mundial de la Salud reconoce 6 grupos de riesgo para hipertensión arterial: obesos, negros, alcohólicos, diabéticos, ancianos y embarazadas ⁽¹³⁾. Las embarazadas son un grupo de población vulnerable afectado por esta complicación a los cuales se les debe de tener exclusivo cuidado ya que además de velar a la embarazada se vela de otro ser que crece en su interior, es decir, son dos vidas en compromiso. ⁽¹²⁾

En cuanto a los países afectados, según datos de Vargas publicados en el año 2012, la incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos. Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7% ⁽¹³⁾. La incidencia reportada de estos trastornos varía entre el 3 y 14 %, dependiendo de las poblaciones estudiadas ⁽¹⁾.

En el año 2013 la prevalencia de preeclampsia en pacientes gestantes que acudieron al servicio de maternidad del Hospital Regional de Encarnación en el periodo comprendido entre enero a diciembre 2013 fue de 3%. Estos datos muestran una baja en la tendencia de preeclampsia, sin embargo, se cuentan



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

con pocos datos actualmente además de otros estudios en distintas zonas del país. ⁽⁴⁾

En un estudio realizado en Paraguay, un elevado porcentaje (10%) de pacientes refirió haber padecido preeclampsia en embarazos anteriores y el control prenatal nulo e insuficiente se destacó en estas pacientes ⁽²⁾. Es preciso concienciar sobre los controles prenatales y las patologías que pueden presentarse en el embarazo y que son prevenibles y tratables cuando son detectadas a tiempo. ⁽⁴⁾

Por todo lo planteado anteriormente surge la siguiente interrogante del trabajo ¿Cuál es la prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017?; por ser un centro de referencia nacional y de cuarto nivel.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Justificación

La repercusión que representa a nivel socioeconómico de los familiares de una embarazada con preeclampsia es integral, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido, es motivo de hospitalizaciones prolongadas y repercusiones económicas para la familia, los establecimientos de salud y el sistema de salud del país ⁽¹⁴⁾.

Teniendo en cuenta que el Hospital Central del Instituto de Previsión Social es un centro de referencia a nivel nacional se considera de suma importancia determinar la prevalencia de la preeclampsia en el servicio de ginecología y obstetricia sabiendo la elevada morbimortalidad tanto fetal como materna que acarrea dicha patología obstétrica.

El trabajo tuvo como propósito brindar información actualizada para que se puedan trabajar políticas públicas en la prevención de la enfermedad, actuar de forma inmediata y fomentar los controles prenatales y otras medidas preventivas favoreciendo esta población favorable por ende a sus familias y a largo plazo a la comunidad en general.

Los beneficiarios directos de la información serán las embarazadas porque gracias a este estudio el estado podrá darle mayor importancia y control a este problema. Los beneficiarios indirectos serán las familias y la comunidad en sí teniendo en cuenta los costos económicos y emocionales que causan la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

Se redactará un artículo científico que será publicado en una revista indexada de calidad para poder difundir los resultados. Por otro lado, se realizará un informe con lenguaje social para poder publicarlos en periódicos o ser presentados a autoridades.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Objetivos

Objetivo General

Determinar la prevalencia de preeclampsia en embarazadas que acuden al servicio de maternidad del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante enero a diciembre del 2017

Objetivos Específicos

Determinar las características demográficas de las embarazadas que acuden al servicio de maternidad del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante enero a diciembre del 2017

Describir los tipos de preeclampsia diagnosticados en las embarazadas que acuden al servicio de maternidad del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante enero a diciembre del 2017

Señalar el tipo parto de las embarazadas que acuden al servicio de maternidad del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante enero a diciembre del 2017

Describir complicaciones maternas en las embarazadas que acuden al servicio de maternidad del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante enero a diciembre del 2017



Marco Teórico

Definición

La hipertensión gestacional es un tipo de hipertensión que se presenta por primera vez después de 20 semanas de gestación sin proteinuria significativa demostrada. ⁽¹⁵⁾

Existen cuatro categorías de hipertensión arterial en la mujer gestante ⁽¹¹⁾:

1. Preeclampsia - eclampsia.
2. Hipertensión gestacional.
3. Hipertensión arterial crónica.
4. Hipertensión preexistente con preeclampsia.

La preeclampsia es definida como un aumento de la presión arterial por encima de 140/90, en por lo menos dos ocasiones (o elevación de la presión sistólica en más de 30 mmHg y/o diastólica en más de 15 mmHg, con respecto a los niveles basales antes del embarazo) y proteinuria mayor o igual a 0,3 g/24 h (ó 0,1 g/dL), lo cual puede ser medido cualitativamente por la reacción positiva de por lo menos 1 (+) al adicionar 1 mL de orina con una gota de ácido sulfosalicílico en dos muestras de orina al azar. La preeclampsia se presenta en general después de la semana 20 de gestación, pero es más frecuente al final del embarazo. ⁽⁴⁾

Se determina como una enfermedad hipertensiva a la que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria. Inusualmente en los casos de hídrops o enfermedad trofoblástica gestacional, la hipertensión puede aparecer antes de las 20 semanas. Se considera preeclampsia grave cuando existe una PA sistólica ≥ 160 mmHg y/o una PA diastólica ≥ 110 mmHg con proteinuria, o si existe hipertensión asociada a proteinuria grave (≥ 2 g en orina de 24 h) ⁽¹⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal. Ello se asocia a isquemia placentaria desde mucho antes de la aparición del cuadro clínico, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual sustitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria ⁽⁷⁾.

En preeclampsia, hay una invasión trofoblástica incompleta (defecto en la implantación o placentación). Con una invasión tan superficial solo los vasos deciduales, pero no los vasos del miometrio, quedan revestidos por citotrofoblastos endovasculares. Las arteriolas miometriales los que son más profundas no pierden su recubrimiento endotelial y tejido musculoelástico. Esto genera un aumento de la resistencia placentaria y, posteriormente, alteración del intercambio gaseoso y nutricional fetal ⁽¹⁰⁾.

La fisiopatología de la preeclampsia se inicia con una placentación deteriorada, que lleva a un estrés oxidativo local, lo que tiene efectos a nivel fetal y puede producir retardo del crecimiento. Asimismo, hay un cambio en la liberación de factores de daño endotelial como el sFlt-1, que produce cambios en la respuesta inflamatoria sistémica materna, en la función endotelial y en los signos clínicos ⁽¹⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vía de desarrollo. En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33% ⁽¹⁴⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

La preeclampsia es la complicación médica más frecuente del embarazo. Se la ha encontrado en 1,91%, 3,3%, 4,2% y hasta 12% de los embarazos. Ananth halló en Carolina del Norte una incidencia de 3,6% y Ostlund, en Suecia, la encontró en 2,4% de los embarazos. La incidencia de eclampsia varía entre 2 y 13 por mil partos. Liu halló que la incidencia de eclampsia disminuyó drásticamente desde 12,4 por 10 000 partos en 2003 hasta 5,9 en 2009. En el Perú, los desórdenes hipertensivos leves a severos han sido encontrados desde 4,11%, 4,8%, 5,36%, 6,6%, 7,9% hasta 10,8% en gestantes que acuden a hospitales peruanos. La eclampsia ha sido hallada en 2,8 por mil hasta 7,9 por mil nacidos vivos ⁽¹⁷⁾.

Factores de riesgo

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, primigravidas, la desnutrición y la pobreza, el bajo nivel de instrucción, las gestaciones múltiples, el embarazo molar, las mujeres diabéticas o con lupus eritematoso ⁽¹⁴⁾.

Dentro de los factores de riesgo para la preeclampsia, mencionan los antecedentes familiares de preeclampsia, hipertensión crónica sistémica, enfermedad renal, diabetes mellitus, obesidad, edad mayor a 40 años, antecedente de preeclampsia previa, embarazos gemelares y variables sociodemográficas como lugar de nacimiento, lugar de residencia ⁽¹⁸⁾

Entre esta diversidad de factores se ha reportado que la preeclampsia se asocia con un antecedente previo de preeclampsia, un índice de masa corporal elevado, antecedente familiar de hipertensión, falta de control prenatal, la primiparidad, la primipaternidad y el cambio de pareja. Un estudio llevado a cabo en el Hospital Nacional 2 de Mayo, reveló que la preeclampsia se asociaba con una edad de 35 años o más, historia previa de preeclampsia y obesidad. Estudios en otras realidades han demostrado que los valores elevados de transaminasas y de



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

uricemia, y valores disminuidos de plaquetas, se asocian con la presencia y severidad de la preeclampsia⁽¹⁹⁾.

Preconcepcionales: Edad materna menor de 20 y mayor de 35 años. Historia personal y familiar de Preeclampsia. Presencia de algunas enfermedades crónicas: hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, enfermedad renal, síndrome antifosfolípido primario y otras enfermedades autoinmunes (síndrome antifosfolípido secundario), trombofilias, dislipidemia, cardiopatías. ⁽⁴⁾

Relacionados con la gestación en curso: Primigravidez. Embarazo múltiple.

Algunos autores han concluido que la obesidad materna antes del embarazo es un factor condicionante de preeclampsia. Atkinson y otros, describieron, en estudios realizados en Zimbabwe, una asociación significativa entre la obesidad materna pregestacional y la presencia de preeclampsia, observando mayor riesgo si la mujer es de raza negra y primigesta. Saftlas describe una mayor tendencia a la aparición de preeclampsia e hipertensión transitoria en gestantes con obesidad pregestacional. En el Perú existen pocos estudios al respecto. Sánchez y Villegas calcularon esta relación; por ende, estos estudios tienen sesgos que fueron evitados en el presente trabajo ⁽⁴⁾.

Vía de terminación del parto

La terminación de la gestación es un criterio que difiere entre los estudios realizados en relación con la preeclampsia grave, está dado por la edad gestacional en la que se realice el diagnóstico y el protocolo de conducta que esté estipulado en cada institución. Diferentes investigadores afirman que la inducción del parto es el modo más común de comenzar la labor del parto en los embarazos que cursan con preeclampsia grave, pues en la mayor parte de los casos el diagnóstico se efectúa antes que el cuello uterino comience sus fases de apertura, borramiento y dilatación. Todos los investigadores abogan por el parto transpelviano como vía idónea para el término de la gestación, y plantean



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

para este tipo de nacimiento frecuencias que oscilan entre el 65 y 85 % de las pacientes con preeclampsia grave; dejan la cesárea para la gestante con alguna complicación ⁽²⁰⁾.

Complicaciones maternas

Toda alteración médica u obstétrica en la mujer con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia, desde las 20 semanas de gestación hasta los 10 días posparto. Se consideró según hallazgos: desprendimiento de retina, síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopeniamodera), coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar, edema cerebral, rotura hepática. La frecuencia de las complicaciones depende de la duración de la gestación, del momento en que se inicia la preeclampsia, la presencia o ausencia de complicaciones médicas asociadas, la severidad de la preeclampsia y la calidad del manejo médico ⁽³⁾.

Complicación perinatal

Se considera a toda alteración médica que tenga el feto o neonato nacido de una madre con diagnóstico de preclampsia eclampsia desde las 28 semanas hasta el 7º día de vida. Se consideró según hallazgos: pequeño para la edad gestacional (debajo del percentil 10), peso bajo al nacer (< 2500 g), depresión neonatal (Apgar < 7 al 1'), síndrome de distrés respiratorio, prematuridad (< 37 semanas), asfixia neonatal (Apgar < 7 a los 5'), sepsis y trastornos metabólicos. Igualmente se utilizó las definiciones clásicas de mortalidad perinatal I y mortalidad materna. El efecto de la preeclampsia-eclampsia en el feto es el resultado de la disminución de la perfusión del espacio coriodecidual, que se inicia semanas antes que las manifestaciones clínicas, lo que se manifiesta en retardo del crecimiento. El riesgo del feto está relacionado, además, a la severidad de la preeclampsia y al tiempo de gestación cuando se inicia la enfermedad ⁽³⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Diagnóstico

En muchas oportunidades la primera manifestación de la enfermedad es la elevación de las cifras tensionales que generalmente es asintomática y es pesquisada en el control prenatal ⁽¹⁴⁾.

Los síntomas de la preeclampsia aparecen en la segunda mitad del embarazo, éstos incluyen la hipertensión, proteinuria, trombocitopenia, epigastralgia, disfunción hepática, fosfenos, cefalea y edema ⁽¹⁸⁾.

Los síntomas de la preeclampsia son ⁽¹³⁾:

- Normotensión previa
- Hipertensión arterial > 20 semanas de gestación
 - = 140-90
 - > 85-90 (II trimestre)
 - = 105 mm de Hg (III trimestre, parto, puerperio)
- Proteinuria: >0,3 g /24 horas y/o > 1 g en muestra aislada
- Edemas
 - Miembros superiores e inferiores
 - Generalizado
 - Persistente tras reposo nocturno
- Aumento de peso corporal = 2 kg /mes
- Hiperreflexia osteotendinosa
- Irritabilidad
- Síntomas sensoriales y viscerales diversos⁽⁶⁾



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Preeclampsia leve: Cuando existe una tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300mg hasta menor de 5 gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad⁽⁸⁾.

- Tensión arterial (TA) = 140-90 / 2 tomas; intervalo (I) = 6 horas
- Proteinuria 300 mg/orina 24 horas
- Proteinuria XXX / 2 tomas; I = 6 horas = 7 días

Preeclampsia severa: Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 5 gramos o proteinuria en 25 tirilla reactiva y presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio ⁽⁸⁾:

- Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Hemólisis.
- Plaquetas menores a 100000 mm³.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda.

La proteinuria es considerada patológica cuando la concentración de proteínas es mayor a 300 mg en orinas de 24 Hs. La magnitud de la proteinuria reviste especial importancia para evaluar severidad y progresión de la preeclampsia ⁽¹⁴⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Diversos estudios han demostrado que la determinación de proteínas en tiras de orina no correlaciona con las proteínas en orina de 24 horas en mujeres con hipertensión gestacional. Por tanto, el test definitivo para la determinación de proteinuria debe ser cuantitativo, mediante la medida de proteínas en 24 horas (21).

Actualmente, se abandonó como criterio diagnóstico el aumento de presión arterial sistólica de 30 mmHg o de presión arterial diastólica de 15 mmHg respecto de los valores en el primer trimestre del embarazo, porque la evidencia muestra que estas gestantes no son propensas a experimentar un aumento de resultados adversos durante el embarazo (10).

El edema puede expresarse en forma precoz, por un aumento de peso exagerado. La retención hidrosalina en cara, manos y región lumbosacra se instala tardíamente. Se aprecian clínicamente por la depresión que deja la presión del dedo sobre la cara interna de la tibia o el tobillo. El edema es la expresión del encharcamiento del espacio interticial: consecutivamente aparece oliguria mantenida. Cuando se presente elevación tensional durante el embarazo, aun cuando no se documente la presencia de proteinuria, si se acompaña de cefaleas, visión borrosa, dolor abdominal o alteraciones en las pruebas de laboratorio se debe considerar como muy probable la preeclampsia. La alteración hepática normalmente es subclínica aunque también puede manifestarse con náuseas, vómitos y dolor epigástrico o en hipocondrio derecho y con menos frecuencia ictericia, esto, secundario a la distensión de la cápsula de Glisson. Estos síntomas son frecuentes en la preeclampsia grave y más aun cuando ésta se complica con el síndrome de hellp (14).

Si la preeclampsia no se trata convenientemente, puede dar lugar a la eclampsia, lo que ocurre en el 1 % de los casos, manifestándose por la aparición de convulsiones en una mujer previamente diagnosticada de preeclampsia(18).

Prevención y Tratamiento



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Las preeclampsias no son todas iguales y tratarlas a todas por igual no sería la política correcta. Los esfuerzos deben ir en la dirección de identificar un subgrupo de pacientes que son las que reúnen la mayor morbilidad y esas serían las que deberían ser tratadas ⁽¹⁶⁾.

Definitivamente el tratamiento es empírico y sintomático porque no está dirigido a la causa, la cual como se sabe es desconocida. Los tres objetivos principales que se pretenden alcanzar son ⁽¹⁴⁾

1. prevenir el desarrollo de convulsiones y de esta manera, disminuir el riesgo de un ACV (accidente cerebro vascular).
2. Disminuir el vasoespasmo y de esa manera evitar que la HTA deje secuelas en la madre
3. Obtener un RN en buenas condiciones para evitar problemas en la etapa neonatal y en el desarrollo neurológico. 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 recién nacido prematuro.⁽³⁾

El objetivo primario del tratamiento en mujeres con hipertensión y preeclampsia severas es prevenir las complicaciones cerebrales, así como la encefalopatía hipertensiva y hemorragia. En el manejo de esta patología, la estabilización que se debe ofrecer a madre y feto debe incluir la prevención de eclampsia o su recidiva. Para realizar esta prevención contamos con el sulfato de magnesio. La utilización de este producto con este propósito ha sido cuestionada, sin embargo, otras experiencias y sobre todo el estudio colaborativo a doble ciego realizado en ocho países, han clarificado fehacientemente su eficacia en la prevención y control de convulsiones en muchas pacientes. Cuando se administra el sulfato de magnesio, debe ser a dosis plenas, es decir con una dosis inicial de 10 g al 50% ó al 20% IM, 5 g en cada nalga, y como dosis de mantenimiento 5 g IM cada



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

cuatro horas, siempre que el reflejo rotuliano se mantenga, la diuresis sea > 30 mL por hora y el número de respiraciones > 14 por minuto ⁽³⁾.

Manejo de la preeclampsia leve: se realizará un tratamiento en forma ambulatoria, debe alertarse a la paciente sobre los signos y síntomas de empeoramiento de la preeclampsia. Se tiene que recomendar una dieta regular, sin restricciones de sal, ni limitaciones en la actividad física. Además debe indicarse la toma de la presión arterial en forma diaria, la vigilancia del peso y los edemas como así también la realización de laboratorio de control en forma periódica ⁽¹⁴⁾.

Tratamiento de la preeclampsia leve ⁽⁴⁾:

- Hospitalización
- Reposo, de preferencia en decúbito lateral izquierdo
- Régimen completo, normosódico
- Control de signos vitales maternos y LCF cada 4 horas
- Realizar sedación con diazepam oral (5mg cada 4 horas)
- Medición del peso y la diuresis diaria
- Se deben usar hipotensores orales si la presión diastólica es mayor a 100 mmHg. Deberán usarse drogas como hidralazina, alfa metil dopa, labetalol o antagonistas del calcio.
- La dosis recomendada para la alfa metil dopa es de 500-2000 mg/día (entre 250 a 500 mgrs. c/ 6 hs).

Tratamiento de la preeclampsia grave ⁽¹⁴⁾:

- Hospitalización, en una sala oscura y aislada de ruidos
- Reposo absoluto, de preferencia en decúbito lateral izquierdo



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Régimen normosódico
- Se controlarán los signos vitales cada 4 hs, el peso materno una vez al día, la medición de la diuresis y un movidograma diario. ⁽¹³⁾
- Sedación con diazepam (dosis de ataque: 10 mgrs diluido en 10cc de dextrosa 5% EV lento)
- Sulfato de magnesio: la dosis de ataque es de 4 a 5 grs. en 500 de dextrosa recomendado al 5% a goteo libre. La dosis de mantenimiento en de 5 grs. en 500 cc de dextrosa al 5% a 35 gotas por minuto (equivale a razón de 1gr por hora). ⁽³⁾
- Durante el uso del sulfato de magnesio es necesario mantener: reflejos presentes, diuresis mayor a 25 ml/hora y ausencia de depresión respiratoria.
- Debe usarse hipotensores por vía parenteral frente a la falta de respuesta a los antihipertensivos orales
- Y se tiene que tener en cuenta siempre la posibilidad de interrupción del embarazo, siendo los criterios para la interrupción del mismo el sig.: preeclampsia leve con feto maduro (edad gestacional mayor a las 37 semanas)
- Preeclampsia severa con edad gestacional mayor de 34 semanas ⁽³⁾
- Preeclampsia severa con feto inmaduro, en que fracasa el tratamiento médico o se presenta el deterioro progresivo del estado materno (HTA severa, crisis hipertensiva)
- Evidencia de deterioro de la unidad feto placentaria, independientemente de la edad gestacional
- Presencia de eclampsia. ⁽³⁾

El control prenatal debe ser extensivo al 100% de las gestantes, que durante este control debe buscarse factores de riesgo; en aquellas en quienes se detecta,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

utilizar métodos predictivos a partir del segundo trimestre, como la prueba de rodamiento, presión arterial media y flujo Doppler de la arteria uterina, para el diagnóstico temprano e iniciar manejo igualmente temprano y adecuado ⁽³⁾.



Marco Metodológico

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo de tipo observacional, transversal, retrospectivo

Población y muestra

Universo: Embarazadas que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de Instituto de Previsión Social de enero a diciembre del 2017

Unidad de Análisis: Embarazadas que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de Instituto de Previsión Social de enero a diciembre del 2017

La muestra fue seleccionada por muestreo probabilístico aleatorio simple; mediante fichas que fueron enumeradas del 1 al 6679 y que fueron elegidas aleatoriamente mediante Microsoft Office Excel 2010®.

El cálculo de tamaño de muestra utilizando el programa EPIDAT 3.1®

Población: 6679 (Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social)

Proporción esperada: 42% ⁽¹⁾

Nivel de Confianza: 95%

Precisión: 5%

Tamaño de muestra: 375

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron las fichas clínicas (fuentes secundarias) de embarazadas que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante los meses de enero a diciembre del 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Se excluyeron las fichas incompletas de las embarazadas de acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante los meses de enero a diciembre del 2017.

Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Escala de medición	Tipo
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS			
Edad	Fecha de nacimiento.	Años	Cuantitativa discreta
Estado civil	Situación conyugal durante su embarazo	Soltera Casada Concubina Divorciada viuda	Cualitativa nominal
Procedencia	Lugar de residencia de la gestante hasta el momento de su ingreso	Rural urbana	Cualitativa dicotómica
Grado de instrucción	Nivel de estudios cursados que realizó la gestante hasta el momento de su ingreso	Ninguno Primaria Secundaria Superior	Cualitativa nominal
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL EMBARAZO			
Motivo de Consulta	Razón por la cual acude al servicio la paciente	Molestia en bajo vientre Pérdida de líquido por vagina Pérdida roja por vagina Otros	Cualitativa nominal
Control prenatal	Número de visitas médicas durante el embarazo	Si (que cantidad) No	Cualitativa dicotómica y Cuantitativa



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Edad gestacional	Edad del recién nacido, se puede medir por ecografía o por la fecha última de menstruación.	Numérica en semanas	Cuantitativa continua
Preeclampsia	Presión arterial \geq a 140/90 mmHg y proteinuria de 24 horas \geq 300 mg (o proteinuria al azar \geq 30 mg/dL), en gestantes mayores de 20 semanas.	Leve Severa	Cualitativa dicotómica
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS			
Gesta	Número de embarazos previos registrados en las fichas clínicas	Número	Cualitativa discreta
Paridad	Número de partos vaginales previos registrados en las fichas clínicas	Número	Cualitativa discreta
Cesárea	Número de cesáreas previos registrados en las fichas clínicas	Número	Cualitativa discreta
Aborto	Número de abortos previos registrados en las fichas clínicas	Número	Cualitativa discreta
TIPO DE PARTO			
Vía del parto	Vía de terminación del parto registrado en las fichas clínicas	Vaginal Cesárea	Cualitativa nominal dicotómica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y métodos de control de calidad de datos

Se solicitaron y se obtuvieron los permisos correspondientes con las autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Caaguazú y el Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Posteriormente se accedieron a las fichas del Hospital Central del Instituto de Previsión Social y se cargaron los datos en una base de Excel. La técnica se basó en la observación y revisión de la información de las historias clínicas (fuente secundaria), y el traspaso de la información al instrumento de recolección de datos que consta de cuatro dimensiones que son: Características Demográficas, Características Epidemiológicas, Características Clínicas, Terapéutica.

La construcción de la base de datos se realizó en el programa Microsoft Excel 2010®.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación, Consentimiento informado y Confidencialidad

La investigación se basa en los tres principios éticos básicos: respeto a las personas, beneficencia y justicia, establecidas en el compendio de la normativa ética para uso por los comités de ética en investigación. El mismo se constituyó mediante la observación de fuentes secundarias, por lo que previo a la ejecución del presente estudio se solicitó la autorización al Departamento de Estadística y Servicio de Archivo del Instituto de Previsión Social. Para el manejo de datos de los pacientes que serán participe del estudio, se tuvo en cuenta que sólo se tomaron los datos estrictamente necesarios para resolver los objetivos; no se tomaron datos que permitan la identificación de los participantes con el fin de salvaguardar el derecho al anonimato la información se manejó mediante códigos.

Plan de análisis de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Se cargaron los datos a una planilla de Excel® y se analizaron con el programa Stata 14.0®. Se utilizó la estadística descriptiva, proporciones, medias y desvío standart. Se elaboraron gráficos y tablas de frecuencias.

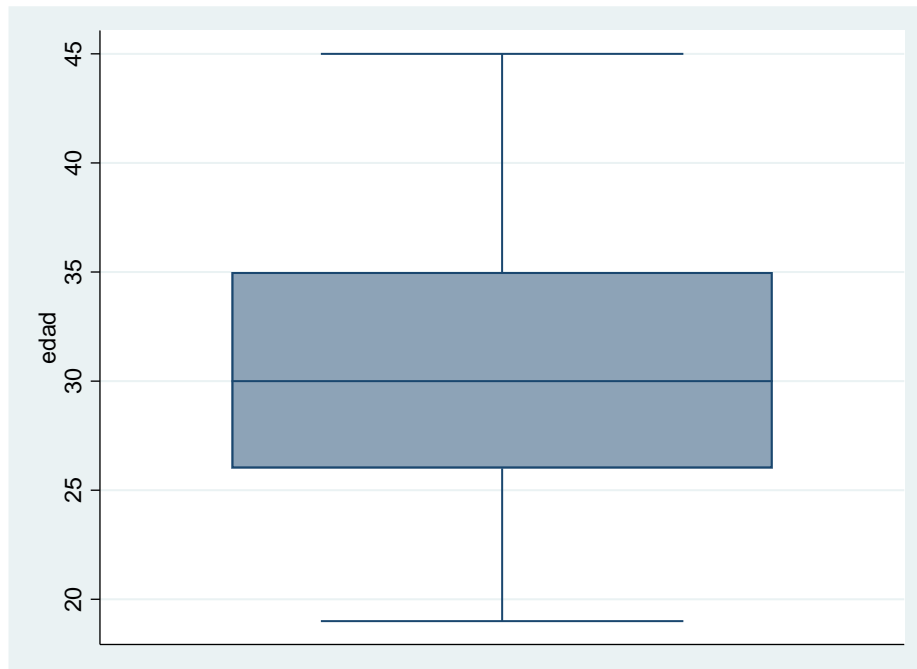


Resultados

I. Características de las participantes del estudio.

Figura 1. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según edad, 2017.

n:375



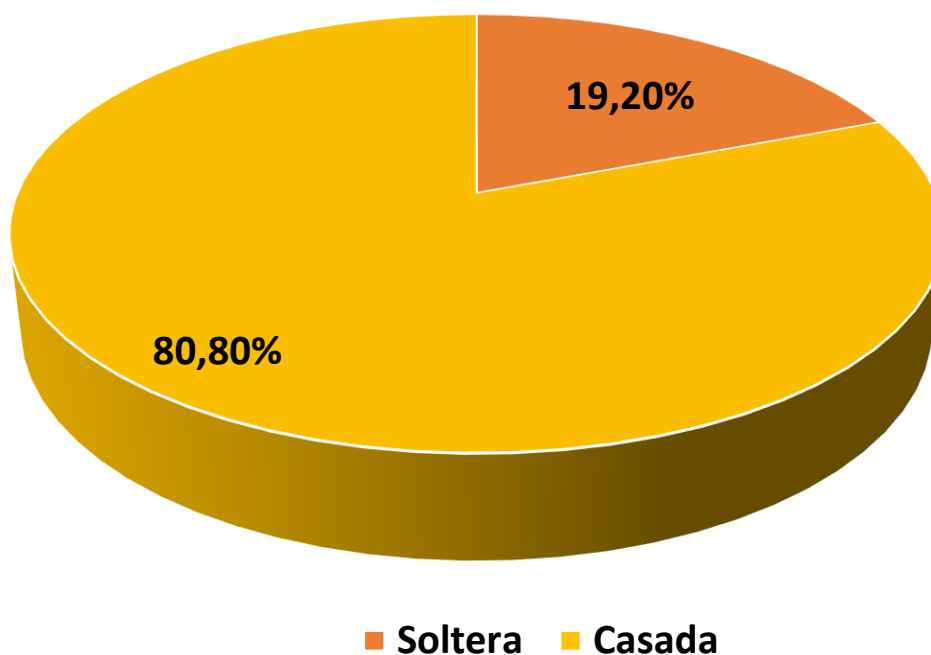
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

Con un rango de edad de 19 a 43 años. La mediana de edad de 30; y la mitad de la población está distribuida entre los 26 a 35 años, tal como se muestra en la figura 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 1. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según estado civil, 2017. n:375



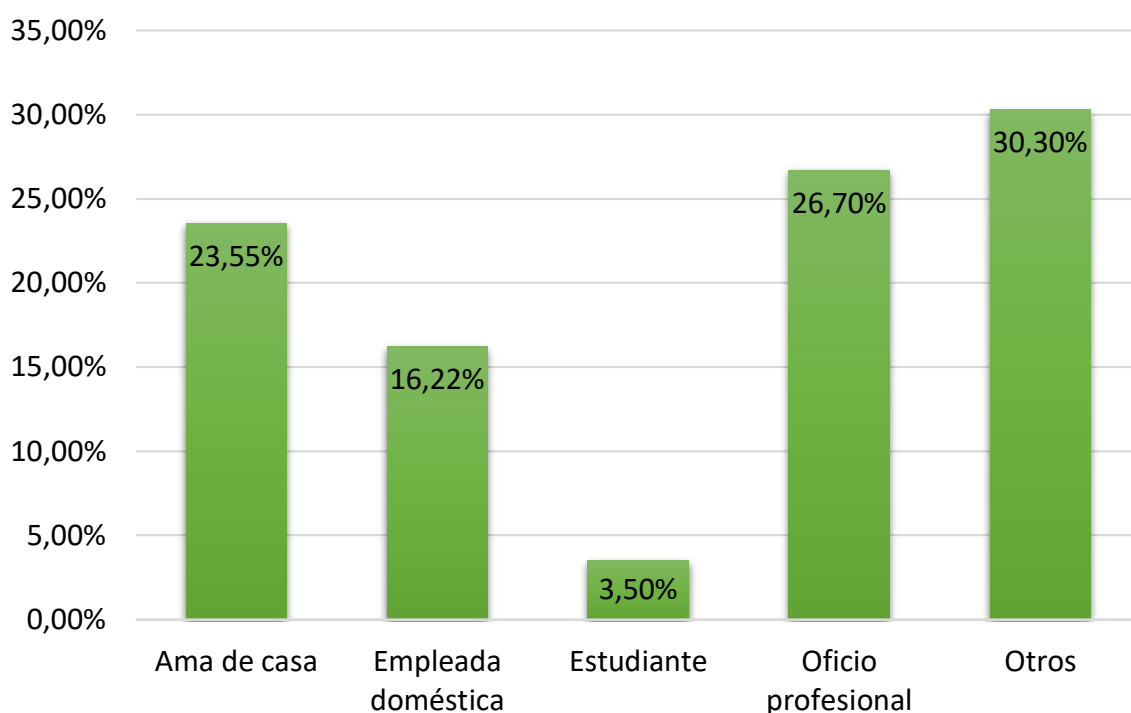
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

El 80,80% (302) de las embarazadas de estado civil casada; siendo superior a las embarazadas que están solteras



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 2. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según situación laboral, 2017. n:375



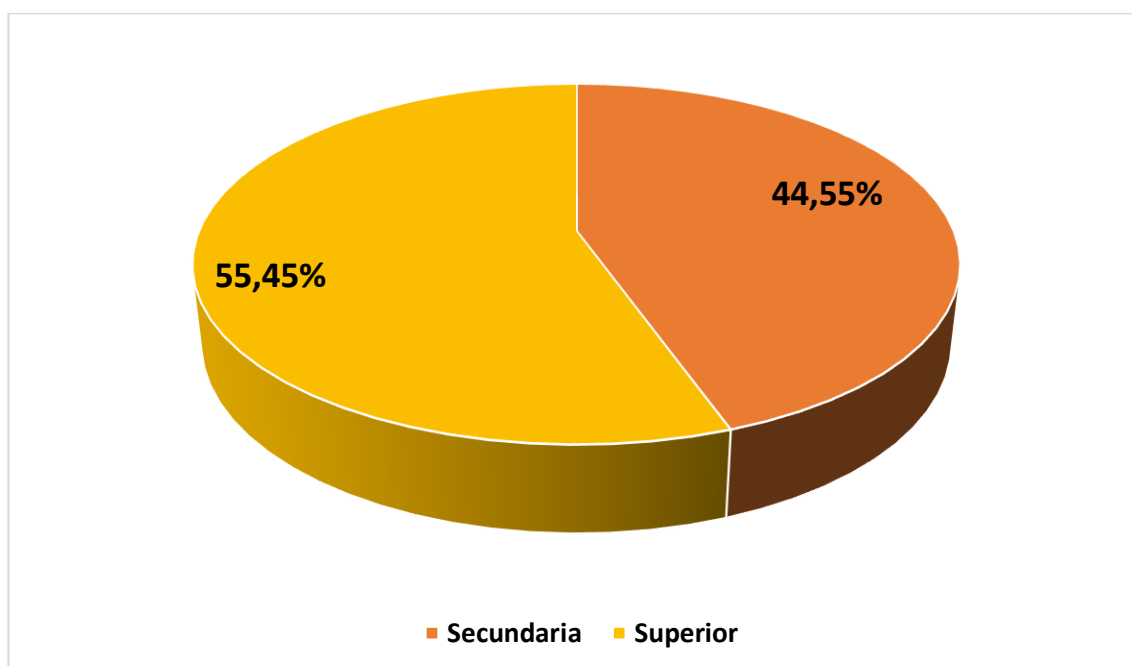
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

Hubo una distribución regular en la situación laboral de las embarazadas que acudieron al Servicio con predominio de oficio profesional (85) y otro dato determinado fueron las embarazadas que se desempeñan como amas de casa(83)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 3. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según nivel de estudio, 2017. n:375



Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

Se determinó que un 55,45% (205) de las embarazadas finalizó los estudios superiores, mientras que el 44,55% (167) de las embarazadas finalizó la secundaria



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 1. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según motivo de consulta de las participantes, 2017 n: 375

Diagnóstico de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Dolor en bajo vientre	139	37,75%
Perdida de líquido por vagina	83	22,13%
Cirugía programada	65	17,34%
Dolor de cabeza	46	12,25%
Dolor abdominal	21	5,62%
Control prenatal	15	4,03%
Pérdida de Conocimiento	2	0,55%
Dificultad respiratoria	1	0,33%

Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

Hubo una distribución regular entre los motivos de consulta de las embarazadas que acudieron al Servicio con leve predominio de molestia en bajo vientre y otro dato determinado fueron las pacientes con pérdida de líquido por vagina



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 2. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según edad gestacional en semanas, 2017 n:375

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
36 a 40 semanas	281	74,93%
31 a 35 semanas	73	19,46%
21 a 25 semanas	8	2,13%
16 a 20 semanas	7	1,86%
26 a 30 semanas	2	0,53%
11 a 15 semanas	2	0,53%
7 a 10 semanas	2	0,53%

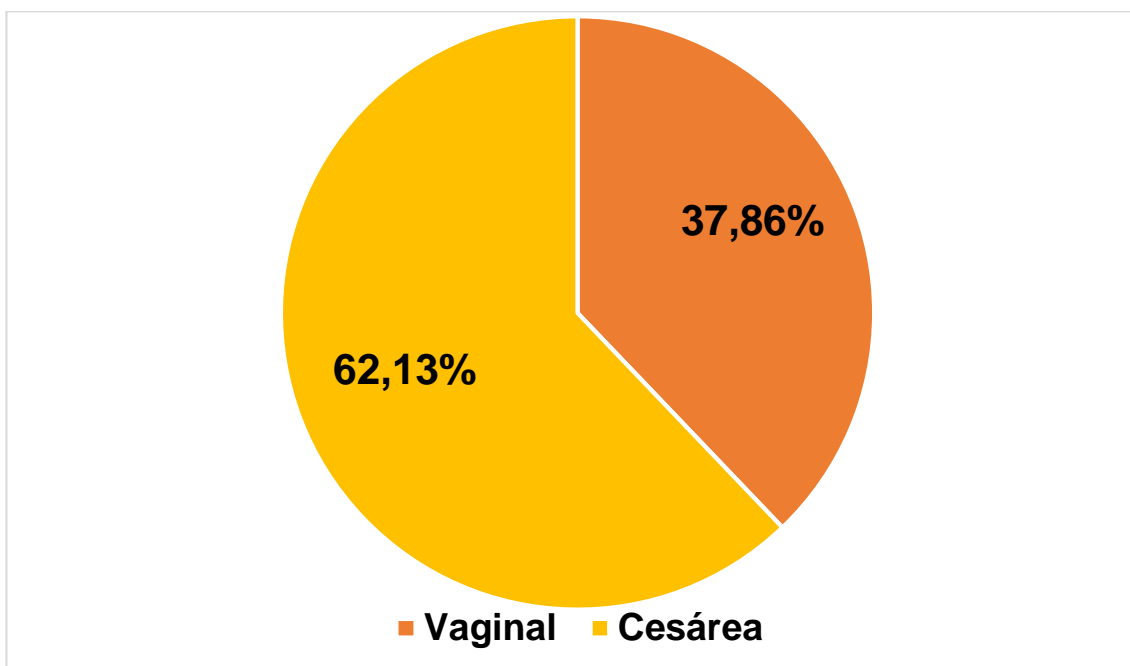
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

El 74,93% de la edad gestacional estaba comprendida entre 36 a 40 semanas y el 19,46% entre 31 a 35 semanas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 4. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según vía del parto, 2017. n:375



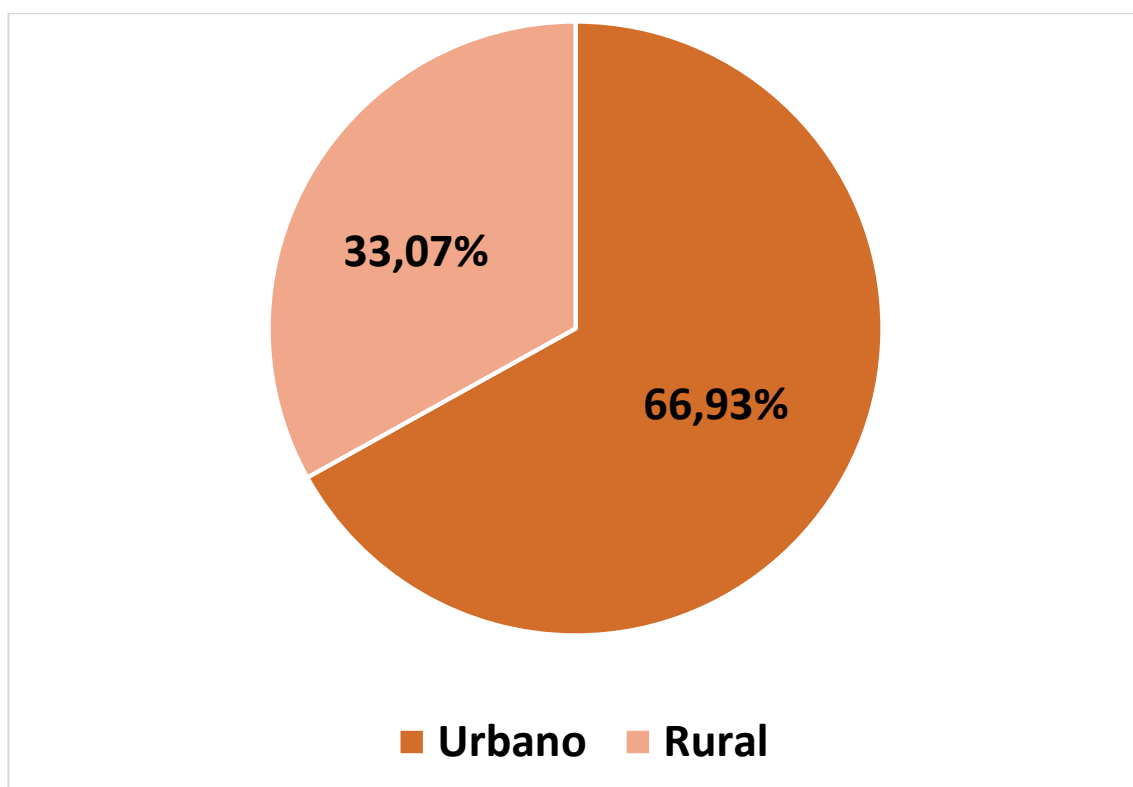
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

El 62,13% (233) de las embarazada su vía de parto fue cesárea 37,86% (142) de las embarazadas su vía de parto fue vaginal.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 5. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según procedencia, 2017. n:375



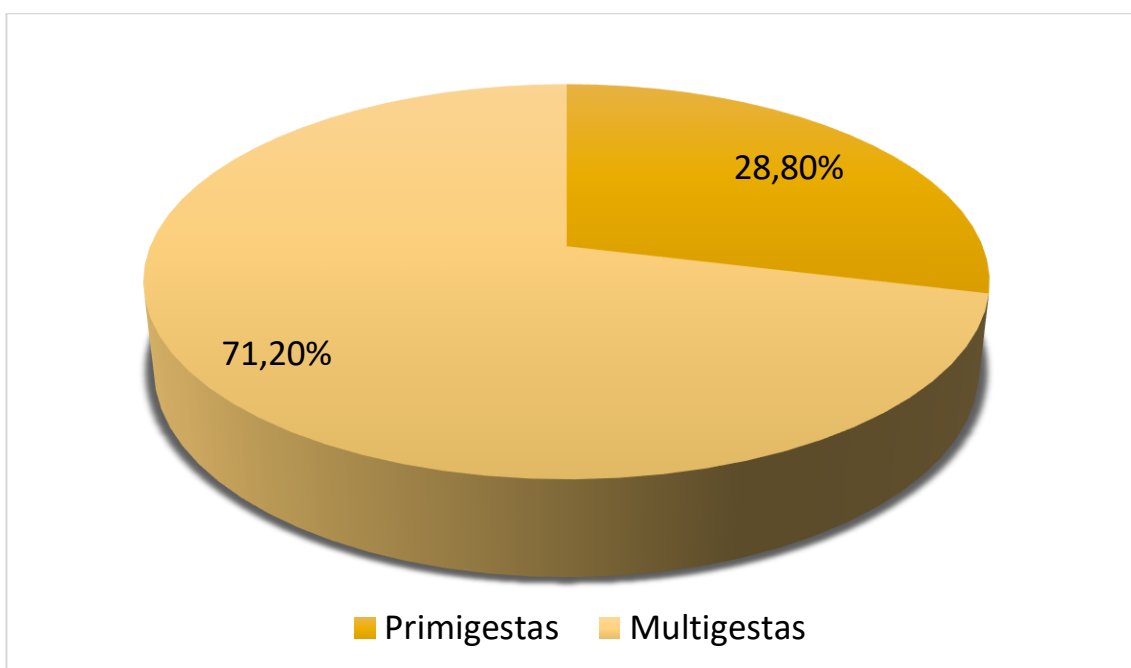
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

De las embarazadas que acudieron al servicio la mayoría eran de procedencia urbana 66,93% (251) mientras que el 33,07% (124) son de procedencia rural



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 6. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes gestacionales, 2017. n:375



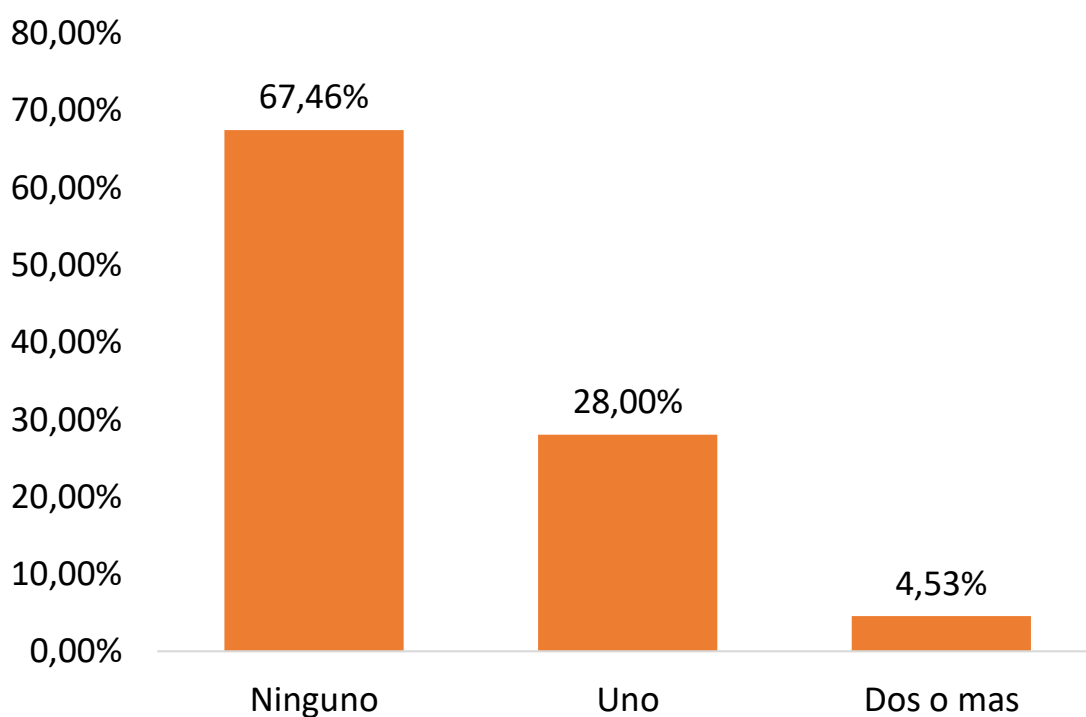
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

En cuanto a las gestaciones previas el mayor porcentaje las embarazadas fueron multigestas 71,20%(267).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 7. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes de abortos, 2017. n:375



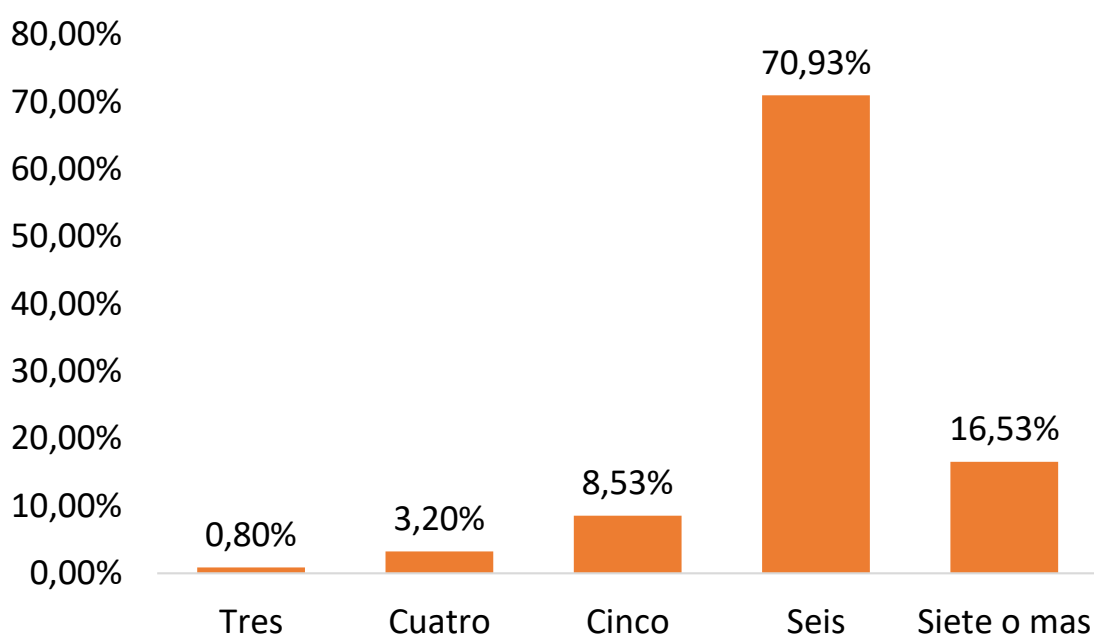
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

El 67,46%(253) de las participantes del estudio no presentó antecedente aborto previo, el 28% (105) de las mujeres tuvo un aborto, mientras que el 4,53% (19) de las participantes manifestó tener dos o más abortos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 8. Distribución de controles prenatales de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social, 2017. n:375



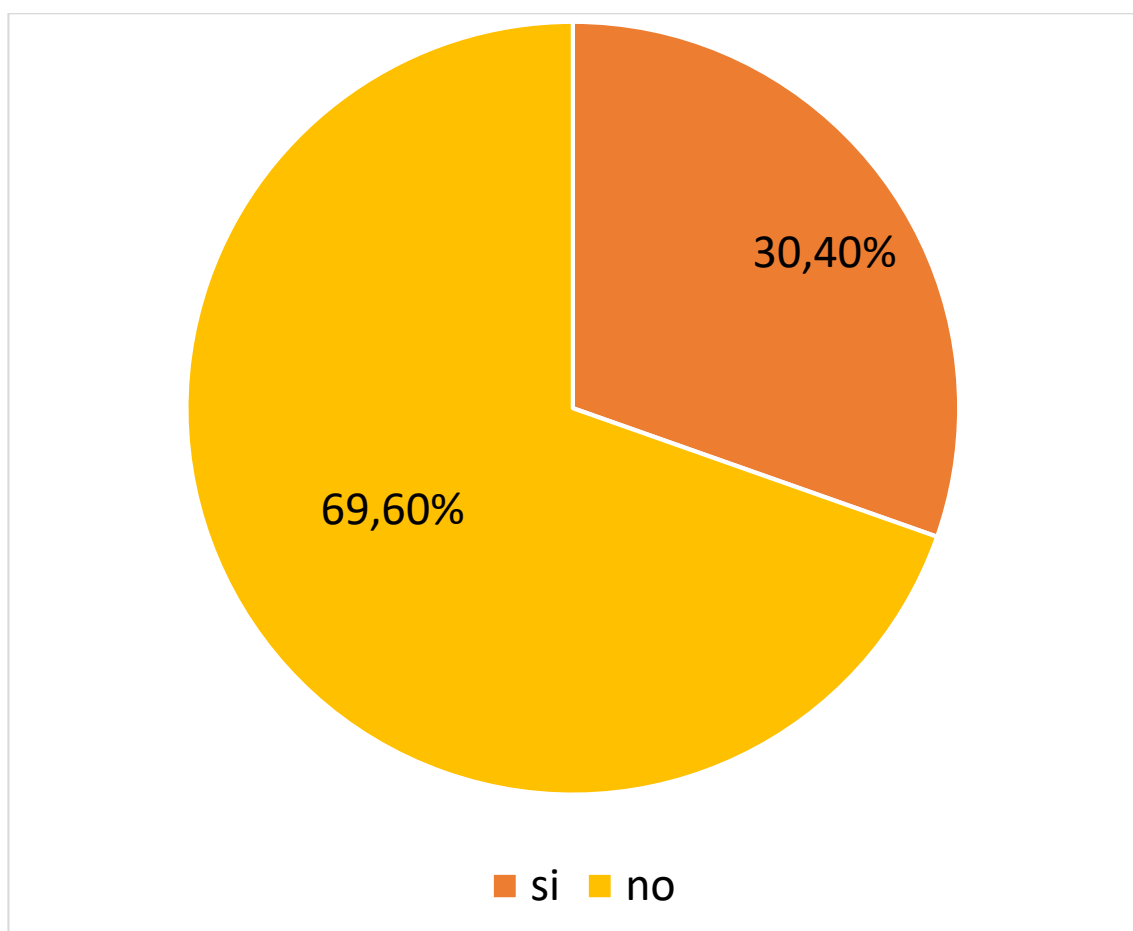
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

El 70,93% (266) de las embarazadas del estudio que se realizó seis controles prenatales y el 16,53%(64) de las embarazadas se realizó siete o más controles.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 9. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes de enfermedad hipertensiva del embarazo, 2017. n:375



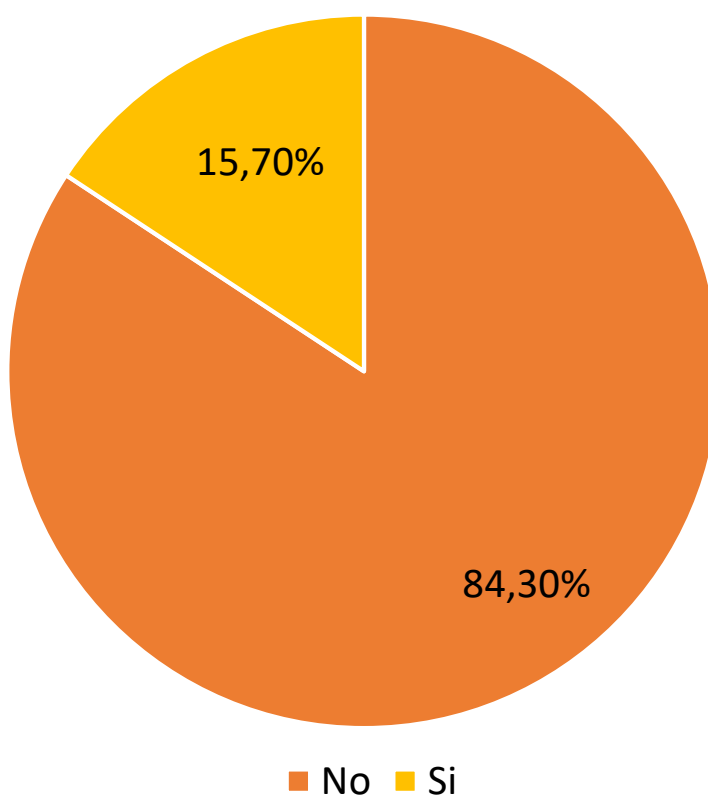
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

En cuanto a los antecedentes de enfermedad hipertensiva del embarazo no se presentó en 69,60% (261)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 10. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes de la misma en embarazos anteriores, 2017. n:375



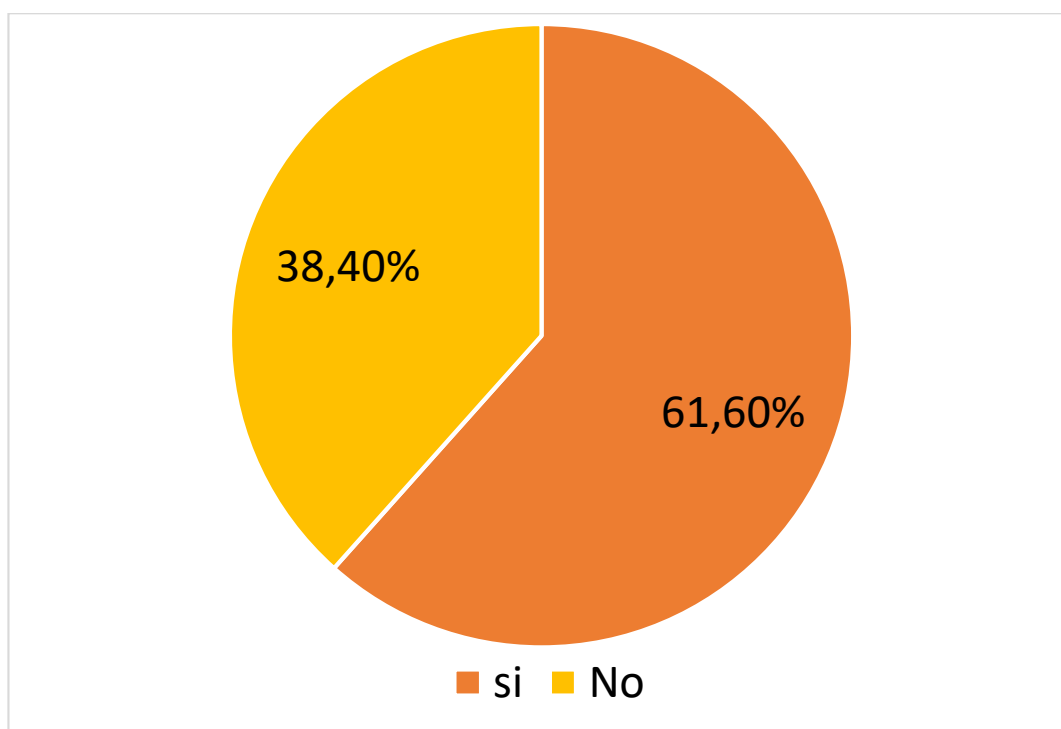
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

En cuanto a los antecedentes de preeclampsia no presentó el 84,30% (316) y en el 15,70% (59) restante si se presentó



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 11. Prevalencia de preeclampsia en embarazadas que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social, 2017.
n:375



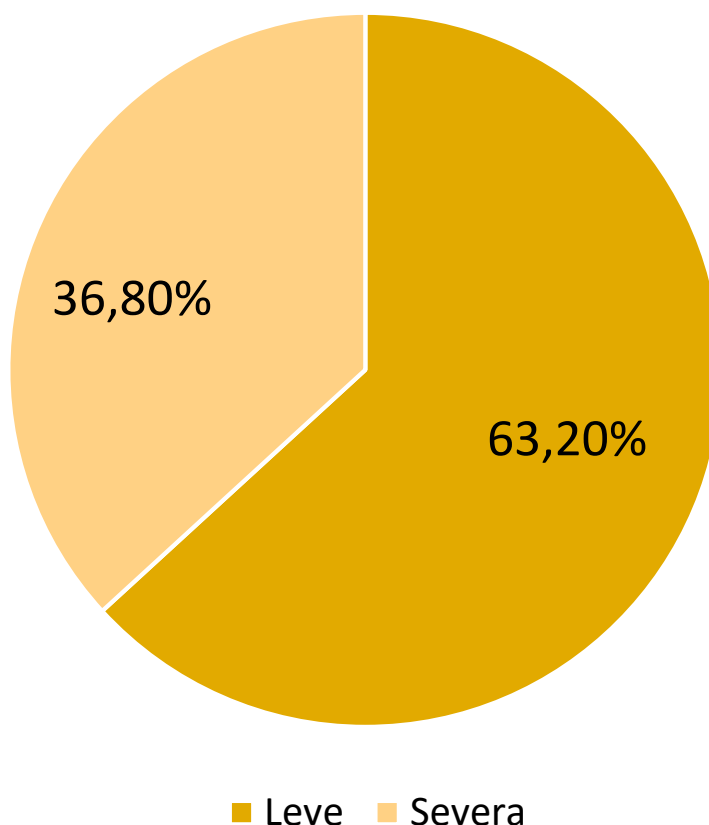
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

De las embarazadas participantes del estudio el 38,40% presentaba preeclampsia, mientras que el 61,60% de las participantes no presentó preeclampsia



II. Características de las Pacientes con Preeclampsia

Gráfico 12. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según tipo de preeclampsia, 2017. n:144



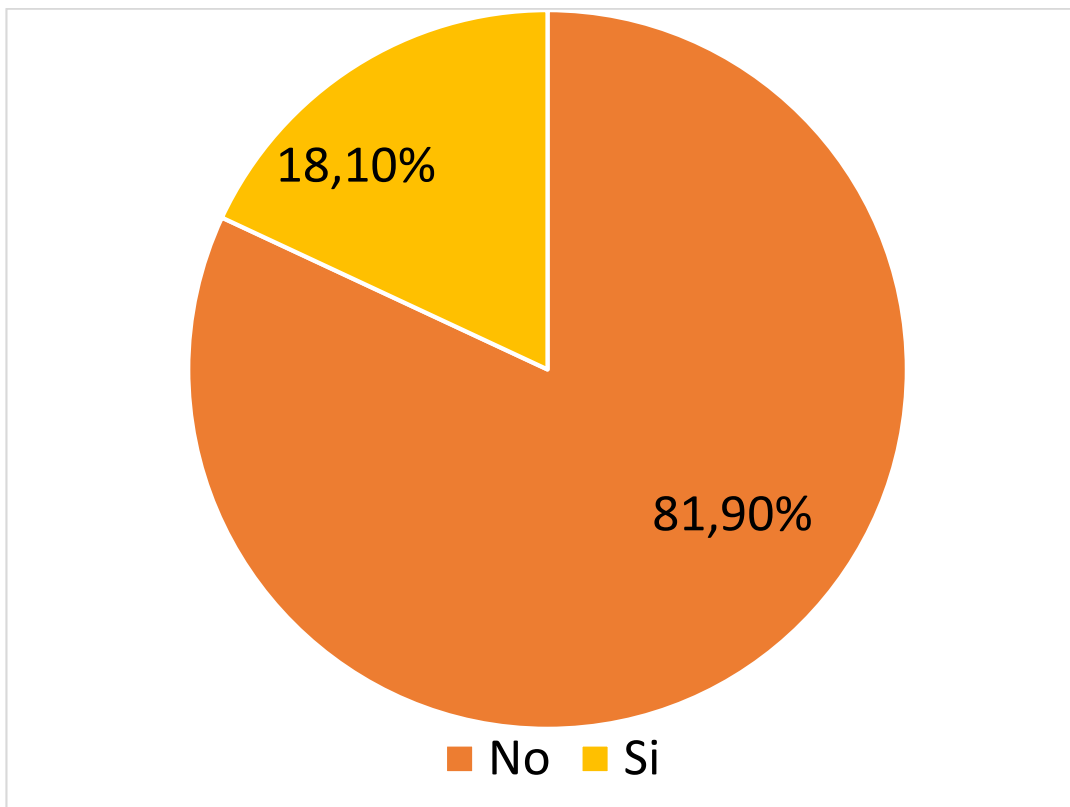
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

De las participantes del estudio que presentaban preeclampsia, el 63,20% presentaba leve, mientras que el 36,80% de las participantes presentaba preeclampsia severa.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 13. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes de hipertensión arterial, 2017. n:144



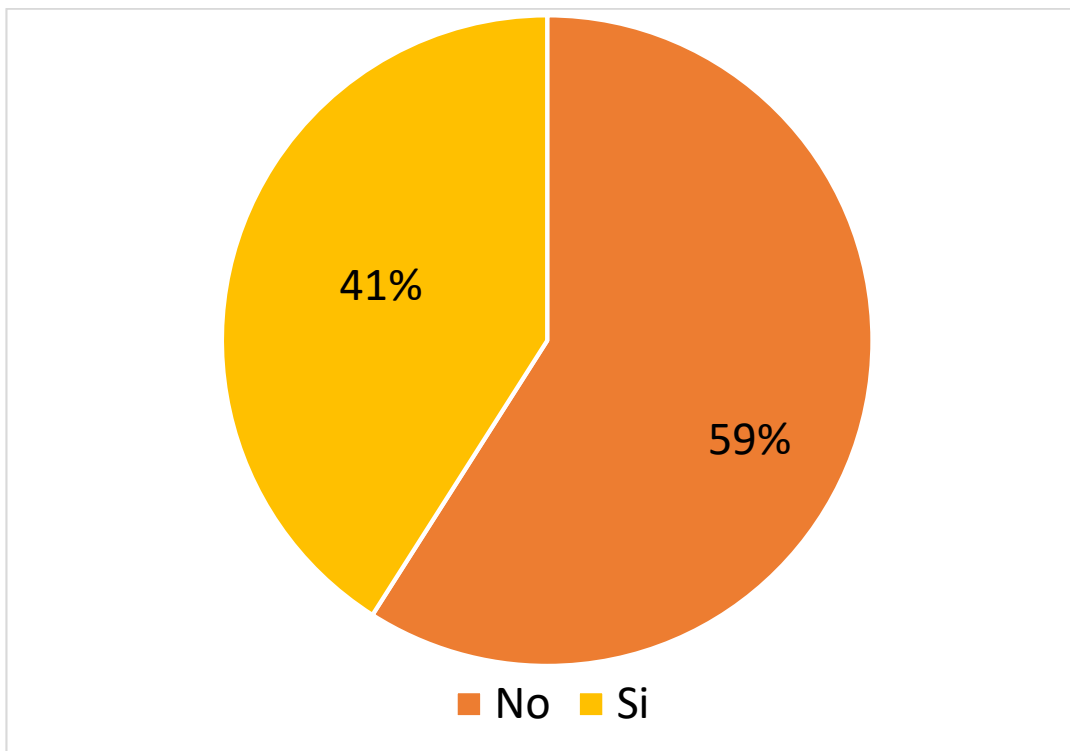
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

De las participantes del estudio que presentaban preeclampsia, el 81,90% no presentaba hipertensión arterial crónica,



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 14. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según antecedentes de la misma, 2017. N:144



Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

El 59% de las participantes del estudio con preeclampsia no presentó Antecedentes de la misma.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 3. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según complicaciones maternas presentadas, n:144

Complicaciones maternas	Porcentaje Si	Frecuencia	Porcentaje No	Frecuencia
Insuficiencia renal aguda	6,09%	10	93,91%	134
Síndrome de hellp	6,25%	9	93,75%	135
Hematoma/ruptura hepática	4,86%	7	95,14%	137
Coagulación intravascular diseminada	4,16%	6	95,84%	138
Desprendimiento de retina	3,47%	5	96,53%	139
Edema Pulmonar	2,77%	4	97,23%	140
Edema cerebral	2,08%	3	97,92%	141

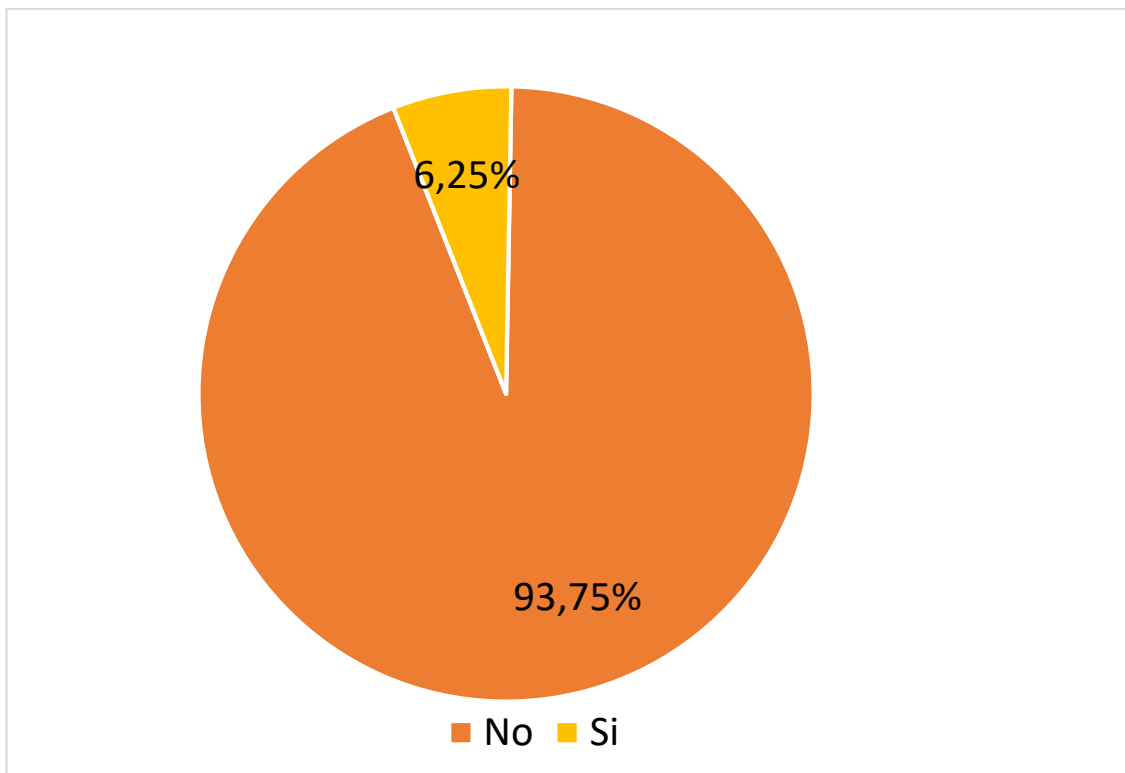
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

En cuanto a las complicaciones maternas se presentó en mayor proporción la insuficiencia renal aguda 6,09%, seguido por el síndrome de hellp en un 6,25% y el hematoma hepático en 4,86%



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 15. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según desprendimiento de placenta, 2017. n:144



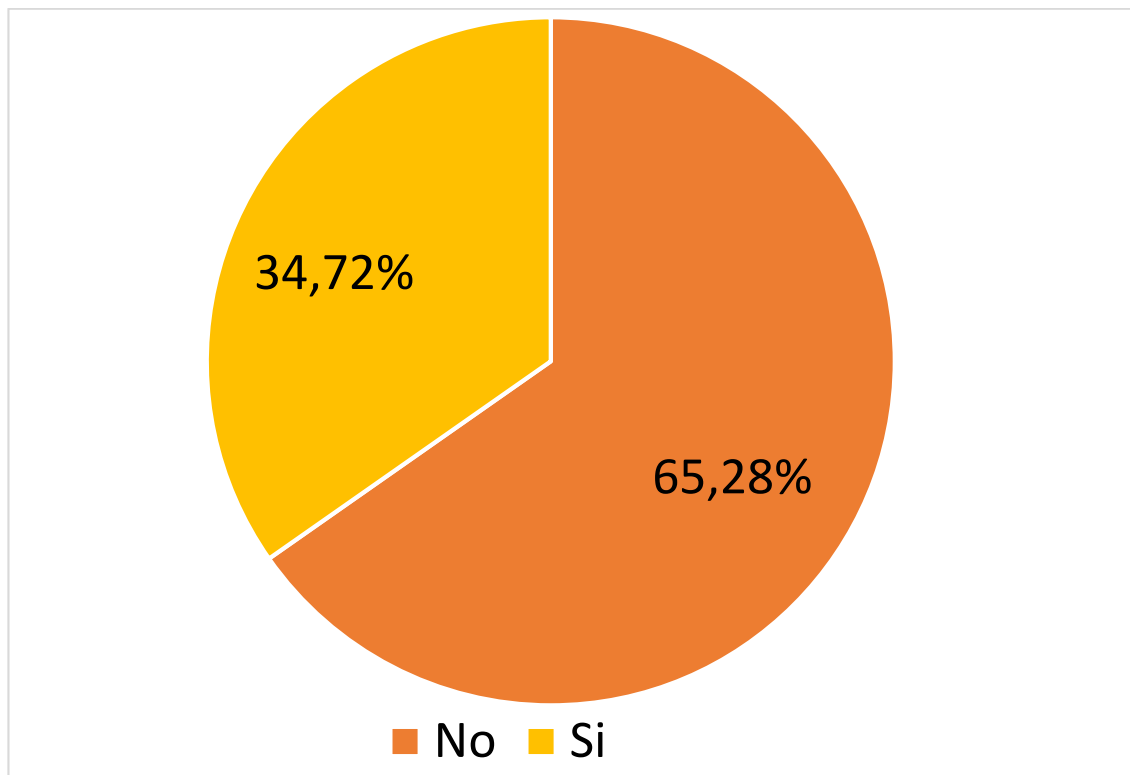
Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

El 93,75% (135) de las embarazadas que acudieron al servicio no presentaba desprendimiento de placenta.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico 16. Distribución de las embarazadas con preeclampsia del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto de Previsión Social según síntomas vasculoespasmódicos, 2017. n:144



Fuente: Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, de enero a diciembre, 2017

El 34,72% de las participantes del estudio presentó síntomas vasculoespasmódicos, mientras que el 65,28% de las mujeres no presentó síntomas vasculoespasmódicos.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Discusión

Se presentó un 38,4% de preeclampsia en las participantes de las cuales 63,2% presentaba en preeclampsia leve y 36,8% presentaba preeclampsia severa. Esto es bastante alto comparado con el estudio realizado por Moreno con una prevalencia de preeclampsia de 7,9% y Vera con una prevalencia de 4,4% ⁽⁶⁾. Así mismo el estudio realizado por Ferreira en 2013 en Paraguay arrojó una prevalencia de 3% y el estudio realizado por Huaman un 5% ⁽²²⁾. Esto podría deberse al estilo poco saludable de la población paraguaya donde la salud todavía ocupa un lugar no muy importante.

La prevalencia de preeclampsia en embarazadas adolescentes varía de acuerdo a las diferentes latitudes donde se realizaron los estudios. En Perú la prevalencia esta entre el 5 y 6%, mientras que en Ecuador el 27%, en Argentina el 2% menor aun que en otros estudios por ejemplo Rojas 66.7% ⁽⁶⁾, Agudelo 0,8% ⁽¹⁾, Balsera 1,5% ⁽²⁾, Martel 1,41% ⁽⁸⁾, Huaman 5%, Borrallas 45% ⁽¹⁰⁾, Vargas 42,42% ⁽¹⁾, Velasco 23,37 ⁽¹¹⁾. Llama la atención en Cuba con una prevalencia del 50%, teniendo en cuenta el sistema de salud bueno que tiene dicho país ⁽¹¹⁾.

El resultado de este estudio se asemeja al 42,4% de prevalencia de preeclampsia encontrado por Vargas en Perú en el año 2016 ⁽¹⁰⁾. El aumento de preeclampsia puede deberse a la manera en que vivimos en el día a día, la vida agitada, la alimentación, la falta de ejercicio, la falta de sueño entre otras cosas propias del siglo actual. ⁽¹⁰⁾

La mayor prevalencia de preeclampsia leve en el estudio 63,2% mientras solo el 36,8% presentaba preeclampsia severa, siguen las pautas descritas en otros estudios como el de Pinedo donde el 58,1% presentaba preeclampsia leve y solo el 41,9% presentaba preeclampsia severa ⁽³⁾.

Los factores que predisponen para preeclampsia en mayor grado fueron la nuliparidad en Perú (55,9%), los controles prenatales deficientes (42,4%), la



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

edad materna en Cuba (4,27%), la ganancia de peso en el embarazo (21%), y la multiparidad (20%) ⁽¹¹⁾. En este estudio el 70,93% (266) de las embarazadas del estudio que se realizó seis controles prenatales y el 16,53%(64) de las embarazadas se realizó siete o más controles por lo tanto se observa que han aumentado los controles prenatales, además solo el 2,13% fueron múltiparas. En cuanto a la edad la población de este estudio tenía una mediana de 30 años. Por otro lado, en este estudio no se estudió la ganancia de peso siendo importante incluirla en estudios posteriores. Con frecuencia, el primer signo clínico de que puede estar desarrollándose una preeclampsia es que la embarazada presenta una ganancia excesiva de peso, lo cual es particularmente importante si sucede en un corto periodo de tiempo, una ganancia de 1.360 kg o más en una semana debe alertar al clínico ⁽¹⁰⁾.

Entre los factores de riesgo el que apareció en mayor cantidad fue la Hipertensión Arterial Crónica. Morales en su estudio identifico como factores de riesgo: antecedente de violencia física, no planificación del embarazo, primigravidad, antecedente previo de preeclampsia ⁽¹⁹⁾. Ortiz menciona los factores de riesgo estudiados y que se asociaron significativamente con preeclampsia que fueron: alcoholismo, nivel socioeconómico bajo, tipo de método anticonceptivo, primigravidez y antecedente de preeclampsia en el embarazo previo⁽²²⁾.

En cuanto al estudio de Moreno la preeclampsia estuvo asociada con una edad de 35 años o más, historia de preeclampsia en el embarazo previo y obesidad considerada como el tercil más alto de los parámetros índice de masa corporal (IMC), pliegue tricípital y circunferencia braquial media en el grupo control por lo tanto las mujeres obesas deben ser cuidadosamente controladas, para reducir la incidencia de preeclampsia y sus complicaciones ⁽³⁾. En el estudio de López los factores de riesgo asociados a la preeclampsia fueron sobrepeso, obesidad, control prenatal irregular, periodo intergenésico corto o largo, antecedente de cesárea o preeclampsia en embarazo previo ⁽²³⁾.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Sobre las complicaciones maternas se encontró bastante similitud con el estudio de Quispe, R, síndrome de hellp en un 9%, la insuficiencia renal aguda 5% y el hematoma hepático en 0,8% ⁽²⁴⁾. En cuanto al desprendimiento de placenta, en el estudio se encontró que el 93,75% de las embarazadas no presentaba desprendimiento de placenta, este resultado se asemeja al de Pinedo A, quien encontró que el (97%) no presentaron desprendimiento prematuro de placenta.⁽³⁾

A pesar de las limitaciones del estudio en cuanto al tamaño de la muestra del estudio para representar a la población Paraguay, este realizó con un cálculo de tamaño muestral con un 95% de confianza. Otra limitación es que los datos fueron secundarios, es decir se accedieron a fichas de los pacientes, sin embargo, el Instituto de Previsión Social cuenta con un protocolo establecido para el diagnóstico de preeclampsia por lo que los resultados pueden considerarse valederos.

Según los datos de este estudio la prevalencia es alta, teniendo como parámetro los estudios similares y resultados anteriores de otros estudios nacionales. Para el control de la preeclampsia es necesario tener en cuenta los factores de riesgo asociados para poder prevenirla. En esto están implicados el Ministerio de Salud y los organismos del estado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Conclusión

Se presentó una alta prevalencia de Preeclampsia en las embarazadas participantes con respecto a otros estudios, de las cuales un alto porcentaje presentaba preeclampsia leve y en menor cantidad se presentó preeclampsia severa.

La mayoría de las embarazadas eran de estado civil casada. En cuanto al nivel educativo la mayoría realizó estudios superiores, aunque con respecto al oficio una gran cantidad eran amas de casa predominando los oficios profesionales.

En cuanto a la vía de terminación de parto, las participantes se realizan tanto cesárea o partos vaginales mientras que en cuanto a cantidad las cesáreas por paciente llegaron a tres mientras que para parto vaginal a cinco.

En cuanto a las complicaciones maternas se presentan en mayoría Hepáticas, Neurológicas y Renales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Recomendaciones

En cuanto a los resultados del estudio se recomienda aumentar el nivel de concienciación de las embarazadas educando sobre la preeclampsia para que mantengan un cuidado y prevención constante. A través de la educación promover los controles prenatales como método de manejo de las distintas patologías que pueden aparecer en el embarazo y que son tratables cuando son detectadas a tiempo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Bibliografía

1. López V. Prevalencia de trastornos hipertensivos en gestantes hospitalizados en el Hospital Hipolito Unanue en el periodo de enero a diciembre del 2015. Universidad Ricardo Palma. 2016.
2. Ferreira R. Prevalencia de Preeclampsia en el Hospital Regional de Ecnarnación año 2013. Estudios e Investigaciones del Saber Académico. 2016; 9(9).
3. Pinedo A, Orderique L. Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia - eclampsia. Perú Ginecología y Obstetricia. 2007; 47(1): p. 41-6.
4. Moreno Z, Sánchez S, Reyes A, Williams M. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. UNMSM. Facultad de Medicina. 2008;: p. 101-6.
5. Rojas M, del Rosario B. Prevalencia de preeclampsia severa en mujeres Adolescentes atendidas en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, año 2008. [Online]; 2010. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/159>.
6. Agudelo M, Agudelo L, Castaño J, Giraldo J, Hoyos A, Lara A. Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres embarazadas controladas en ASSBASALUD E.S.E. Manizales, 2006 a 2008. ASSBASALUD E.S.E. 2014; 2(2).
7. Análisis de la morbimortalidad materna de las pacientes con preeclampsia grave eysdhqieuudcigyo. Med Intensiva. 2011; 35(8): p. 478-83.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

8. Vera T, Eliz M, Padilla A. Incidencia y prevalencia de preeclampsia en adolescentes primigestas atendidas en el Hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito en el periodo de setiembre del 2011 a junio del 2012. 2012.
9. Martel L, Ovejero S, Gorosito I. IntraMed. [Online].; 2012.. Disponible en: http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/view/179.
10. Huamán C. Prevalencia de factores de riesgo para preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre enero a junio de 2015. Universidad Ricardo Palma. 2016.
11. Vargas V, Acosta G, Moreno M. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Chile Obstetricia y Ginecología. 2012; 77(6): p. 471-6.
12. Fescina R. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, CLAP/SMR: programa de trabajo. OPS. 2008;; p. 1-33.
13. Toirac A, Pascual V, Betancout D, Mastrapa K, Torres Y. Hipertension arterial durante el embarazo, parto y el puerperio. Medisan. 2010; 14(5): p. 0-0.
14. Avena J, Joerin V, Dozdor L, Bres S. Preeclampsia - eclampsia. Posgrado Cátedra Med-N. 2008;; p. 20-5.
15. Hernández J, Estrada A, Nares M, Casitillo O, Mendoza S, Ramírez C. Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. Perinatología Reproductiva Humana. 2013; 27(4): p. 262-80.
16. Illanes S. Medwave. [Online]; 2010. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/ConferenciasXXXX/4786>.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

17. Sanchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Perú Ginecología y Obstetricia. 2014; 60(4): p. 309-20.
18. Gutierrez J, Diaz J, Benhumea S, Marlen S, Sil P, Mendieta H. Association preeclampsia risk factors in mexiquenses women. 2016; 15(2): p. 33-42.
19. Ruiz C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. abril a junio del 2010. Perú Epidemiologia. 2011; 15(2): p. 4-5.
20. Suárez J, Gutiérrez M, Cairo V, Bravo Y, Corrales A, Tempo A. Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con preeclampsia grave. Cuba Obstetricia y Ginecología. 2009; 35(3): p. 0-0.
21. Flores M. Factores de riesgo materno de preeclampsia en mujeres en edad fértil atendidas en el Hospital Regional de Loreto durante el año 2014. 2014.
22. Morgan F, Calderón S, Martínez J, González A, Quevedo E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Ginecologia y Obstetricia Mexico. 2010; 78(3): p. 153-9.
23. López M, Manríquez M, Gálvez D, Ramírez E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Médica Instituto Mexicano de Seguro. 2012; 50(5): p. 471-6.
24. Quispe R, Quispe J, Zegarra P. Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013. Med. Panacea. 2014; 4(1): p. 3-7.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

ANEXO

Asunción, 03 de setiembre de 2018

Señora:

Dra. Laura Maria Da Silva Iramian

Presidenta del Comité de Ética

Hospital Central del Instituto de Previsión Social

PRESENTE.

Por medio del presente reciba mis cordiales saludos y a la vez comunico que el trabajo de fin de grado titulado "Prevalencia de Preeclampsia en Embarazadas que acuden al Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017", del Univ. Juan Carlos Vázquez Martínez, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Caaguazú, tiene el visto bueno y la autorización correspondiente para la ejecución de su investigación en el servicio.

Atentamente.

Dr. Rogelio Sosa Espínola

Jefe del Servicio de Obstetricia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Asunción, 20 de setiembre del 2018

Dra. Gladys Sandoval

Jefa del Departamento de Educación Médica
Docencia e Investigación del Hospital Central del IPS

PRESENTE

Me dirijo a usted y por su intermedio a donde corresponda a los efectos de solicitar autorización para el ingreso a la Dirección de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social con la finalidad de recolectar datos para el Trabajo de Fin de Grado "Prevalencia de Preeclampsia en Embarazadas que acuden al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, 2017.". El mismo será presentado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado.

Esperando una respuesta favorable, me despido de usted deseándole éxitos en sus funciones.

ATENTAMENTE

Univ. Juan Carlos Vázquez Martínez

CIN° 3.935.670

FCM- UNCA

A Dirección de Apoyo y Servicios

As/20/09/18

DIRECCION DE APOYO Y SERVICIOS	
N° <i>1656</i>	
FECH/ <i>20 SET 2018</i>	HORA <i>12:40</i>
RECIBIDO POR <i>[Firma]</i>	

A su conocimiento, con el visto bueno y autorización de esta Jefatura, atendiendo al convenio vigente entre el IPS y la UNC, a los efectos de facilitar los datos solicitados por la interesada para la elaboración de su trabajo de investigación.

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
Dra. Gladys Sandoval
E. 2282
Jefe del Dpto. de Educación Médica
Docencia e Investigación



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

A: Dpto. de Apoyo Administrativo H.C.
A su conocimiento y
trámites correspondientes



20 SET. 2018

A: Secc. Documentación y Archivo:

Favor remitir el parecer
lo solicitado.

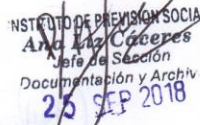
Atte



24/09/18

A: Dpto. de Apoyo Administrativo

Cuentan con el V° B° por esta jefatura para realizar lo solicitado.



A: Dirección de Apoyo y Servicios.

Se remite Informe con visto Bueno solicitado.

A: Subdirección Médica H.C.
A su conocimiento y
trámites correspondientes



25 SET. 2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



La siguiente ficha técnica será utilizada para el trabajo de investigación cuyo título es “PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA EN EMBARAZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL, 2017”; en el marco del Trabajo de Fin de Grado dentro del programa de formación de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú, Paraguay. El llenado se realizará a cargo del autor; Univ. Juan Carlos Vázquez Martínez y colaboradores capacitados para el llenado correcto del instrumento de recolección de datos en el departamento de Archivos del Hospital Central del Instituto de Previsión Social con la ficha clínica de las gestantes que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia en el período comprendido entre los meses de enero a diciembre del 2017; con fines absolutamente estadísticos y académicos, donde se respetará los criterios de confidencialidad; justicia e igualdad y no maleficencia.

Quedarán asentados únicamente los datos de interés según las variables a ser investigadas.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Nº de Ficha:

I- DATOS DEMOGRÁFICOS

1. Edad:

.....(años cumplidos)

2. Estado Civil:

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Divorciada
5. Viuda

3. Procedencia :

1. Rural
2. Urbana

4. Departamento:

- | | | |
|-------------------|--------------|------------------------|
| 1. Concepción | 2.San Pedro | 3. Cordillera |
| 4. Guairá | 5.Caaguazú | 6.Caazapá |
| 7. Itapúa | 8.Misiones | 9.Paraguarí |
| 10. Alto Paraná | 11.Central | 12.Ñe'embucú |
| 13. Amambay | 14.Canindeyú | 15.Presidente Hayes |
| 16. Alto Paraguay | 17.Boquerón | 18. Asunción (Capital) |

5. Ocupación:

1. Ama de casa
2. Empleada domestica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">3. Oficio Profesional4. Estudiante5. Otros |
|--|

II- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

6. Gesta:

7. Paridad:

8. Cesárea:

9. Aborto:

10. Edad gestacional:

11. Número de controles prenatales:
--

III- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

12. Motivo de Consulta:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Dolor en bajo vientre2. Perdida de líquido por vagina3. Cirugía programada4. Dolor de cabeza5. Dolor abdominal6. Control prenatal7. Pérdida de Conocimiento |
|--|

13. Hipertensión Arterial Crónica:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Si2. No |
|---|



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

14. Estados hipertensivos del embarazo y preeclampsia:

1. Si
2. No

15. Tipo de preeclampsia:

1. Leve
2. Severa

16. Complicaciones Maternas

1. Dolor en bajo vientre
2. Perdida de líquido por vagina
3. Cirugía programada
4. Dolor de cabeza
5. Dolor abdominal
6. Control prenatal
7. Pérdida de Conocimiento
8. Dificultad respiratoria

17. Antecedente de preeclampsia en embarazos anteriores

1. **Si**
2. **No**

18. Vía del parto

1. Vaginal
2. Cesárea