



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Complicaciones neonatales en pacientes diagnosticadas con preeclampsia
en el Hospital del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2018 – 2020.

AUTOR (ES):

Compte Mosquera Rafaela Judith
Vásquez Arenas María Claudia

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

TUTOR:

Molina Saltos Luis Fernando

Guayaquil, Ecuador

1 de mayo del 2022



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 **Compte Mosquera Rafaela Judith**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTOR (A)

f. _____
Molina Saltos Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 1 de mayo del año 2022



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 **Vásquez Arenas María Claudia**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**

TUTOR (A)

f. _____
Molina Saltos Luis Fernando

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 1 de mayo del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Compte Mosquera Rafaela Judith**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Complicaciones neonatales en pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el Hospital del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2018 – 2020** 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, 1 de mayo del año 2022

EL AUTOR (A)

f. _____
Compte Mosquera Rafaela Judith



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Vasquez Arenas Maria Claudia**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Complicaciones neonatales en pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el Hospital del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2018 – 2020** 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, 1 de mayo del año 2022

EL AUTOR (A)

f. _____
Vasquez Arenas Maria Claudia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Compte Mosquera Rafaela Judith**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Complicaciones neonatales en pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el Hospital del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2018 – 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del año 2022

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Compte Mosquera Rafaela Judith



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Vásquez Arenas María Claudia**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Complicaciones neonatales en pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el Hospital del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2018 – 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de mayo del año 2022

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
Vásquez Arenas María Claudia



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)
OPONENTE

RESULTADO DE SIMILITUD



Document Information

| | |
|--------------------------|---|
| Analyzed document | Tesis p68 Vasquez - Compte.doc (D134531340) |
| Submitted | 2022-04-25T05:21:00.0000000 |
| Submitted by | Luis Fernando Molina Saltos |
| Submitter email | luis.molina08@cu.ucsg.edu.ec |
| Similarity | 0% |
| Analysis address | luis.molina08.ucsg@analysis.arkund.com |

Sources included in the report

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecerle a Dios, sin el nada de esto hubiera sido posible.

A mis padres, Rafael y Carolina a quienes amo mucho y estoy muy agradecida por su apoyo incondicional, por motivarme siempre y ayudarme a ser la profesional que soy ahora.

A mis tíos Maria Fernanda y Florencio que siempre se han preocupado por mí y me han apoyado en cada una de mis etapas.

A mi abuelita Miuriel y mi Ñaña Queta que me han dado todo el amor del mundo y me hacen ser mejor persona.

A mis hermanos Miuriel y Rafael, por su ejemplo de perseverancia y por siempre estar cuando los necesito.

A toda mi familia que siempre se preocupó y me apoyo.

A todos los amigos que la universidad me dio, esos que ayudaron a que la carrera sea más bonita.

A mi enamorado Marck quien llego a mi vida en mi última etapa universitaria pero nunca dudo de mí y siempre estuvo apoyándome y dándome fuerza para seguir.

Y, por último, a mi compañera de tesis Maria Claudia con la que hemos pasado por tanto y definitivamente sin ella esta etapa no hubiera sido igual de linda.

Rafaela Judith Compte Mosquera

En primer lugar, agradezco a Dios por cuidarme y guiarme durante todo el camino y permitirme culminar esta gran etapa de mi vida con mucho éxito, salud y bendiciones. Contando con las personas que más amo y necesito.

Agradezco a mis padres, Jorge y Claudia, por confiar ciegamente en mí. Por brindarme todo su apoyo, motivación y amor incondicional. Ellos son mi fortaleza y el motivo por el cual he logrado llegar hasta aquí.

A mi hermana Ma. Emilia por brindarme mucha felicidad y apoyo en todo momento.

Agradezco a toda mi familia y amigos que siempre me ayudaron a motivarme y concentrarme en el objetivo.

A mi compañera de tesis y gran amiga Rafaela, quien fue una gran compañía y apoyo durante todo el camino, y es una de las mejores amigas que la carrera me pudo dar.

Y a todas las personas que esta carrera puso en mi camino e hicieron que fuese una mejor experiencia, gracias.

Maria Claudia Vasquez Arenas

DEDICATORIA

A Dios.

A mi abuelito Florencio que sé que desde el cielo está orgulloso, solo me queda decirte “abue tu doctorita lo logro”.

A mis abuelos, Luis e Inés que sé que estarían muy orgullosos de mí y me encantaría tenerlos aquí conmigo.

A mis padres que han dado todo por mí sin nunca dudarlo, que han sido personas incondicionales en mi vida y demostrarme que soy capaz de todo lo que me proponga. Todo siempre es para ustedes, los amo.

Rafaela Judith Compte Mosquera

A Dios.

A mis padres y mi hermana, que son mi fuente de motivación en todo momento. Quienes me inspiran día a día a ser mejor y a seguir adelante y son el motor de mi vida. Todos mis logros siempre son por y para ustedes. Los amo.

Con mucho cariño,

Maria Claudia Vasquez Arenas

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| CAPÍTULO 1..... | 4 |
| EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 4 |
| 1.1 Planteamiento del Problema..... | 4 |
| 1.2 Objetivos | 4 |
| 1.2.1 Objetivo General..... | 4 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos | 4 |
| 1.3 Hipótesis..... | 5 |
| 1.4 Justificación..... | 5 |
| CAPÍTULO 2:..... | 6 |
| MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| 2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA..... | 6 |
| 2.1.1. DEFINICIÓN DE PREECLAMPSIA..... | 6 |
| 2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA | 7 |
| 2.2. CLASIFICACIÓN | 7 |
| 2.2.1. Preeclampsia leve | 8 |
| 2.2.2. Preeclampsia severa | 8 |
| 2.3. ETIOLOGÍA..... | 9 |
| 2.4. FISIOPATOLOGÍA | 9 |
| 2.5. PATOGENIA | 10 |
| 2.5.1. Insuficiencia placentaria | 10 |

| | | |
|--|---|----|
| 2.5.2. | Predisposición genética..... | 11 |
| 2.5.3. | Respuesta inflamatoria en la preeclampsia | 12 |
| 2.5.4. | Alteraciones de la coagulación | 12 |
| 2.6. | FACTORES DE RIESGO | 12 |
| 2.7. | CUADRO CLÍNICO | 14 |
| 2.8. | DIAGNÓSTICO | 14 |
| 2.9. | EVALUACIÓN DE LA UNIDAD FETO PLACENTARIA..... | 15 |
| 2.10. | COMPLICACIONES FETALES:..... | 16 |
| CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS. | | 20 |
| 3.1. | MÉTODOS..... | 20 |
| 3.2. | TIPO DEL ESTUDIO..... | 20 |
| 3.3. | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN..... | 20 |
| 3.4. | POBLACIÓN Y MUESTRA:..... | 21 |
| 3.5. | CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN..... | 22 |
| 3.5.1. | Criterios de Inclusión: | 22 |
| 3.5.2. | Criterios de Exclusión: | 22 |
| 3.6. | OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..... | 22 |
| 3.7. | REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS | 24 |
| 3.8. | DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 30 |
| CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | | 32 |
| 4.1. | CONCLUSIONES..... | 32 |
| 4.2. | RECOMENDACIONES..... | 33 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | | 34 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| TABLA 1.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE PREECLAMPSIA..... | 24 |
| TABLA 2.- PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON EL TIPO DE PARTO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL | 25 |
| TABLA 3.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL PESO AL NACER..... | 26 |
| TABLA 4.- PREVALENCIA DE CASOS DE DEPRESION NEONATAL SEGÚN PUNTUACION APGAR<7 | 27 |
| TABLA 5.- COMPLICACIONES EN NEONATOS HIJOS DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA..... | 28 |
| TABLA 6.- MORTALIDAD EN PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO | 29 |
| TABLA 7.- ASOCIACION ENTRE APGAR<7 Y MORTALIDAD NEONATAL | 30 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| ILUSTRACIÓN 1.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE PREECLAMPSIA..... | 24 |
| ILUSTRACIÓN 2.- PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON EL TIPO DE PARTO..... | 25 |
| ILUSTRACIÓN 3.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL PESO AL NACER..... | 26 |
| ILUSTRACIÓN 4.- PREVALENCIA DE CASOS DE DEPRESION NEONATAL SEGÚN PUNTUACION APGAR<7 | 27 |
| ILUSTRACIÓN 5.- COMPLICACIONES EN PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO | 28 |
| ILUSTRACIÓN 6.- MORTALIDAD EN NEONATOS QUE FORMARON PARTE DE MUESTRA EN ESTUDIO..... | 29 |

RESUMEN (ABSTRACT)

La Preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. Esta se define como un aumento de la presión arterial que se acompaña de otras manifestaciones durante el embarazo. Existen distintas complicaciones neonatales que se desencadenan por la Preeclampsia, entre estas destacan la prematuridad, bajo peso al nacer, depresión neonatal y muerte neonatal.

Materiales y Métodos: El presente estudio consiste en un trabajo investigativo de corte transversal, no experimental, descriptivo, retrospectivo y con un análisis cuantitativo. Se obtuvo información de una base de datos del Hospital General del Norte IESS Los Ceibos de pacientes gestantes diagnosticadas con preeclampsia cuyos hijos tuvieron complicaciones en el periodo 2018 – 2020.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 138 pacientes de los cuales, el 55.8% fueron productos de madres con Preeclampsia leve y el 44.2% con Preeclampsia severa. De estos pacientes, el 10.1% fueron recién nacidos muy prematuros, el 26.1% prematuros moderados, 50.7% prematuros tardíos y 13% recién nacidos a término. En términos del peso al nacer, el 15.9% fue adecuado, 45.7% bajo peso, 36.2% muy bajo peso y 2.2% extremo bajo peso. La depresión neonatal se presentó en el 38.4% de los pacientes. Por último, la mortalidad en este estudio fue de 18.1% de los recién nacidos.

Conclusiones: En este estudio la prematuridad es la complicación más común en los recién nacidos de madres preeclampticas. El bajo peso al nacer es la característica antropométrica de prevalencia y se asocia mayor mortalidad en pacientes con depresión neonatal.

Palabras Clave:

Preeclampsia, bajo peso al nacer, prematuridad, depresión neonatal, muerte neonatal, distres respiratorio.

RESUMEN (ABSTRACT)

Pre-eclampsia is one of the leading causes of both maternal and perinatal morbidity and mortality. This is defined as an increase in blood pressure that is accompanied by other manifestations during pregnancy. There are different neonatal complications that are triggered by Pre-eclampsia, among these are prematurity, low birth weight, neonatal depression and neonatal death.

Materials and Methods: The present study consists of a cross-sectional, non-experimental, descriptive, retrospective investigative work with a quantitative analysis. Information was obtained from a database of the Hospital General del Norte IESS Los Ceibos of pregnant patients diagnosed with pre-eclampsia whose children had complications in the period 2018 - 2020.

Results: A sample of 138 patients was obtained, of which 55.8% were products of mothers with mild Pre-eclampsia and 44.2% with severe Pre-eclampsia. Of these patients, 10.1% were very preterm infants, 26.1% moderate preterm infants, 50.7% late preterm infants, and 13% term infants. In terms of birth weight, 15.9% were adequate, 45.7% low weight, 36.2% very low weight, and 2.2% extremely low weight. Neonatal depression occurred in 38.4% of patients. Finally, mortality in this study was 18.1% of newborns.

Conclusions: In this study, prematurity is the most common complication in newborns of preeclamptic mothers. Low birth weight is the most prevalent anthropometric characteristic and is associated with higher mortality in patients with neonatal depression.

Keywords:

Preeclampsia, low birth weight, prematurity, neonatal depression, neonatal death, respiratory distress.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia en la actualidad se describe como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, tanto materna como fetal, cuya incidencia varía de acuerdo a la población evaluada, aunque se estima que actualmente su prevalencia en países en vías de desarrollo ocupa alrededor del 10% de los embarazos, aumentando en los casos de gestantes cuya edad se encuentra en los extremos de la edad reproductiva, es decir, menor a 18 años y superior a los 35. En adición a esto, se estima que existen al menos 600 muertes maternas diarias a causa de esta patología a nivel mundial, por lo cual la Organización Mundial de la Salud OMS la ha catalogado como la principal causa de muerte materna de forma global, puesto que representa al menos el 20% de todos los decesos en pacientes gestantes.

Además de esto, ha sido catalogada como una de las principales causas de ingreso de gestantes a Unidad de Cuidados Intensivos, además que se encuentra presente de forma directa en al menos 4 de cada 10 casos de partos prematuros. Alrededor del 75% de los casos de enfermedades hipertensivas durante el período de gestación se debe de forma directa cuadros de hipertensión gestacional o preeclampsia, donde la proporción en cuanto a severidad es favorable para los cuadros leves, en una relación de 3:1 con los casos de mayor gravedad

Las principales complicaciones que ocasiona la, preeclampsia en el recién nacido son prematuridad, pequeño para la edad gestacional y bajo peso al nacer, siendo estas las principales causas de morbimortalidad perinatal, constituyéndose de esta manera, la preeclampsia, en un problema de salud pública trascendental. Estas complicaciones que sufre el recién nacido implican hospitalización prolongadas y por ende repercusiones económicas para la familia, los sistemas de salud y el país.

La preeclampsia es la primera causa de muerte en el Ecuador, entre tres y cuatro de cada cien mujeres fallecen por este motivo. Por su incidencia decenas de científicos se han dedicado a investigar cuales son las causas. Sin embargo, hasta hoy no se las descubre. Es por este motivo y por el elevado impacto negativo que genera esta patología en las gestantes y en los neonatos que se decide realizar el presente trabajo de investigación a nivel del Hospital General IESS Los Ceibos de la ciudad de Guayaquil, el cual tiene como objetivo la determinación de las complicaciones neonatales más frecuentes asociadas a los cuadros de preeclampsia, además de los factores asociados a su desarrollo, con la finalidad de contribuir con información de elevada utilidad que permita actualizar los esquemas de manejo y obtener un mejor pronóstico tanto a nivel de las gestantes como de sus hijos.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

Con este estudio buscamos identificar las complicaciones neonatales más comunes en pacientes diagnosticadas con preeclampsia sin que llegue a convertirse en eclampsia o síndrome de HELLP. Existen diferentes complicaciones de la preeclampsia que afectan a los neonatos, por lo que es importante describirlas y analizarlas. Con este estudio se busca conocer estas complicaciones para poder prevenirlas y tratarlas a tiempo, para así lograr disminuir la frecuencia de las diversas complicaciones neonatales que se pueden desarrollar por la preeclampsia.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Establecer las complicaciones neonatales en pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el Hospital IESS Ceibos durante el periodo 2018 – 2020.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar mujeres embarazadas diagnosticadas con preeclampsia
2. Determinar las complicaciones más comunes en neonatos nacidos de madres con preeclampsia
3. Relacionar las complicaciones neonatales con la preeclampsia
4. Establecer la severidad de las complicaciones neonatales en pacientes de madres con preeclampsia

1.3 Hipótesis

La preeclampsia es una de las causas más comunes de complicaciones médicas en neonatos, teniendo como principales complicaciones el bajo peso al nacer y el Síndrome de Distrés Respiratorio.

1.4 Justificación

En los últimos años una de las razones más frecuentes por las que las pacientes embarazadas acuden a las salas de emergencia es por la preeclampsia, lo cual pone en riesgo tanto la vida de la madre como del neonato. Por esta razón consideramos que es importante saber cuáles son las complicaciones más comunes que se desarrollan en estos casos, ya que muchas veces las pacientes llegan cuando ya es muy tarde y no se puede solucionar el problema que puede desencadenar un resultado fatal.

Es importante conocer las diferentes complicaciones que la preeclampsia puede generar en un neonato para así poder prevenirlas y a su vez manejarlas apropiadamente. Así como brindarle la información adecuada a las embarazadas para que tengan conocimiento de los efectos negativos que la preeclampsia puede generar en sus hijos, y con esto ayuden a prevenirla cuidando su salud

CAPÍTULO 2:

MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1.1. DEFINICIÓN DE PREECLAMPSIA

La preeclampsia se define como una patología desarrollada a nivel del embarazo y la etapa puerperal, donde diferentes factores influyen en su desarrollo, evolución y pronóstico. Específicamente, se ha catalogado como una patología cuyo origen radica en la placenta, debido a que existen numerosas descripciones en las cuales se destaca el compromiso del tejido trofoblástico. Esta patología se sustenta en el desarrollo de un estado de hipertensión arterial que viene acompañado por otras manifestaciones como proteinuria y edemas. Su desarrollo es preferencial a nivel de las nulíparas, donde aparece alrededor de las 24 semanas de período gestacional y usualmente es de carácter reversible durante el posparto inmediato. ⁽¹⁾

Otros autores definen a esta patología como una enfermedad de origen indeterminado y multifactorial, cuya resolución o tratamiento fisiológico es el parto, además de describirse un elevado índice de comorbilidades y complicaciones tanto a nivel materno como fetal. Es descrita en la actualidad como un cuadro súbito de hipertensión, proteinuria y edema que se desarrolla frecuentemente en la segunda mitad del embarazo y afecta frecuentemente a madres que han mantenido niveles normales de presión arterial previo a la gestación. ⁽²⁾

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

En la actualidad la hipertensión se define como la complicación médica más común a observarse en el período gestacional, teniendo una prevalencia de casos similar a la de la anemia, a pesar que esta sea mucho más frecuente en gestantes jóvenes que cursan su primer embarazo, así como multíparas de edad avanzada y que cuenten con comorbilidades como hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus o inclusive obesidad y dislipidemia. ⁽³⁾

De acuerdo con reportes emitidos por la Organización Mundial de la Salud a finales de la década pasada, actualmente se estima que existe de forma mundial alrededor de 600 muertes diarias en pacientes gestantes a causa de esta patología. En adición a esto, posee una prevalencia elevada, puesto que se observa en el 5 al 10% de los embarazos a nivel mundial y consiste en la principal causa de muerte materna en la actualidad. ^(3,4)

A nivel del Ecuador, reportes emitidos por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos INEC, cataloga a esta patología como la más frecuente en pacientes gestantes, con una prevalencia que alcanza al menos 3 de cada 10 embarazos, además que posee una elevada asociación con complicaciones fetales y muerte materna. Actualmente, numerosos programas preventivos en el país se encuentran desarrollados e implementados a nivel del primer nivel de atención para la reducción de la aparición de esta patología o el control y mitigación del impacto que puede causar en la población por medio de sus complicaciones. ⁽⁵⁾

2.2. CLASIFICACIÓN

De acuerdo con la clasificación más reciente para esta patología, se clasifica a la preeclampsia en dos tipos: Preeclampsia leve y preeclampsia severa, además del estado de eclampsia, el cual no se describirá en este trabajo investigativo.

2.2.1. Preeclampsia leve

Se describe así al cuadro hipertensivo propio de la gestación acompañado de signos como proteinuria y edema de miembros inferiores que puede progresar a anasarca, además de, en menor frecuencia, relacionado con alteraciones a nivel de la función hepática y trastornos a nivel de la coagulación. Es característico de este tipo su aparición a partir de las veinte semanas de embarazo, pero tiene mayor prevalencia dentro de las etapas finales de la gestación. Entre sus manifestaciones clínicas se destacan los niveles de presión arterial por encima del umbral establecido en 140/90 mmHg, además de un nivel de proteinuria superior a los 300mg en 24 horas e inferior a los 5g en este mismo período de tiempo. Usualmente este tipo de preeclampsia cursa con un buen pronóstico puesto que se resuelve espontáneamente durante el parto y puerperio inmediato. ⁽⁶⁾

2.2.2. Preeclampsia severa

El tipo de preeclampsia de mayor severidad generalmente cursa con la misma sintomatología de los cuadros de preeclampsia leve, sin embargo, sus niveles de presión arterial son mucho más elevados, alcanzando a superar el punto de corte de 160/110 mmHg, además de tener una proteinuria mucho más evidente al superar los 5g en las 24 horas. En estos casos es mucho más frecuente observar edema, donde los principales puntos de afección son la cavidad abdominal, presentándose como ascitis, el edema facial, el edema a nivel de miembros inferiores y, en casos de mayor susceptibilidad, anasarca o edema generalizado. ⁽⁷⁾

En algunos casos suele venir acompañada de un compromiso a nivel del volumen urinario, donde generalmente no alcanza a superar la cantidad de 400 mililitros en 24 horas, además de que puede asociarse a unos niveles plaquetarios inferiores a 100.00/mm³, lo cual puede ser indicativo de un proceso de coagulación intravascular diseminada y, en menor número de casos, pueden aparecer complicaciones de mayor severidad como el edema agudo de pulmón y las lesiones a nivel del sistema nervioso central. ⁽⁸⁾

2.3. ETIOLOGÍA

Como se describió anteriormente, no se ha definido una causa específica para el desarrollo de preeclampsia, por lo cual se han propuesto numerosas teorías que buscan explicar su aparición y desarrollo. Dentro de las más frecuentes se destacan la teoría propuesta acerca del desarrollo debido a anomalías a nivel de la placenta, así como el desarrollo de la patología a causa de una afección por parte de inmunocomplejos a nivel de la placenta, las lesiones en el endotelio, la producción de sustancias citotóxicas que afectan de forma directa al endotelio, el metabolismo alterado de las prostaglandinas y la predisposición genética. ⁽⁹⁾

Sin embargo, una de las teorías propuestas que con mayor frecuencia se ha mencionado y que posee mayor aceptación, se basa en la posible invasión anormal por parte de las células propias de los trofoblastos a nivel de las arterias espinales del útero, durante el período de formación de la placenta, lo cual ocurre normalmente durante el primer trimestre del embarazo normal y las etapas iniciales del segundo trimestre, puesto que es en este período que se observa una invasión del trofoblasto a nivel decidual, específicamente en las arterias espirales, a partir de lo cual inicia un proceso de destrucción del tejido de la capa muscular de la pared de los vasos sanguíneos, ocasionando que este se vea reemplazado por tejido de características fibrosas, lo cual altera por completo la estructura y capacidad funcional de estos vasos sanguíneos, provocando su contracción permanente, lo cual induce un aumento en la resistencia vascular periférica y reduce el aporte de volumen de sangre irrigado. ⁽¹⁰⁾

2.4. FISIOPATOLOGÍA

El desarrollo de esta patología, como fue descrito anteriormente, tiene sus sustentos en la invasión de las arterias espirales por parte de las células citotrofoblásticas extravelosas, lo cual trae consigo modificaciones patológicas del tono muscular de estos vasos, especialmente a causa de un desequilibrio inmunológico y un estado de respuesta inflamatoria constante. El primer paso dentro del mecanismo fisiopatológico de la preeclampsia se

da en la reducción de la perfusión uterina y placentaria, debido a que esta invasión de las arterias deciduales reduce el aporte sanguíneo por una reducción en la compliancia. De igual forma, otro órgano que se ve comprometido es el endotelio vascular, puesto que su afección ocasiona alteraciones en las presiones sanguíneas que se manejan en el interior de los vasos sanguíneos. ⁽¹¹⁾

Existen situaciones en las cuales la invasión del trofoblasto a nivel del interior de estos vasos sanguíneos se desarrolle de forma incompleta en las mujeres con preeclampsia, lo cual no alcanza a alterar la estructura muscular de los vasos espirales, así como tampoco genera una respuesta vasoconstrictora endógena.

Es directamente a causa del endotelio que se genera una reducción de los niveles de prostaciclina, la cual consiste en un agente inhibidor de la agregación plaquetaria, motivo por el cual la colágena subendotelial puede favorecer la agregación plaquetaria y liberación de tromboxano A2, sustancia de alto nivel de capacidad vasoconstrictora. Este desbalance entre la generación y liberación de agentes vasodilatadores y vasoconstrictores es lo que contribuye al aumento de la resistencia vascular periférica y consecuentemente genere esta manifestación característica de los cuadros de preeclampsia, la hipertensión. ⁽¹²⁾

2.5. PATOGENIA

2.5.1. Insuficiencia placentaria

Dentro de las alteraciones que forman parte de los cuadros de preeclampsia, la deficiencia en la perfusión de la placenta, la cual se ve representada por una implantación anormal, además de una patología en los vasos sanguíneos de pequeño tamaño con un consecuente tamaño placentario. Este proceso de implantación anormal ocasiona una separación de las células trofoblásticas, las cuales reemplazarán a las células epiteliales propias de la decidua, dando lugar a las siguientes modificaciones: ⁽¹³⁾

- Alteraciones histológicas a nivel de las arterias espirales deciduales durante las primeras semanas del embarazo, donde se caracteriza por la separación de la lámina elástica interna.
- Invasión anormal a nivel de las arterias espirales, lo cual ocurre dentro de la semana 6 hasta la semana 12 del período gestacional, estimándose que entre la semana 14 hasta la 20 esta invasión alcanza las arterias propias del miometrio.
- Dilatación de las arterias encargadas de la irrigación placentaria, lo cual reduce considerablemente la resistencia vascular uterina y placentaria.

2.5.2. Predisposición genética

Hasta el momento, no se ha descrito la existencia de una alteración genética específica en los casos de preeclampsia, sin embargo, se cree que existen numerosos polimorfismos genéticos a nivel materno que dan mayor susceptibilidad a las pacientes a incremento de la presión arterial durante la gestación, los cuales, al unirse con los agentes disparadores o ambientales, dan lugar al desarrollo de esta patología. ⁽¹⁴⁾

De acuerdo con lo reportado hasta la actualidad, la preeclampsia podría ser el resultado de un proceso patológico hereditario que se encuentra íntimamente relacionado a un gen materno recesivo alterado, donde el gen paterno es el que influye en la expresión de la enfermedad. Esto se sustenta en el hecho que las mujeres nacidas de embarazos con preeclampsia tienen un riesgo incrementado en desarrollar esta complicación. En algunos estudios se ha reportado la posibilidad de compromiso de los siguientes genes en el desarrollo de preeclampsia, los cuales son el IGF2, alele T235 del gen angiotensina, el factor V de Leiden y la metil tetrahidrofolato reductasa. ⁽¹⁵⁾

2.5.3. Respuesta inflamatoria en la preeclampsia

Las manifestaciones clínicas asociadas a los cuadros de preeclampsia se encuentran directamente asociadas a numerosos factores que aparecen como resultado de una respuesta inflamatoria permanente a nivel intravascular durante el período gestacional, en los cuales se destaca la participación de ácidos grasos, lipoproteínas, Factor de necrosis tumoral e inclusive fragmentos de microvellosidades provenientes de las células sincitiotrofoblásticas. ⁽¹⁵⁾

2.5.4. Alteraciones de la coagulación

En la preeclampsia hay un proceso de activación constante de la función de coagulación, donde se añade el desarrollo de un estado de trombocitopenia con aumento de la agregación plaquetaria, lo cual afecta de forma indirecta los volúmenes intravasculares manejados y ocasiona alteraciones en la resistencia vascular con consecuente aumento de presión.

2.6. FACTORES DE RIESGO

Hasta el momento se han descrito numerosos factores que aumentan el riesgo de preeclampsia, los cuales se dividen en factores preconceptionales o propios de la madre, factores asociados directamente al embarazo y agentes externos o ambientales. Los más frecuentemente reportados se detallan a continuación: ^(16,17)

1. Factores de riesgo maternos preconceptionales

- a. Edad materna: Varios estudios indican que uno de los factores de riesgo de mayor asociación al desarrollo de preeclampsia es la edad en los dos extremos, tanto embarazos adolescentes o menores de 18 años y en edades superiores a 35 años, siendo más peligroso este último, puesto que es común observar en este grupo etario comorbilidades de compromiso vascular crónico que puedan favorecer la aparición de preeclampsia. En contraste a esto, en los embarazos adolescentes es común

observar la formación de anomalías estructurales a nivel de la placenta.

- b. Raza negra: Otro factor asociado al desarrollo de esta patología es la raza negra, puesto que se ha descrito que las pacientes de raza negra tienen una mayor predisposición a desarrollar hipertensión arterial crónica, lo cual las predispone a un desarrollo de preeclampsia de mayor severidad e inclusive tienen mayor riesgo de eclampsia y consecuentemente de mortalidad.
- c. Historia personal de preeclampsia: Se ha demostrado que al menos 1 de cada 3 pacientes que han tenido el antecedente patológico personal de preeclampsia, desarrollan episodios recurrentes de la misma en futuros embarazos. Este proceso se sustenta principalmente porque se crea un estado de susceptibilidad para desarrollar elevaciones de presión arterial durante la gestación, indistintamente de si el mecanismo fisiopatológico se basa en el factor genético o en la respuesta inflamatoria.

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

- a. Primigravidez: Se ha demostrado que los casos de pacientes primigestas poseen un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia en comparación con madres multíparas, lo cual se explica porque en el primer embarazo se desarrolla una respuesta inmunológica dirigida hacia los antígenos paternos encontrados en la circulación materna que no son reconocidos por el organismo de la paciente, a partir de lo cual se producirán inmunocomplejos que llegarán a depositarse a nivel de los vasos sanguíneos ocasionando lesiones vasculares y activación de la cascada de coagulación con alteración en las presiones que se manejan en el interior de los mismos.

- b. Sobre distensión uterina: Se observa frecuentemente en los casos de embarazo gemelar y polihidramnios. Este aumento del riesgo se debe principalmente a que se ocasiona una sobre distensión del miometrio, cuyo mecanismo se explica por una incapacidad en la perfusión uterina y placentaria, generando un estado de hipoxia.

2.7. CUADRO CLÍNICO

Es muy común que el primer síntoma de esta patología sea el aumento de la presión arterial que muchas veces es asintomática y se detecta en los controles prenatales. En la preeclampsia la hipertensión en la mayoría de los casos es leve y no sobrepasa los 160/110 mmHg. La proteinuria se determina patológica cuando la concentración de proteínas es mas de 300 mg en orina de 24 Hs. ⁽¹⁸⁾

El edema puede presentarse de manera temprana, por un aumento de peso exagerado. La retención hidrosalina en la cara, manos y región lumbosacra se la observa después. Se considera preeclampsia cuando la paciente presenta aumento de la presión arterial durante el embarazo con o sin proteinuria y edema. También puede acompañarse de cefaleas, acúfenos, epigastralgia y alteraciones en pruebas bioquímicas ⁽¹⁹⁾

2.8. DIAGNÓSTICO

Es necesario desarrollar de forma exhaustiva la historia clínica y anamnesis del paciente, además de un numero adecuado de controles prenatales para poder detectar de forma oportuna el desarrollo de un cuadro de preeclampsia. Dentro de la anamnesis se deben evaluar e investigar los antecedentes familiares de trastornos hipertensivos del embarazo, así como indagar las variaciones de la presión arterial en gestaciones previas y, en caso de confirmarse trastornos hipertensivos en embarazos previos, determinar el tiempo de aparición y la evolución que tuvieron. Al realizar la examinación del paciente se debe evaluar la afección del estado de conciencia, así como determinar los ruidos cardiacos que permitan detectar

una afección cardiaca de base, además de evaluar el desarrollo de edema a nivel de cara, manos y región lumbosacra. ⁽²⁰⁾

De igual forma es sumamente necesario llevar a cabo un fondo de ojo, en el cual se podría observar una vasoconstricción a nivel arteriolar y el consecuente aumento de brillo a nivel de la retina característico de las pacientes con trastornos hipertensivos durante la gestación. Es importante evaluar la ganancia de peso en cada control prenatal, el nivel de presión arterial en contraste con los valores que manejaba previo al embarazo, lo cual permitirá detectar de forma temprana algún trastorno hipertensivo en curso y se podrá implementar el tratamiento de forma oportuna. Así mismo, es de suma importancia llevar a cabo en estos casos, una valoración del estado fetal, que incluya su vitalidad y el ritmo de crecimiento, a través de exámenes obstétricos y pruebas complementarias en cada control prenatal realizado a la gestante. ⁽²¹⁾

2.9. EVALUACIÓN DE LA UNIDAD FETO PLACENTARIA

Una de las principales consecuencias de los cuadros de preeclampsia consiste en la muerte del neonato, en una incidencia mucho mayor en comparación con los pacientes con trastornos hipertensivos leves. Por tal motivo se recomienda la aplicación de los siguientes exámenes complementarios: ⁽²²⁾

- Ultrasonido
- Evaluación de la vitalidad fetal
- Amnioscopia
- Ecografía Doppler.

Por medio del ultrasonido se podrá evaluar los movimientos fetales, además que permitirá la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal. Así mismo, al realizar esta prueba periódicamente, se podrá determinar el ritmo del crecimiento fetal y poder detectar algún trastorno restrictivo en el crecimiento intrauterino. En adición a esto, se podrán determinar anomalías congénitas,

además de identificar el posible daño a nivel del estado hemodinámico uterino y el compromiso de afectación que posea en esta patología, específicamente por medio de la metodología Doppler. En casos de elevada severidad, se recomienda la evaluación del estado y bienestar fetal de forma semanal, incluyendo la evaluación mediante Doppler. ⁽²³⁾

En la evaluación del líquido amniótico se debe realizar el Test de Clements, además de la determinación del índice entre lecitina y esfingomielina, lo que permitirá evaluar de forma concreta el estado de maduración pulmonar fetal, lo que influirá en la decisión de interrumpir el parto. Por medio de la aplicación de estas medidas, se podrá prevenir y reducir la incidencia de complicaciones perinatales.

2.10. COMPLICACIONES FETALES:

El principal efecto que genera la preeclampsia a nivel fetal consiste en la reducción a nivel de la perfusión de la región coriónica y decidual, lo cual inicia incluso días antes de evidenciarse manifestaciones clínicas propias de esta patología, trayendo como resultado una restricción en el crecimiento fetal. El riesgo de desarrollar complicaciones se encuentra directamente relacionado con la severidad del cuadro de preeclampsia y con el trimestre en el cual inicia el proceso patológico. ⁽²⁶⁾

La restricción del crecimiento intrauterino se asocia a un gran número de complicaciones perinatales que aumentan importantemente la morbilidad y el riesgo de mortalidad del neonato, la cual se incrementa considerablemente en los casos de neonatos con bajo peso al nacer según su edad gestacional. Dentro de las complicaciones asociadas directamente a esta restricción en el crecimiento se destaca la asfixia neonatal, el desarrollo de cuadros de neumonía a causa de una aspiración de meconio, estados de hiperglucemia y sepsis. Dentro de los primeros meses de vida se observa un incremento en el riesgo de muerte súbita, además de una predisposición a infecciones recurrentes. ⁽²⁶⁾

Así mismo, se ha descrito una serie de repercusiones de esta patología durante la niñez y la etapa adulta de los nacidos con madres con preeclampsia. Durante la niñez se observa una importante afectación a nivel del desarrollo cognitivo, además de una reducción del ritmo de crecimiento. En cambio, durante la adultez se observa un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como hipertensión arterial, la diabetes mellitus, además de un elevado riesgo cardiovascular en el desarrollo de eventos cerebrovasculares y trastornos isquémicos cardiacos. ⁽²⁷⁾

Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer comprende uno de los principales puntos que influyen en la supervivencia del recién nacido durante su primer año de vida, donde se determina por un peso al nacer inferior a 2500g en casos de gestaciones de 37 a 41 semanas de duración. Esta complicación se asocia directamente a complicaciones a largo plazo, como desnutrición grave, trastornos neurológicos o predisposición a infecciones, y se encuentra asociada a numerosos factores, entre ellos la preeclampsia. ⁽²⁸⁾

El bajo peso al nacer representa una complicación de elevada importancia dentro de las gestaciones con hipertensión arterial. Esta patología genera numerosas modificaciones a nivel de la circulación y función de la placenta, lo que se relaciona con una restricción en el crecimiento intrauterino y una disminución en el peso importante, por lo cual es recomendado en muchos casos culminar el embarazo antes de tiempo con la finalidad de preservar el bienestar materno y neonatal. En estudios realizados en Latinoamérica se ha reportado una predisposición a un parto distócico entre las gestantes hipertensas, indistintamente de su variante, en una prevalencia que alcanza hasta un 90% de las gestaciones. ⁽²⁸⁾

Existen dos principales teorías que sustenten el desarrollo de cuadros de bajo peso al nacer en asociación con la preeclampsia, donde se destaca el proceso anómalo de placentación debido a un estado de vasoconstricción y restricción de la circulación periférica de tipo perenne, así como a una anomalía durante la invasión trofoblástica, lo cual produce una alteración

importante en la circulación uterina y placentaria y reduce el crecimiento intrauterino, generalmente volviéndolo asimétrico y asociándose a un bajo peso del neonato. Esto lo predispone a un aumento en la morbilidad y mortalidad, especialmente a causa de enfermedades respiratorias y cuadros de compromiso sistémico como sepsis neonatal, aunque sus prevalencias son altamente variables, puesto que guardan relación con otros factores maternos y neonatales. ⁽²⁹⁾

Depresión Neonatal

Normalmente, los neonatos se caracterizan por su vigorosidad al momento del nacimiento, sin embargo, existe una pequeña proporción, de alrededor del 10%, que por alguna causa externa requiera asistencia al nacer por un cuadro de depresión moderada o severa. Se define como depresión neonatal a la puntuación APGAR al nacimiento por debajo de los 7 puntos, entre los cuales incluye la valoración de su frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular y aspecto. ⁽³⁰⁾

Una puntuación de APGAR compatible con depresión neonatal, indistintamente de su severidad, se asocia frecuentemente a una estadía hospitalaria mucho mas extensa y un incremento en la morbilidad y mortalidad de los pacientes, puesto que se expone al desarrollo de problemas cardiorrespiratorios o infecciones sistémicas. Dentro de los factores asociados a su desarrollo, se destaca la asfixia neonatal, sin embargo, entre otras causas descritas se reportan como las mas frecuentes la rotura prematura de membranas y la preeclampsia o eclampsia, las cuales tienen una correlación directa con una baja supervivencia del neonato. Esto a causa del tratamiento empleado en estos casos, donde hay reportes que indican que el uso de Sulfato de Magnesio en casos de preeclampsia severa y eclampsia tienen una mayor asociación con una depresión neonatal consecuente. ⁽³⁰⁾

Prematuridad

Se define así a todo caso de nacimiento previo a las 37 semanas de gestación completas, lo que equivale a 258 días posteriores a la fecha de última menstruación. Esto comprende la principal causa tanto de morbilidad y mortalidad neonatal, viéndose afectado su desarrollo por diversos factores, tanto propios de la madre como externos. Se clasifica de acuerdo a las semanas de gestación en las siguientes categorías: ⁽³¹⁾

- Prematuro tardío: de 32 a 36 semanas.
- Muy prematuros: de 28 a 31 semanas.
- Extremadamente prematuro: Recién nacido antes de las 28 semanas.

Se ha descrito a la prematuridad como la complicación neonatal más prevalente en los casos de preeclampsia, sin estar relacionada al tipo o severidad de la misma y asociándose a numerosas comorbilidades y a un mayor riesgo de mortalidad. Entre los principales cuadros patológicos asociados, se destacan los de tipo neonatal, como el bajo peso al nacer, la depresión neonatal y las enfermedades respiratorias durante la estadía hospitalaria. ⁽³²⁾

La prematuridad tardía, es decir, entre las 32 y 36 semanas de gestación, constituye el tipo de mayor asociación con los cuadros de preeclampsia, sin perder el incremento en el riesgo de comorbilidades y mortalidad. En adición a esto, se ha descrito que una aparición del cuadro de preeclampsia previo a las 32 semanas de gestación incrementa importantemente la severidad del cuadro y empeora el pronóstico del recién nacido. ⁽³²⁾

CAPÍTULO 3:

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1. MÉTODOS

Consiste en un trabajo investigativo, de corte transversal, no experimental y de carácter descriptivo y correlacional, con una obtención de la información a partir de un enfoque retrospectivo, para el cual se utilizó como fuente de información una base de datos provista por el Departamento de Estadística del Hospital General del Norte IESS Los Ceibos de la ciudad de Guayaquil, una vez obtenida las respectivas aprobaciones, en la cual se incluyeron todos aquellos casos de gestantes que recibieron el Diagnóstico Final de Preeclampsia y fueron ingresadas bajo la codificación diagnóstica CIE-10 correspondiente: O149 a nivel del sistema AS400, el cual corresponde a las diversos establecimientos que forman parte de la provisión de servicios de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Una vez obtenida la base de datos, se procedió a la revisión de las historias clínicas, evoluciones y reportes del parto, para la recolección de la información y su posterior consolidación.

3.2. TIPO DEL ESTUDIO

Consiste en un estudio de corte transversal, retrospectivo, con análisis cuantitativo y descriptivo de los datos.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

La información empelada en esta investigación se obtuvo a través de la revisión de las historias clínicas y evoluciones de todas aquellas gestantes que fueron ingresadas en el Sistema AS400 del Hospital General del Norte Los Ceibos de la Ciudad de Guayaquil, bajo el diagnóstico CIE-10: O149, el cual corresponde al diagnóstico de Preeclampsia, tomando como punto de partida una Base de Datos provista por el Departamento de Estadística una vez obtenida las autorizaciones correspondientes. Posteriormente, se

procedió a la elaboración de una base de datos en el programa Microsoft Excel con los datos recolectados para posteriormente calcular los datos estadísticos.

Una vez obtenida la información, se procedió al análisis estadístico a través del programa IBM SPSS Statistics 22, en el cual se aplicó una evaluación de tendencia central para las variables cuantitativas como la edad de los pacientes al momento del ingreso y se llevó a cabo un análisis de frecuencias para las variables cualitativas, tanto nominales como ordinales, como es el caso del sexo del neonato, factores de riesgo, complicaciones y mortalidad de los casos. Se empleó la prueba de Chi Cuadrado, para definir la relevancia de los datos obtenidos y establecer las asociaciones respectivas entre los factores demográficos como los factores de riesgo clínicos, los factores de riesgo maternos, con el desarrollo de complicaciones en el neonato y mortalidad.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población

La población estuvo conformada por todos los casos de neonatos hijos de madres con preeclampsia que fueron atendidas en el Hospital General IESS Los Ceibos durante el período de estudio.

Muestra

La muestra se obtuvo de forma no probabilística, donde se incluyeron a todos los pacientes atendidos dentro del período de Estudio, posterior a la aplicación de criterios de inclusión y exclusión. Estuvo conformada por 138 pacientes.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1. Criterios de Inclusión:

- Se incluyeron todos los neonatos hijos de madres que recibieron el Diagnóstico de Preeclampsia y fueron atendidas en el Hospital General del Norte IESS Los Ceibos de la ciudad de Guayaquil durante el periodo del estudio.
- Todos los recién nacidos producto de madres con Preeclampsia que presentaron alguna complicación neonatal posterior al nacimiento.

3.5.2. Criterios de Exclusión:

- Todos aquellos pacientes hijos de madres preeclámpicas que no tuvieron ninguna complicación al nacimiento.
- Neonatos hijos de madres con otras patologías además de preeclampsia.
- Pacientes que contaron con el reporte del parto y evoluciones médicas incompletas.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| Tipo | | Nombre Variables | Definición de la variable | Tipo | RESULTADO |
|----------------------|------------------------------|------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------|
| Variable dependiente | Embarazadas con preeclampsia | Preeclampsia | Criterios diagnósticos del ACOG | Categórica nominal dicotómica | Si No |
| | | Preeclampsia | Severidad | Categórica ordinal dicotómica | Leve Severo |
| | | Edad gestacional | Numero | Numérica discreta | Semanas |

| | | | | | |
|------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|------------------------------|--|
| Variable independiente | Complicaciones neonatales | Complicaciones neonatales | Complicación | Categoría nominal politómica | Asfixia Neonatal Distrés Respiratorio Sepsis Neonatal Ictericia Neonatal |
| | | Prematuridad | Complicación | Categoría ordinal politómica | Tardío: 34-36 SG Moderada: 32-33 SG Muy prematuro: 28-31 SG Extremo: <27 SG |
| | | Bajo peso al nacer | Complicación | Categoría nominal politómica | Peso adecuado <2500 gr. Bajo peso: 1500 – 2500 gr Muy bajo peso: 1000-1500 gr Extremadamente bajo peso: <1000gr |
| | | Depresión neonatal | Complicación | Categoría ordinal politómica | Apgar al minuto menor a 7 |
| | | Muerte neonatal | Complicación | Categoría nominal dicotómica | Si No |

3.7. REPRESENTACIÓN ESTADÍSTICA DE RESULTADOS

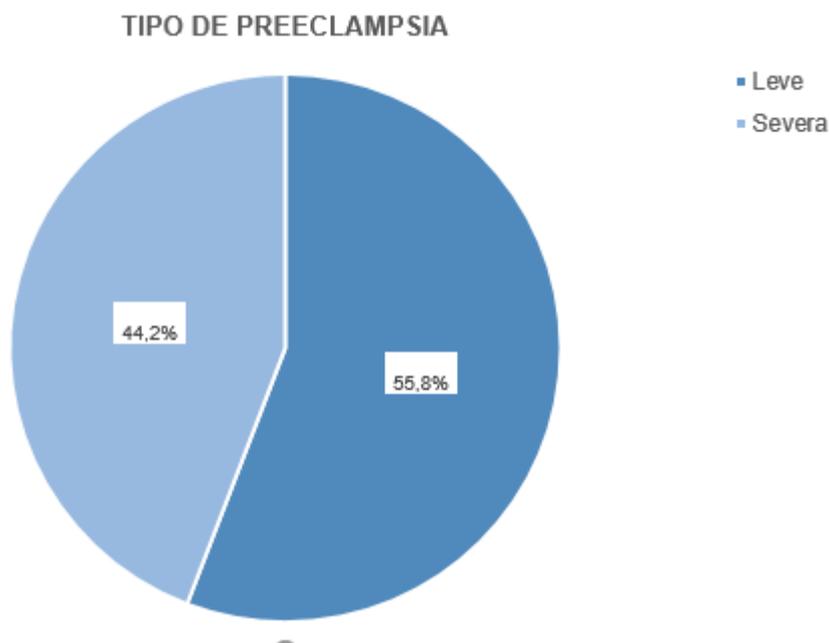
La muestra estuvo conformada por 138 pacientes, donde se evalúan los casos de acuerdo con el tipo de preeclampsia, y se establecieron 2 grados de severidad: leve y severa. Se determina una prevalencia del 55,8% para los casos de preeclampsia leve (n=77) y un 44,2% para los casos de preeclampsia severa (n=61). (Ver Tabla 2)

TABLA 1.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE PREECLAMPSIA

| | | TIPO PREECLAMPSIA | | | |
|-------|--------|-------------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | LEVE | 77 | 55.8 | 55.8 | 57.3 |
| | SEVERA | 61 | 44.2 | 44.2 | 100.0 |
| Total | | 138 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

ILUSTRACIÓN 1.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL TIPO DE PREECLAMPSIA



Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

Otro punto a evaluar fue el tipo de parto de acuerdo con la edad gestacional al momento del nacimiento, donde se determina una prevalencia del 50,7% para los casos prematuros tardíos, es decir, entre 34 a 36 SG (n=70), seguido de los casos prematuros moderados, entre 32 a 34 SG, con el

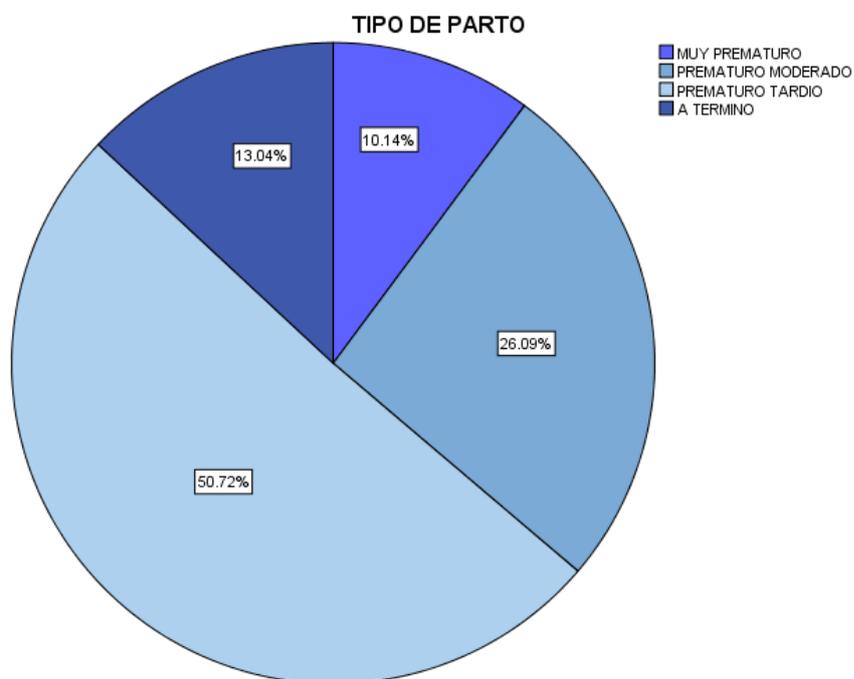
26,1% de los casos (n=36), los nacidos a término con el 13% de la muestra (n=18) y los muy prematuros con un 10.1% de los casos (n=14). (Ver Tabla 3)

TABLA 2.- PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON EL TIPO DE PARTO SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL

| | | TIPO DE PARTO | | | |
|-------|--------------------|---------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | MUY PREMATURO | 14 | 10.1 | 10.1 | 10.1 |
| | PREMATURO MODERADO | 36 | 26.1 | 26.1 | 36.2 |
| | PREMATURO TARDIO | 70 | 50.7 | 50.7 | 87.0 |
| | A TERMINO | 18 | 13.0 | 13.0 | 100.0 |
| | Total | 138 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

ILUSTRACIÓN 2.- PREVALENCIA DE CASOS DE ACUERDO CON EL TIPO DE PARTO



Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

Se realiza la evaluación de los casos de acuerdo con el peso al nacer, donde se establecen las siguientes categorías: peso adecuado (>2500g), bajo peso (1500-2500g), muy bajo peso (1000-1500g) y extremo bajo peso (<1000g). Se determina una mayor prevalencia para los casos de bajo peso, con el

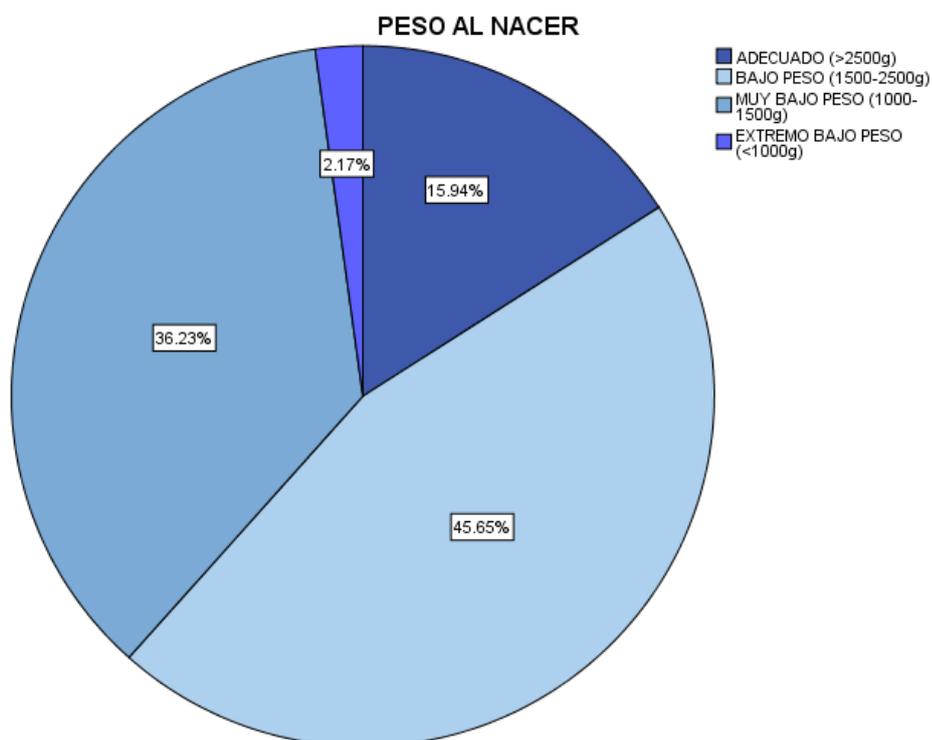
45,7% de la muestra (n=63), seguido de los casos de muy bajo peso con el 36,2% (n=50) y los nacimientos con peso adecuado con el 15,9% (n=22). (Ver Tabla 4)

TABLA 3.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL PESO AL NACER

| | | PESO AL NACER | | | |
|-------|----------------------------|---------------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | ADECUADO (>2500g) | 22 | 15.9 | 15.9 | 15.9 |
| | BAJO PESO (1500-2500g) | 63 | 45.7 | 45.7 | 61.6 |
| | MUY BAJO PESO (1000-1500g) | 50 | 36.2 | 36.2 | 97.8 |
| | EXTREMO BAJO PESO (<1000g) | 3 | 2.2 | 2.2 | 100.0 |
| | Total | 138 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

ILUSTRACIÓN 3.- PREVALENCIA DE CASOS SEGÚN EL PESO AL NACER



Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

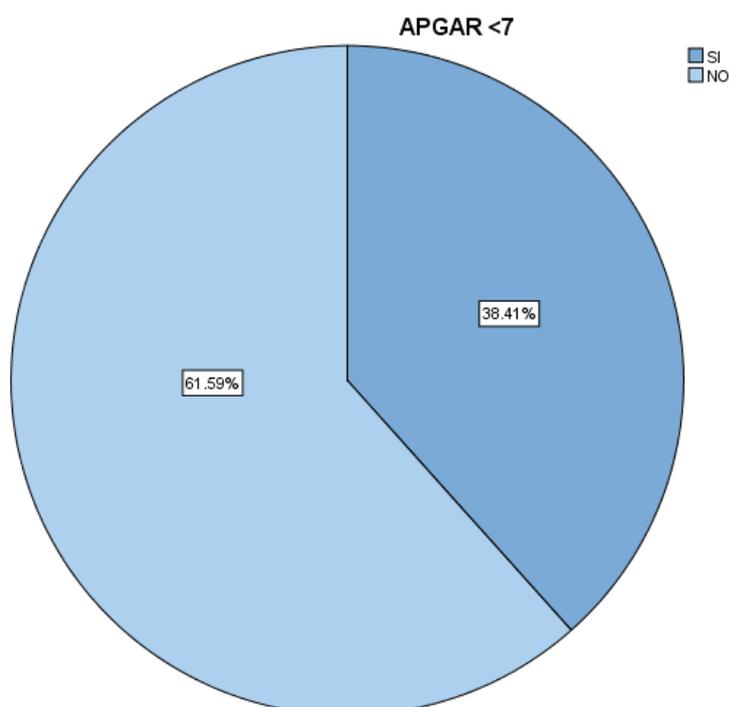
Se analizan los casos en base a si tuvieron un APGAR al nacimiento menor a 7, donde se determina que el 38,4% de los casos tuvo una puntuación de APGAR menor a 7 (n=53), mientras que el 61,6% restante tuvo puntuación APGAR por encima de este punto de corte (n=85). (Ver Tabla 5)

TABLA 4.- PREVALENCIA DE CASOS DE DEPRESION NEONATAL SEGÚN PUNTUACION APGAR<7

| | | APGAR <7 | | | Cumulative |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Percent |
| Valid | SI | 53 | 38.4 | 38.4 | 38.4 |
| | NO | 85 | 61.6 | 61.6 | 100.0 |
| | Total | 138 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

ILUSTRACIÓN 4.- PREVALENCIA DE CASOS DE DEPRESION NEONATAL SEGÚN PUNTUACION APGAR<7



Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

Se realiza el análisis de las complicaciones desarrolladas por los neonatos que formaron parte de la muestra, donde se determina que el síndrome de

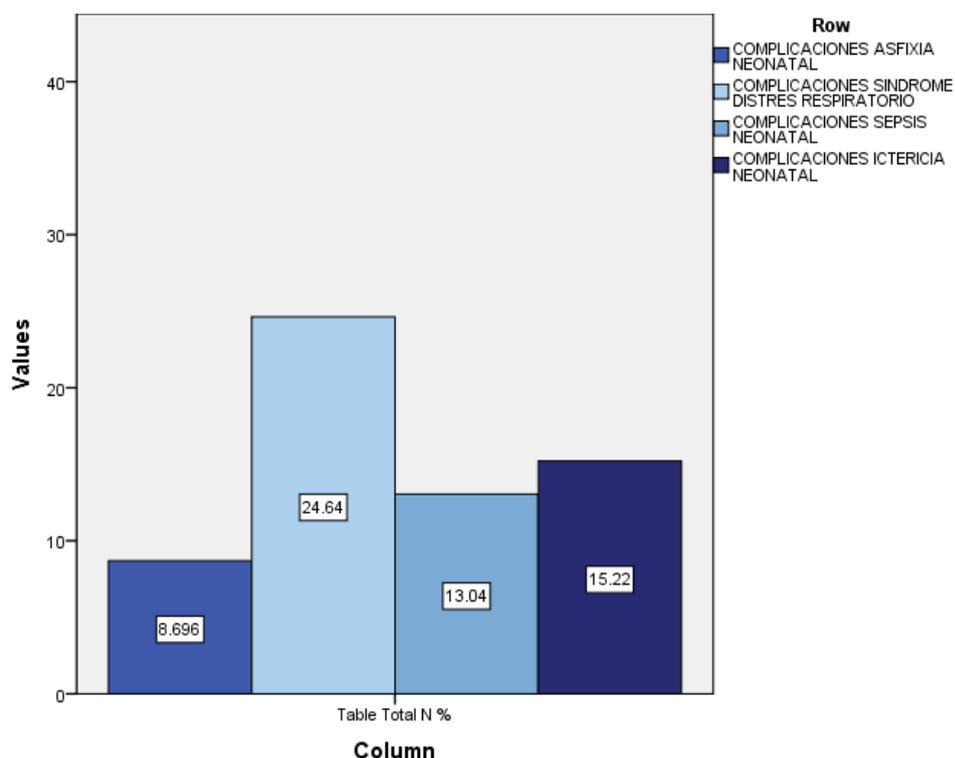
distrés respiratorio se presentó en el 24,6% de los casos (n=34), la ictericia neonatal el 15,2% de los casos (n=21) y la sepsis neonatal el 13% de la muestra (n=18). En algunos casos los pacientes presentaron más de una complicación y en otros casos no se reportó ninguna de las determinadas, por lo cual la suma de los valores no equivale al total de casos. (Ver Tabla 6)

TABLA 5.- COMPLICACIONES EN NEONATOS HIJOS DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA

| | | Count | Table Total N % |
|----------------|-------------------------------|-------|-----------------|
| COMPLICACIONES | ASFIXIA NEONATAL | 12 | 8.7% |
| | SINDROME DISTRES RESPIRATORIO | 34 | 24.6% |
| | SEPSIS NEONATAL | 18 | 13.0% |
| | ICTERICIA NEONATAL | 21 | 15.2% |

Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

ILUSTRACIÓN 5.- COMPLICACIONES EN PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO



Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

De la misma forma, se analiza la mortalidad de los pacientes que formaron parte de la muestra, observándose una prevalencia del 18,1% de los casos

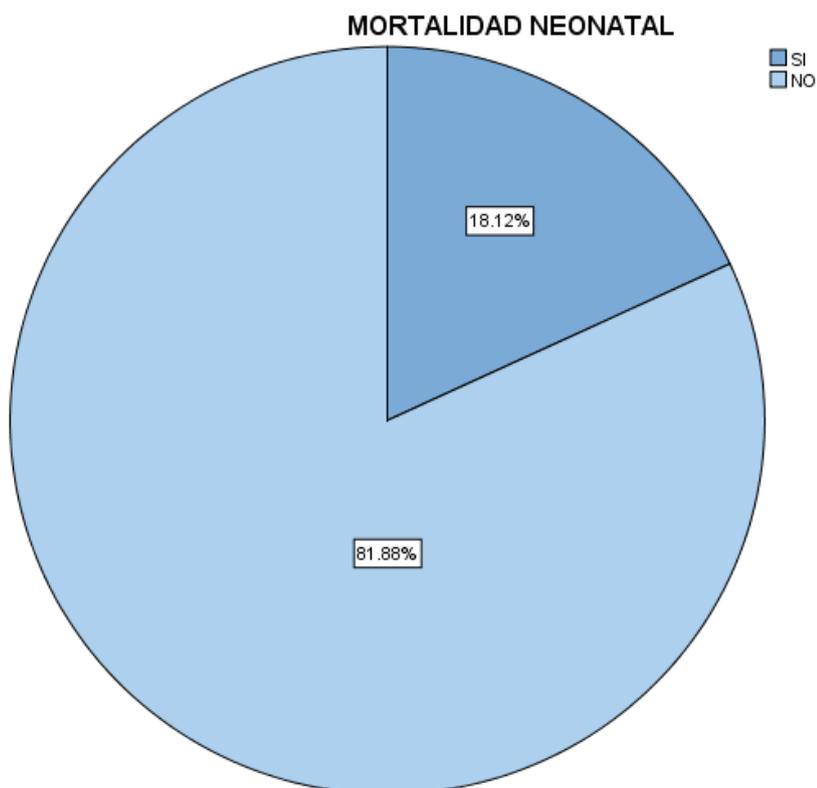
para los neonatos que fallecieron (n=25), con un 81,9% para los casos cuya situación al egreso se reportó vivo (n=113). (Ver Tabla 7)

TABLA 6.- MORTALIDAD EN PACIENTES OBJETO DE ESTUDIO

| MORTALIDAD NEONATAL | | | | | |
|---------------------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| Valid | SI | 25 | 18.1 | 18.1 | 18.1 |
| | NO | 113 | 81.9 | 81.9 | 100.0 |
| | Total | 138 | 100.0 | 100.0 | |

Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

ILUSTRACIÓN 6.- MORTALIDAD EN NEONATOS QUE FORMARON PARTE DE MUESTRA EN ESTUDIO



Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

Finalmente, se realiza la prueba de asociación entre la puntuación APGAR <7 al nacimiento y la mortalidad de los pacientes que formaron parte de la muestra, donde se observa que, dentro de los pacientes que tuvieron una puntuación APGAR<7, el 41,5% fallecieron (n=22), mientras que, en los pacientes que tuvieron puntuación APGAR mayor a este valor, solamente el 3,5% de los casos fallecieron (n=3). Se realiza prueba de Chi Cuadrado y se obtiene valor $p < 0,05$, estableciéndose la asociación entre la puntuación APGAR<7 y la mortalidad neonatal en los casos de madres con preeclampsia. (Ver Tabla 8)

TABLA 7.- ASOCIACION ENTRE APGAR<7 Y MORTALIDAD NEONATAL

APGAR <7 * MORTALIDAD NEONATAL Crosstabulation

| | | | MORTALIDAD NEONATAL | | Total |
|----------|----|-------------------|---------------------|-------|--------|
| | | | SI | NO | |
| APGAR <7 | SI | Count | 22 | 31 | 53 |
| | | % within APGAR <7 | 41.5% | 58.5% | 100.0% |
| | NO | Count | 3 | 82 | 85 |
| | | % within APGAR <7 | 3.5% | 96.5% | 100.0% |
| Total | | | 25 | 113 | 138 |
| | | | 18.1% | 81.9% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymp. Sig. (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|-----------------------|----------------------|----------------------|
| Pearson Chi-Square | 31.744 ^a | 1 | .000 | | |
| Continuity Correction ^b | 29.236 | 1 | .000 | | |
| Likelihood Ratio | 32.694 | 1 | .000 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .000 | .000 |
| Linear-by-Linear Association | 31.514 | 1 | .000 | | |
| N of Valid Cases | 138 | | | | |

Fuente: Base de Datos Hospital General del Norte IESS Los Ceibos. Compte Vasquez 2022

3.8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En cuanto a las complicaciones neonatales, se destaca a un bajo peso al nacer, entre 1500 a 2000g como el de mayor prevalencia en los pacientes evaluados con un 45,7% de casos, así como se destaca que 1 de cada 3

casos tenía un APGAR menor a 7 al momento del nacimiento al reportarse una prevalencia del 38,3%. Chedraui et al (2018) lleva a cabo un estudio en el Ecuador, donde determina una tasa elevada de casos de bajo peso al nacer, con un 50% de los casos de neonatos de madres preeclámpicas, destacando que el 41,3% de los casos tenían una depresión moderada según valoración APGAR, manteniendo similitudes con esta investigación. Llor Cedeño et al (2021) en su investigación llevada a cabo en el Hospital Universitario de Guayaquil, determina una elevada prevalencia de casos de bajo peso al nacer, con un 54,3% de casos, ligeramente superior a lo reportado en este estudio, no obstante, en esta investigación no se evalúa la puntuación APGAR de los pacientes incluidos en su muestra. ^(4,26)

Así mismo, se destacó en el presente estudio al Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo como una complicación de elevada prevalencia en los casos evaluados, desarrollándose en 1 de cada 4 pacientes. Esto coincide con lo reportado por Di Girolano (2017), quien determina una prevalencia del 31,2% de casos de SDRA en neonatos hijos de madres con preeclampsia. De igual forma, Málaga et al (2017) en un estudio en Perú, emite resultados similares, estableciendo un desarrollo de esta complicación en 1 de cada 3 casos, catalogándola como la principal complicación neonatal a corto plazo en neonatos con preeclampsia. ^(4,26)

CAPÍTULO 4:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES

Una vez llevado a cabo la evaluación de la información y el análisis correspondiente, se obtienen las siguientes conclusiones:

- La prematuridad es la complicación más común que presentan los recién nacidos producto de madres preeclámpticas, siendo los prematuros tardíos los más frecuentes con un 50.7% de casos.
- Un peso al nacer bajo, entre 1500 a 2000g, es la característica antropométrica de mayor prevalencia en los neonatos nacidos de madres con preeclampsia, al afectar el 45,7% de casos.
- Una depresión neonatal con puntuación APGAR<7 corresponde a una complicación altamente prevalente en casos de neonatos nacidos de madres con preeclampsia, con un 38,3% de casos.
- Se asocia una mayor mortalidad de pacientes con depresión neonatal con APGAR <7 en relación con los neonatos con puntuación APGAR >7.
- De las complicaciones desarrolladas en el neonato posterior al nacimiento, el síndrome de distrés respiratorio agudo es la complicación más frecuente en casos de madres con preeclampsia con un 24,6% de afectación.

4.2. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de carácter prospectivo que evalúen el crecimiento y desarrollo, físico y neurosensorial, de los neonatos de madres con preeclampsia, identificando así los principales problemas asociados.
- Desarrollar un estudio prospectivo en unidades hospitalarias especializadas en atención materno infantil, que evalúe variables como el índice de masa corporal materno, el número de controles prenatales o los parámetros bioquímicos y su repercusión en el desarrollo de complicaciones neonatales.
- Elaborar guías de práctica clínica del manejo y prevención de las principales complicaciones neonatales de embarazos con Preeclampsia para capacitar al personal de salud y mejorar la calidad de atención de los recién nacidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos JG, Sass N, Costa SH. Preeclampsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2017;39:496-512.
2. Mayrink J, Costa ML, Cecatti JG. Preeclampsia in 2018: revisiting concepts, physiopathology, and prediction. *The Scientific World Journal*. 2018 Oct;2018.
3. Rana S, Lemoine E, Granger JP, Karumanchi SA. Preeclampsia: pathophysiology, challenges, and perspectives. *Circulation research*. 2019 Mar 29;124(7):1094-112.
4. Phoa KY, Chedraui P, Pérez-López FR, Wendte JF, Ghiabi S, Vrijkotte T, Pinto P. Perinatal outcome in singleton pregnancies complicated with preeclampsia and eclampsia in Ecuador. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2018 Jul 3;36(5):581-4.
5. Phipps E, Prasanna D, Brima W, Jim B. Preeclampsia: updates in pathogenesis, definitions, and guidelines. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2016 Jun 6;11(6):1102-13.
6. Armaly Z, Jadaon JE, Jabbour A, Abassi ZA. Preeclampsia: novel mechanisms and potential therapeutic approaches. *Frontiers in physiology*. 2018 Jul 25;9:973.
7. Amaral LM, Wallace K, Owens M, LaMarca B. Pathophysiology and current clinical management of preeclampsia. *Current hypertension reports*. 2017 Aug;19(8):1-6.
8. Harmon AC, Cornelius DC, Amaral LM, Faulkner JL, Cunningham Jr MW, Wallace K, LaMarca B. The role of inflammation in the pathology of preeclampsia. *Clinical science*. 2016 Mar 1;130(6):409-19.
9. Michalczyk M, Celewicz A, Celewicz M, Woźniakowska-Gondek P, Rzepka R. The role of inflammation in the pathogenesis of preeclampsia. *Mediators of Inflammation*. 2020 Oct 5;2020.
10. Jim B, Karumanchi SA. Preeclampsia: pathogenesis, prevention, and long-term complications. In *Seminars in nephrology* 2017 Jul 1 (Vol. 37, No. 4, pp. 386-397). WB Saunders.
11. Cornelius DC. Preeclampsia: from inflammation to immunoregulation. *Clinical medicine insights: Blood disorders*. 2018 Jan 9;11:1179545X17752325.
12. Nirupama R, Divyashree S, Janhavi P, Muthukumar SP, Ravindra PV. Preeclampsia: Pathophysiology and management. *Journal of*

Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. 2021 Feb 1;50(2):101975.

13. Aouache R, Biquard L, Vaiman D, Miralles F. Oxidative stress in preeclampsia and placental diseases. *International journal of molecular sciences*. 2018 May;19(5):1496.
14. Rambaldi MP, Weiner E, Mecacci F, Bar J, Petraglia F. Immunomodulation and preeclampsia. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*. 2019 Oct 1;60:87-96.
15. Fox R, Kitt J, Leeson P, Aye CY, Lewandowski AJ. Preeclampsia: risk factors, diagnosis, management, and the cardiovascular impact on the offspring. *Journal of clinical medicine*. 2019 Oct;8(10):1625.
16. Correa PJ, Palmeiro Y, Soto MJ, Ugarte C, Illanes SE. Etiopathogenesis, prediction, and prevention of preeclampsia. *Hypertension in pregnancy*. 2016 Jul 2;35(3):280-94.
17. El-Sayed AA. Preeclampsia: A review of the pathogenesis and possible management strategies based on its pathophysiological derangements. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017 Oct 1;56(5):593-8.
18. Flores Loayza ER, Rojas López FA, Valencia Cuevas DJ, Correa López LE. Preeclampsia y sus principales factores de riesgo. 2018
19. Ruiz ST. Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana. *CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud*. 2017;1(1):18-26.
20. August P, Sibai BM. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. *Post TW, UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate. 2017 Dec.
21. Witcher PM. Preeclampsia: Acute complications and management priorities. *AACN Advanced Critical Care*. 2018;29(3):316-26.
22. Di Girolamo V. Complicaciones severas de la preeclampsia. *Clases de Residentes*. 2017:1-25.
23. Kongwattanakul K, Saksiriwuttho P, Chaiyarach S, Thepsuthammarat K. Incidence, characteristics, maternal complications, and perinatal outcomes associated with preeclampsia with severe features and HELLP syndrome. *International journal of women's health*. 2018;10:371.
24. Málaga Villacorta YA. Características y complicaciones perinatales de neonatos de gestantes adolescentes con preeclampsia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2014. 2017 Jun 1;12
25. Saxena N, Bava AK, Nandanwar Y. Maternal and perinatal outcome in severe preeclampsia and eclampsia. *International Journal of*

Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2019 Jul 1;5(7):2171-7.

26. Loor-Cedeño LA, Pincay-Cardona LD, Yumbo-Santana YS, Reyna-Valdiviezo GD, Villacreses-Cantos KL, Delgado-Molina JB. Preeclampsia y complicaciones materno-fetales. Polo del conocimiento. 2021 Feb 1;6(2):101-9.
27. Bokslag A, van Weissenbruch M, Mol BW, de Groot CJ. Preeclampsia; short and long-term consequences for mother and neonate. Early human development. 2018 Nov 1;102:47-50.
28. Vásquez Bravo CC. Preeclampsia como factor de riesgo para bajo peso al nacer, en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital de Apoyo Cajabamba, enero 2018-diciembre 2020.
29. Ríos Aspajo GT, Vela Cruzado TD. Relación Entre Preeclampsia-Eclampsia Con El Bajo Peso Al Nacer En Parturientas Atendidas En El Hospital li-2 Tarapoto Y Hospital li-1 Moyobamba, Agosto–Diciembre 2016.
30. Alcalde Apaéstegui AV. Depresión neonatal asociada al uso de sulfato de magnesio en gestantes a término con preeclampsia severa. Hospital Regional de Cajamarca 2017.
31. Vergara Mendoza AA. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019.
32. Vera Loor ML, Mielles Oñate AG. *Prematuros con madres con diagnóstico de preeclampsia* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Compte Mosquera Rafaela Judith**, con C.C: # 0927405704 y **Vásquez Arenas María Claudia** con C.C # 0920794831, autoras del trabajo de titulación: **Complicaciones neonatales en pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el Hospital del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2018 – 2020**, 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.

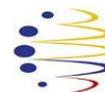
Guayaquil, **1 de mayo de 2022**

f. _____

Compte Mosquera Rafaela Judith
C.C: 0927405704

f. _____

Vásquez Arenas María Claudia
C.C: 0920794831



| REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA | | | |
|--|---|--|-----------|
| FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN | | | |
| TEMA Y SUBTEMA: | Complicaciones neonatales en pacientes diagnosticadas con preeclampsia en el Hospital del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2018 – 2020. | | |
| AUTOR(ES) | Compte Mosquera Rafaela Judith; Vásquez Arenas María Claudia | | |
| REVISOR(ES)/TUTOR(ES) | Diego Antonio Vásquez Cedeño | | |
| INSTITUCIÓN: | Universidad Católica de Santiago de Guayaquil | | |
| FACULTAD: | Ciencias Médicas | | |
| CARRERA: | Medicina | | |
| TÍTULO OBTENIDO: | Médico | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | 1 de mayo de 2022 | No. DE PÁGINAS: | 35 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | Riesgos neonatales, Complicaciones del embarazo | | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | Preeclampsia, bajo peso al nacer, prematuridad, depresión neonatal, muerte neonatal, distres respiratorio. | | |
| RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): | | | |
| <p>La Preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. Esta se define como un aumento de la presión arterial que se acompaña de otras manifestaciones durante el embarazo. Existen distintas complicaciones neonatales que se desencadenan por la Preeclampsia, entre estas destacan la prematuridad, bajo peso al nacer, depresión neonatal y muerte neonatal. Materiales y Métodos: El presente estudio consiste en un trabajo investigativo de corte transversal, no experimental, descriptivo, retrospectivo y con un análisis cuantitativo. Se obtuvo información de una base de datos del Hospital General del Norte IESS Los Ceibos de pacientes gestantes diagnosticadas con preeclampsia cuyos hijos tuvieron complicaciones en el periodo 2018 – 2020. Resultados: Se obtuvo una muestra de 138 pacientes de los cuales, el 55.8% fueron productos de madres con Preeclampsia leve y el 44.2% con Preeclampsia severa. De estos pacientes, el 10.1% fueron recién nacidos muy prematuros, el 26.1% prematuros moderados, 50.7% prematuros tardíos y 13% recién nacidos a término. En términos del peso al nacer, el 15.9% fue adecuado, 45.7% bajo peso, 36.2% muy bajo peso y 2.2% extremo bajo peso. La depresión neonatal se presentó en el 38.4% de los pacientes. Por último, la mortalidad en este estudio fue de 18.1% de los recién nacidos. Conclusiones: En este estudio la prematuridad es la complicación más común en los recién nacidos de madres preeclampticas. El bajo peso al nacer es la característica antropométrica de prevalencia y se asocia mayor mortalidad en pacientes con depresión neonatal.</p> | | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: +593-987654321 +593-912345678 | E-mail: rafaela.compte@cu.ucsg.edu.ec maria.vasquez14@cu.ucsg.edu.ec | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE): | Nombre : Ayon Genkuong, Andrés Mauricio | | |
| | Teléfono: +593-997572784 | | |
| | E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec | | |
| SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA | | | |
| Nº. DE REGISTRO (en base a datos): | | | |
| Nº. DE CLASIFICACIÓN: | | | |
| DIRECCIÓN URL (tesis en la web): | | | |