UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA

TRABAJO DE TITULACION PRESENTADO COMO REQUISITO PARA LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MÉDICO

AUTOR:

BAUS GARCIA CHRISTIAN ANDRES

TUTOR:

DR. RAMÓN MIGUEL VARGAS VERA MsC.

GUAYAQUIL-ECUADOR

2018

ANEXO 10

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	CHRISTIAN ANDRES BAUS GARCIA		
REVISOR/TUTOR (apellidos/nombres):	Dr. VARGAS VERA RAMON MIGUEL MsC.		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		**No. DE PÁGINAS:**	76
ÁREAS TEMÁTICAS:	GINECOLOGIA		
PALABRA CLAVES/ KEYWORDS:	PREECLAMPSIA-CESÁREA- PARTO VAGINAL- FACTORES DE RIESGO.		

RESUMEN: **Introducción**: la preeclampsia es la elevación de presión arterial con valores superiores de 140/90mmhg más proteinuria después la 20 semanas de gestación.

Método: este trabajo de investigación utilizamos un enfoque cuantitativo de corte transversal retrospectivo de forma transversal realizado en la maternidad Mariana de Jesús con una población de 509 pacientes. Se utilizó herramientas informáticas como Word-Excel-Power point Adobe Acrobat Reader - programas estadísticos como STATA.

Resultado: como resultado se observa que la vía de finalización más eficaz y utilizada en la preeclampsia es el parto cesárea, en el 2016 se obtuvo 362 paciente con cesárea con un 74% y 125 pacientes con parto vaginal con un 26%, las primigestas tienden más a sufrir preeclampsia con un 67% y las mutigesta con un 33%. En relación con los factores de riesgo las edades de las pacientes que tienden a sufrir preeclampsia son menores de 20 años con un 76%.

Conclusiones: La vía más utilizada en la finalización del embarazo en las pacientes con preeclampsia es el parto cesárea. En relación con la paridad se evidencio que la primigestas son las que mayormente presentan preeclampsia.

Palabra claves: preeclampsia-cesárea- parto vaginal- factores de riesgo.

ADJUNTO PDF:	SI [X]	NO [ ]
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono: 0992260686**	E-mail: Christian.baus2422@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	**Nombre: Universidad Estatal de Guayaquil**	
	Teléfono:	
	E-mail:	

ANEXO 11

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil,

CERTIFICACION DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado DR. JUAN PABLO PACHECO MERCHAN, tutor del trabajo de titulación "VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA." certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por CHRISTIAN ANDRES BAUS GARCIA con C.I. 0930704838**,** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MÉDICO, en la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas; ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

_____

Dr. JUAN PABLO PACHECO MERCHAN.

C.I. 0103033122

ANEXO 12

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

YO, CHRISTIAN ANDRES BAUS GARCIA CON C.I. 0930704838 certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **"**VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA. **"** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

_____

CHRISTIAN ANDRES BAUS GARCIA

C.I. No. 0930704838

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 -

Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.

ANEXO 6

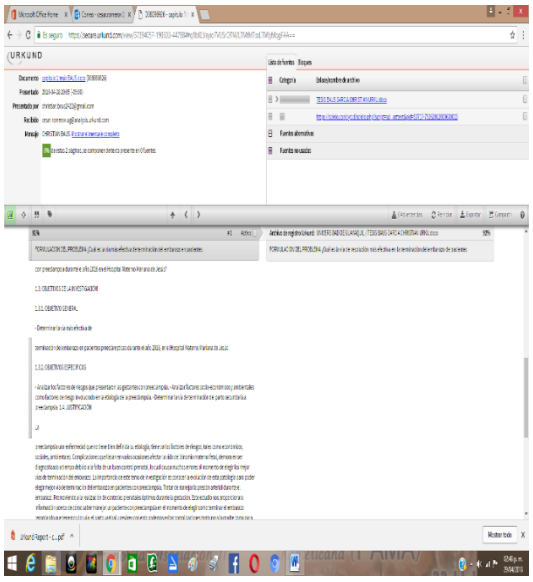
Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

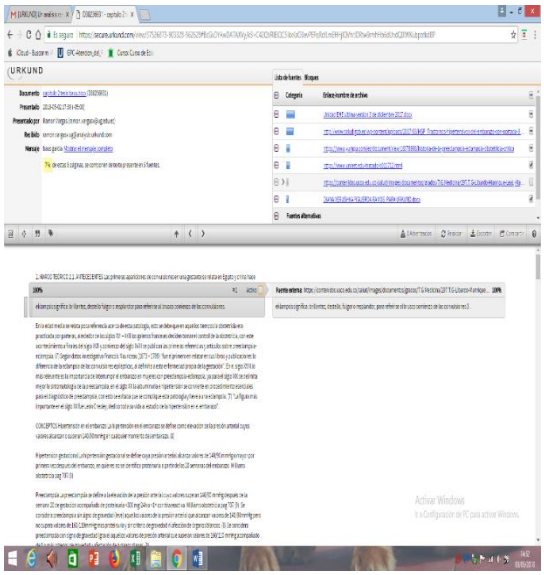
CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado. DR. Ramón Vargas, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente CHRISTIAN BAUS GARCIA CON CI: 0930704838, Con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO.

Se informa que el trabajo de titulación: **"VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA."**.Ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa anti plagió (indicar el nombre del programa anti plagió empleado quedando el 7% de coincidencia.



PRIMER CAPITULO (0%)
https://secure.urkund.com/view/37394057-190603-447884



SEGUNDO CAPITULO (7%)
https://secure.urkund.com/view/37526873-903328-562628

DR. RAMÓN VARGAS
CI: 1303903205.

ANEXO 4

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil,

Sr. Dr.
CECIL FLORES BALSECA
DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **"VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA.",** del estudiante CHRISTIAN ANDRES BAUS GARCIA CON C.I. No. 0930704838 indicando que han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que los estudiantes están aptos para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

_____
Dr. VARGAS VERA RAMON MsC.
1303903205

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada en primer lugar a Dios pilar fundamental en mi vida, gracias a él, he llegado a culminar esta linda profesión dándome las fuerzas, la sabiduría y la paciencia en este largo camino.

A mi madre con mucho cariño y aprecio le decido este logro, por haberme apoyado en todo sentido sin condición alguna, dándome su amor, su cariño y enseñándome grandes valores que lo llevare para toda la vida.

A mi abuelita persona a la que aprecio mucho, siempre confió en mí hasta en el peor momento de mi vida, brindándome sus consejos y su apoyo incondicionalmente.

A mis hijos son el motor de mi inspiración, me brindaron su alegría, sus abrazos, su amor, y sus lindas palabras “tú puedes papá”. Su ternura me dieron fuerzas cada día para seguir adelante.

A mi esposa una persona muy especial en mi vida que siempre estuvo conmigo brindándome su apoyo en todo momento y guiándome en mi tesis.

Finalmente a todos hermanos y amigos que fueron partes de este largo y duro camino.

CHRISTIAN ANDRÉS BAUS GARCÍA

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios ser maravilloso que me dio fuerza y fe en este camino.

A mi madre Ofelia García pilar fundamental en mi vida sin ella jamás hubiese conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ella el gran ejemplo a seguir y destacar no solo para mí, sino para mis hermanos y familia en general.

A mi abuelita Dolores García a quien adoró un montón por haberme apoyado siempre y haber sembrado en mí la esperanza y la superación para seguir adelante.

A mi tío Jorge García que en todo momento me apoyo a lo largo de este duro y arduo camino

A mis hijos Ezequiel, Allyson, Andresito Baus ellos son la razón de seguir luchando cada día por darme sus lindos momentos cuando más lo necesite. Sus corajes, sus celos entres ellos por competir por mi amor.

Mi eterno agradecimiento a mi compañera idónea Aracelly González persona muy especial en mi vida que siempre estuvo conmigo brindándome su apoyo, su coraje, su celos y su gran carisma.

Mi tutor Vargas Ramón quien me guió con sus conocimiento a lo largo trabajo de investigación

CHRISTIAN ANDRÉS BAUS GARCÍA

Contenido

.....II
DEDICATORIA..... VII
AGRADECIMIENTO VIII
RESUMEN.....XIV
ABSTRACT XV
INTRODUCCIÓN.....1
CAPITULO I 4
1. EL PROBLEMA.....4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 4
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....6
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN 6
1.4. JUSTIFICACIÓN.....7
1.5. DELIMITACIÓN 7
1.6. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES 8
1.7. HIPÓTESIS.....10
CAPITULO II 11
2. MARCO TEÓRICO.....11
2.1. ANTECEDENTES 11
2.2. CAMPO DE INVESTIGACION.....12
2.2.1. CONCEPTOS.....12
2.2.2. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGIA 13
2.2.3. FACTORES DE RIESGOS 14
2.2.4. EPIDEMIOLOGIA.....15
2.2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS 15
2.2.6. DIAGNOSTICO 16
2.2.7. COMPLICACIONES.....19
2.2.8 TRATAMIENTO.....20
2.2.9 PREVENCIÓN.....23
2.3. REFERENTES INVESTIGATIVOS.....24
2.3.1. MARCO LEGAL 24
2.3.2. MARCO REFERENCIAL.....24
CAPITULO III 26
3. MARCO METODOLOGICO 26
3.1. METODOLOGIA.....26

3.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO....26
3.3. UNIVERSO Y MUESTRA....26
3.3.1. UNIVERSO:....26
3.3.2. MUESTRA:....26
3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:....27
3.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:....27
3.4. VIABILIDAD....27
3.5. TIPO DE INVESTIGACIÓN....28
3.6. RECURSOS HUMANOS Y FISICOS....28
3.7. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA....29
3.8. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS....29
3.9. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS....29
CAPITULO IV....30
4. RESULTADOS Y DISCUSION....30
4.1. RESULTADOS....48
4.2. DISCUSIÓN....49
CAPITULO V....50
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES....50
5.1. CONCLUSIONES....50
5.2. RECOMENDACIONES....51
CAPITULO VI....52
6. BIBLIOGRAFÍA....52

INDICE DE TABLAS

1) TABLA # 1 VIA DE FINALIZACION DEL PARTO 30

2) TABLA # 2 EDAD DE GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA 32

3) TABLA # 3 NUMERO DE CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA 34

4) TABLA # 4 TOTAL DE PARIDAD SEGÚN GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA AÑO 2016 36

5) TABLA # 5 NIVEL ACADEMICO 38

6) TABLA # 6 PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES PREECLAMPTICAS 40

7) TABLA # 7 TOTAL GRADO DE PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA DURANTE EL AÑO 2016 42

8) TABLA # 8 NUMERO DE CONTROL DE ATENCIONES VERSUS TERMINACIONES DEL EMBARAZO 44

9) TABLA # 9 TOTAL DE EMBARAZADAS ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA DURANTE CADA MES DEL AÑO 2016 46

INDICE DE GRAFICOS

1) GRAFICO N° 1 VIA DE FINALIZACION DEL PARTO 30

2) GRAFICO N° 2 EDAD DE GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA 32

3) GRAFICO N° 3 NUMERO DE CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA 34

4) GRAFICO N° 4 TOTAL DE PARIDAD SEGÚN GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA AÑO 2016 36

5) GRAFICO N° 5 NIVEL SOCIO ECONOMICO 38

6) GRAFICO N° 6 PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES PREECLAMPTICAS 40

7) GRAFICO N° 7 TOTAL GRADO DE PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA DURANTE EL AÑO 2016 42

8) GRAFICO N° 8 NUMERO DE CONTROL DE ATENCIONES VERSUS TERMINACIONES DEL EMBARAZO 44

9) GRAFICO N° 9 TOTAL DE EMBARAZADAS ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA DURANTE CADA MES DEL AÑO 2016 46

ÍNDICE DE APÉNDICES O ANEXOS.

1) ANEXO N° 1……56

2) ANEXO N° 2……57

3) ANEXO N° 3……58

4) ANEXO N° 4……VI

5) ANEXO N° 6……V

6) ANEXO N° 10……II

7) ANEXO N° 11……III

8) ANEXO N° 12……IV

9) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES……55

10) CERTFICADO PARA OBTENCION DE DATOS……60

11) PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO……61

RESUMEN

VIA DE FINALIZACION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA

Autor: Christian Baus García

Tutor: Vargas Vera Ramón Miguel

Resumen

Introducción: la preeclampsia es la elevación de presión arterial con valores superiores de 140/90mmhg más proteinuria después la 20 semanas de gestación.

Método: este trabajo de investigación utilizamos un enfoque cuantitativo de corte transversal retrospectivo de forma transversal realizado en la maternidad Mariana de Jesús con una población de 509 pacientes. Se utilizó herramientas informáticas como Word-Excel-Power point Adobe Acrobat Reader - programas estadísticos como STATA.

Resultado: como resultado se observa que la vía de finalización más eficaz y utilizada en la preeclampsia es el parto cesárea, en el 2016 se obtuvo 362 paciente con cesárea con un 74% y 125 pacientes con parto vaginal con un 26%, las primigestas tienden más a sufrir preeclampsia con un 67% y las mutigesta con un 33%. En relación con los factores de riesgo las edades de las pacientes que tienden a sufrir preeclampsia son menores de 20 años con un 76%.

Conclusiones: La vía más utilizada en la finalización del embarazo en las pacientes con preeclampsia es el parto cesárea. En relación con la paridad se evidencio que la primigestas son las que mayormente presentan preeclampsia.

Palabra claves: preeclampsia-cesárea- parto vaginal- factores de riesgo.

ABSTRACT

FINALIZATION OF PREGNANCY IN PATIENTS WITH PREECLAMPSIA

Author: Christian Baus García

Advisor: Vargas Vera Ramón Miguel

Summary

Introduction: preeclampsia is the elevation of blood pressure with values higher than 140 / 90mmhg plus proteinuria after 20 weeks of gestation.

Method: this research work uses a cross-sectional retrospective cross-sectional quantitative approach carried out in the Mariana de Jesús maternity with a population of 509 patients. We used computer tools such as Word-Excel-Power point Adobe Acrobat Reader - statistical programs such as STATA.

Result: as a result it is observed that the most effective route of termination and used in preeclampsia is cesarean delivery, in 2016 362 patients with cesarean section were obtained with 74% and 125 patients with vaginal delivery with 26%, primigrams tend more to suffer preeclampsia with 67% and mutigesta with 33%. In relation to risk factors, the ages of patients who tend to suffer from preeclampsia are under 20 years of age with 76%.

Conclusions: The most used route in the termination of pregnancy in patients with preeclampsia is cesarean delivery. In relation to parity it was evidenced that primigrams are those that mostly present preeclampsia.

Keyword: preeclampsia-cesarean-vaginal delivery-risk factors.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es descrita hace miles de años a.c. según datos encontrado en china y Egipto aquí se describe que el termino eklampsis significa: brillantez, destello fulgor para referirse al brusco comienzo de las convulsiones. Los primeros pioneros en estudiar la obstetricia y estudiar la preeclampsia fueron los franceses.

Podemos observar que la preeclampsia es la elevación de la presión arterial cuyo valores superan 140/90 mmHg acompañado de proteinuria después de las 20 semanas de gestación, La etiología de esta enfermedad es desconocida pero muchos actores manifiestan que juega un papel muy importante la placenta, explican que de esta comienza todas las sintomatologías, entre los factores de riesgo son la Nuliparidad, embarazo múltiple, antecedente familiares de preeclampsia, antecedentes anteriores de gestación con esta patología, nivel socio-económico, nivel académico, índice de masa corporal.

La epidemiologia según la OMS la preeclampsia tiene un índice muy alto esta enfermedad afecta al 2 al 10% de las mujeres gestantes, en Latinoamérica tienes un porcentaje alto en comparación con otros continentes con un valor 22% de la población gestante sufren en su etapa de gestación preeclampsia, en nuestro país es la segunda causa de muerte, representa el 12 a 17%.

Por su sintomatología lo dividimos a la preeclampsia en 2 tipos en preeclampsia leve, preeclampsia grave.

Preeclampsia leve: elevación de la presión arterial con valores de 140/90 mmHg pero no supera la cifra de 160/110 mmhg más proteinuria después de la 20 semanas de gestación.

La preeclampsia grave es la elevación de la presión arterial con valores que superan 160/110 mmHg más proteinuria tomada de una forma cualitativa o cuánticamente.

La aparición de síntomas de focalidad neurológica central

- Fotofobia.
- Escotomas.
- Visión borrosa o diplopía.
- Ceguera cortical.(caso raros)
- Espasmo retiniano.
- Cefalea severa (discapacitante, o que no alivia con analgesia)
- Estado mental alterado
- Edema agudo de pulmón (en alguna ocasiones)

Hay sintomatología atípica de preeclampsia incluyen, Un inicio <20 semanas de gestación, Hipertensión arterial o proteinuria con o sin síntomas de preeclampsia severa, algunos de los casos desarrollan síndrome de hellp 5%, preeclampsia post parto tardío >2 días post parto.

El diagnostico se lo realiza mediante criterios clínicos y de laboratorio, en lo clínico elevación de la presión arterial, lo cual una toma correcta es antes de tomar la presión el paciente debe tener un reposo de 5 minutos y repetir la toma después de 4 a 6 horas esta toma se debe hacer 2 veces al día, otro criterio clínico es la edad gestacional debe ser más de 20 semanas, en los criterios de laboratorio esta la proteinuria una toma de una muestra de orina en 24 horas donde su valor supere los 300mg esto es en forma cuantitativa y de forma cualitativa es mediante la tirilla reactiva donde es positivo si sale más de 1+.

Las complicaciones más frecuente son la eclampsia que es la aparición de convulsiones tónica clínicas generalizadas y el síndrome de hellp es que la elevación de enzima hepática plaquetas bajas y hemolisis.

El tratamiento definitivo de la preeclampsia es la terminación del embarazo pero debemos tener en cuenta la semana de gestación, si la gestante esta en menos de 34 semanas debemos tener un tratamiento conservador y tratar de madurar los pulmones con corticoides, si está en 34 hasta 36 semanas es tratar que el embarazo llegue a las 37 y terminar el embarazo, si el embarazo tiene más de 37 semanas la primera opción es terminar el embarazo tenemos dos vía, el parto vaginal y la cesárea teniendo en cuenta que la primera opción en el parto vaginal pero si dentro de las primeras 24 horas no se puede terminar el embarazo por esta vía entonces acudimos a la cesárea. Recordemos que a toda paciente con preeclampsia se debe administrar sulfato de magnesio con dosis de impregnación y de mantenimiento, controlar los reflejos osteotendinosos, el gasto urinario y la frecuencia respiratoria. Saber que el antídoto para el sulfato de magnesio es el gluconato de calcio.

La mejor prevención es tener un óptimo control prenatal y un buen control de la presión arterial mediante una mejor dieta y fármacos antihipertensivo oral.

Por todo lo comentado nuestro objetivo de estudio es determinar la vía más efectiva de terminación de embarazo en pacientes preeclámpticas en el año 2016 en la maternidad mariana de Jesús

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las enfermedades que más afecta a mujeres en etapa de gestación a partir de la semana 20 es la Preeclampsia cuya enfermedad tiene muchas complicaciones tanto para la madre como para el producto. La definición de esta patología hace referencia a la elevación de la presión arterial y la aparición de proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

"Preeclampsia presión arterial > 140/90 mmHg después de la 20 semana de gestación y proteinuria > 300mg / 24 H o > 1+ con tira reactiva" **Williams obstetricia 23ª edición pag. 707**

A nivel mundial esta enfermedad es un gran problema alcanzando cifras elevada de incidencias más en países en vía de desarrollo. Esta patología alcanza la tercera causa de muerte materna "según datos estadísticos de la OMS" (1)

Para la OMS la preeclampsia tiene una incidencia alrededor de 2 al 10 % que afecta a mujeres en etapa de gestación estos números se elevan más en países en vía de desarrollo alcanzando cifra de 1 de cada 100 embrazado sufre o llega a desarrollar preeclampsia y muchas veces llegan a su complicación que es la eclampsia o un síndrome de Hellp. En algunos países como Sudáfrica, Nigeria, Egipto, Tanzania, su tasa de incidencia alcanza cifra de 1.8 a 7.1% (2).

En Latinoamérica en un estudio realizado por preeclampsia foundation afecta 22% de la población, un índice demasiado alto comparando que otros continentes como África y Asia se ven afectado solo un 12 a 16 %. (3)

En nuestro país Ecuador un estado en vía de desarrollo donde la falta de educación sexual y falta de planificación familiar y muchos factores más, han llevado a un alto índice de embarazo en paciente adolescente, esta población por falta de un buen control prenatal, de no presentar un nivel socioeconómico estable han ocasionado que la preeclampsia represente actualmente la segunda causa de muerte materna a nivel nacional, por debajo de hemorragia postparto y en tercer lugar está la hipertensión inducida en el embarazo con proteinuria significativa según datos del instituto nacional de estadística y censo (INEC) (4) en el año 2016 la preeclampsia ocupo el segundo lugar de causa de muerte materna.(23) Según datos estadísticos afecta del 12 al 17 % de la población de las mujeres gestantes colocando a Ecuador en segundo lugar entre los países latinoamericanos con una gran incidencia con esta patología. (5).

En nuestro medio con el avance de investigación y un buen control prenatal se ha tratado de reducir esa tasa de incidencia, controlando la hipertensión arterial en el embarazo con nifedipino y la administración de sulfato de magnesio para evitar su complicación y no llegue a la eclampsia.

Actualmente se han realizado estudios enfocado en esta patología tratando de saber su etología, algunos estudios llegaron a la conclusión que en las mujeres en etapa gestante tienen un alto índice elevado de coenzima Q 10 en comparación con las mujeres no gestantes. (6)

En el hospital Mariana de Jesús 1 de cada 10 pacientes que llega a la consulta o la emergencia presenta preeclampsia, muchas de estas pacientes no llevan un buen control prenatal provocando complicaciones más graves,

muchas veces donde el tratamiento definitivo de esta patología es la terminación del embarazo donde tenemos dos vías, el parto vaginal y cesárea electiva, para esto debemos saber la historia clínica del paciente y su evolución de enfermedad para aplicar un buen protocolo en el manejo al momento de la terminación de embarazo.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la vía más utilizada al momento de la finalización del embarazo en pacientes con preeclampsia durante el año 2016 en el Hospital Materno Mariana de Jesús?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la vía de finalización del embarazo más utilizada en pacientes con preeclampsia durante el año 2016, en el Hospital Materno Mariana de Jesús.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar los factores de riesgos más frecuente que presentaron las gestantes con preeclampsia.
- Determinar la vía de finalización del parto secundaria a preeclampsia.
- Determinar la relación de la Pariedad con el índice de preeclampsia.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia una enfermedad que no tiene bien definida su etiología, tiene varios factores de riesgos, tales como económicos, sociales, ambientales. Complicaciones que llevan en varias ocasiones afectar la vida del binomio materno fetal, demora en ser diagnosticado a tiempo debido a la falta de un buen control prenatal, lo cual causa muchos errores al momento de elegir las mejor vías de finalización del embarazo.

La importancia de este tema de investigación es conocer la evolución de esta patología para poder elegir mejor vía de terminación del embarazo en pacientes con preeclampsia. Tratar de manejar la presión arterial durante el embarazo. Promoviendo a la realización de controles prenatales óptimos durante la gestación.

Este estudio nos proporcionara información acerca de cómo saber manejar un paciente con preeclampsia en el momento de elegir como terminar el embarazo recordando que tenemos dos vía; el parto vaginal y cesárea con esto podemos evitar complicaciones tanto para la madre como para el producto.

1.5. DELIMITACIÓN

El tema de investigación será delimitado a las pacientes en estado de gestación que han presentado preeclampsia en su proceso en el año 2016 en el Hospital materno Mariana de Jesús y de esta forma tratar de disminuir el riesgo de muerte materno – fetal al momento de terminar la gestación.

1.6. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Dimensión (categorías clasificación)	Indicador (%número)	Escala	Fuentes
Edad	Tiempo transcurrido que una persona ha vivido, a partir del nacimiento	Grupo etario • < a 20 AÑOS • 20 – 35 AÑOS • 35 a > AÑOS	Años cumplidos	Cuantitativa	Formulario de recolección de datos
Paridad	Números de parto que ha tenido la paciente vía vaginal antes del embarazo actual.	• Primigestas • Multigestas	Número de partos	Cuantitativa	Formulario de recolección de datos
Procedencia o zona	Sitio donde vive	• Urbana • Rural	Número de personas por lugar	Cuantitativa discreta	Historias clínicas

Edad Gestacional	Edad en semanas del embarazo desde la fecha de la última menstruación hasta su ingreso a la unidad de salud.	• 28 - 32 • 33 – 36 • 37 a 40 • 41 a mas	Numero de semana de embarazo	Cuantitativa	Formulario de recolección de datos
Controles	Vigilar continuamente el progreso del embarazo	• ninguno • 1 a 3 • 4 a más	Número de controles prenatales	Cuantitativa	Formulario de recolección de datos
Tipo del diagnóstico	Tiempo transcurrido que una persona fue diagnosticada.	• Preeclampsia leve • Preeclampsia grave	Número de personas por nivel	cuantitativa continua	Formulario de recolección de datos
Nivel académico	Nivel de formación y aprendizaje de una persona a lo largo de su vida.	• Ninguno • Primaria • Secundaria • Superior	Numero de nivel académico	Cuantitativo	Historias clínicas

V. independiente Indicación para cesárea	Motivo por el cual se indica la cesárea	• Bradicardia fetal • Taquicardia fetal • Oligoamnios severo • Perdida bienestar fetal • Distocia cervical • RCIU • Preeclampsia grave	Número de indicaciones	Cuantitativa	Formulario de recolección de datos
V. dependiente Vía de parto	Vía seleccionada para la interrupción del embarazo.	• Parto • Cesárea	Número de parto o cesárea	Cuantitativa	Historias clínicas

1.7. HIPÓTESIS

H1: la cesaría electiva es la mejor forma de trabajo de parto para la finalización del embarazo en pacientes con preeclampsia.

H0: la cesaría electiva no es la mejor vía de finalización del embarazo en pacientes con preeclampsia.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Las primeras apariciones de convulsiones en una gestante se relata en Egipto y china hace más de miles de años A.C. El termino eklampsis significa: brillantez, destello fulgor o resplandor para referirse al brusco comienzo de las convulsiones. En la edad media se relata poca referencia acerca de esta patología, esto se debe que en aquellos tiempos la obstetricia era practicada por parteras, alrededor de los siglos XVI – XVII los galenos franceses deciden tomar el control de la obstetricia, con este acontecimiento a finales del siglo XVII y comienzo del siglo XVIII se publican las primeras referencias y artículos sobre preeclampsia-eclampsia. (7)

Según datos investigativo Francois Mauriceau (1673 – 1709) “fue el primero en relatar en sus libros y publicaciones la diferencia de la eclampsia de las convulsiones epilépticas, al definirla a esta enfermedad propia de la gestación”.

En el siglo XVIII lo más relevante es la importancia de interrumpir el embarazo en mujeres con preeclampsia-eclampsia, ya para el siglo XIX se delimita mejor la sintomatología de la preeclampsia, en el siglo XX la albuminuria e hipertensión se convierte en procedimiento esenciales para el diagnóstico de preeclampsia, con esto se evitaba que se complique esta patología y lleve a una eclampsia. (7)

“La figura más importante en el siglo XX fue León Chesley; dedico toda su vida al estudio de la hipertensión en el embarazo”.

2.2. CAMPO DE INVESTIGACION.

2.2.1. CONCEPTOS

Hipertensión en el embarazo

La hipertensión en el embarazo se define como elevación de la presión arterial cuyos valores alcanzan o superan 140/90mmHg en cualquier momento del embarazo. (8)

Hipertensión gestacional

La hipertensión gestacional se define cuya presión arterial alcanza valores de 140/90 mmHg o mayor por primera vez después del embarazo, en quienes no se identifica proteinuria a partir de las 20 semanas del embarazo. **Williams obstetricia pag 707** (9)

Preeclampsia

La preeclampsia se define a la elevación de la presión arterial cuyo valores superan 140/90 mmHg después de la semana 20 de gestación acompañado de proteinuria >300 mg/24h o >1+ con tira reactiva. **Williams obstetricia pag 707** (9).

Se considera preeclampsia sin signo de gravedad (leve) aquellos valores de la presión arterial que alcanzan valores de 140/90mmHg pero no supera valores de 160/110mmHg mas proteinuria y sin criterio de gravedad ni afección de órganos blancos. (8)

Se considera preeclampsia con signo de gravedad (grave) aquellos valores de presión arterial que superan valores de 160/110 mmHg acompañado de 1 o más criterios de gravedad y afectación de órganos dianas. (8)

Eclampsia.

Se define al inicio de convulsiones tónicos-clónicas generalizadas que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con preeclampsia. **Williams obstetricia. Pag 708** (9).

Hipertensión crónica más preeclamsia o eclampsia sobreañadida.

Se define a la elevación de la presión arterial cuyos valores superan 140/90mmHg presente antes del embarazo, antes de las 20 semanas de gestación o que persiste después de las 12 semanas postparto asociada a preeclampsia. (8)

Síndrome de hellp

Síndrome de hellp es un acrónimo en inglés que se le da a las pacientes preeclámpticas que tienen complicaciones: Hemolisis, Elevación de enzimas hepáticas, Disminución de las plaquetas. (10)

2.2.2. ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGIA

La etiología de esta patología es desconocida pero se le atribuye varias teorías. Algunos estudios de investigación en lugar de considerar como una enfermedad a la preeclampsia, al parecer se le atribuye a la culminación de factores que probablemente incluyen diversos factores maternos, placentarios y fetales. **Williams obstetricia pag 710** (9)

Antiguamente se la conocía a esta patología como “toxemia del embarazo”, porque se creía que la presencia de alguna toxina en el suero de madre desencadenaba todo el proceso. Actualmente todo el papel fundamental de la fisiopatología de esta enfermedad se le atribuye a la placenta, algunas pruebas que afirman esta fisiopatología son las siguientes:

- Aquellos embarazo en que la masa de tejido trofoblástico es mayor, como en el caso de los embarazos múltiples y molares se asocian a preeclampsia más frecuente(11)
- El rol del útero es muy discutible, puesto que se observa preeclampsia en embarazo abdominales, en el que el útero no sufre todo los cambios gravídicos habituales ni la invasión por parte del tejido trofoblástico. (11)

- Solo con la extracción de la placenta desaparece su sintomatología. (11)

- Por último se ha identificado en las placentas de mujeres gestantes con preeclampsia concentraciones altas del receptor soluble similar al Ftl1(receptor tirosinoquinasa unido a la membrana), el que al unirse a factores que favorecen la vasculogénesis, impiden su actuación y reproduce un cuadro similar a la preeclampsia en ratones.(11)

Se puede afirmar que la presencia de trofoblasto es necesaria para el desarrollo de esta patología y probablemente, en la placenta se origina los mediadores cito químicos que desencadenan el cuadro clínico de esta enfermedad. (11)

2.2.3. FACTORES DE RIESGOS

Los principales factores de riesgo son:

- Antecedentes de preeclampsia en embarazo anteriores.

- Nuliparidad

- Edad

- Antecedentes familiares de preeclampsia

- Obesidad
- Embarazos múltiples
- Antecedentes de hipertensión arterial
- Factores socioeconómicos-ambientales.

2.2.4. EPIDEMIOLOGIA

A nivel mundial la preeclampsia tiene una incidencia de 2 al 10 % estos número incrementan su valor en países en vía de desarrollo; países del continente africano su tasa alcanza hasta 7.1% (12)

En Latinoamérica la preeclampsia afecta al 22% de la población en estado de gestación cuyo valor es extremadamente alto en comparación a otros continentes como Europa, Asia etc...

En Ecuador “según datos del INEC; afecta 12 al 17 % de las mujeres en estado de gestación.

2.2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La preeclampsia tiene varias sintomatologías. Todas necesitan atención rápida para evitar complicaciones futuras.

La preeclampsia leve muchas veces es asintomática donde es diagnosticada en el control prenatal; encontrando valores de presión arterial de 140/90 mmHg pero no superan los valores de 1607110 mmHg, tomado en 2 veces con intervalo de 4 horas y en examen de tirilla 1+ (proteinuria)

En muy poco porcentajes estas pacientes que presentan preeclampsia severa evolucionan a una preeclampsia grave donde su sintomatología es más insidiosa.

La presión arterial se eleva a valores superior de 160/110mmHg teniendo en cuenta la toma de la presión arterial es de dos veces con un tiempo separado de 4 horas.

La aparición de síntomas de focalidad neurológica central

- Fotofobia.
- Escotomas.
- Visión borrosa o diplopía.
- Ceguera cortical.(caso raros)
- Espasmo retiniano.
- Cefalea severa (discapacitante, o que no alivia con analgesia)
- Estado mental alterado
- Edema agudo de pulmón (en alguna ocasiones)
- Alteraciones hepáticas: dolor en hipocondrio derecho o epigastrio no explicado por otra enfermedad o transaminasas elevadas
- Alteraciones renales: creatinina >1.1mg/dl
- Trombocitopenia <100.000. (13)

Presentación atípica de preeclampsia:

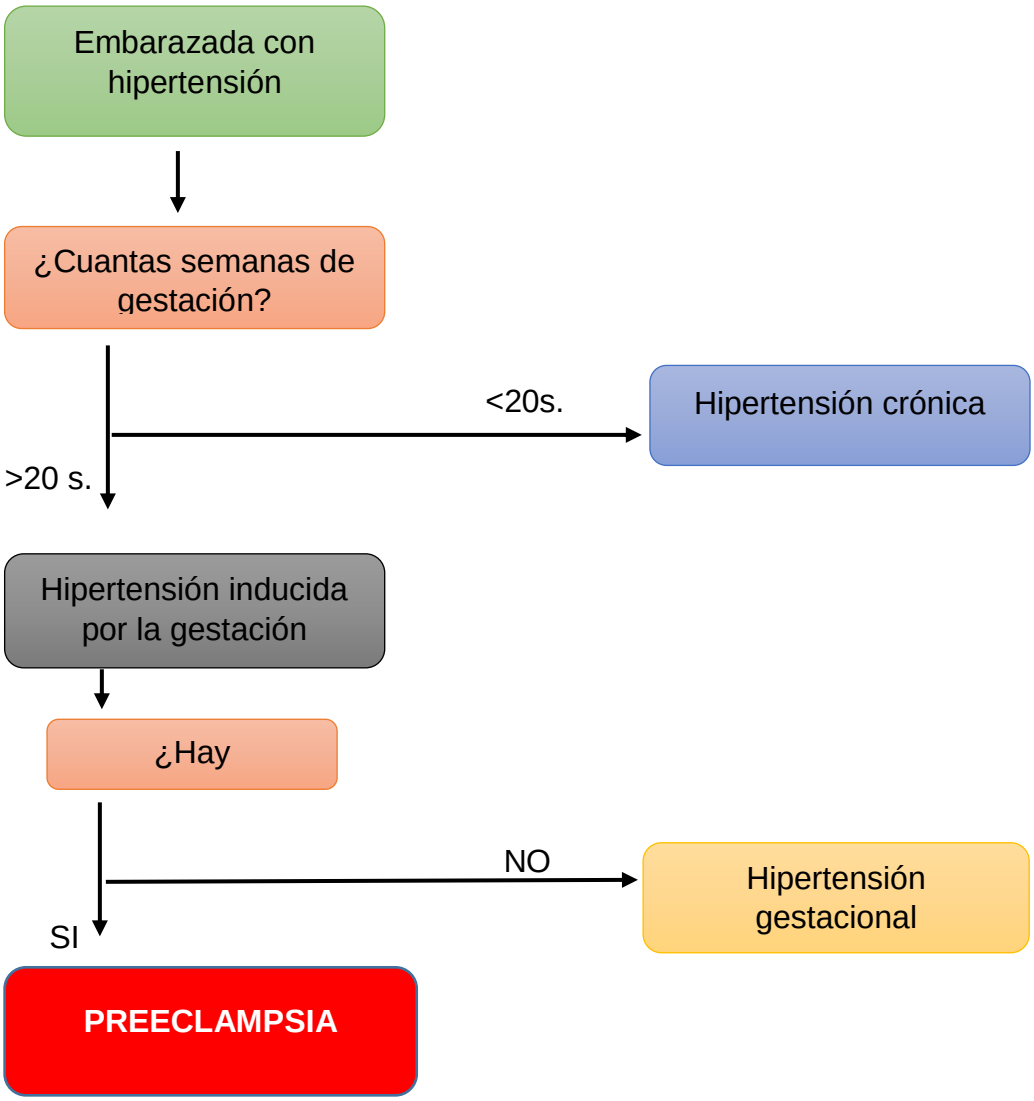
- Un inicio <20 semanas de gestación
- Hipertensión arterial o proteinuria con o sin síntomas de preeclampsia severa, algunos de los casos desarrollan síndrome de hellp 5%
- Preeclampsia post parto tardío >2 días post parto. (13)

2.2.6. DIAGNOSTICO

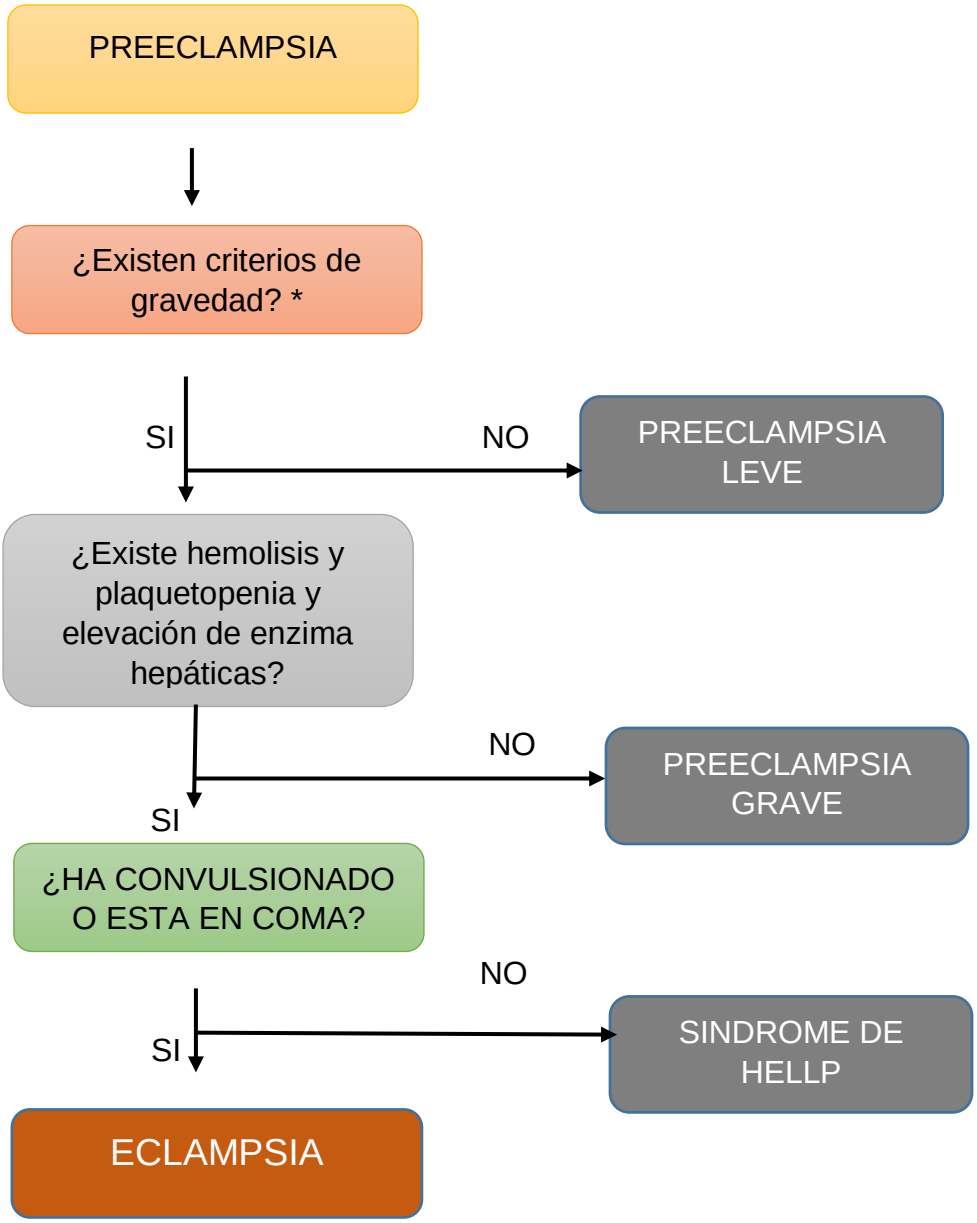
El diagnostico se basa en una buena historia clínica en el momento del control prenatal. Con la presencia de hipertensión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

- Hipertensión arterial: valores que superan los 140/90 mmHg en dos tomas con intervalos de 4 a 6 horas previamente 10 min antes de la toma la paciente debe mantenerse en reposo. (22)
- Proteinuria: valor por encima de 300mg en 24 horas en orina o cualitativamente en las tirillas reactivas 1+

Algoritmo básico para el diagnóstico de preeclampsia (14)



Algoritmo básico de la evolución de preeclampsia a eclampsia. (14)



*Criterios de gravedad: (15)

- Presión arterial >160/110mmHg
- Edema agudo de pulmón
- Oliguria
- Sintomatología neurológicas
- Elevación de las enzimas hepáticas
- Plaquetas <100.000
- Lactato deshidrogenasa >600.
- Anemia

2.2.7. COMPLICACIONES

Entre las complicaciones las podemos dividir en, complicaciones para la madre y para el producto

Complicaciones maternas

- **Eclampsia**: la preeclampsia severa llega en la mayoría de los casos a la convulsiones tónico-clónica generalizada alrededor el tercer trimestre del embarazo, donde se debe tomar un buena conducta para su tratamiento en ocasiones especiales cuando la eclampsia aparece en edades gestacional precoces. Según su aparición la eclampsia se la divide en: ante parto, intraparto y postparto.

- **Síndrome de Hellp**: una de las complicaciones más grave de la preeclampsia fue descrita por “Pritchard en 1954” este síndrome lleva el nombre debido a las iniciales en inglés de los datos de laboratorios; hemolysis, elevated liver funtion test and low platelets count. Los criterios de laboratorio para su diagnóstico son: (16)

  - Hemolisis, determinada por la presencia de esquistocitos en sangre periférica.
  - Bilirrubina total >1.2 mg/dl
  - Aumento de la enzima hepáticas: aminotransferasa de aspartato >70u/l, lactato deshidrogenasa >600u/l
  - Trombocitopenia <100.000 /mm3. (16)

- **Compromiso hepático:** se debe a la elevación de las aminotransferasa seguido por sintomatología del compromiso hepático.

  - Dolor en hipocondrio derecho
  - Nauseas
  - Vómitos
  - Ictericia

Complicaciones del feto

- Óbito
- Prematurez /inmadurez
- Sufrimiento fetal
- Retraso del crecimiento intrauterino

2.2.8 TRATAMIENTO

La base del tratamiento para el embarazo con preeclampsia es un buen manejo en el hospital, dividiremos el tratamiento para preeclampsia leve y moderada.

Manejo: preeclampsia leve

- Realizar una buena historia clínica en el momento del control prenatal debe incluir peso, producción urinaria, signos vitales, reflejos osteotendinosos, evaluación del aparato cardiovascular y pulmonar. (13)

- Observar la presencia de sintomatología de preeclampsia grave

- Realizar examen de pesquisa: biometría hemática, enzimas hemáticas, función renal, etc...

- Administración de sulfato de magnesio.

- La hipertensión leve se la controla con dieta y estilo de vida, pocas ocasiones se administra medicación vía oral.

- Monitorización de los movimientos fetales.

- Interrupción de la gestación es el principal tratamiento pero debemos tener en cuenta la edad gestación.

- >37 semanas: inducir al parto.
- Entre 34-36 semanas de gestación: manejo es conservador hasta llegar a las 37 semanas de gestación.
- <34 semanas: manejo es expectante debido al riesgo de complicaciones por Prematurez del producto (13)

Manejo: preeclampsia severa o grave.

- Restricción de la vía oral.
- Reposo.
- Colocación de una vía periférica.
- Sonda vesical para control de la diuresis y evitar que la paciente se levante.
- Control de los movimientos del feto, a través del monitoreo fetal.
- Maduración pulmonar si el feto tiene <34 semana de gestación
- Administración del sulfato de magnesio:

  - Dosis de impregnación: 20ml de sulfato de magnesio al 20% (4g), + 80 ml de solución isotónica, pasar a 300 ml / hora en bomba de infusión o 100 gotas * minuto con equipo de venoclisís en 20 minutos. Otros autores prefieren en media hora (8) (17).

- Dosis de mantenimiento: 50 ml de sulfato de magnesio al 20% (10g), + 450 ml de solución isotónica, pasar 50ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas * minuto con equipo de venoclisís (1gr hora). (8)

-se debe tener en cuenta que con la administración se sulfato de magnesio se debe controlar la diuresis, los reflejos osteotendinosos, y la respiración, en caso de toxicidad se debe suspender el medicamento y administrar gluconato de calcio al 10% en dosis 10ml intravenoso durante 10 minutos. En caso que se presente las convulsiones tener a la mano diazepam. (13)

- Control de la presión arterial, cuando la presión arterial supera las valores 160/110 mmHg se administra:

-nifedipino 10 a 20 mg vía oral cada 20 minutos.
-Hidralazina 2.5 – 10 mg intravenosa cada 20 minutos
Hasta lograr una presión arterial diastólica <100 mmHg. (13)

Terminación del embarazo

El mejor tratamiento para la preeclampsia es la culminación del embarazo para esto debemos tener criterios médicos y saber exactamente la edad gestacional para decidir correctamente la vía de terminación del embarazo que puede ser parto vaginal o cesárea.

Indicaciones para la terminación de la gestación son:

Absolutas:

a. Maternas: convulsiones, irritabilidad cerebral, fallo cardiaco, oliguria, hipertensión incontrolable, aumento de la creatinina plasmática, trombocitopenia, anemia. (18)
b. Fetales: distres fetal.(18)

Relativas:

a. Maternas: hipertensión grave, dolor en epigastrio, proteinuria severa
b. Fetales: cese del crecimiento fetal

Para interrumpir la gestación se debe evaluar el cuello uterino:

- Si el cuello uterino es favorable (blando, delgado, parcialmente dilatado) se induce al trabajo de parto utilizando oxitócica.
- Si el parto no se prevé dentro de las 12 horas máximas hasta las 24 horas se recomienda la cesárea.
- Si la frecuencia cardiaca fetal aumenta (sufrimiento fetal) se recomiendo la cesárea.
- Si el cuello uterino es desfavorable se recomiendo la cesárea. (19)

2.2.9 PREVENCIÓN

Se ha valorado diferentes formas de prevenir o modificar la gravedad de preeclampsia:

- Control dietético: dieta baja en sal, complementación con calcio, complementación con aceite de pescado.
- Fármacos cardiovasculares: diuréticos, antihipertensivos
- Antioxidantes: ácido ascórbico (vitamina c)
- Fármacos antitrombóticos: ácido acetilsalicílico en bajas dosis. **Williams obstetricia edición 23 pag. 727.**

2.3. REFERENTES INVESTIGATIVOS

En el año 2014 se realizó un artículo investigativo acerca de “una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia” cuyo artículo aprecia la forma de diagnosticar esta patología sobre la triada clásica de la preeclampsia, hipertensión arterial + proteinuria y edema, recalcando siempre que esta sintomatología aparezca después de las 20 semanas de gestación y nos da un enfoque en el tratamiento al momento de la terminación del embarazo guiándose por las semanas de gestación y evitar las complicaciones futuras tales como síndrome de hellp o eclampsia. (20)

2.3.1. MARCO LEGAL

El artículo 43 se la sección 4ta del capítulo 3 de la constitución del Ecuador brinda protección a la mujer embarazada durante el parto y después del parto. (21)

2.3.2. MARCO REFERENCIAL.

- **PREECLAMPSIA**: elevación de la presión arterial más proteinuria en pacientes gestantes con más de 20 semanas de gestación

- **PREECLAMPSIA LEVE**: elevación de la presión arterial con valores de 140/90 mmHg sin afectación de órganos diana más proteinuria en pacientes gestantes con más de 20 semanas de gestación.

- **PREECLAMPSIA GRAVE**: elevación de la presión arterial con valores por encima de 160/110 mmHg con afectación de órganos diana más proteinuria en pacientes gestantes con más de 20 semanas de gestación.

- **HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO:** La hipertensión en el embarazo se define como elevación de la presión arterial cuyos valores alcanzan o superan 140/90mmHg en cualquier momento del embarazo. (8)

- **HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:** La hipertensión gestacional se define cuya presión arterial alcanza valores de 140/90 mmHg o mayor por primera vez después del embarazo, en quienes no se identifica proteinuria a partir de las 20 semanas del embarazo. **Williams obstetricia pag 707** (9)

- **ECLAMPSIA:** Se define al inicio de convulsiones tónicos-clónicas generalizadas que no pueden atribuirse a otras causas en una mujer con preeclampsia. **Williams obstetricia. Pag 708** (9).

- **HIPERTENSIÓN CRÓNICA MÁS PREECLAMSIA O ECLAMPSIA SOBREAÑADIDA**: Se define a la elevación de la presión arterial cuyos valores superan 140/90mmHg presente antes del embarazo, antes de las 20 semanas de gestación o que persiste después de las 12 semanas postparto asociada a preeclampsia. (8)

- **SÍNDROME DE HELLP:** Síndrome de hellp es un acrónimo en inglés que se le da a las pacientes preeclámpticas que tienen complicaciones: Hemolisis, Elevación de enzimas hepáticas, Disminución de las plaquetas. (10)

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. METODOLOGIA

En el presente trabajo de investigación utilizamos un enfoque cuantitativo en el cual pasó por un proceso de diversos momentos dinámicos de acuerdo con la necesidad y desarrollo que requería la investigación, de diseño no experimental debido a que no se manipulo deliberadamente las variables, de corte transversal según la ocurrencia de los hechos.

3.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.

La zona de trabajo en el que se realizó el estudio fue el área de ginecología - obstetricia del Hospital Materno Mariana de Jesús en el periodo de Enero hasta el diciembre del año 2016, la cual está ubicada en Ecuador provincia Guayas suburbio de Guayaquil.

3.3. UNIVERSO Y MUESTRA

3.3.1. UNIVERSO:

El universo de este estudio se formó con toda las pacientes en estado de gestación que se diagnosticaron con preeclampsia en algún trimestre de su embarazo que acudieron al Hospital Materno Mariana De Jesús en el año 2016.

3.3.2. MUESTRA:

La muestra de este estudio se basó en las historia clínicas de 509 pacientes en estado de embarazo de diferentes edades que se diagnosticaron con preeclampsia en el Hospital Materno Mariana de Jesús en el año 2016.

3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes en estado de gestación que fueron diagnosticadas con preeclampsia.

- Pacientes ingresadas con preeclampsia durante el año 2016 en el Hospital Mariana de Jesús.

- Número de partos de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia durante el año 2016 en el Hospital Mariana de Jesús.

- Edad de las gestantes que presentaron preeclampsia durante el año 2016 en el Hospital Mariana de Jesús.

3.3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes gestantes diagnosticadas con preeclampsia que presentaron complicaciones.

- Pacientes en estado de gestación sin diagnostico definido por preeclampsia en el hospital Mariana de Jesús.

- Pacientes gestantes que fueron ingresadas durante otros años.

- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación incompletas.

3.4. VIABILIDAD

La presente investigación fue viable porque contamos con el apoyo de autoridades del departamento de docencia y de la institución, bases de datos estadísticos de la maternidad Mariana de Jesús, el permiso correspondiente de la universidad y recursos necesarios como tiempo, recursos financieros, artículos-revistas-estudios científicos, libros médicos en los cuales me ayudara y me orientara a demostrar el objetivo propuesto.

3.5. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de información es retrospectivo, porque se tomó información de datos estadísticos previos a la investigación; según el periodo de recurrencia de forma transversal porque se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo, según el análisis y el alcance de los resultados; es de tipo descriptivo porque nos permitió describir y analizar en el estudio sobre cuáles fueron las mejores vías para la finalización del embarazo en pacientes preeclámpticas.

3.6. RECURSOS HUMANOS Y FISICOS

RECURSOS HUMANOS

- Asesor de tesis de la Escuela de Medicina.
- Un estudiante de la escuela de medicina.
- Pacientes gestantes atendidas en el área de ginecología-obstetricia del Hospital Mariana de Jesús.
- Personal que labora en el área de estadística y área ginecología-obstetricia del Hospital Mariana de Jesús.
- Director del Hospital Mariana de Jesús.

RECURSOS FÍSICOS

- Computadoras
- Sistemas informáticos: Word- Excel- Power Point – Adobe Reader.
- Hospital Mariana de Jesús.
- Carpetas – hojas
- Bolígrafos - calculadoras

3.7. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

Para este estudio se elaboró una ficha que marca las diferentes variables alternativas, dependientes e independientes gracias a las bases de datos proporcionadas por el Hospital Mariana de Jesús, de mujeres en etapa de gestación que fueron diagnosticadas con preeclampsia en el año 2016, posteriores a realizar los criterios de inclusión y exclusión también se utilizó herramientas informáticas como Word-Excel-Power point Adobe Acrobat Reader - programas estadísticos como STATA.

3.8. METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para la obtención y análisis de resultados utilizamos diferentes programas de Microsoft como programas de Word, Power point, Excel, estadístico, el cual nos permitió el uso de las pruebas estadísticas dependiendo de los criterios de cada variable que se estudió, de esta manera nos dio el resultado si existe o no relación estadística. Además aquel programa nos ayudó con la obtención de los datos más frecuentes y su porcentaje de las respectivas variables; siendo así que con aquel programa obtuvimos los resultados de nuestro estudio.

3.9. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Para este estudio se entregó el oficio respectivo a la Maternidad Mariana de Jesús mediante el cual durante la obtención de datos se protegerá en todo momento la privacidad necesaria y se dará confidencialidad a los datos personales para brindar seguridad a las personas estudiadas.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSION

VIA DE FINALIZACION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA

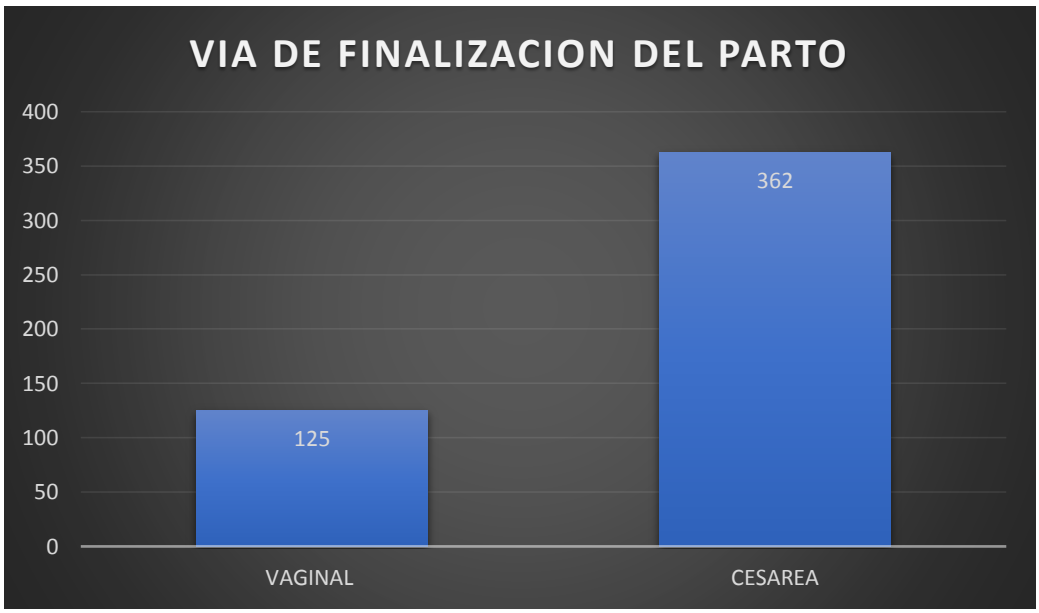
TABLA # 1 VIA DE FINALIZACION DEL PARTO

VIA DE TERMINACION	VAGINAL	CESAREA
TOTAL VIA DE FINALIZACION DEL PARTO	125	362
PORCENTAJE	26%	74%

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

GRAFICO N° 1 VIA DE FINALIZACION DEL PARTO



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como objetivo principal nuestro estudio se basó en determinar la vía más utilizada en la finalización del embarazo en paciente preeclámpticas durante el año 2016, en el Hospital materno infantil Mariana de Jesús.

Con un total de 362 cesáreas a pacientes con preeclampsia realizadas durante el año 2016, sin excluir que la cesárea es un procedimiento seguro y la tasa de complicaciones serias es muy baja, sin embargo ciertos riesgos son más altos después de un parto cesárea que después de un parto vaginal.

En parto vaginal obtuvimos 125 pacientes con preeclampsia que terminaron su embarazo en dicha institución durante el año 2016, es un porcentaje bajo en relación al parto cesárea, los riesgos del parto normal por lo general son parto prolongado, desgarros etc. Mientras uno de sus beneficios es que mejora paulatinamente su nivel de presión arterial.

Según mi análisis de datos obtenidos en dicha institución pude observar que de 487 pacientes gestantes que terminaron su parto el 74% de ellas tuvieron un parto cesárea y solamente el 26% parto vaginal; lo cual nos indica que la cesárea es la vía de finalización más utilizada para evitar posibles riesgo y complicaciones tanto a la madres como a su hijo.

EDAD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA AÑO 2016

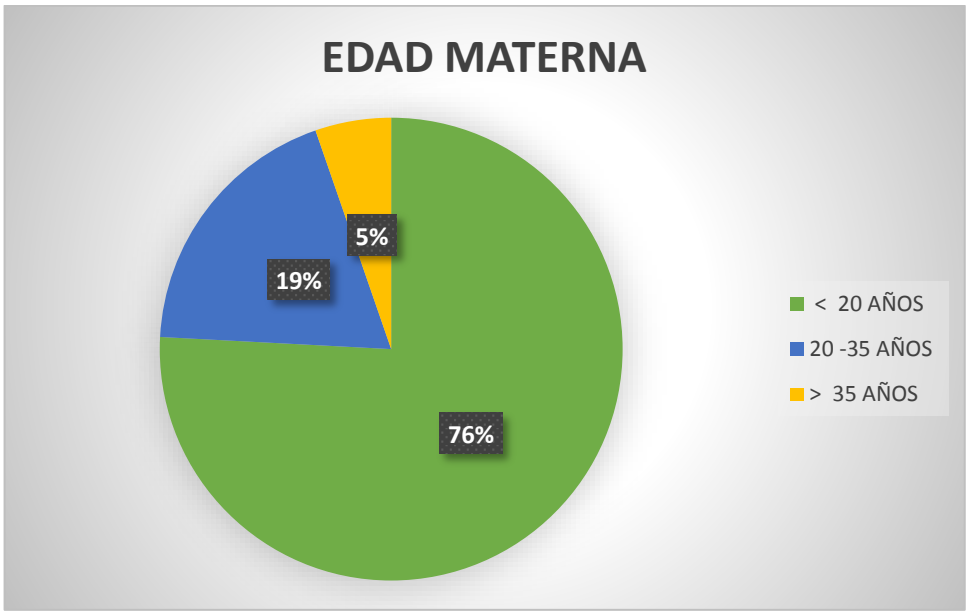
TABLA # 2 EDAD DE GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA

EDAD	< 20 AÑOS	20 -35 AÑOS	> 35 AÑOS
TOTAL DE GESTANTES POR EDAD	386	96	27
PORCENTAJE	76%	19%	5%

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

GRAFICO N° 2 EDAD DE GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según los datos estadísticos obtenidos podemos observar que el 76% de las mujeres gestantes son menores de veinte años de edad, las cuales están en su etapa de desarrollo reproductivo a esto se le puede sumar la falta de conocimiento a la madre adolescentes sobre la importancia de llevar correctamente sus controles prenatales debido a la falta de nivel de escolaridad poniendo en riesgo tanto su vida como la de su hijo.

Vemos que con un 5% encontramos a las pacientes embarazadas que presentaron preeclampsia mayores a 35 años de edad con un riesgo preconcepcional.

Con 19 % encontramos a las mujeres en edad entre 20 a 35 años, de no presentar un riesgo preconcepcional, sin embargo presentando como complicación preeclampsia durante su embarazo a esto se le puede sumar otros factores como nivel socio económico, primigestas, etc.

CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA

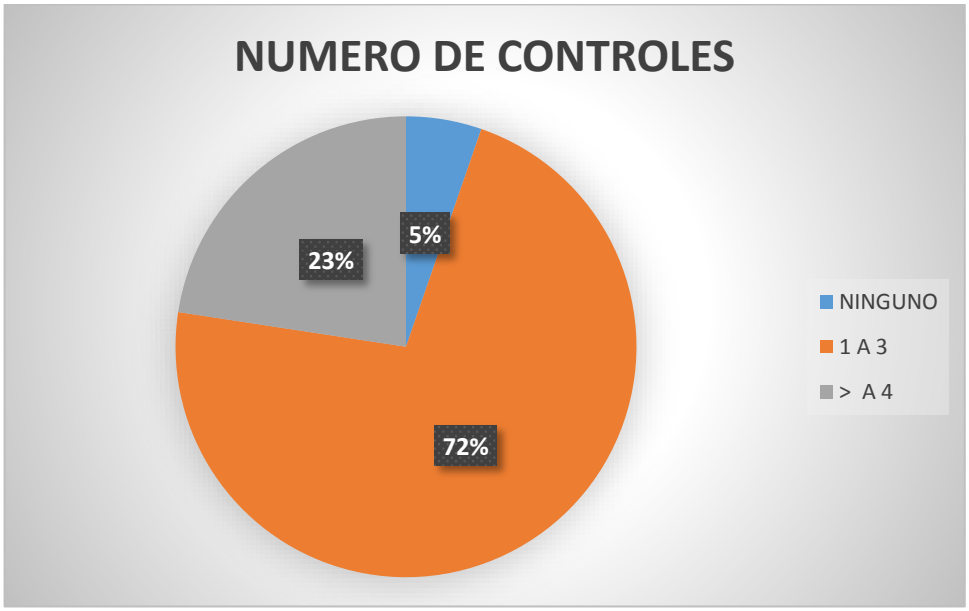
TABLA # 3 NUMERO DE CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA

NUMERO DE CONTROLES	NINGUNO	1 A 3	MAS DE 4
TOTAL DE CONTROLES	27	367	115
PORCENTAJE	5%	72%	23%

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

GRAFICO N°3 NUMERO DE CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el estudio realizado con una muestra de 509 pacientes gestantes, se distribuyen en tres grupos según el número de controles prenatales realizados a lo largo de su etapa.

Observamos que el 5% no acudió a ningún control prenatal durante su embarazo, el 23% acudió a más de cuatro controles durante su etapa embarazo el cual obtuvo un número de controles óptimos para su estado de gestación.

Mientras el 72% de estas pacientes embarazadas llevo su control entre uno a tres, considerado como deficiente, se observa como la falta de controles prenatales óptimos e incluso mínimos pueden estar asociados a la gravedad de la preeclamsia en pacientes en estado de gestación.

PARIDAD SEGÚN GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA AÑO 2016

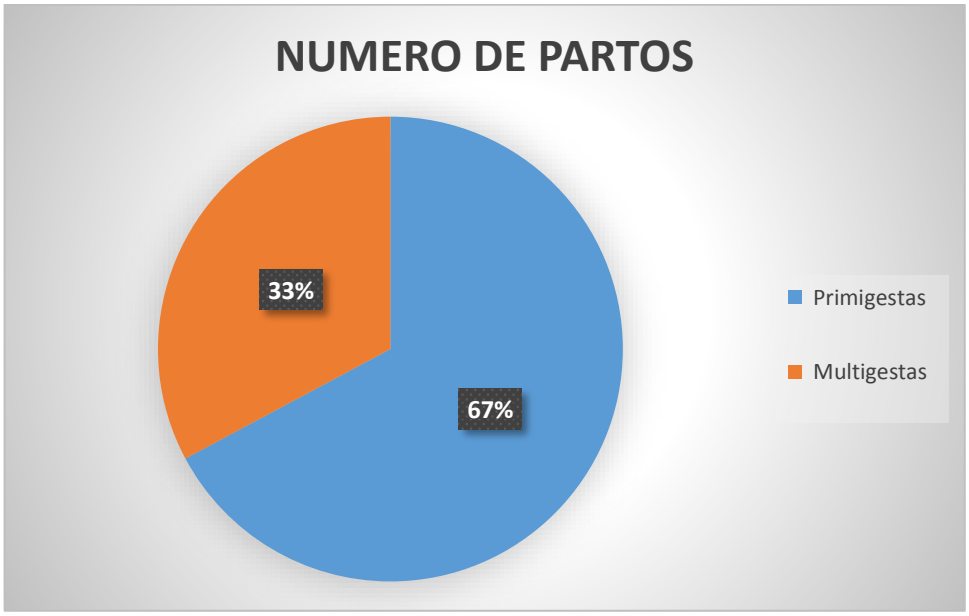
TABLA # 4 TOTAL DE PARIDAD SEGÚN GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA AÑO 2016

NUMERO DE GESTAS	Primigestas	Multigestas
NUMERO PARTOS DE GESTANTES	342	167
PORCENTAJE	67%	33%

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

GRAFICO N°4 TOTAL DE PARIDAD SEGÚN GESTANTES ATENDIDAS CON PREECLAMPSIA AÑO 2016



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente estudio se clasifico a las pacientes en estado de gestación según el número de embarazo anteriores que presentaron.

De 509 pacientes atendidas en dicha institución durante el año 2016, 342 eran primigestas con un 67% de riesgo, mientras 167 eran multíparas con un 33% de riesgo.

Con esto podemos concluir que el mayor porcentaje de pacientes en estado de gestación eran primigestas, esto está relacionado con la edad de las pacientes, debido a que la mayoría de ellas se encuentran con riesgo preconcepcional, debido a no tener la edad ideal para que la mujer pueda llevar a cabo su embarazo sin riesgos ni complicaciones.

NIVEL ACADEMICO DE LAS PACIENTES CON PREECLAMPSIA AÑO 2016

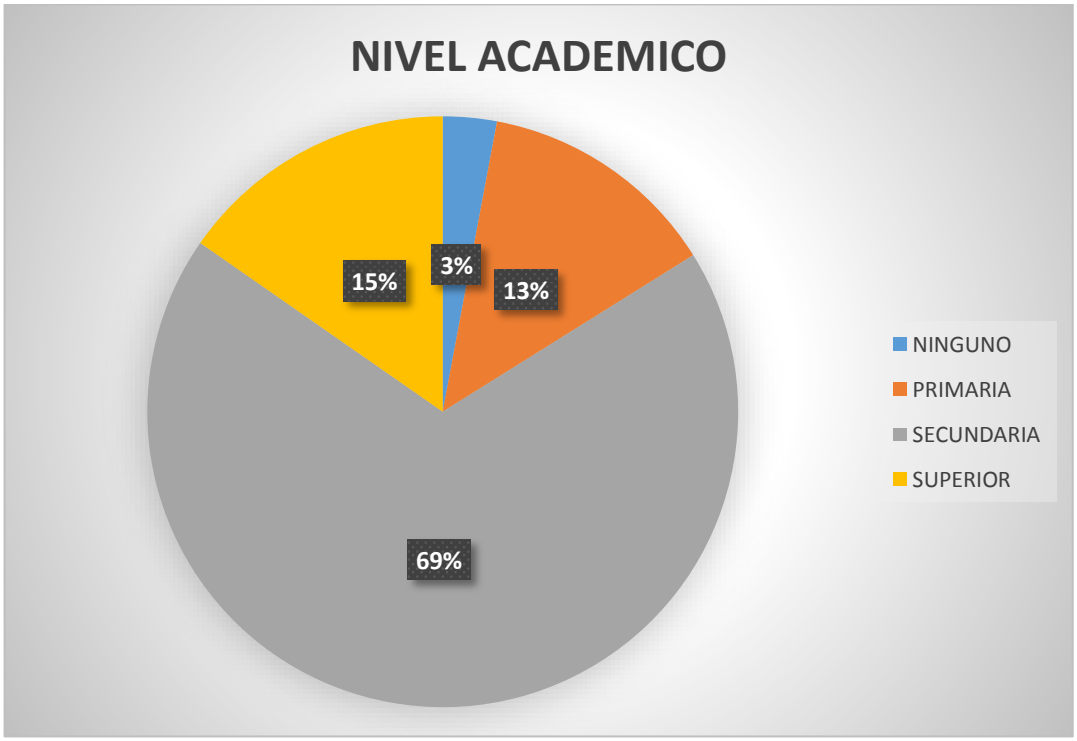
TABLA # 5 NIVEL ACADEMICO

NIVEL ACADEMICO	NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR
TOTAL DE GESTANTES/ NIVEL ACADEMICO	15	67	349	78
PORCENTAJE	3%	13%	69%	15%

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

GRAFICO N°6 NIVEL ACADEMICO



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El nivel académico influye bastante en la condición mental y económica que atraviesa la paciente en estado de gestación. Podemos observar que el 13% solo tiene estudios primarios y un 3 % ningún tipo de estudio por lo general esto se asocia al lugar de procedencia de la paciente en estado de gestación

Un 69% cursa estudios secundarios, el bajo grado de escolaridad es un factor que influye en el desarrollo de complicaciones en enfermedades como preeclampsia, debido a la falta de conocimientos y educación.

Con 15% podemos observar a las pacientes gestantes que presentan un nivel de escolaridad superior y sin embargo tienen riesgo debido a diverso factores como los hemos mencionado a lo largo de este estudio.

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES PREECLAMPTICAS AÑO 2016

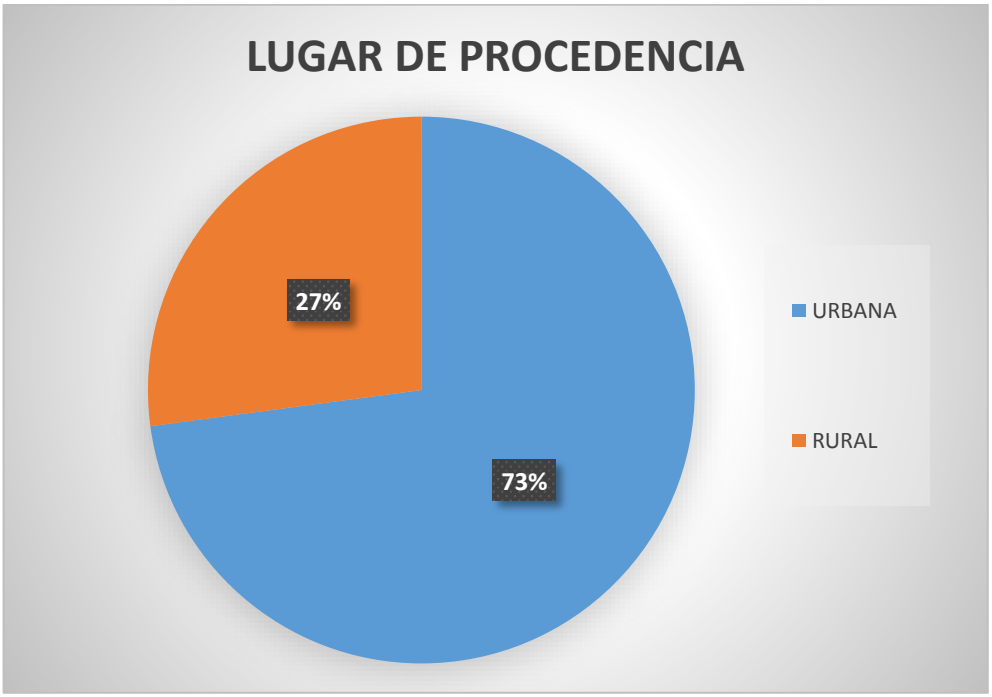
TABLA # 6 PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES PREECLAMPTICAS

LUGAR DE PROCEDENCIA	URBANA	RURAL
TOTAL DE GESTANTES/ LUGAR DE PROCEDENCIA	371	138
PORCENTAJE	73%	27%

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

GRAFICO N°7 PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES PREECLAMPTICAS



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 73 % de las pacientes en etapa de gestación pertenecen a zonas urbanas aledañas a la Maternidad Mariana de Jesús lo cual deberían haber tenido controles exhaustivos durante su etapa de embarazo, a esto se le suma el desconocimiento por falta de educación académica y social.

El 27 % de estas pacientes pertenecen a zonas rurales que se encuentran algo distantes de la Maternidad, y no acudieron a todos sus controles programados durante su embarazo.

GRADO DE PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA DURANTE EL AÑO 2016

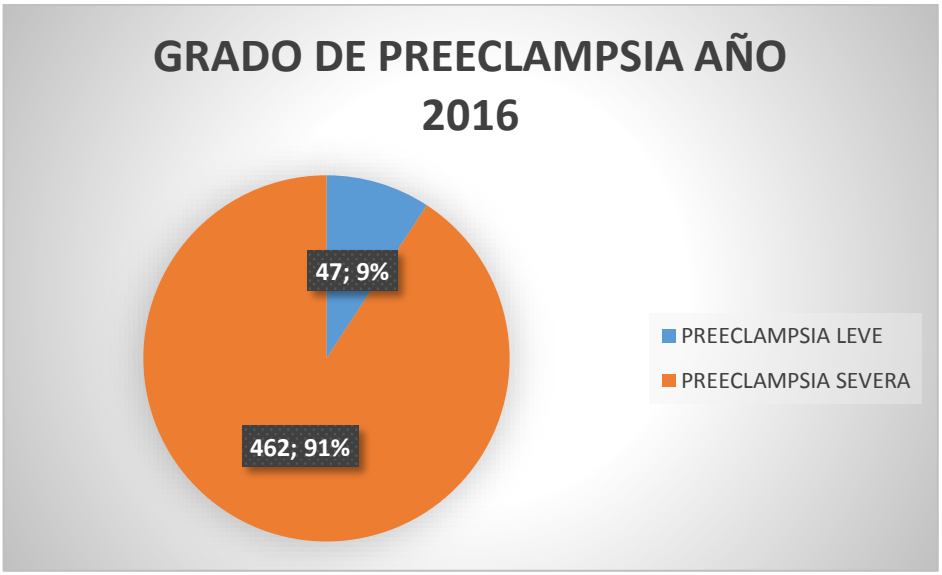
TABLA # 7 TOTAL GRADO DE PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA DURANTE EL AÑO 2016

GRADO DE PREECLAMPSIA AÑO 2016	PREECLAMPSIA LEVE	PREECLAMPSIA SEVERA
TOTAL DE GESTANTES/ GRADO DE PREECLAMPSIA AÑO 2016	47	462
PORCENTAJE	9%	91%

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

GRAFICO N°8 TOTAL GRADO DE PREECLAMPSIA LEVE Y SEVERA DURANTE EL AÑO 2016



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según el análisis de los datos obtenidos en dicha institución una vez tabulados pude observar que entre las 509 pacientes preeclámpticas solo 47 gestante presentaron preeclampsia leve obteniendo un 9%.

Mientras un 91% de 462 pacientes gestantes presentaron preeclampsia severa, esto nos indica que el grado de afectación es muy alto en dichas pacientes.

En este estudio se demuestra que la mayoría de las pacientes agravaron su estado a lo largo de su embarazo; esto está directamente relacionado con la falta de controles prenatales durante su etapa de gravidez.

NUMERO DE CONTROL DE ATENCIONES VERSUS TERMINACIONES DEL EMBARAZO

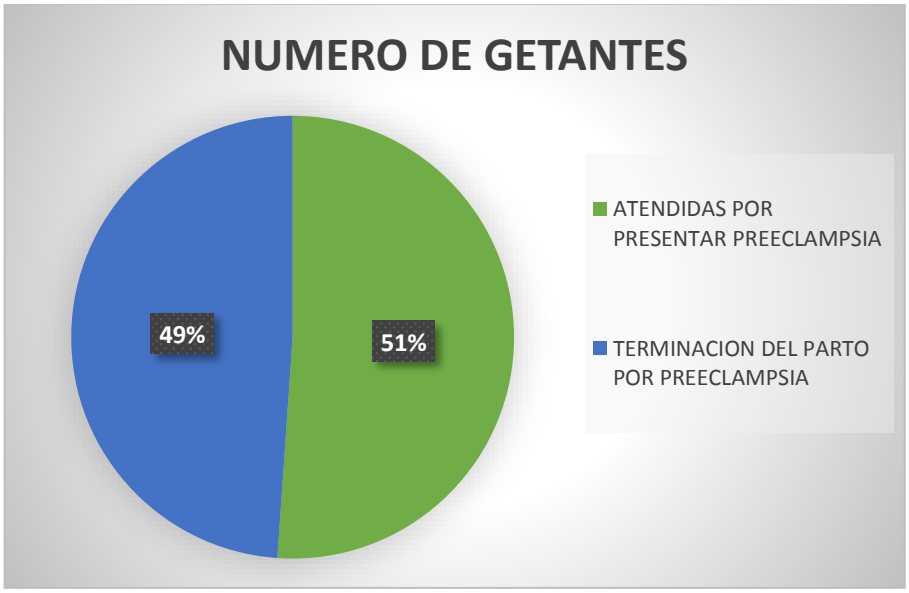
TABLA # 8 NUMERO DE CONTROL DE ATENCIONES VERSUS TERMINACIONES DEL EMBARAZO

ATENDIDOS VS TERMINACION	ATENDIDAS POR PRESENTAR PREECLAMPSIA	TERMINACION DEL PARTO POR PREECLAMPSIA
NUMERO DE GETANTES	509	487
PORCENTAJE	51%	49%

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

GRAFICO N°9 NUMERO DE CONTROL DE ATENCIONES VERSUS TERMINACIONES DEL EMBARAZO



Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el presente trabajo de investigación observamos la diferencia de las pacientes atendidas por presentar preeclampsia versus las pacientes que terminaron su parto en la Maternidad Mariana de Jesús.

El 51% de las pacientes atendidas llevaron un control prenatal algunas con un nivel óptimo, otras con un nivel deficiente sin embargo presentaron preeclampsia.

El 49% der las pacientes que presentaron preeclampsia terminaron su embarazo en parto vaginal- cesárea en la maternidad.

Podemos concluir que la mayoría de la paciente no lleva un control adecuado, no se encuentran en edad fértil reproductiva y no cumplen con las indicaciones médicas lo cual provoca incidencia de morbimortalidad para nuestra población.

EMBARAZADAS ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA DURANTE CADA MES DEL AÑO 2016

TABLA # 9 TOTAL DE EMBARAZADAS ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA DURANTE CADA MES DEL AÑO 2016

	EMBARAZADAS ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA	PORCENTAJE
Enero	37	7%
Febrero	24	5%
Marzo	33	6%
Abril	42	8%
Mayo	42	8%
Junio	44	9%
Julio	43	8%
Agosto	37	7%
Septiembre	54	11%
Octubre	49	10%
Noviembre	55	11%
Diciembre	49	10%

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

GRAFICO N°10 TOTAL DE EMBARAZADAS ATENDIDAS POR PREECLAMPSIA DURANTE CADA MES DEL AÑO 2016

Fuente: Maternidad Mariana de Jesús

Elaborado por: Christian Baus García

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Durante el año 2016 la maternidad mariana de Jesús obtuvo una población de 509 pacientes que presentaron preeclampsia a lo largo del embarazo, en los cuales el grafico nos indica que durante el mes de septiembre y noviembre tuvimos el mayor porcentaje de ingresos con preeclampsia.

A comienzos de año 2016 podemos observar que la tasa de índice de pacientes con preeclampsia es baja y a lo largo que pasan los meses va subiendo su nivel de porcentaje.

En los cuatro últimos meses del año este nivel sube simultáneamente dando como resultado el descuido de estas pacientes durante estos meses en llevar un buen control prenatal y cuidado adecuado durante su embarazo para evitar complicaciones.

La preeclampsia es una condición que ocurre solamente en el embarazo a partir de la semana 20 de gestación, sin tratamiento ni cuidados puede causar graves problemas de salud y hasta la muerte tanto de la madre como del hijo, es necesario que las pacientes gestantes tomen conciencia de su estado y mejoren su calidad de vida.

4.1. RESULTADOS

El presente estudio se realizó en la maternidad Mariana de Jesús con un universo de 509 gestantes que fueron atendidas en el área de ginecología de dicho hospital con diagnóstico de preeclampsia. Como datos de inclusión escogí pacientes atendidas, ingresadas en estado de gestación que fueron diagnosticadas con preeclampsia durante el año 2016 en la Maternidad Mariana de Jesús; Y considere como criterios de exclusión no utilizar datos de pacientes gestantes sin diagnostico definido por preeclampsia, historias clínicas incompletas, y aquellas diagnosticadas con preeclampsia que presentaron otros tipos de complicaciones.

El enfoque de mi investigación se basó en determinar la vía más utilizada en el momento de finalizar el embarazo en la preeclampsia, este estudio reveló con un 74% se utilizó más la cesárea, y con un 26% el parto vaginal, lo cual quedo demostrado que en la mariana de Jesús la vía más utilizada es la cesárea durante el año 2016.

En los factores de riesgo, evidencio el estudio que en relación a la edad, las pacientes preeclámpticas son mayormente < 20 años con un 76%. En relación a los controles prenatales las pacientes acuden 1 a 3 veces en toda su gestación esto representa un 72%, el nivel académico las pacientes han terminado el bachillerato representado por un 69%,

Se determinó que las pacientes primigestas tienen un gran porcentaje de desarrollar preeclampsia con un valor de 67% versus un 33% para las multíparas.

4.2. DISCUSIÓN

La preeclampsia es una complicación más grave del embarazo y una importante causa de morbimortalidad materno perinatal se han encontrado varios factores de riesgo asociados al desarrollo de la preeclampsia.

Un estudio realizado de “PREECLAMPSIA Y SUS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO en el año 2017” por la universidad de México Ricardo palma, afirma que estos factores de riesgo tales como edad, paridad, antecedentes familiares controles prenatales se relaciona con más frecuencia en la paciente con preeclampsia.

En el año 2015 también se realizó un artículo investigativo acerca de “Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú publicada por la revista scielo” cuyo artículo hace referencia al manejo de la preeclampsia y asegura que el mejor tratamiento para la preeclampsia en su terminación y que la vía más segura es la cesárea.

En este estudio podemos definir que la paciente con preeclampsia debe tener un control y cuidado adecuado durante su etapa para minimizar su riesgo en complicaciones.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La vía más utilizada en la finalización del embarazo en paciente preeclámpticas es la cesárea.

- La pacientes que tienes preeclampsia grave tienen un mayor porcentaje de ingreso en comparación en la preeclampsia leve.

- En relación a la Pariedad se evidencio que las primigestas son la que mayormente tienden a sufrir preeclampsia en comparación con las multigestas.

- La preeclampsia afecta más a las mujeres gestantes de < 20 años

- Se evidencio que las pacientes preeclámpticas un mayor porcentaje tienen de 1 a 3 controles prenatales.

5.2. RECOMENDACIONES

- Promover de manera rápida y eficaz el control prenatal desde el momento de la concepción así detectaríamos a tiempo futuras complicaciones en el momento de la terminación de la gestación.

- Educar a la población en edad fértil acerca de preeclampsia, sobre todo aquellas pacientes cuyos antecedentes han sido diagnosticadas con preeclampsia a sus familias, anteriores embarazos y nulíparas.

- Decidir con buenos criterios en el momento de terminar la gestación basándonos en sus antecedentes, evolución y complicaciones en las pacientes con preeclampsia.

CAPITULO VI

6. BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/

2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013

3. http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=0&lang=es

4. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). “Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones”. Gráfico N°15. Principales Causas de Muerte Materna Ecuador 2011

5. https://lahora.com.ec/noticia/1000194528/la-preeclampsia-un-verdadero-peligro

6. https://www.eluniverso.com/2003/08/10/0001/687/2ED017A57C6C4D9A87300775AE1A4A0D.html

7. https://www.yumpu.com/es/document/view/16378998/historia-de-la-preeclampsia-eclampsia-obstetricia-critica

8. http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

9. https://books.google.com.ec/books?id=DVSGBwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=libro+de+obstetricia+de+williams&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjCruPNy-LaAhVHj1kKHUHcCNIQ6AEINTAC#v=onepage&q=libro%20de%20obstetricia%20de%20williams&f=false

10. http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76308

11. http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/423/392

12. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

13. http://ojssalud.saludesa.org.ec/index.php/Manual/article/view/101

14. http://medicinafetalbarcelona.org/docencia2/images/virtual/ppts/PPT5.pdf

15. http://www.medicalcriteria.com/es/criterios/obs_preeclampsia_es.htm

16. http://200.48.163.187/bitstream/123456789/44/3/JUANA%20VELARDE%20HUAPAYA%20-%20COMPLICACIONES%20DE%20LA%20PREECLAMPSIA%20SEVERA.pdf

17. http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a10

18. https://www.uninet.edu/tratado/c011712.html

19. http://repositorio.unan.edu.ni/1771/1/54952.pdf

20. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S181774332015000100010&script=sci_arttext&tlng=pt

21. http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf

22. Zakiyah N, P. M. (2015). Preeclampsia diagnosis and treatment options: A review of published Economic Assessments. Pharmacoeconomics

23. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2016/RMM_Nota_metodologica_INEC_2016.pdf

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FECHAS								
	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Solicitud de tema aceptación de trabajo de titulación									
Estudio de guías de prácticas clínicas, revisión bibliográficas, artículos y estudios científicos sobre el tema elegido.									
Elaboración y culminación de la propuesta de trabajo de titulación									
Matriculación y entrega de la propuesta de trabajo de titulación									
Elaboración del anteproyecto									
Revisión y corrección del anteproyecto									
Investigación de diferentes casos de oligoamnios en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús									
Culminación del trabajo de titulación									
Entrega y sustentación del trabajo de titulación									

ANEXO 1

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

TRABAJO DE TITULACIÓN

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACION

Nombre de la propuesta de trabajo de la titulación	VÍA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLÁMPCIA		
Nombre del estudiante (s)	CHRISTIAN ANDRÉS BAUS GARCÍA		
Facultad	CIENCIAS MEDICAS	**Carrera**	MEDICINA
Línea de Investigación	PREECLAMPSIA	**Sub-línea de Investigación**	VIA DE FINALIZACION
Fecha de presentación de la propuesta de trabajo de Titulación	15 DE ENERO DEL 2018	**Fecha de evaluación de la propuesta de trabajo de Titulación**	15 DE ENERO DEL 2018

ASPECTO A CONSIDERAR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Título de la propuesta de trabajo de Titulación			
Línea de Investigación / Sublínea de Investigación			
Planteamiento del Problema			
Justificación e importancia			
Objetivos de la Investigación			
Metodología a emplearse			
Cronograma de actividades			
Presupuesto y financiamiento			

	APROBADO
	APROBADO CON OBSERVACIONES
	NO APROBADO

Docente Revisor

ANEXO 2

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Guayaquil, 16 de enero 2018

Sr.
CECIL FLORES BALSECA
DIRECTOR (A) DE FACULTAD MEDICINA
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

Acuerdo del Plan de Tutoría

Nosotros, Dr. Ramón Miguel Vargas Vera, docente tutor del trabajo de titulación y Christian Andrés Baus García estudiante de la Carrera/Escuela de Medicina, comunicamos que acordamos realizar las tutorías semanales en el siguiente horario 14:00 a 17:00, los días miércoles y viernes.

De igual manera entendemos que los compromisos asumidos en el proceso de tutoría son:

- Realizar un mínimo de 4 tutorías mensuales.
- Elaborar los informes mensuales y el informe final detallando las actividades realizadas en la tutoría.
- Cumplir con el cronograma del proceso de titulación.

Agradeciendo la atención, quedamos de Ud.

Atentamente,

CHRISTIAN ANDRES BAUS G.

Dr. RAMON VARGAS VERA

CC: Unidad de Titulación

ANEXO 3

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

INFORME DE AVANCE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr. Ramón Miguel Vargas Vera MsC.
Tipo de trabajo de titulación: Descriptivo
Título del trabajo: VIA DE FINALIZACION DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON PREECLAMPTICAS
Carrera: Medicina

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORÍA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS	FIRMA TUTOR	FIRMA ESTUDIANTE
			INICIO	FIN			
1	24 enero,2018	*Corrección de la propuesta de trabajo de titulación. *Revisión del planteamiento corregido	14:00 14:00	17:00 17:00	Establecer bien el planteamiento del problema. Definir con exactitud los objetivos específicos; realizarla hipótesis y su delimitación.		
2	26 de enero	*Como realizar el capítulo I.			Culminación con éxito del capítulo 1. Iniciar la introducción de la tesis.		
3	31 de febrero	*Revisión final del capítulo I del trabajo de titulación.	14:00	17:00	Culminación con éxito de la introducción; Describir el tema de trabajo, ubicar sus conceptos, origen, diagnóstico, tratamiento, pronostico.		
4	2 de febrero	*Revisión de la introducción. * Como realizar el marco teórico.	14:00	17:00			
5	7 de febrero	*Corrección del marco teórico.	14:00	17:00	Describir bien el concepto, ser puntuales en lo escrito. Ser explicativa en su fisiopatología.		
6	9 de febrero	*Corrección del marco teórico.	14:00	17:00	Describir bien el manejo clínico desde su diagnóstico, tener actitud diagnostica. No expandirse tanto en las complicaciones ubicar las más relevantes. Culminación con éxito del marco teórico.		

7	21 de febrero	*Revisión del marco teórico *Se inicia con el Marco metodológico.	14:00	17:00	Describir que método fue el utilizado, nuestro universo por ende muestra, a que gestante Incluimos y excluimos.		
8	23 de febrero	*Corrección y continuación con el marco metodológico.	14:00	17:00	Describir las variables, cual es la metodología para el análisis de los resultados y saber cuáles son las reglas bioéticas.		
9	7 de marzo	*Revisión del marco metodológico	14:00	17:00	Culminación con éxito el marco metodológico.		
10	9 de marzo	*Inicio de datos estadísticos	14:00	17:00	Explicación de las diferentes formulas a usar y elección de variables		
11	14 de marzo	*Revisión de datos estadísticos	14:00	17:00	Elaboración de tabla estadística		
12	16 de marzo	*Resultados	14:00	17:00	Uso de aplicación Stata para las variables		
13	25 de abril	*Discusiones	14:00	17:00	Comparación de nuestro estudio con otros estudios científicos		
14	27 de abril	Conclusiones y recomendaciones	14:00	17:00	Revisión de todo el anteproyecto.		

UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL
CARRERA DE MEDICINA

Guayaquil, 23 de abril del 2018

RECIBIDO
HOSPITAL MARIANA DE JESÚS
23 ABR 2018

Director del Hospital
Dr. Ricardo Miranda
De mis consideraciones

Yo, **BAUS GARCÍA CHRISTIAN ANDRÉS** con **CI 0930704838**, alumno de la carrera de medicina de la Universidad Estatal de Guayaquil.

Conocedor de su espíritu de colaboración en lo que a docencia se refiere me permite solicitarle a usted la respectiva autorización para realizar el trabajo de titulación con el tema **"PREECLAMPSIA: VÍA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO EN EL AÑO 2016 EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS"**, en la institución que usted dirige.

Requiero información de las pacientes preeclamptica sobre su terminación del embarazo conocer si fueron parto normal o cesaría.

En el proceso de elaboración y recolección de datos del presente estudio: se guardara en todo momento la privacidad necesaria para salvaguardar la seguridad de los sujetos estudiados, exceptuando la del alumno investigador.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi agradecimiento.

Atte.:

BAUS GARCÍA CHRISTIAN ANDRÉS
CI. 0930704838
Telf: 0992260686
Correo: christian.baus2422@gmail.com

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

PAPELERIA Y VARIOS			
	VALOR UNITARIO	VALOR MENSUAL	
RESMA DEHOJAS A4	$ 4.00	$8.00	
COPIAS BLANCO NEGRO	$0.05	$6.00	
COPIAS COLOR	$0.25	$10.00	
IMPRESIONES	$0.30	$40.00	
CARPETAS	$0.25	$3.00	
ANILLADOS	$3.00	$9.00	
EMPASTADO	$20.00	$20.00	
DISCOS	$1.00	$2.00	
PENDRIVE	$10.00	$10.00	
TOTAL	$ 108.00		
TRANSPORTE			
BUS	$0.30	$15.00	
TAXI	$2.50	$20.00	
TOTAL	$35.00		
ALIMENTACION			
DESAYUNO	$2.00	$30.00	
ALMUERZO	$3.00	$45.00	
MERIENDA	$3.00	$45.00	
TOTAL	$120.00		
TOTAL GENERAL	$263.00		