



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Incidencia de recién nacidos pretérminos en madres con
antecedentes de preeclampsia severa en el Hospital
Especializado Mariana de Jesús en el período de Mayo a
Octubre del 2016.**

AUTORES:

**Anggie Patricia Loor Viteri
Dayanara Carolina Haz Guevara**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Guido Moreno Córdova.

Guayaquil, Ecuador

05 de septiembre del 2017.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Loor Viteri, Anggie Patricia**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____
Dr. Moreno Guido Córdova.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Luis

Guayaquil, a los 05 días del mes de septiembre del año 2017.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Haz Guevara, Dayanara Carolina**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____
Dr. Moreno Guido Córdova.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Luis

Guayaquil, a los 05 días del mes de septiembre del año 2017.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Loor Viteri, Anggie Patricia**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Incidencia de recién nacidos pretérminos en madres con antecedentes de preeclampsia severa en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el período de Mayo a Octubre del 2016** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 05 días del mes de septiembre del año 2017.

EL AUTOR

f. _____
Loor Viteri, Anggie Patricia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Haz Guevara, Dayanara Carolina

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Incidencia de recién nacidos pretérminos en madres con antecedentes de preeclampsia severa en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el período de Mayo a Octubre del 2016** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 05 días del mes de septiembre del año 2017.

EL AUTOR

f. _____
Haz Guevara, Dayanara Carolina.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Loor Viteri, Angie Patricia**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia de recién nacidos pretérminos en madres con antecedentes de preeclampsia severa en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el período de Mayo a Octubre del 2016** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 05 días del mes de septiembre del año 2017

LA AUTORA:

f. _____
Loor Viteri, Angie Patricia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Haz Guevara, Dayanara Carolina.**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Incidencia de recién nacidos pretérminos en madres con antecedentes de preeclampsia severa en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el período de Mayo a Octubre del 2016** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 05 días del mes de septiembre del año 2017

LA AUTORA:

f. _____
Haz Guevara, Dayanara Carolina

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarnos de manera correcta en este largo camino.
A nuestros padres, hermanos y familiares por todo el apoyo durante nuestra
carrera universitaria.
A nuestro colega Dr. Daniel Rojas por su aporte en este estudio.

**LOOR VITERI ANGGIE PATRICIA
HAZ GUEVARA DAYANARA CAROLINA**

DEDICATORIA

A nuestros padres Ana, Óscar, Tatiana y Eduardo.

A nuestros hermanos Ivana, Jeremy y Carlos.

**LOOR VITERI ANGGIE PATRICIA
HAZ GUEVARA DAYANARA CAROLINA**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dra. Gabriela Altamirano
DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Diego Vasquez
DOCENTE DE LA CARRERA

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	4
MARCO TEORICO	4
1.1 Definición	4
1.2 Epidemiología	4
1.3 Etiología	5
1.4 Diagnóstico	6
1.5 Complicaciones neonatales	6
1.6 Efecto Económico	7
1.7 Preeclampsia como factor de riesgo para PP	8
1.7.1 Clasificación	8
1.7.1.1 Preeclampsia leve	8
1.7.1.2 Preeclampsia grave	8
1.8 Controles prenatales	9
1.8.1 Conducta recomendada para reducción de incidencia de preeclampsia.	10
1.8.2 Parto en mujeres con preeclampsia	10
1.8.3 Manejo clínico en preeclampsia severa.	11
CAPITULO II	12
MARCO METODOLOGICO	12
2.1 Diseño	12
2.2 Población	12

2.3 Variables.....	12
2.4 Instrumentos	13
2.5 Gestión de datos.....	13
2.6 Criterios bioéticos	13
CAPITULO III.....	14
RESULTADOS.....	14
CAPITULO IV.....	18
DISCUSIÓN.....	18
CAPITULO V.....	20
CONCLUSIÓN.....	20
CAPÍTULO VI.....	21
RECOMENDACIONES.....	21
ANEXOS.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	26

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características demográficas de recién nacidos pretérmino, producto de madres con diagnóstico de preeclampsia severa en el Hospital Especializado Mariana de Jesús.....	13
Tabla 2. Edad gestacional promedio, en recién nacidos producto de madres con preeclampsia severa.....	14
Tabla 3. Número de controles prenatales en madres con preeclampsia severa.....	14
Tabla 4. Correlación entre número de controles prenatales y edad gestacional.....	15

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Recién nacidos, con bajo peso y peso adecuado al nacer.....	20
Gráfico 2. Recién nacidos a término y pretérmino para la edad gestacional.....	20
Gráfico 3. Promedio de número de controles prenatales en madres con diagnóstico de preeclampsia severa.....	21
Gráfico 4. Prevalencia de cesárea y parto por vía vaginal, como vía de terminación del parto en madres con diagnóstico de preeclampsia severa.....	21
Gráfico 5. Relación entre el número de controles prenatales y edad gestacional.....	22
Gráfico 6. Distribución según la edad gestacional.....	22

RESUMEN

Objetivo: Determinar la incidencia de parto pretérmino como complicación de preeclampsia severa, en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el año 2016. **Métodos:** Estudio de corte transversal, basado en el modelo no experimental, descriptivo, el cual incluyó pacientes ingresados en el servicio de atención inmediata al recién nacido (AIRN) en el periodo comprendido entre mayo a octubre del año 2016. **Resultados:** La incidencia calculada fue del 60.3% con un registró total de 111 neonatos, producto de madres con diagnóstico de Preeclampsia severa. De esta población; predomina el sexo femenino con el 54,10% de los casos. Con relación a la edad gestacional; el 60,40% se consignó como pre termino. El promedio de controles prenatales fue de 6. Referente a la distribución según el peso al nacer; el 62,2% califico como bajo peso al nacer y la vía de terminación del embarazo correspondió en su mayoría a cesárea con 73% de los casos. **Conclusiones:** El diagnóstico de preeclampsia severa y controles prenatales inadecuados dan como complicación una mayor incidencia de recién nacidos pretérmino pequeños para la edad gestacional.

Palabras claves:

Parto pretérmino, preeclampsia, incidencia, control prenatal.

ABSTRACT

Objective: To determine the incidence of preterm delivery as a complication of severe preeclampsia at the Mariana de Jesús Specialized Hospital in 2016. **Methods:** Cross-sectional study based on the non-experimental, descriptive model, which included patients admitted to the service (AIRN) in the period between May and October 2016. **Results:** The estimated incidence was 60.3%, with a total of 111 infants born to mothers diagnosed with severe preeclampsia. Of this population; female predominates with 54.10% of the cases. Regarding gestational age; 60.40% was recorded as pre-term. The average of prenatal controls was 6. About the distribution according to the birth weight; 62.2% was classified as low birth weight and the route of termination of pregnancy corresponded mostly to cesarean section with 73% of the cases. **Conclusions:** The diagnosis of severe preeclampsia and inadequate prenatal controls complicate the incidence of small preterm infants for gestational age.

Keywords:

Preterm birth, preeclampsia, incidence, prenatal control.

INTRODUCCIÓN

Se define como parto pretérmino, a aquel que acaece previo a la semana 37 de gestación o menos de 259 días completos. (1) En términos de neonatología; se lo puede subdividir en función a la edad gestacional; en prematuros tardíos a los que nacen entre las 34 a 36 semanas, prematuros moderados a los que nacen entre las 32 y 33 semanas, muy prematuros o pretérmino severo; entre las 28 a 31 semanas y prematuros extremos; menor o igual a 27 semanas. (1) (2) Según reportes de la OMS, la tasa de partos pretérmino a nivel mundial es del 11.1% con relación al total de nacidos vivos; siendo India, el país con mayor incidencia, seguido de Nigeria y más países de África subsahariana y Estados Unidos. (3) Se ha destacado a Ecuador; en datos de la Organización Panamericana de la Salud; como uno de los 11 países con la tasa más baja de nacimientos prematuros, con una estadística de 5.1% por cada 100 nacidos vivos, el cual fue superado por Belarús con el 4.1%. (2) (3) A pesar de estos datos; el INEC, calificó la duración corta de la gestación como la principal causa de mortalidad infantil en Ecuador. (2)

La etiología multifactorial del parto prematuro espontaneo o con membranas intactas abarca infecciones; locales o sistémicas; lesiones intrauterinas vasculares o trombosis uteroplacentaria. En contraste; el parto pretérmino por intervención médica o programado, está indicado a causa de complicaciones maternas como la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes mellitus, hipertiroidismo, lupus, entre otros. (4) Estudios anteriores establecieron cifras estadísticas para el parto prematuro espontaneo; siendo estas del 72%, mientras que del 28% restante; la mitad se asoció a preeclampsia y el porcentaje residual a otras complicaciones obstétricas o pediátricas como sufrimiento fetal, restricción del crecimiento fetal, muerte fetal o desprendimiento placentario. (1) Aproximadamente el 13% de los casos de preeclampsia se

desarrollan antes de las 34 semanas de gestación, mientras que el 32% se desarrolla entre la semana 34 y 37; incrementando de esta manera, la tasa de parto prematuro programado. A pesar de las potenciales complicaciones neonatales, la preeclampsia severa se considera una indicación para la terminación inmediata del embarazo, en pro de conservar la salud materna. (5)

Actualmente, en Ecuador; en el ámbito de salud pública; la falta de controles prenatales conlleva a que las mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo leves; progresen a preeclampsia severa, y por consiguiente a la interrupción terapéutica del embarazo, elevando la tasa de incidencia de parto prematuro y sus consecuentes complicaciones, destacando principalmente la muerte infantil, la cual el 35% se da dentro del primer año. (7) Otras complicaciones neonatales que se pueden evitar con el correcto control prenatal son shock séptico, shock cardiogénico, shock hipovolémico (2) hemorragia interventricular, enfermedad de membrana hialina, enterocolitis necrotizante; a corto plazo, y déficit del desarrollo psicomotor; a largo plazo, condiciones que son verdaderos problemas de salud pública. El objetivo de este estudio es determinar la incidencia de parto prematuro como complicación de preeclampsia severa. Los objetivos específicos incluyen; analizar las características demográficas de la población estudiada, relacionar la falta de controles prenatales como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia severa y posteriormente recién nacidos pretérmino y analizar los resultados obtenidos en nuestro estudio.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 Definición

Todos los embarazos cuya interrupción se da anterior a la semana 37 de gestación o 259 días post concepcionales, son englobados dentro del término "parto pretérmino (PP)". (1)(7)

1.2 Epidemiología

La incidencia de esta condición se ha mantenido durante décadas, siendo su tasa mínimamente significativa en Ecuador. No obstante, el parto pretérmino continúa instituyendo uno de los problemas de morbimortalidad neonatal de mayor trascendencia. (7) Aproximadamente el 75% de muertes neonatales se presenta en los primeros 7 días posterior al parto, constituyendo el periodo de mayor riesgo en la vida del recién nacido pretérmino. (2)

La revisión sistemática mundial realizada por la OMS con datos expelidos en el periodo comprendido entre 1997 a 2007, estimó que específicamente en el año 2005 sobrevino 12,9 millones de partos pretérmino; es decir el 9.6% de la totalidad de los nacimientos, a nivel mundial. El 85% de estos, se concentraron en África y Asia, seguido de América latina y el Caribe con 0.9 millones, concluyendo con Europa y Norteamérica con 0.5 millones de casos reportados. (8)

1.3 Etiología

La etiopatología puede estar asociada a tres condiciones clínicas: Parto prematuro idiopático, por rotura prematura de membranas o por indicación médica o iatrogénico. (12)

Las complicaciones maternas durante la gestación extienden la posibilidad de la culminación del embarazo a cualquier edad gestacional, y por consiguiente aumenta la incidencia de parto pretérmino. Entre estos, cabe destacar frecuentemente: procesos inflamatorios, genéticos, infecciosos; como los localizados en el tracto genitourinario; anemia hipocrómica, preeclampsia, ruptura prematura de membranas, gestación múltiple o incompetencia cervical. (7) (9) (11)

El parto pretérmino constituye una entidad multifactorial, con factores de riesgo sociodemográficos como raza negra, la edad materna; mostrando mayor incidencia en pacientes menores de 20 años o mayores de 34, o el lugar de residencia; teniendo mayor impacto la zona rural, por falta de instalaciones médicas cercanas, controles gestacionales inadecuados, o información acerca del manejo de la gestación y la prevención de condiciones patológicas en el mismo. (10) (11)

Hábitos maternos como el tabaquismo; ha demostrado mayor influencia en el retraso del crecimiento intrauterino; abortos espontáneos, parto pretérmino o bajo peso al nacer; teniendo su base fisiopatológica en la vasoconstricción proveniente de la nicotina, la cual conlleva a hipoperfusión placentaria e inactivación de la hemoglobina fetal y materna.

Otras condiciones maternas que constituyen factores predisponentes importantes son las enfermedades multisistémicas crónicas; con afectación renal, vascular o endocrinológica; los antecedentes maternos de parto prematuro; el cual incrementa el riesgo en un 2.5%; trastornos hipertensivos del embarazo como preeclampsia o eclampsia, hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo;

por patología placentaria; o sobredistención uterina; por polihidramnios o embarazo múltiple. (10) (12)

1.4 Diagnóstico

La American Academy of Pediatrics y American College of Obstetricians and Gynecologists estableció como criterio diagnóstico de trabajo de parto pretérmino a: 4 u 8 contracciones uterinas en 20 o 60 minutos, respectivamente, con modificaciones cervicales de 80% de borramiento y dilatación igual o mayor a 2 cm determinado mediante tacto vaginal. (12)

Otros métodos diagnósticos incluyen la cervicometría con sus 3 técnicas de abordaje: la ecografía transvaginal, ecografía transperineal y ecografía transabdominal; siendo el método transvaginal el de mayor certeza diagnóstica, debido a que no se modifica la longitud cervical por factores como obesidad, posición del cérvix, o presentación fetal. (9)

1.5 Complicaciones neonatales

Las complicaciones más frecuentes abarcan distrés respiratorio con acumulación de líquido intrapulmonar por inactivación de los canales epiteliales de sodio; lo cual ocurre normalmente en recién nacidos a término, dificultad en la deglución y succión con posterior deshidratación y desnutrición; como resultado a la falta de desarrollo neuronal e hipotonía de los músculos oromandibulares; ictericia, hiperbilirrubinemia o kernicterus; por menor conjugación hepática de la bilirrubina y aumento del mismo en la circulación enterohepática; hipotermia, hipoglucemia; debido al déficit en procesos como la gluconeogénesis y glucogenólisis por inmadurez enzimática a nivel hepático; y sepsis. (13) (9) (2)

1.6 Efecto Económico

Los costos en atención médica para recién nacidos pretérmino son muy altos, señalando que se debe contar con la disponibilidad de Unidades de Cuidados Intensivos neonatales, cuidados especializados, incubadoras, ventiladores, medicamentos, surfactantes, personal de salud especializado, etc.

En Estados Unidos en el año 2005 el costo por recién nacido prematuro fue de \$51,600 USD, con un total anual de \$26,200 millones USD. Estos recursos fueron utilizados de los fondos destinados para el gasto de recién nacido sano. El requerimiento de Unidades de Cuidados Intensivos neonatales aumenta los costos de atención y a su vez; su ausencia; genera mortalidad y morbilidad neonatal. Hay que tomar en cuenta presupuestos en estancia hospitalaria; que para recién nacidos pretérmino fue 9 veces más prolongada, aproximadamente de 13 días; que para un recién nacido sano, que fue de alrededor de 2 días. (25)

Se necesita considerar, que en estos casos; posterior al periodo neonatal; se generan gastos en consulta externa, en re-hospitalización y en tratamientos médicos.

Se debe considerar, por otro lado, que existe una afectación en la calidad de vida del recién nacido pretérmino, sobre todo en el primer año, y que hay un gran impacto familiar en este periodo. Entre los aspectos que lo generan, tenemos constante contacto con personal de salud, admisiones hospitalarias, la necesidad de distintos tipos de terapias, transporte y cuidados especiales, etc. Son varios los factores que se necesitan analizar a fondo para poder tomar medidas en cuanto a política de salud. (26)

1.7 Preeclampsia como factor de riesgo para PP.

Los trastornos hipertensivos del embarazo abarcan pre eclampsia y eclampsia; como complicación de su mal manejo terapéutico. (14)

La preeclampsia implica una enfermedad propia de la gestación; la cual aparece en la semana 20 de embarazo; o en caso de tratarse de enfermedad trofoblástica gestacional o un hidrops, antes de esta; (19) excluyéndose su diagnóstico como tal antes de la misma. (15) (16) (18) (20) Esta patología se caracteriza por el aumento de la tensión arterial en dos tomas, mayores a 140/90 y la presencia de proteinuria mayor a 0.3 g/día, en pacientes anteriormente normotensas. (16) (17)

1.7.1 Clasificación

1.7.1.1 Preeclampsia leve

El incremento de 30 mmHg en la tensión arterial sistólica, y de 15 mm Hg en la tensión arterial diastólica se determina como preeclampsia leve; o a su vez el hallazgo de cifras de tensión arterial mayores o iguales a 140/90. Esto se debe acompañar de proteinuria de una o más cruces (++) en las tirillas reactivas; en ausencia de infección de vías urinarias, (12) o de mayor o igual a 30 mg/dl. (10) La hiperuricemia debe ser mayor o igual a 5,4 mg/dl o de mayor de dos DS para la edad gestacional.

1.7.1.2 Preeclampsia grave

Las cifras de tensión arterial sistólica de igual o mayor a 160 mmHg y de tensión arterial diastólica de igual o mayor a 110 mmHg, acompañado de proteinuria de mayor a 5 g en orina de 24 horas se denomina como Preeclampsia grave. Este cuadro puede verse asociado a oliguria menor de 400 ml en 24 horas. (10)

En la preeclampsia severa se ha postulado la interrupción del embarazo como método terapéutico de elección. No obstante, este muestra ventajas únicamente en la salud materna; mientras que en la salud fetal aumenta la incidencia de prematuridad en caso de embarazos de menor edad gestacional.

Se considera el manejo intervencionista en caso de hipertensión grave no controlada, eclampsia, trombocitopenia, enzimas hepáticas elevadas el doble de su valor normal, edema pulmonar, desprendimiento placentario, o síntomas neurológicos. Con respecto a la salud fetal; se interrumpe el embarazo con hallazgos cardiotocográficos inestables, índice de líquido amniótico < 2 cm, peso fetal <5 y onda de velocidad de flujo diastólico en reversa en la arteria umbilical. (6)

1.8 Controles prenatales

En caso de iniciarse el control prenatal en el primer trimestre; para una paciente nulípara con embarazo de bajo riesgo; se recomienda un número de diez controles. En el caso de una paciente multípara con embarazo de bajo riesgo lo que se recomienda son siete controles prenatales como mínimo. Un programa de control prenatal deficiente aumentará con mayor probabilidad la mortalidad perinatal. (21)

Es muy importante proporcionar información adecuada a las pacientes sobre la cantidad de controles necesarios para su embarazo, la duración de los mismos y su contenido, detallando las diferentes opciones de atención.

Es necesario orientar a las pacientes con un embarazo de bajo riesgo que las citas médicas de seguimiento deben ser, mensuales hasta las 32 semanas, posteriormente quincenales hasta la semana 36 y luego semanales o quincenales hasta el día del parto.

En relación a las pacientes con embarazo de alto riesgo, el número de controles debe ser superior, para poder personalizar el manejo individual de cada una. Toda gestante de alto riesgo debe ser valorada por el médico especialista, quien establecerá la frecuencia de controles prenatales según su criterio clínico y terapéutico. (21)

1.8.1 Conducta recomendada para reducción de incidencia de preeclampsia.

Se recomienda la administración de 75 a 100 mg vía oral de aspirina cada día a partir de la semana 12 hasta el día del parto en gestantes que manifiesten riesgo elevado de preeclampsia, las cuales presentarán alguna de estas características: Antecedente de hipertensión en el embarazo en gestas previas, enfermedades autoinmunes, como Lupus eritematosos sistémico y Síndrome antifosfolípídico, enfermedad renal crónica, Diabetes tipo 1 y 2 o Hipertensión crónica. (21)

Se recomienda además, la misma dosis de aspirina, con la misma frecuencia, a partir de la semana 12 hasta el parto, en gestantes con dos o más factores de riesgo moderado para preeclampsia, como los siguientes: Primera gestación, edad igual o mayor a 40 años, Intervalo intergenésico superior a 10 años, embarazo múltiple, antecedentes patológicos familiares de preeclampsia. (21)

1.8.2 Parto en mujeres con preeclampsia

Se debe ofrecer a las pacientes con preeclampsia leve a severa un manejo expectante hasta la semana 34 de gestación. En mujeres con preeclampsia diagnosticada anterior a la semana 34, se recomienda procurar parto por vía vaginal, una vez completado el esquema de maduración pulmonar con corticoterapia.

En mujeres con diagnóstico de preeclampsia severa posterior a las 34 semanas de gestación, se recomienda el parto por vía vaginal una

vez controlada la presión arterial y completado la corticoterapia para maduración pulmonar neonatal, en caso de haberse considerado su uso. (21)

1.8.3 Manejo clínico en preeclampsia severa.

Se debe administrar sulfato de magnesio intravenoso a las gestantes con preeclampsia severa, para evitar episodios eclámpticos, y como anticonvulsivante de primera elección para aquellas que cursen dichos episodios. También se indica su uso, si se propone el parto en las siguientes 24 horas. Se suministra sulfato de magnesio intravenoso en una dosis de carga de 4 g IV en 10 a 15 minutos, seguido de una infusión de 1 gr/hora durante 24 horas. Para pacientes con convulsiones recurrentes la dosis adicional es de 2 a 4 g en 5 minutos. (21)

Se recomienda en mujeres con hipertensión severa, preeclampsia severa y eclampsia, parto por vía vaginal, en caso de no presentar contraindicación obstétrica del mismo.

Es necesario en pacientes con preeclampsia severa la medición de la presión arterial cada 2 horas durante 24 horas, para un control más adecuado. (21)

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

2.1 Diseño

El estudio a realizar es de tipo transversal, basado en el modelo no experimental, descriptivo.

2.2 Población

Pacientes ingresados en el servicio de atención inmediata al recién nacido (AIRN) del hospital Especializado Mariana de Jesús en el año 2016; con diagnóstico de Recién nacido pretérmino. Los criterios de inclusión fueron: recién nacidos con edad gestacional $>$ a 28 y $<$ 37 semanas, Recién nacidos atendidos en el Hospital Especializado Mariana de Jesús, Recién nacidos de ambos sexos; masculino y femenino, Recién nacidos con peso adecuado, grande y pequeño para su edad gestacional y madres con antecedentes de Preeclampsia severa en el embarazo actual. Los criterios de exclusión comprendieron: Recién nacidos atendidos en otras instituciones de salud y pacientes que ingresan fuera del periodo establecido.

2.3 Variables

Las variables analizadas en el estudio son: Edad gestacional, peso al nacer, sexo, controles prenatales, vía de terminación del embarazo y antecedente materno de preeclampsia severa en el embarazo actual. Posterior a la aprobación del perfil de investigación, se procedió al análisis de la base de datos de los pacientes seleccionados bajo los criterios propuestos y diagnóstico de embarazo pretérmino; con el código internacional de enfermedades 10ma edición (CIE 10) O60.1;

provista por el departamento de Estadística del Hospital Especializado Mariana de Jesús.

2.4 Instrumentos

La revisión de datos en las historias clínicas de los pacientes seleccionados; extraídas del departamento de Estadística del Hospital Especializado Mariana de Jesús; será el material de estudio y estos serán ingresados en un registro de recolección de datos para su posterior tabulación y análisis estadístico.

2.5 Gestión de datos

Para el correspondiente estudio de los resultados de la investigación, se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos en relación a las variables planteadas, por medio de diversos programas como Excel y SPSS de IBM.

2.6 Criterios bioéticos

La aprobación previa de este proyecto fue estipulada por el departamento de docencia y el comité de Bioética del Hospital Especializado Mariana de Jesús; manteniéndose protegida la identidad de los pacientes elegidos.

CAPITULO III

RESULTADOS

La Incidencia de recién nacidos pretérmino en madres con diagnóstico de preeclampsia severa fue de 60.3%, tomando en cuenta el número de casos nuevos de nuestra población que presentó la enfermedad en el período de Mayo a Octubre del 2016.

Durante el año 2016, dentro del periodo establecido en este estudio, se registró un total de 111 neonatos, producto de madres con diagnóstico de Preeclampsia severa, en el servicio de atención inmediata al recién nacido (AIRN) del hospital Especializado Mariana de Jesús. De esta población el 45,90% (51) fue de sexo masculino y el 54,10% (60) de sexo femenino. Con relación a la edad gestacional; el 60,40% (67) se consignó como pre termino, mientras que el 39,60 (44) corresponden a neonatos a término. El promedio de controles prenatales realizados por las madres durante su periodo de gestación fue de 6. Referente a la distribución según el peso al nacer; el 62,2% (69) califico como bajo peso al nacer y el 37,8% (42) como peso adecuado para la edad gestacional, la media de peso al nacer fue 2561 gr con un límite inferior de 1700 gr y máximo de 4110 gr. (Gráfico 1) La vía de terminación del embarazo correspondió en su mayoría a cesárea con 73% (81) de los casos y 27% (30) concluyo como parto vaginal. (Tabla 1).

Con relación a la edad gestacional; el 60,40% se designó como pre termino, mientras que el 39,60% corresponden a neonatos a término (grafico 2); considerándose un promedio de 36 semanas de gestación, mediana de 36 (Gráfico 6) y desviación típica 2.67 con varianza de 7.13, rango de 15 con un valor mínimo de 27 y un máximo de 42 (tabla 2).

La media de controles prenatales fue 6.1 con un mínimo de 2 y un máximo de 11 con desviación típica de 2.48 (grafico 3) mediana de 5, varianza de 6.16 y moda 4 (tabla 3).

La vía de terminación del embarazo correspondió en su mayoría a cesárea con 73% (81) de los casos y 27% (30) concluyo como parto vaginal (grafico 4).

En la correlación bivariada de Pearson entre el número de controles prenatales y la edad gestacional se encontró un índice de 0.438 con significancia bilateral 0.006, $P < 0.05$ encontrando la misma relación entre edad gestacional y número de controles prenatales (tabla 4).

La dispersión de datos mantiene una relación característicamente lineal en la distribución cartesianas entre las variables edad gestacional y número de controles observando a relación proporcional entre mayor número de controles prenatales mayor edad gestacional (grafico 5).

Tabla 1. Características demográficas de recién nacidos pretérmino, producto de madres con diagnóstico de preeclampsia severa en el Hospital Especializado Mariana de Jesús.

Tabla 1.		
Características demográficas		
	NUMERO	PORCENTAJE
GENERO		
Masculino	51	45,90%
Femenino	60	54,10%
EDAD GESTACIONAL		
Promedio		36 SG
Pre termino	67	60,40%
A termino	44	39,60%
CONTROLES PRENATALES		
Promedio		6
PESO AL NACER		
Media		2561
Bajo peso al nacer	69	62.2%
peso adecuado	42	37.8%
VIA DEL PARTO		
Parto vaginal	30	27%
Cesárea	81	73%

Tabla 2. *Edad gestacional promedio, en recién nacidos producto de madres con preeclampsia severa.*

Tabla 2.	
EDAD GESTACIONAL	
N	111
Media	36.06
Mediana	36.00
Desv. típ.	2.671
Varianza	7.132
Rango	15
Mínimo	27
Máximo	42

Tabla 3. *Número de controles prenatales en madres con preeclampsia severa*

Tabla 3	
Número de controles prenatales	
N	111
Media	6.10
Mediana	5.00
Moda	4
Desv. típ.	2.483
Varianza	6.163
Rango	9
Mínimo	2
Máximo	11

Tabla 4. *Correlación entre número de controles prenatales y edad gestacional.*

Tabla 4			
CORRELACION ENTRE NUMERO DE CONTROLES PRENATALES Y EDAD GESTACIONAL			
		NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	EDAD GESTACIONAL
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	Correlación de Pearson	1	0.438
	Sig. (bilateral)		0.006
	N	111	111
EDAD GESTACIONAL	Correlación de Pearson	0.438	1
	Sig. (bilateral)	0.006	
	N	111	111

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

La incidencia de prematuridad calculada en gestantes con antecedente de preeclampsia severa en el embarazo actual, fue de 60,3%, lo cual difiere de estadísticas presentadas en otros estudios, donde la incidencia es del 7.7%, debido a que nuestro estudio engloba exclusivamente pacientes con antecedentes de preeclampsia severa. (26)

El promedio de controles prenatales realizados por las mujeres gestantes de nuestro estudio fue de 6, los cuales califican como competentes para un embarazo de bajo riesgo; donde los controles deben ser de un mínimo de 5; pero se consideran insuficientes para un embarazo de alto riesgo, en el cual el número de controles debe ser determinado por el profesional de la salud de acuerdo a los factores de riesgo presentados individualmente. (21)

Estudios de otros autores hacen referencia a los controles prenatales inadecuados o su ausencia, como un factor de riesgo concomitante para el desarrollo de preeclampsia leve, o para su progresión a preeclampsia severa o eclampsia. (22) Barreto et al., determinó en un estudio caso- control que el 61,85% de las pacientes con preeclampsia mantuvo controles inadecuados, lo cual aumento 1,5 veces más el riesgo de presentar preeclampsia severa. (22) Otro estudio propuesto por el mismo autor, reporto 108 pacientes con controles prenatales inadecuados; inferiores a 4; de los cuales 65 presentaron preeclampsia severa. (23)

Con respecto a la edad gestacional, el porcentaje de prematuridad de este estudio fue del 60,40%, lo cual es explicado por ciertos autores como el resultado de la interrupción terapéutica del embarazo. (22) Estudios anteriores describieron que aproximadamente el 50% de la muestra resulto en prematuridad, lo cual demuestra concordancia con nuestro estudio. (23) El estudio de Roman et al, lo corrobora con cifras del 70% de partos pretérmino. (24)

En relación al peso neonatal, el presente estudio reportó en su mayoría, bajo peso al nacer, en un 62.2%. En el análisis de Barreto et al. hubo más riesgo en madres con preeclampsia severa de presentar neonatos con restricción de crecimiento intrauterino; con un porcentaje de 85,7%, (22) y bajo peso al nacer, en un 24.44%. Lo cual discrepa con los datos obtenidos en nuestra investigación.

La vía de terminación de la gestación en pacientes con preeclampsia severa y síndrome de Hellp fue substancialmente por cesárea en un 73%, lo cual es concordante con dos estudios; los cuales obtuvieron estadísticas del 90.7% (23) y 70% (24) para dicha vía de terminación del embarazo.

En cuanto al sexo, el 54,10% fue femenino. No obstante, en otros estudios no hubo mayor diferencia. (23)

CAPITULO V

CONCLUSIÒN

- En el Hospital Especializado Mariana de Jesús, el parto pretérmino tiene una alta incidencia en recién nacidos de madres con diagnóstico confirmado de preeclampsia severa.
- Los controles prenatales adecuados, del mismo modo, mantienen una relación directamente proporcional con la edad gestacional. Es decir; a mayor número de controles prenatales adecuados, mayor edad gestacional del recién nacido. En nuestra población, los resultados indican que la mayoría de las madres tienen un número de controles prenatales menor de 6; considerados inadecuados para un embarazo de alto riesgo, como el que posee la muestra estudiada.
- Un gran porcentaje de recién nacidos; producto de madres con preeclampsia severa; fueron pretérmino y la vía de terminación del parto, en más de la mitad de los casos fue cesárea, mientras que un mínimo porcentaje fue por parto vaginal.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

Es necesario analizar el protocolo actual sobre diagnóstico y manejo los trastornos hipertensivos en el embarazo en el país y modificar metodología que repercutan de manera negativa en el control de la población expuesta al mitigar la importancia de diagnóstico y manejo precoz de dicha enfermedad. Se debe realizar una intervención a la población expuesta a los factores de riesgo o con diagnóstico de trastorno hipertensivo en embarazo de manera multidisciplinaria para garantizar una cobertura adecuada de salud con valoración periódica por segundo nivel de atención garantizando el manejo adecuado de dicha patología y disminuyendo los procedimientos quirúrgicos de urgencia, que interrumpen el embarazo antes de la semana 37 de gestación, y producen complicaciones en el recién nacido.

ANEXOS

Gráfico 1. Recién nacidos, con bajo peso y peso adecuado al nacer.

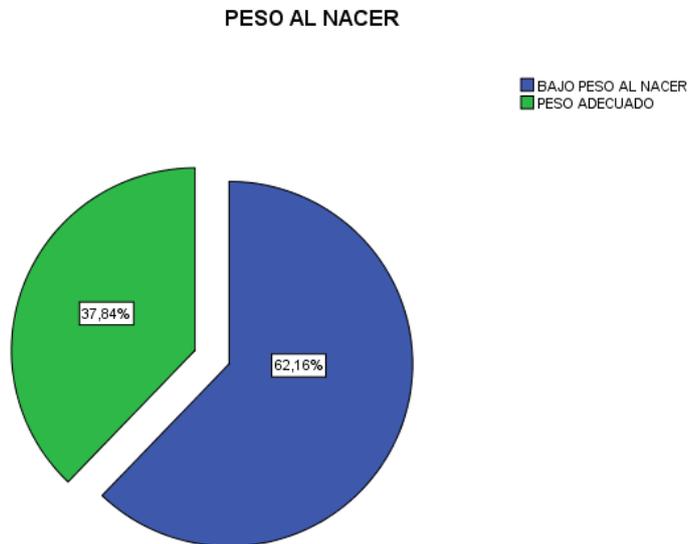


Gráfico 2. Recién nacidos a término y pretérmino para la edad gestacional.

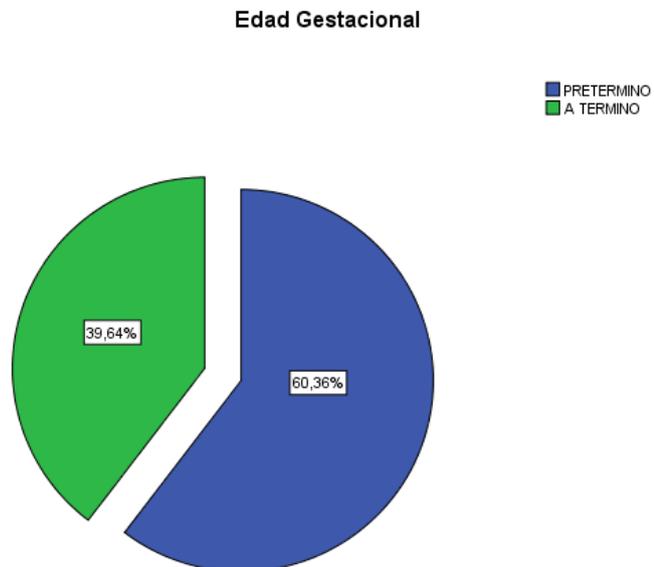


Gráfico 3. Promedio de número de controles prenatales en madres con diagnóstico de preeclampsia severa.

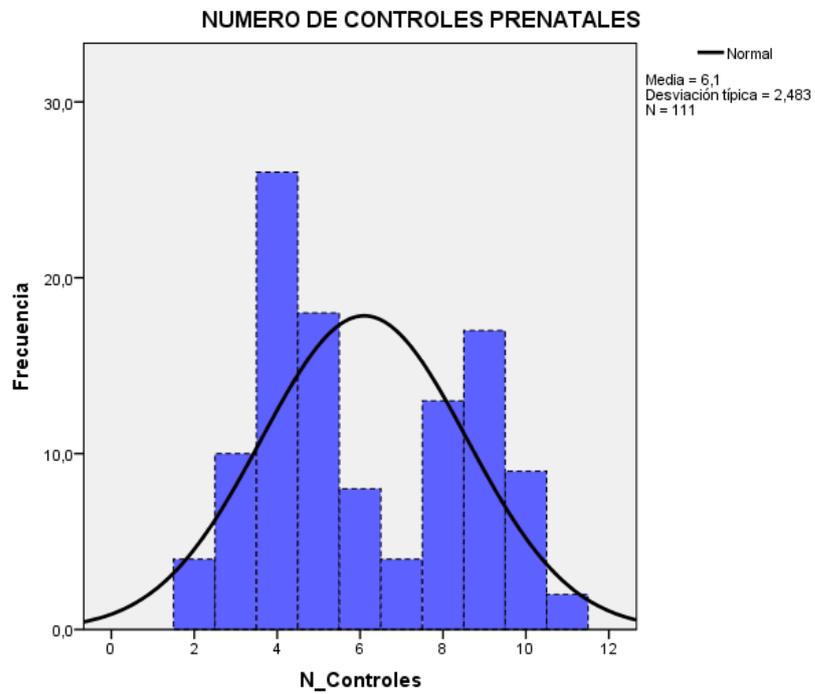


Gráfico 4. Prevalencia de cesárea y parto por vía vaginal, como vía de terminación del parto en madres con diagnóstico de preeclampsia severa.

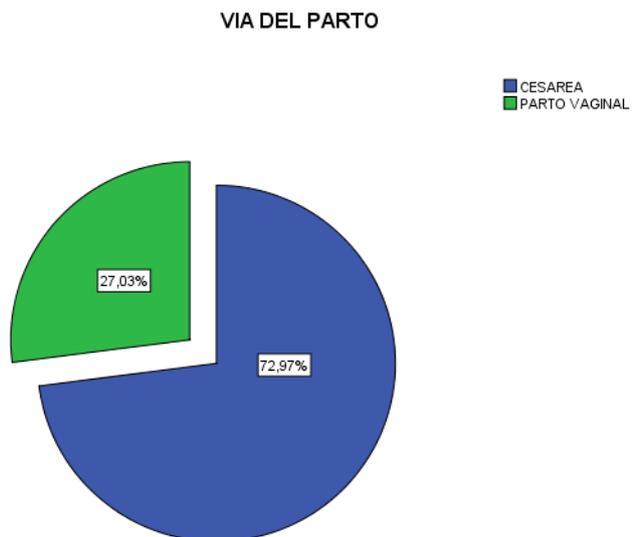


Gráfico 5. *Relación entre el número de controles prenatales y edad gestacional.*

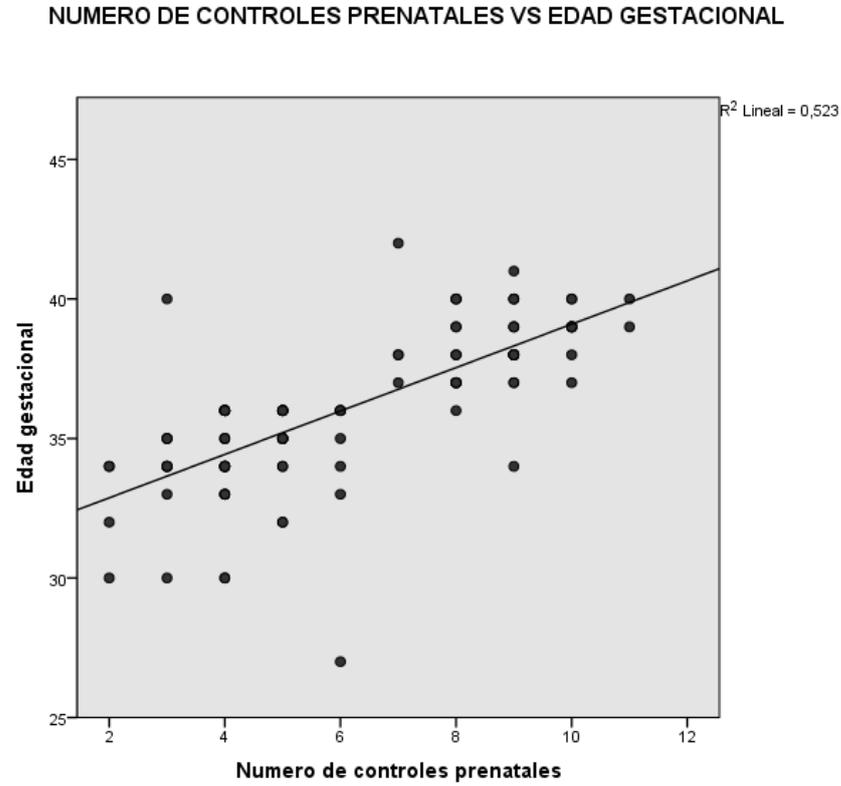
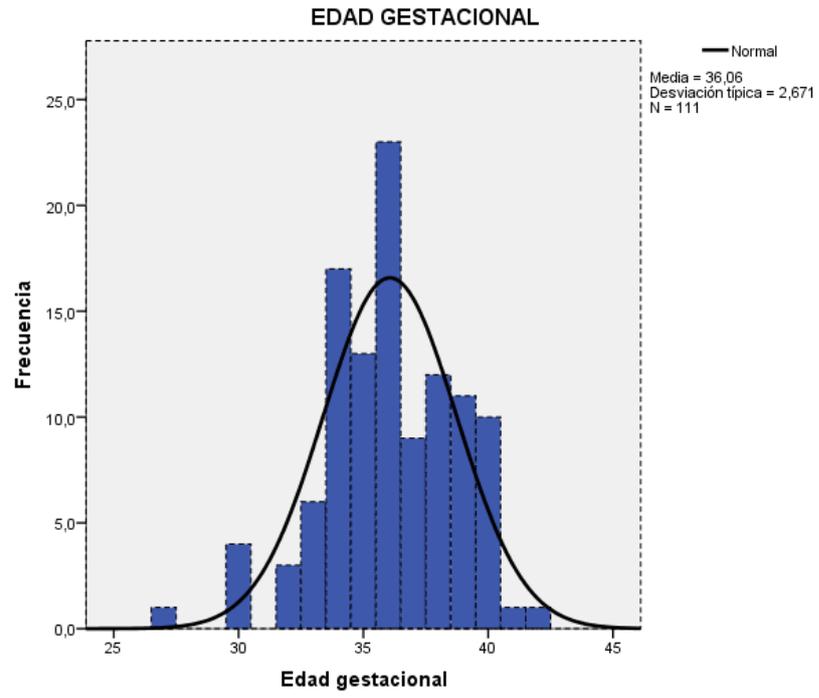


Gráfico 6. *Distribución según la edad gestacional.*



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Genes Barrios, V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev. Nac. Itauguá. 2012: 4 (2); 8-14.
1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de Práctica Clínica (GPC). Recién nacido prematuro. Primera edición. Quito. Dirección Nacional de Normatización; 2014. Disponible en <http://salud.gob.ec>
 2. WHO. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. 2012. Disponible en: www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html
 3. Alexis Palencia C. Parto prematuro. Rev Ped Col. 2009: 9 (4); 10-19
 4. José Paulo de Siqueira Guida FGS, Mary Angela Parpinelli MLC. Preterm Preeclampsia and Timing of Delivery: A Systematic Literature Review. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017; 33(03).
 5. Carlos Briceño Pérez. Liliana Briceño Sanabria. Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia severa: ¿tratamiento agresivo o expectante?. Ginecol Obstet Mex 2007;75:95-103
 6. Guillén, Juvenal Calderón, Malagón, Genaro Vega, Jorge Velásquez, Régulo Morales, Alfredo Jesús Vega. Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005; 43 (4): 339-342.
 7. Stacy Beck, Daniel Wojdyla, Lale Say, Ana Pilar Betran, Mario Meriáldi, Jennifer Harris Requejo, Craig Rubens, Ramkumar Menon, Paul FA Van Look. WHO: Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. 2010.
 8. Rivera Casas, A. Rueda Barrios, A. Diagnóstico y prevención del parto pretermino. Una actualización de la literatura. Biociencias 2017; 11 (2): 53-64
 9. Chiclayo Olaya, L. Pardo Vicente, D. "FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y GESTACIONALES ASOCIADOS AL PARTO PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL II-1 JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA, TUMBES 2010 - 2014". 2017.
 10. Jaramillo Prado, J. López Giraldo, I. Arango Gómez, F. FACTORES ASOCIADOS CON PARTO PRETÉRMINO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN MANIZALES. JULIO 2004 - JUNIO 2005. Rev Col de Obst Ginecol 2006; (57): 2; 74-81.

11. Donoso Bernal, B. Oyarzun Ebensperger, E. Parto Prematuro. Medwave 2012; 12(8): e5477
12. Sara Rubio Muñoz, Pablo Del Barrio Fernández, Ana Belén López Martín, Nuria Martín Fernández, Luis Martínez Cortés, Miguel Ángel Huertas Fernández. Neonatos pretérmino tardíos y a término precoces: una población de riesgo. Progresos de obstetricia y ginecología. 2012; 55(2): 94-99.
13. Víctor Manuel Vargas H GAA, Mario Adán Moreno E. la preeclampsia un problema de salud publica mundial. Rev Chil Obstet. 2012;77(6):471-6.
14. Jeddú Cruz Hernández PHG, Marelis Yanes Quesada AIV. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 23(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012
15. Evert Jiménez Cotesa LMS, Natalia Vargas Grisalesa CAV, Isabel Ortiz Trujillo. Preeclampsia: la evolución diagnóstica desde la genómica y la proteómica. Rev Chil Obstet Ginecol. 78(2).
16. Danilo Nápoles Méndez. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. 2016;20(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013
17. MSc. Magel Valdés Yong MsJHN. Factores de riesgo para preeclampsia. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014; 43(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000300005
18. F.J.. García Santos, C.A.. Costales Badillo, J.M.. Jimeno. Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo. Revisión de la literatura. Toko Gin Pract 2000;59:194-212.
19. Protocolos SEGO. Trastornos hipertensivos del embarazo. Prog Obstet Ginecol 2007; 50: 446-55.
20. Ministerio de Salud Pública: Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
21. Barreto, S. factores de Riesgo y resultados perinatales en la preeclampsia severa: un estudio caso control. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2003, 22 (3)
22. Barreto Rivero, S. PREECLAMPSIA SEVERA, ECLAMPSIA Y SINDROME HELLP: CARACTERISTICAS MATERNAS Y

- RESULTADO NEONATAL. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2002, 21 (1): 17- 23.
23. Roman. C. MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL EN EL SÍNDROME HELLP EN EL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA. Ginecol. obstet. 2009; 45 (3) : 202 – 204.
24. Luis Alfonso Mendoza Tascón, Diana Isabel Claros Benítez, Laura Isabel Mendoza Tascón, Martha Deyfilia Arias Guatibonza, Claudia Bibiana Peñaranda Ospina. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet Ginecol. 2016; 81 (4).
25. Ramón Minguet- Romero, Polita del Rocío Cruz- Cruz, Roberto Agull Ruiz- Rosas, Marcelino Hernandez- Valencia. Indicencia de nacimientos Pretérmino en el IMSS (2007- 2012). Gineco Obstet Mex. 2014; 81: 465- 471.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Loor Viteri Anggie Patricia**, con C.C: # **0927098475** autora del trabajo de titulación: **Incidencia de recién nacidos pretérminos en madres con antecedentes de preeclampsia severa en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el período de Mayo a Octubre del 2016** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 05 de septiembre del 2017

f. _____

Nombre: **Loor Viteri Anggie Patricia**

C.C: **0927098475**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Haz Guevara Dayanara Carolina**, con C.C: # **0950169961** autora del trabajo de titulación: **Incidencia de recién nacidos pretérminos en madres con antecedentes de preeclampsia severa en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el período de Mayo a Octubre del 2016** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 05 de septiembre del 2017

f. _____

Nombre: **Haz Guevara Dayanara Carolina**

C.C: **0950169961**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Incidencia de recién nacidos pretérminos en madres con antecedentes de preeclampsia severa en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el período de Mayo a Octubre del 2016		
AUTOR(ES)	Anggie Patricia Loor Viteri, Dayanara Carolina Haz Guevara		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Guido Moreno Córdova		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	05 de Septiembre del 2017	No. PÁGINAS:	26 p.
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Medicina Interna.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Parto pretérmino, preeclampsia, incidencia, control prenatal.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Objetivo: Determinar la incidencia de parto pretérmino como complicación de preeclampsia severa, en el Hospital Especializado Mariana de Jesús en el año 2016. Métodos: Estudio de corte transversal, basado en el modelo no experimental, descriptivo, el cual incluyó pacientes ingresados en el servicio de atención inmediata al recién nacido (AIRN) en el periodo comprendido entre mayo a octubre del año 2016. Resultados: La incidencia calculada fue del 60.3% con un registró total de 111 neonatos, producto de madres con diagnóstico de Preeclampsia severa. De esta población; predomina el sexo femenino con el 54,10% de los casos. Con relación a la edad gestacional; el 60,40% se consignó como pre termino. El promedio de controles prenatales fue de 6. Referente a la distribución según el peso al nacer; el 62,2% califico como bajo peso al nacer y la vía de terminación del embarazo correspondió en su mayoría a cesárea con 73% de los casos. Conclusiones: El diagnóstico de preeclampsia severa y controles prenatales inadecuados dan como complicación una mayor incidencia de recién nacidos pretérmino pequeños para la edad gestacional.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-4-4542933	E-mail: Anggie.loorv@hotmail.com D_aya93@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Moreno Córdova, Guido		
	Teléfono: 0996606066		
	E-mail:		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			