

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“EFICACIA DEL PARTO POR CESÁREA COMPARADO CON
PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA
SEVERA SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS Y
NEONATALES”**

**TESIS
PARA OPTAR EL TITULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:
DIANA EVELYN PANTOJA CABRERA**

**ASESOR:
DR. ORLANDO RODOLFO SALAZAR CRUZADO**

**TRUJILLO - PERÚ
2016**

MIEMBROS DEL JURADO

**DR. RENÉ ALCÁNTARA ASCON
PRESIDENTE**

**DR. RAVELO PELAEZ RODRIGUEZ
SECRETARIO**

**DR. JORGE KAWANO KOBASHIGAWA
VOCAL**

ASESOR:

DR. ORLANDO RODOLFO SALAZAR CRUZADO

DEDICATORIA

A mis abuelos Yolanda y Gilberto por haberme apoyado en este largo camino, lleno de conocimientos y adversidades. A donde valla, sé que ellos estarán conmigo, este logro es para ellos.

A mis padres Flor y José por su apoyo incondicional, y brindarme la oportunidad de hoy realizarme como profesional, por su esfuerzo y sacrificio que han hecho por mí, para que este sueño hoy fuera una realidad.

A mi tía Karina quien en vida, fue mi fuente de inspiración, es ahora mi ángel que me resguarda.

A mis hermanos Yuvitza, Bryan Y a mi sobrino Gareth porque forman parte de mis alegrías, y fueron mi motivo de continuar con este arduo camino y que este logro sea para ustedes un incentivo de dedicación y superación.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi apoyo, mi luz y mi camino, por ayudarme a terminar este proyecto ,por cada regalo de gracia que me ha dado.

A mis abuelos Yolanda y Gilberto porque creyeron en mí, por darme la oportunidad de estudiar esta carrera y por ser el ejemplo de vida, de superación, entrega, y promover el desarrollo y la unión familiar, gracias por todo su amor.

A mis padres Flor y José por permitirme conseguir mi sueño y ser parte de este largo camino, por su comprensión y paciencia brindada.

A todos mis tíos Denise y Carlos y de más familiares que estuvieron pendientes de mí, gracias por el apoyo que me ofrecieron y por todos los momentos maravillosos compartidos.

A Mauricio por su apoyo constante y amor incondicional, ha sido mi amigo y compañero inseparable, fuente de calma, consejo en todo momento. ya que de una y otra manera ha contribuido para el logro de mis objetivos.

A mi asesor por la orientación y apoyo prestado para la elaboración del presente trabajo que presento a consideración del jurado.

ÍNDICE

PAGINAS PRELIMINARES

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCION	9
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	20
DISCUSION	30
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONE	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
ANEXOS	40

RESUMEN

Objetivo: Comparar la eficacia del parto por cesárea y parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, prospectivo, de cohortes. El estudio se realizó en 210 gestantes con preeclampsia severa, de las cuales 164 tuvieron parto por cesárea y 46 parto vaginal, atendidos en el Hospital Belén de Trujillo en el año 2015.

Resultados: Las características demográficas de edad, estado conyugal, nivel educativo fueron similares y comparables en ambos grupos, así como las características obstétricas de edad gestacional, paridad, peso del recién nacido y control prenatal, destacando que esta patología se presentó en la mayoría de pacientes controladas y adolescentes. Las patologías maternas con diferencia significativa fueron anemia: con cesárea (50%) y vaginal (30%), parto preterminó: cesárea (35%) y parto vaginal (30%), infección de sitio operatorio: cesárea (8%) y parto vaginal (2%).

Las complicaciones neonatales no tuvieron diferencia significativa siendo las más frecuentes: hipoglucemia: cesárea (14%) y parto vaginal (4%), depresión neonatal cesárea (13%) y parto vaginal (10%) y sepsis neonatal: cesárea (11%) y parto vaginal (8%).

Conclusiones: El parto vaginal es más eficaz que la cesárea en cuanto a complicaciones maternas. No hubo diferencias entre las complicaciones neonatales, en cuanto al método de parto.

Palabras Clave: Eficacia, cesarea, parto vaginal, preeclampsia severa.

ABSTRACT

Objective: To compare the efficacy of cesarean and vaginal delivery in pregnant women with severe preeclampsia as maternal and neonatal complications.

Methods: an analytical study, observational, prospective cohort type was carried out. The study population consisted of the study was conducted on 210 pregnant women with severe preeclampsia, of which 164 were cesarean section and 46 vaginally, in Hospital Belen de Trujillo 2015 period.

Results: The demographic characteristics of age, marital status, education level were similar and comparable in both groups and obstetric characteristics of gestational age, parity, birth weight and prenatal care, noting that this condition was presented in most patients controlled and adolescents. Maternal disease with significant difference were anemia: cesarean section (50%) and vaginal (30%), preterm delivery: cesarean section (35%) and vaginal delivery (30%), infection of the operative site: Cesarean (8%) and delivery vaginal (2%).

Neonatal complications had no significant difference being the most common: Hypoglycemia: cesarean section (14%) and vaginal delivery (4%), neonatal depression cesarean section (13%) and vaginal delivery (10%) and neonatal sepsis: cesarean section (11%) and vaginal delivery (8%).

Conclusions: Vaginal delivery is more effective than cesarean section regarding maternal complications. There were no differences between neonatal complications, as to the method of delivery.

Keywords: Efficiency, cesarean, vaginal delivery, severe preeclampsia

I. INTRODUCCION

La preeclampsia es una complicación del embarazo que afecta múltiples órganos tanto de la madre, placenta y el feto, teniendo como base la lesión endotelial. Dentro de las hipótesis etiológicas se plantea factor genético, inmunológico, infeccioso y nutricional, y en lo que si todos los autores están de acuerdo que es multifactorial y puede ocasionar graves consecuencias en la madre y el hijo, incluyendo sus muertes ⁽¹⁾.

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia se mantiene constante, entre el 3% y 10% en la población general, lo que si varía son las frecuencias de preeclampsia severa y eclampsia de acuerdo al control prenatal y a la identificación temprana de esta patología ⁽²⁾

En el Perú es la segunda causa de muerte materna, y es una de las principales causa de muerte perinatal, especialmente de las muertes fetales tardías, así como es la causa principal de retardo del crecimiento intrauterino ⁽³⁾.

En el Hospital Belén de Trujillo, la preeclampsia tiene una incidencia del 12.5% en el año 2013 y de 12.77 % en el año 2014, y la preeclampsia severa se presenta en 3.7% y 3.9 % en los mismos años ⁽⁴⁾.

La preeclampsia-eclampsia es una complicación que se inicia con la placentación, manifestándose clínicamente a partir de la semana 20, para lo cual se han dividido en 2

grupos, preeclampsia lejos de termino y preeclampsia cerca del termino siendo las complicaciones maternas y perinatales mayores en el primer grupo ⁽⁵⁾.

La preeclampsia en su forma severa se asocia a oliguria, edema pulmonar, disfunción hepática, trastornos de la coagulación, elevación de la creatinina sérica, trastornos visuales y dolor epigástrico, retardo de crecimiento intrauterino. Actualmente el criterio de preeclampsia severa es culminación de embarazo por sus graves consecuencias de morbilidad y mortalidad materna y neonatal ⁽⁶⁾.

La controversia continúa en la modalidad de parto en preeclampsia severa, ya que por fisiopatología la preeclampsia es un problema de endotelios que disminuye el flujo de nutrientes y oxígeno al feto por parte de la madre, y esta demanda se incrementa durante el trabajo de parto, Moodley en un estudio con gestantes con preeclampsia severa encontró menores complicaciones en el parto por cesárea, así mismo, Ludmir en un estudio realizado en el Hospital Pensilvania en gestantes con preeclampsia severa, encontró menor incidencia de asfixia neonatal e ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales, por el contrario Pinedo y Orderique encontró mayor porcentaje de asfixia neonatal y mortalidad neonatal en los partos por cesárea reportado en el Hospital María Auxiliadora de Lima – Perú por lo que varios autores están a favor de la cesárea y otros por la vía vaginal^(7,8,9,10,11,12).

.En vista de las consideraciones expuestas y que el Hospital Belén de Trujillo es el centro de atención obstétrica y neonatal más representativo del Norte del país, es que nos planteamos realizar el presente estudio, para conocer la eficacia del parto por cesárea

comparado con el parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa en el Hospital Belén de Trujillo, y determinar si hay diferencias en las complicaciones maternas y neonatales.

PLAN DE INVESTIGACION

PROBLEMA:

¿Cuál es la vía del parto más eficaz en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales?

HIPOTESIS:

El parto por cesárea es más eficaz que el parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- ✓ Precisar el mejor método del parto en pacientes con preeclampsia severa

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Identificar si las complicaciones maternas más frecuentes se presentaron en las cesareadas y cuales fueron estas patologías.
- ✓ Determinar si existe diferencia significativa en las complicaciones neonatales entre ambas vías del parto.
- ✓ Determinar la eficacia del parto por cesárea y parto vaginal en las gestantes con preeclampsia según complicaciones maternas y neonatales.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

POBLACIÓN DIANA O UNIVERSO

- ✓ Estuvo constituido por el total de gestantes con diagnóstico de preeclampsia hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo y que tuvieron su parto en dicho Hospital.

POBLACION DE ESTUDIO:

- ✓ Estuvo constituido por todos los pacientes con preeclampsia severa y que en total fueron 210, cuyo parto ocurrió en el Hospital Belén en el año 2015.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de Inclusión:

- ✓ Gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa.
- ✓ Gestante que su parto tenga lugar en el Hospital Belén de Trujillo.

Criterios de exclusión:

- ✓ Pacientes que por anamnesis informen patologías previas asociadas como: insuficiencia renal, epilepsia, hipertiroidismo, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico.
- ✓ Presencia de signos de infección materno fetal, signos clínicos y/o de laboratorio de Corioamnionitis.
- ✓ Embarazos con malformaciones congénitas mayores

Criterios de Eliminación:

- ✓ Paciente transferida a otro Hospital sin parto.
- ✓ Retiro voluntario de la paciente del estudio.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio

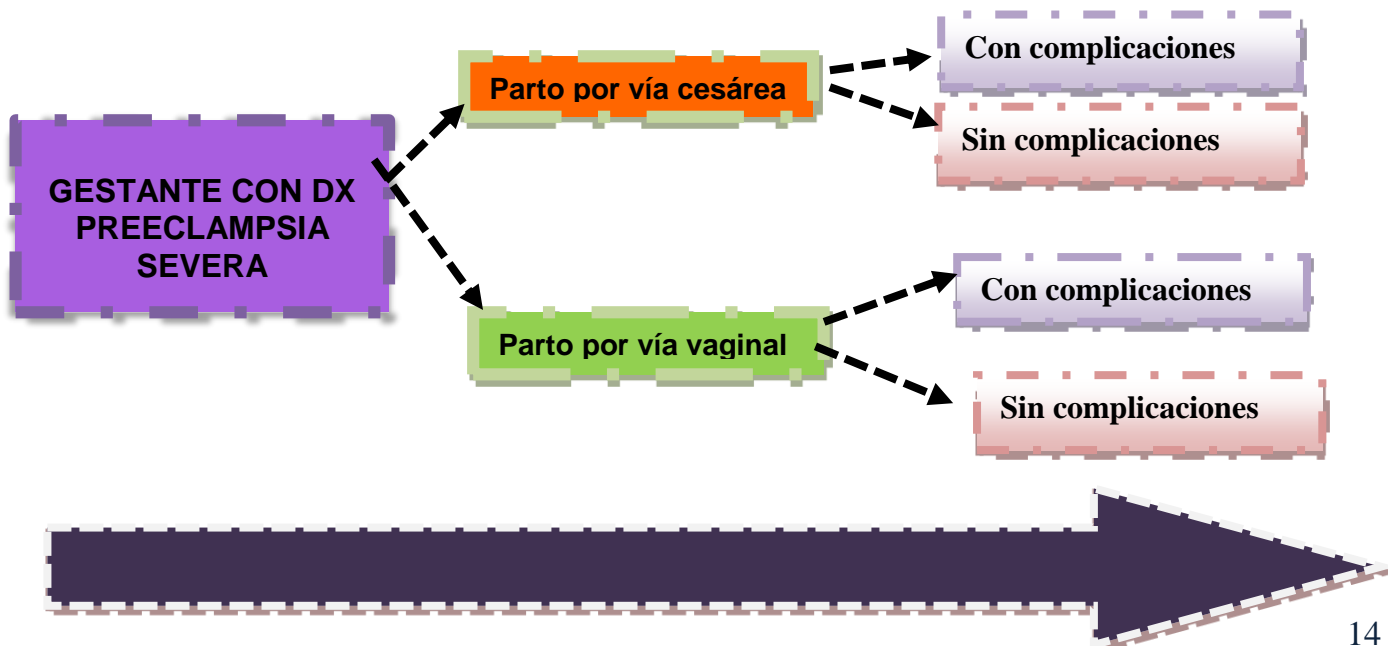
El presente estudio corresponde a un diseño de cohortes anidada, analítico, prospectivo, longitudinal.

Diseño Específico

Se empleó el diseño post test, conformándose dos grupos:

Grupo I: Conformado por las gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa y que su parto sea por vía cesárea.

Grupo II: Conformado por las gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa y que su parto sea por vía vaginal.



VARIABLES Y ESCALA DE MEDICION:

Por la relación de dependencia, las variables del presente estudio se clasifico en:

Variable dependiente: Complicaciones maternas y neonatales.

Variable independiente: Tipo de vía de parto en pacientes con preeclampsia severa.

Variable	Categorías	Criterios de medición	Tipo	Escala de Medición
Complicaciones maternas	Sí No	Frecuencia Porcentaje	Categórica	Nominal dicotómica
Complicaciones neonatales	Sí No	Frecuencia Porcentaje	Categórica	Nominal dicotómica
Vía de parto vaginal	Sí No	Frecuencia Porcentaje	Categórica	Nominal dicotómica
Vía de parto cesárea	Sí No	Frecuencia Porcentaje	Categórica	Nominal dicotómica

DEFINICIONES OPERACIONALES:

➤ **Preeclampsia severa:**

Se define a la gestante que presente hipertensión gestacional y proteinuria asociado con alguno de los siguientes criterios:

- a. Presión arterial sistólica mayor o igual 160 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mm Hg, medida en el brazo derecho, estando la paciente sentada, luego de por lo menos diez minutos de reposo físico y psicológico, la medición se realizará con un tensiómetro anerode y comprobada por lo menos dos veces en un intervalo no menor de 6 horas.
- b. Cefalea intensa y/o alteraciones visuales que sugirieran inminencia de convulsiones.
- c. Epigastralgia o dolor en hipocondrio superior derecho.
- d. Oliguria (diuresis menor de 500 cc en 24 horas, o menor de 20cc/h).
- e. Creatinina sérica: > 1.1 mg/dl.
- f. Edema pulmonar y/o cianosis y/o signos de insuficiencia cardiaca.
- g. Retardo de crecimiento intrauterino.
- h. Trombocitopenia: Recuento de plaquetas menor de 100,000 por ml
- i. Hiperbilirrubinemia: BT > 1.1mg/dl (BD > 0.8 mg/dl, BI > 0.3 mg/dl).
- j. Elevación de las transaminasas hepáticas (TGO > 70 UI/Lt o TGP > 70 UI/Lt), y/o LDH > 600.

➤ **Eficacia de las vías del parto:** Se consideró que un esquema es eficaz cuando los pacientes con preeclampsia severa de uno de los grupos en estudio presenten menores complicaciones maternas y neonatales en relación al otro grupo, corroborado con la significancia del test estadístico de diferencia de proporciones.

➤ **Complicación materna (9)**: Enfermedad asociada a la vía del parto en paciente con preclampsia severa:

- ✓ Insuficiencia renal aguda
- ✓ Edema pulmonar agudo
- ✓ Hemorragia intracerebral
- ✓ Desprendimiento de retina
- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta
- ✓ Atonía uterina
- ✓ Shock hipovolémico
- ✓ Coagulación intravascular diseminada
- ✓ Insuficiencia hepática aguda
- ✓ Ruptura hepática
- ✓ Shock séptico
- ✓ Infección urinaria
- ✓ Neumonía
- ✓ Anemia
- ✓ Hematoma en pared abdominal
- ✓ Desgarro perineal
- ✓ Hematoma vaginoperineal

➤ **Complicación neonatal (9)**: Enfermedad asociada a la vía del parto en el neonato de madre con preclampsia severa:

- ✓ Hipoglicemia
- ✓ Anemia
- ✓ Hemorragia intracerebral
- ✓ Hipocalcemia
- ✓ Enfermedad de membrana hialina
- ✓ Asfixia neonatal
- ✓ Depresión neonatal

- ✓ Síndrome de aspiración meconial
 - ✓ Bajo peso al nacer
 - ✓ Muy bajo peso al nacer
 - ✓ Coagulación intravascular diseminada
 - ✓ Enterocolitis necrotizante
 - ✓ Prematuridad
 - ✓ Taquipnea transitoria
- **Depresión neonatal:** Apgar menor de 7 al minuto.
- **Asfixia neonatal:** Apgar menor de 7 a los 5 minutos.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos consignados serán tabulados con auxilio del computador utilizando el software SPSS v 15. Los resultados serán presentados en cuadros de doble entrada con frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Para establecer si una vía del parto es más eficaz en relación a complicaciones maternas y neonatales en pacientes con preeclampsia severa se utilizará la prueba Z para diferencia de proporciones entre pacientes que tuvieron su parto por vía vaginal y cesárea. Determinándose la eficacia si las pacientes con preeclampsia severa de una vía del parto presentaran un menor porcentaje de complicaciones maternas y neonatales en comparación con la otra vía.

La diferencia será considerada significativa si la probabilidad de equivocarse es menor al 5% ($P < 0,05$).

ASPECTOS ETICOS:

El presente estudio, al ser tipo prospectivo, se hizo uso de la base de datos del sistema informático perinatal, se contó con la aprobación del comité de investigación de la Universidad Privada Antenor Orrego, con la cual se aseguró la confidencialidad de los datos y resultados.

IV.- RESULTADOS

En el Hospital Belén de Trujillo – Perú en el año 2015 se produjeron 4452 partos, de las cuales 210 tuvieron diagnóstico de preeclampsia severa de estas 164 tuvieron parto por cesárea y 46 partos vaginales.

Las características demográficas de edad, estado conyugal, nivel educativo fueron similares y comparables en ambos grupos, así como las características obstétricas de edad gestacional, paridad, peso del recién nacido y control prenatal, destacando que esta patología se presentó en la mayoría de pacientes controladas y adolescentes (**cuadros 1, 2, 3, 4,5**).

Para las consideraciones de complicaciones maternas se tuvo en cuenta que esta patología no la tenga la gestante al momento de hospitalizarse para su parto, encontrándose diferencia significativa a favor de parto vaginal, anemia, parto preterminó e infección del sitio operatorio.(**cuadro 8**).

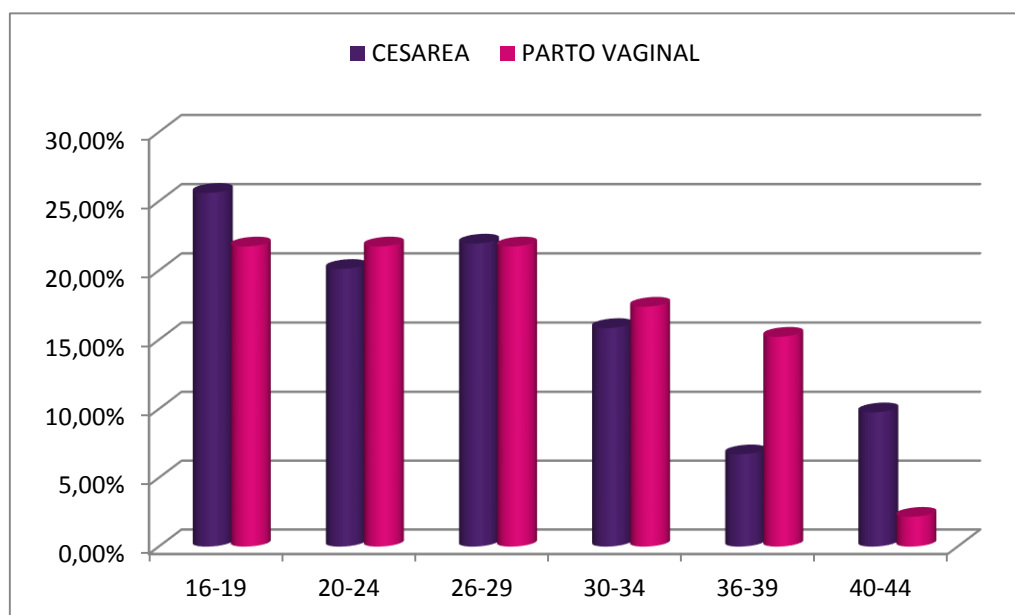
Las complicaciones neonatales que se presentaron fueron cuidadosamente diagnosticadas y tratadas en el Servicio de Neonatología, siendo la más frecuente hipoglicemia, depresión neonatal y sepsis neonatal no existiendo diferencia significativa entre ambas vías de parto (**cuadro 9**).

CUADRO N°1: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN GRUPO DE EDAD DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS	GRUPOS			
	CESÁREA (N=164)		PARTO VAGINAL(N=46)	
	Nº	%	Nº	%
GRUPOS DE EDAD				
15 - 19	42	25.61%	10	21.74%
20 - 24	33	20.12%	10	21.74%
25 - 29	36	21.95%	10	21.74%
30 - 34	26	15.85%	8	17.39%
35 - 39	11	6.71%	7	15.22%
40 - 44	16	9.76%	1	2.17%
TOTAL	164	100.00%	46	100.00%
PROMEDIO	26.3		27.7	
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	8.7		9.1	
TEST DE DIFERENCIAS DE MEDIAS	Z = -1.123		NO SIGNIFICATIVO	

FUENTE: Hospital Belén de Trujillo-Sistema informático Perinatal del año 2015.

CUADRO N°1: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN GRUPO DE EDAD DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015.

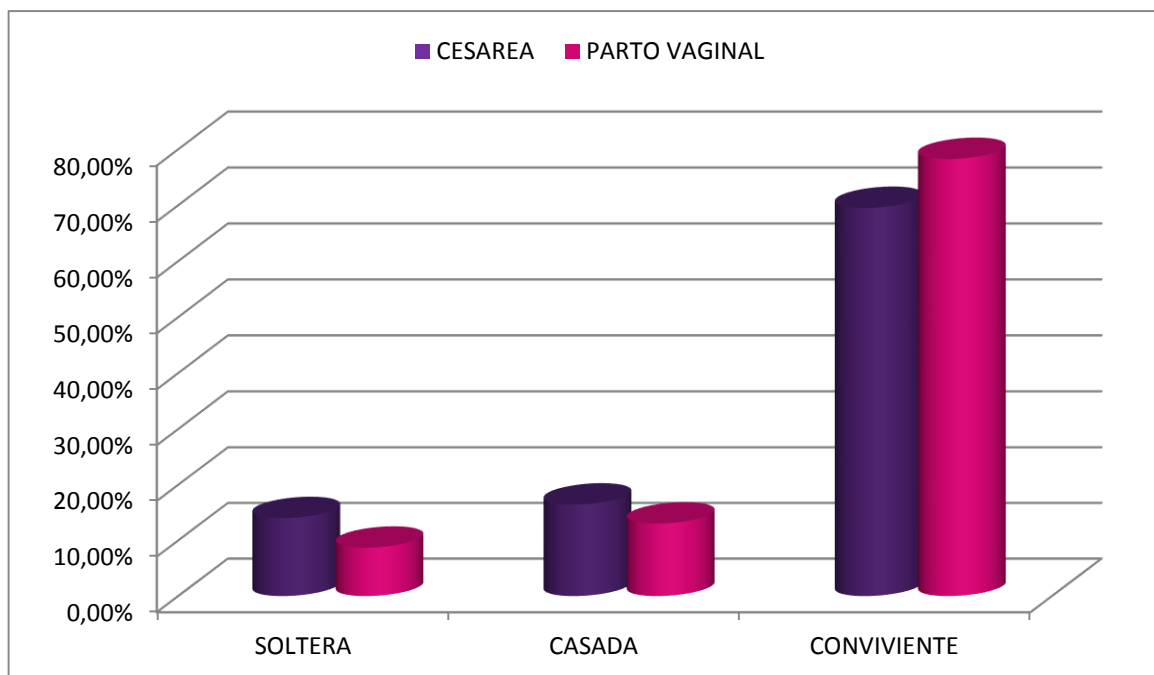


CUADRO N°2: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN ESTADO CONYUGAL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

CARACTERISTICAS DEMOGRÁFICAS	GRUPOS			
	CESÁREA (N=164)		PARTO VAGINAL(N=46)	
ESTADO CONYUGAL	Nº	%	Nº	%
SOLTERA	23	14.02%	4	8.70%
CASADA	27	16.46%	6	13.04%
CONVIVIENTE	114	69.51%	36	78.26%
TOTAL	164	100.00%	46	100.00%
TEST DE DIFERENCIAS DE MEDIAS	X ² = 1.975		No Significativo	

FUENTE: Hospital Belén de Trujillo-Sistema informático Perinatal del año 2015.

CUADRO N°2: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN ESTADO CONYUGAL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

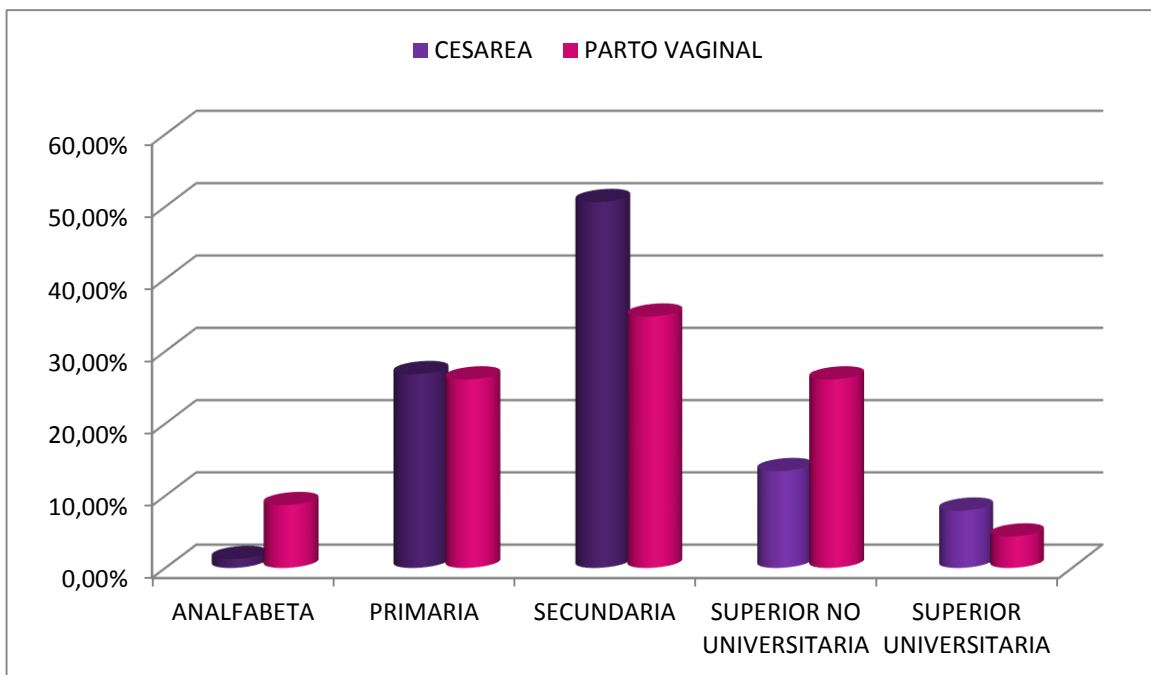


CUADRO N°3: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	GRUPOS			
	CESÁREA (N=164)		PARTO VAGINAL(N=46)	
	Nº	%	Nº	%
NIVEL EDUCATIVO				
ANALFABETA	2	1.22%	4	8.70%
PRIMARIA	44	26.83%	12	26.09%
SECUNDARIA	83	50.61%	16	34.78%
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	22	13.41%	12	26.09%
SUPERIOR UNIVERSITARIA	13	7.93%	2	4.35%
TOTAL	164	100.00%	46	100.00%
	X ² = 2.137		NO SIGNIFICATIVO	

FUENTE: Hospital Belén de Trujillo-Sistema informático Perinatal del año 2015

CUADRO N°3: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

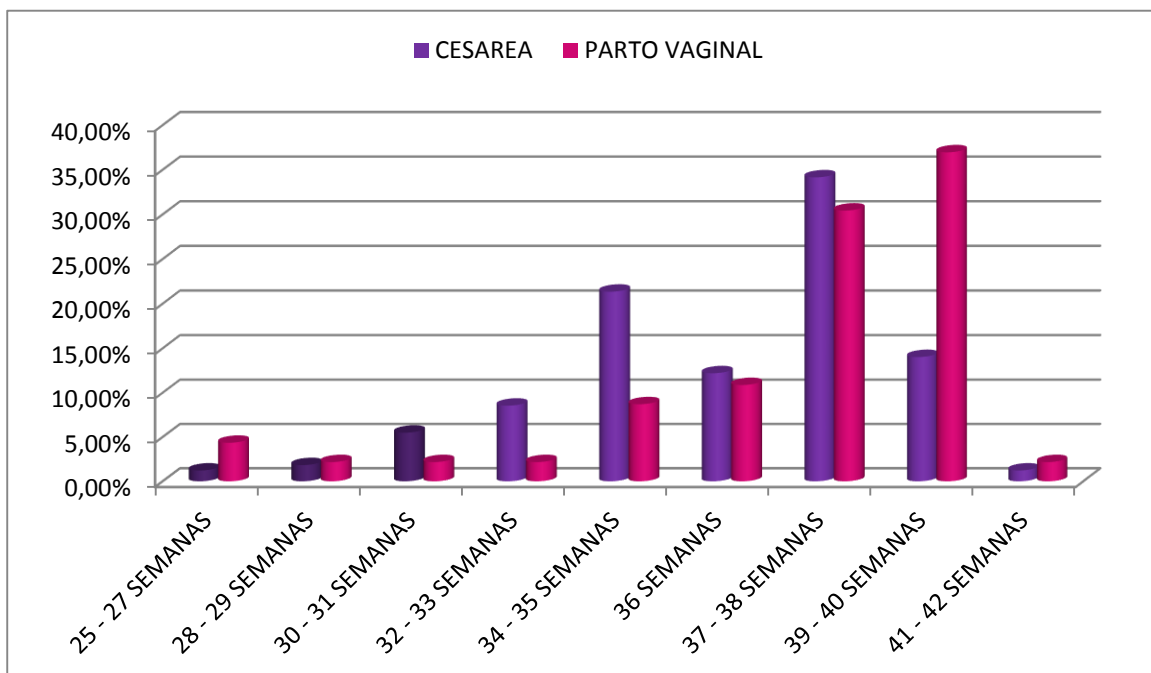


CUADRO N°: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN EDAD GESTACIONAL DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

CARACTERISTICAS OBSTÉTRICAS	GRUPOS			
	CESÁREA (N=164)		PARTO VAGINAL(N=46)	
EDAD GESTACIONAL	Nº	%	Nº	%
25 - 27 SEMANAS	2	1.22%	2	4.35%
28 - 29 SEMANAS	3	1.83%	1	2.17%
30 - 31 SEMANAS	9	5.49%	1	2.17%
32 - 33 SEMANAS	14	8.54%	1	2.17%
34 - 35 SEMANAS	35	21.34%	4	8.70%
36 SEMANAS	20	12.20%	5	10.87%
37 - 38 SEMANAS	56	34.15%	14	30.43%
39 - 40 SEMANAS	23	14.02%	17	36.96%
41 - 42 SEMANAS	2	1.22%	1	2.17%
TOTAL	164	100%	46	100%
PROMEDIO	37.03 Semanas		38.37 Semanas	
DESVIACIÓN ESTANDAR	11.1		10.3	
Test de Diferencias de medias	Z = -1.877		NO SIGNIFICATIVO	

FUENTE: Hospital Belén de Trujillo-Sistema informático Perinatal del año 2015

GRAFICO N°: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN EDAD GESTACIONAL DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

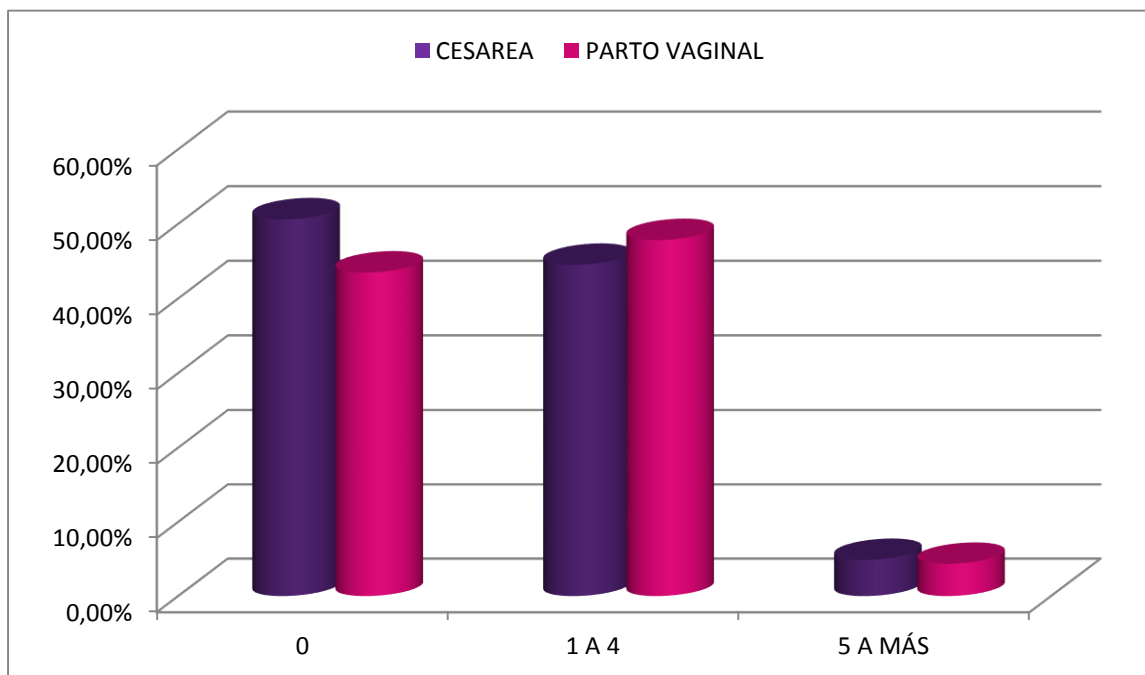


CUADRO N°5: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN PARIDAD DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

CARACTERISTICA OBSTÉTRICA	GRUPOS			
	CESÁREA (N=164)		PARTO VAGINAL(N=46)	
PARIDAD	Nº	%	Nº	%
0	83	50.61%	20	43.48%
1 A 4	73	44.51%	22	47.83%
5 A MÁS	8	4.88%	2	4.35%
TOTAL	164	100%	46	100%
	$\chi^2 = 2.278$		NO SIGNIFICATIVO	

FUENTE: Hospital Belén de Trujillo-Sistema informático Perinatal del año 2015

GRAFICO N°5: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN PARIDAD DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

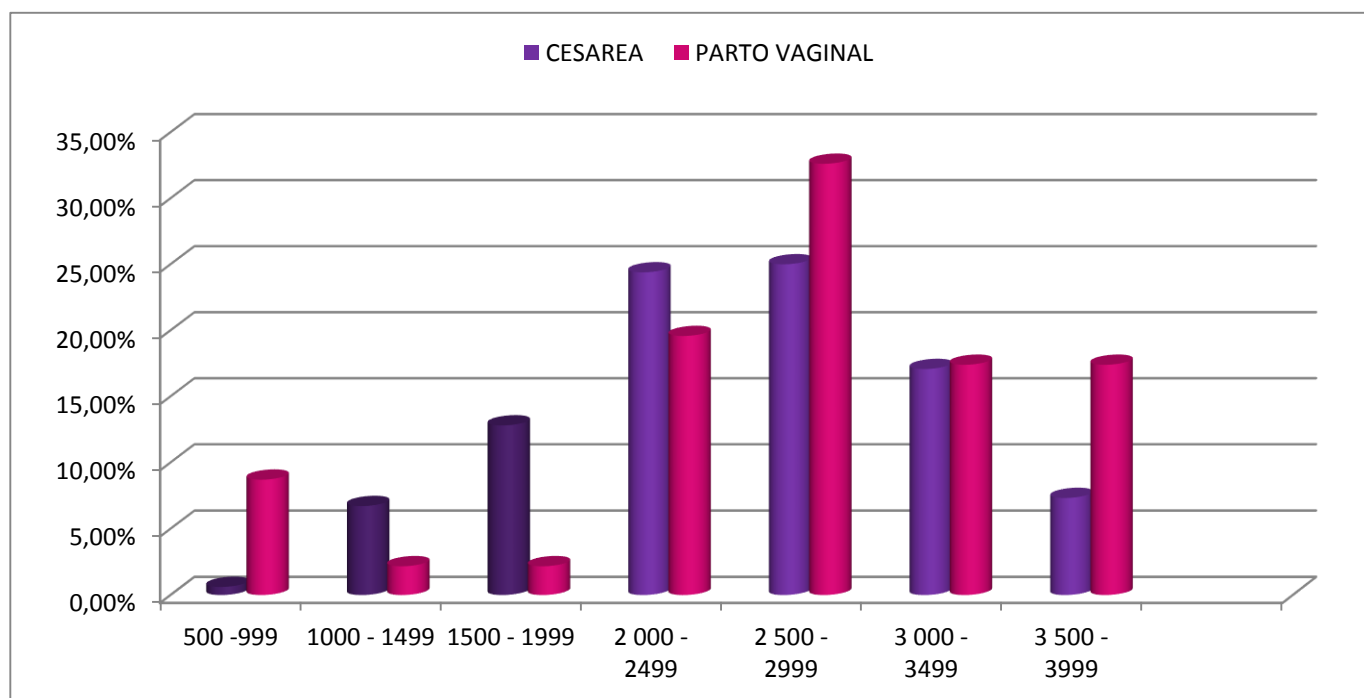


CUADRO N°6: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI SEVERA SEGÚN PESO DEL HBT DEL RECIEN NACIDO ENERO-DICIEMBRE 2015.

CARACTERISTICA OBSTÉTRICA	GRUPOS			
	CESÁREA (N=164)		PARTO VAGINAL(N=46)	
PESO DEL RECIÉN NACIDO (gramos)	Nº	%	Nº	%
500 -999	1	0.61%	4	8.70%
1000 - 1499	11	6.71%	1	2.17%
1500 - 1999	21	12.80%	1	2.17%
2 000 - 2499	40	24.39%	9	19.57%
2 500 - 2999	41	25.00%	15	32.61%
3 000 - 3499	28	17.07%	8	17.39%
3 500 - 3999	12	7.32%	8	17.39%
4000 +	10	6.10%	0	0.00%
TOTAL	164	100%	46	100.00%
Promedio	2771.3		2934	
Desviación Estándar	706.7		687.3	
Test de diferencia de medias	$X^2 = 1.764$			NO SIGNIFICATIVO

FUENTE: Hospital Belén de Trujillo-Sistema informático Perinatal del año 2015.

CUADRO N°6: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI SEVERA SEGÚN PESO DEL HBT RECIEN NACIDO ENERO-DICIEMBRE 2015

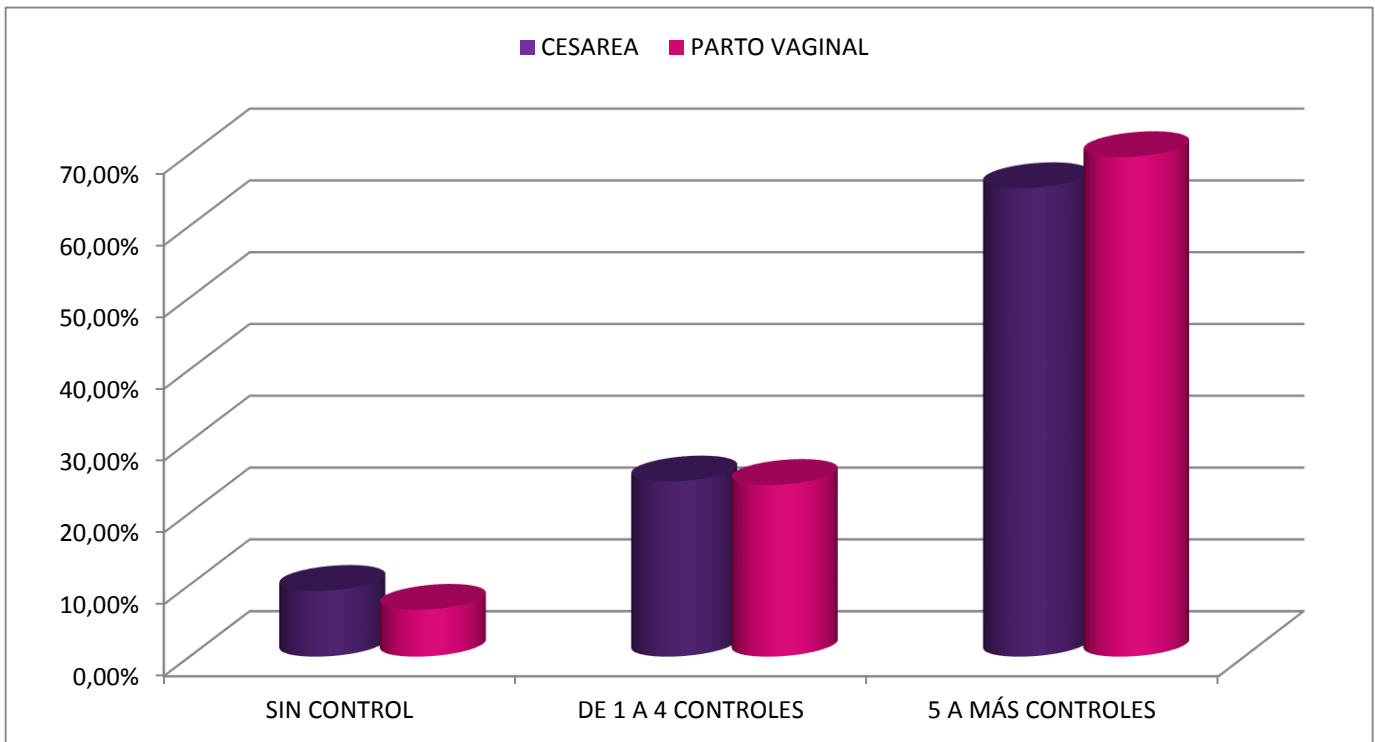


CUADRO N°7: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN CONTROL PERINATAL DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

CARACTERISTICA OBSTÉTRICA CONTROL PRENATAL	CESÁREA (N=164)		PARTO VAGINAL(N=46)	
	Nº	%	Nº	%
SIN CONTROL	15	9.15%	3	6.52%
DE 1 A 4 CONTROLES	40	24.39%	11	23.91%
5 A MÁS CONTROLES	107	65.24%	32	69.57%
TOTAL	162	100%	46	100%
	X² = 0.753		NO SIGNIFICATIVO	

FUENTE: Hospital Belén de Trujillo-Sistema informático Perinatal del año 2015.

CUADRO N°7: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN CONTROL PERINATAL DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

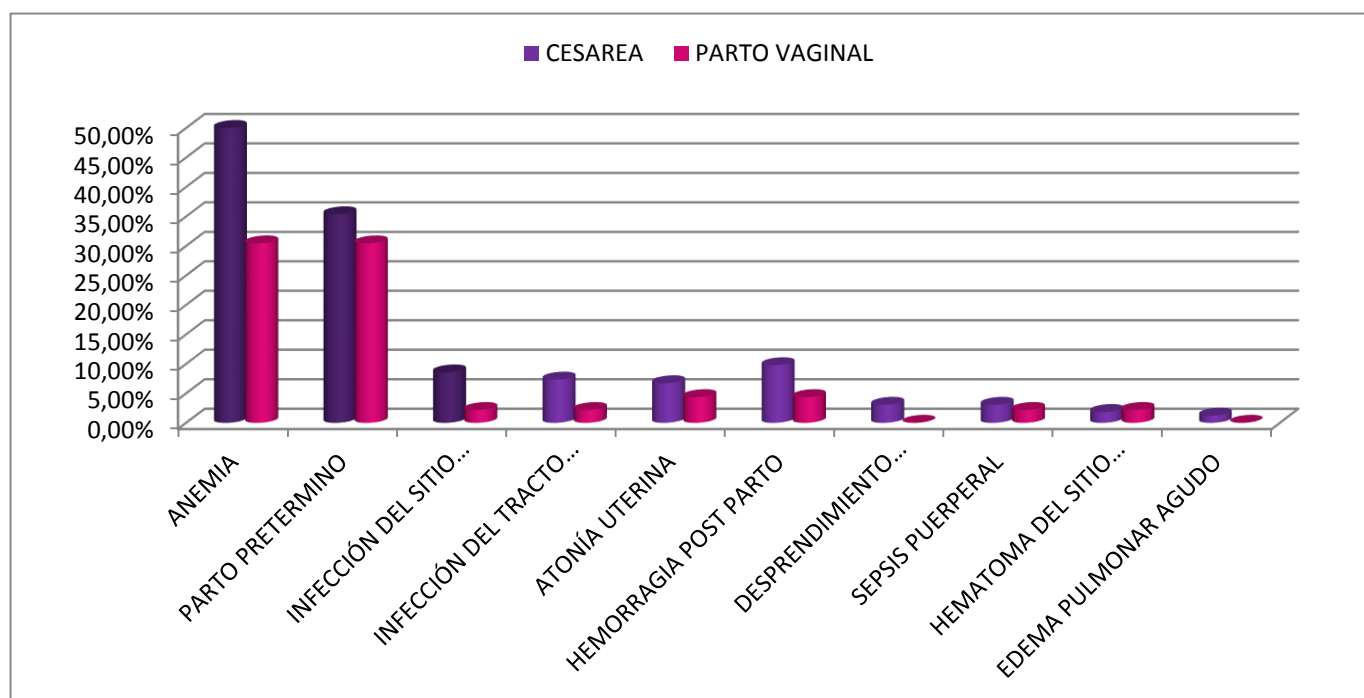


CUADRO N°8: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

COMPLICACIONES MATERNAS	CESAREA(164)		PARTO VAGINAL(46)		TEST DE DIFERENCIA DE PROPORCIONES (Z)	
	CASOS	%	CASOS	%		
ANEMIA	82	50.00%	14	30.43%	3.874	P<0.05
PARTO PRETERMINO	58	35.37%	14	30.43%	2.735	P<0.05
INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO	14	8.54%	1	2.17%	2.453	P<0.05
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO	12	7.32%	1	2.17%	0.897	NO SIGNIFICATIVO
ATONÍA UTERINA	11	6.71%	2	4.35%	0.975	NO SIGNIFICATIVO
HEMORRAGIA POST PARTO	16	9.76%	2	4.35%	0.345	NO SIGNIFICATIVO
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	5	3.05%	0	0.00%	1,211	NO SIGNIFICATIVO
SEPSIS PUERPERAL	5	3.05%	1	2.17%	1.198	NO SIGNIFICATIVO
HEMATOMA DEL SITIO OPERATORIO	3	1.83%	1	2.17%	0.958	NO SIGNIFICATIVO
EDEMA PULMONAR AGUDO	2	1.22%	0	0.00%	0.407	NO SIGNIFICATIVO
* NO EXCLUYENTES						

FUENTE: Hospital Belén de Trujillo-Sistema informático Perinatal del año 2015

CUADRO N°8: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA SEVERA SEGÚN COMPLICACIONES MATERNAS DEL HBT ENERO-DICIEMBRE 2015

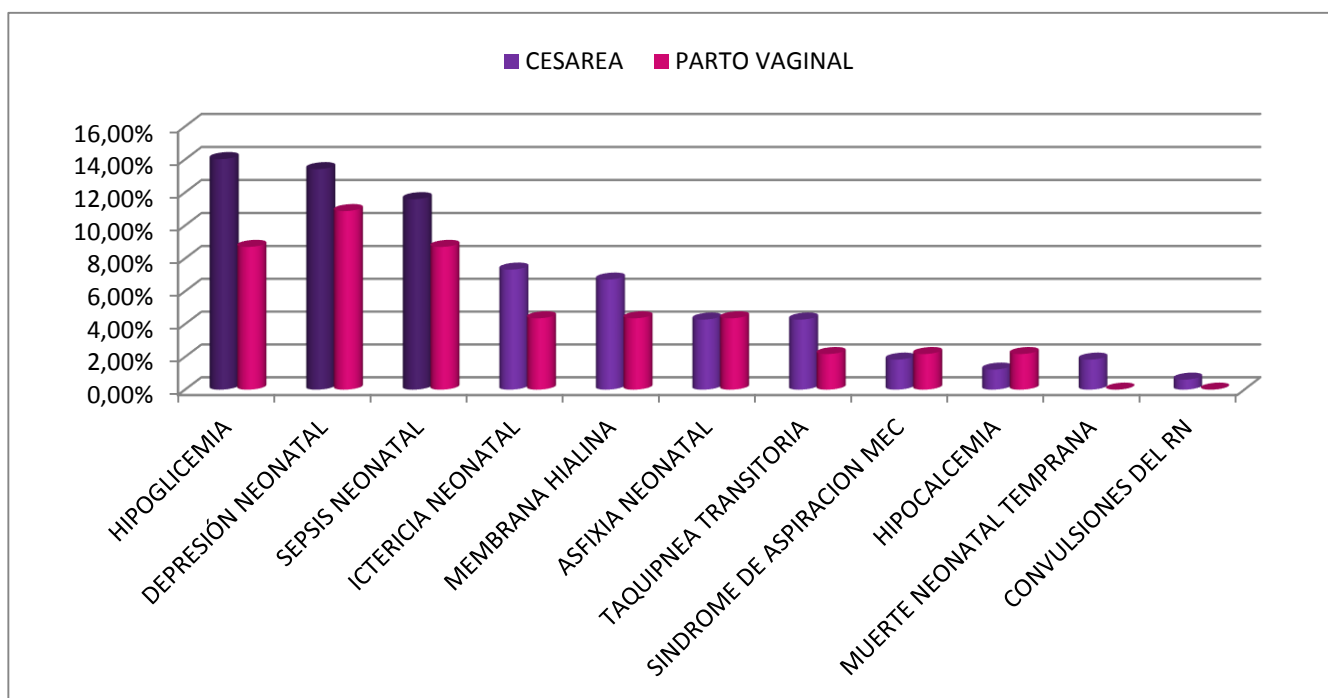


CUADRO N°9: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN COMPLICACIONES Y NEONATALES ENERO-DICIEMBRE 2015

FUENTE: Hospital Belén de Trujillo-Sistema informático Perinatal del año 2015.

COMPLICACIONES NEONATALES	CESAREA(164)		PARTO VAGINAL(46)		Test de diferencia de proporciones (Z)	
	CASOS	%	CASOS	%		
HIPOGLICEMIA	23	14.02%	4	8.70%	1.765	No Significativo
DEPRESIÓN NEONATAL	22	13.41%	5	10.87%	1.631	No Significativo
SEPSIS NEONATAL	19	11.59%	4	8.70%	1.539	No Significativo
ICTERICIA NEONATAL	12	7.32%	2	4.35%	1,312	No Significativo
MEMBRANA HIALINA	11	6.71%	2	4.35%	1.238	No Significativo
ASFIXIA NEONATAL	7	4.27%	2	4.35%	0.853	No Significativo
TAQUIPNEA TRANSITORIA	7	4.27%	1	2.17%	0.853	No Significativo
SINDROME DE ASPIRACION MEC	3	1.83%	1	2.17%	0.0956	No Significativo
HIPOCALCEMIA	2	1.22%	1	2.17%	0.0875	No Significativo
MUERTE NEONATAL TEMPRANA	3	1.83%	0	0.00%	0	No Significativo
CONVULSIONES DEL RN	1	0.61%	0	0.00%	0	No Significativo
* No excluyentes						

CUADRO N°9: EFICACIA DEL PARTO POR CESAREA COMPARADO CON PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON PREECLAMSI A SEVERA SEGÚN COMPLICACIONES Y NEONATALES ENERO-DICIEMBRE 2015



IV.- DISCUSION

La preeclampsia es una complicación del embarazo asociada a una importante morbimortalidad materno perinatal tanto a nivel nacional como en nuestra región, lo que ha sido motivación vital para la realización del presente estudio. En el Hospital Belén de Trujillo durante el periodo del 1° de Enero al 31 de Diciembre del 2015 se produjeron 4452 partos de los cuales 210 presentaron Preeclampsia severa (4,7%); de este total de gestantes con preeclampsia severa 164 tuvieron parto por cesárea (78%) y 46 tuvieron parto vaginal (22%) observándose una mayor tendencia a culminar el embarazo con preeclampsia severa por la vía de cesárea^(5,10)

El presente trabajo compara dos grupos de pacientes con diagnóstico de preeclampsia severa, Grupo I: 164 pacientes que tuvieron la culminación de su embarazo por cesárea y grupo II: 46 pacientes que culminaron su embarazo por parto vaginal.

Los resultados de los cuadros 1 al 6 demuestran que ambos grupos de estudio son comparables en lo referente a las características demográficas y obstétricas, pues no existe diferencia significativa entre las gestantes con preeclampsia severa que tuvieron parto por cesárea con las que tuvieron parto por vía vaginal.^(9,14)

Además podemos apreciar que al distribuir por grupos etarios, el mayor porcentaje de preeclampsia severa se observa en mujeres de 15 a 19 años con 25.6% en el parto por cesárea y 21.7% en el grupo de parto vaginal, lo que nos indica que la gestante adolescente es una paciente en riesgo de sufrir esta complicación²¹, cabe destacar que en el grupo de parto vaginal los grupos etarios son similares con los de 20 a 30 años, es porque la tasa de éxito del parto vaginal también está asociado con este grupo de edad. En la población general promedio fue de 26 y 27 años en cada grupo con preeclampsia severa. La desviación estándar es amplia en ambos grupos por incluir gestantes adolescentes y añosas mayores de 35 años; similar al reportado en el Instituto Materno Perinatal de Lima y el Hospital Nacional Dos de Mayo quienes encontraron la edad promedio de 26.6 años en mujeres con preeclampsia^(10,18).

El estado conyugal más frecuente fue conviviente con 69 y 78 % en cada grupo, ligeramente mayor al 51% encontrado por Távora en pacientes con preeclampsia severa en general en tres Hospitales de Lima⁽³¹⁾.

El nivel educativo mayoritario fue el de secundaria con un porcentaje de 50 y 34 % en cada grupo, llama la atención la presencia de gestantes analfabetas, que son limitantes para captarlas como gestantes y educarlas sobre los signos de alarma^(5,19,23).

El promedio de la edad gestacional en ambos grupos fue de 37 y 38 semanas y el mayor porcentaje fueron productos a término (57 y 72 %), en el grupo de parto por cesárea tuvo mayor porcentaje los partos preterminó sin diferencia significativa porque en este estudio y en la institución donde se realizó cuando se trata de parto preterminó hay preferencia por parto por cesárea en el caso de preeclampsia severa, y cuando se trata de embarazos a término por el parto vaginal; Sixto E encontró 72 % en pacientes con preeclampsia severa y Leveno 78 y 80 % en pacientes a quienes administró prevención de eclampsia en USA^(4,34).

También encontramos un alto porcentaje de parto preterminó (35 y 30 %) , esto es debido a que el diagnóstico de preeclampsia severa nos indica que este embarazo debe concluir aun cuando se trate de embarazos menores de 37 semanas, resultados similares encontraron Stone, Morí y Ludmir, la diferencia entre los grupos de parto por cesárea y vaginal se debe a que cuando se trata de un parto preterminó hay preferencia por la cesárea debido a que a medida que la edad gestacional disminuye la tasa de éxito de la inducción del trabajo de parto también disminuye; Moodley al estudiar la inducción del trabajo de parto en preeclampsia severa en el Hospital de Sudáfrica encuentra una inducción con parto exitoso del 27% en gestantes con embarazo menor de 32 semanas en las cuales se decidió el parto vaginal, siendo la tasa de cesárea muy alta^(7,8,14,18,19).

En cuanto a la paridad, la gran mayoría de pacientes con preeclampsia severa fueron nulíparas (50.6 y 43 %) en forma global, pero al analizar la vía del parto, en el parto vaginal es mayoritario el grupo de multíparas sin diferencia significativa, pero estaría

explicado porque la preferencia del parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa se tomaría como favorable si se trata de una mujer multípara y en las nulíparas habría una preferencia por cesárea, pero en este estudio no hubo diferencia significativa, Jara reporta 65 % en nulíparas. Este alto porcentaje también nos señala que es un grupo en riesgo a presentar esta enfermedad ^(3,18,35).

En relación al peso del recién nacido, el grupo mayoritario fue de 2500 a 2999 (25 y 32 %), pero el grupo siguiente que le sigue en frecuencia son los de bajo peso al nacer que es el problema asociado a la preeclampsia severa, restricción del crecimiento intrauterino y prematuridad que mayor controversia tiene en relación a la conducta expectante o la de interrumpir el embarazo, así como la vía del parto, en nuestro estudio la mayoría de los embarazos con bajo peso al nacer fueron concluidos por cesárea e incluso directamente sin intentar realizar inducción de parto ^(11,12,17).

La proporción de gestantes no controladas (9 y 6 %) nos informa que todavía existen sectores donde todavía no llegan los servicios de salud para captar estas gestantes y esto va de la mano con el nivel educativo, porque el objetivo del control prenatal no es disminuir la tasa de preeclampsia en general, sino en disminuir las complicaciones como es que llegue a preeclampsia severa o eclampsia y que sean identificadas tempranamente y referirlas oportunamente a centros especializados. Por eso varios autores consideran que el control prenatal no disminuye la frecuencia de los trastornos hipertensivos del embarazo por tratarse de una enfermedad no prevenible, pero en el control prenatal su identificación temprana disminuye la frecuencia de severidad y eclampsia siendo su principal objetivo ^(4,5,14,18,31).

Nuestro diseño fue para demostrar la eficacia de la vía del parto ya sea vaginal o cesárea en relación con las complicaciones que se pueden presentar por estas vías, y los resultados del **cuadro N° 9** muestran que la anemia es la complicación materna más frecuente (50 y 30 %), estas gestantes al momento de ingreso no presentaron anemia y en el posoperatorio o posparto se le solicita hemoglobina control y se confirma el diagnóstico siendo una complicación atribuida tanto a la preeclampsia como a la vía del parto con diferencia

significativa, lo que nos indica que en el parto por cesárea hay mayor pérdida sanguínea que lleva a la gestante a la anemia, y que también habría mayores complicaciones de fondo como hipotonía y atonía uterina y también con la alteración de los factores de coagulación que se observa en esta patología. El parto preterminó también es una complicación frecuente en preeclampsia severa, sobre todo cuando es lejos del término porque pone en mayor riesgo al neonato ya que actualmente la conducta en preeclampsia severa es culminar el embarazo aun cuando este lejos del término, y al igual que Moodley, en este estudio la preferencia del parto por cesárea en embarazos preterminó se respalda por un alta tasa de fracaso en la inducción del trabajo de parto por tener Bishop desfavorable así como en el acortamiento del tiempo entre la decisión de culminar el embarazo y el parto. La infección del sitio operatorio se comparó entre la herida operatoria de la cesárea y la herida de la episiotomía o de los desgarros vaginales, esta diferencia se debe a que la frecuencia de infección de herida operatoria de cesárea es mayor en preeclampsia severa (8.5%) que en la población general de cesáreas (2%), en cambio en la infección de herida de episiotomía o desgarros vaginales se mantiene dentro de los valores de la población general, en la cesárea también hay mayor sangrado y mayor tiempo operatorio en relación a la episiotomía que serían factores que influyen en su mayor frecuencia. La asociación entre preeclampsia severa infección urinaria es alta, en nuestro estudio hemos encontrado 7.2 y 2.1 %, Conde Agudelo et al en un meta análisis también así lo considera, argumentando que las pacientes preeclámpicas tiene una respuesta inflamatoria alterada y otro factor que también estaría contribuyendo sería el uso de sonda Foley al menos por las primeras 24 horas posparto^(2,3,7,8,9,12,16,17,22,26,28,32).

En el grupo de cesárea once presentaron atonía uterina y en el grupo de parto vaginal dos, un caso del grupo de cesárea terminó en cesárea histerectomía; la preeclampsia está considerada como factor de riesgo para atonía uterina ya sea por los trastornos hematológicos o uso de nifedipino o sulfato de magnesio que actuarían inhibiendo la contracción uterina^(27,32).

Los cinco casos reportados en este estudio de desprendimiento prematuro de placenta corresponden a pacientes que estuvieron en labor de parto, dos fueron programadas por

presentar bradicardia fetal y la tercera por sangrado vaginal que en el intraoperatorio se obtuvo el hallazgo de desprendimiento placentario con presencia de hematoma retro placentario, Sibai reporta una frecuencia de 8% de desprendimiento prematuro de placenta en gestantes con preeclampsia severa. Cabe señalar que de las 164 pacientes que terminaron su parto por cesárea,(34%) estuvieron en trabajo de parto y que fueron programadas para cesárea de emergencia por razones como labor de parto disfuncional, inducción fallida, presencia de líquido meconial, bradicardia fetal o desaceleraciones tardías en el monitoreo fetal.^(7,27).

El hematoma de pared abdominal se presentó en un 1.8% de las pacientes, que estaría reflejando el problema similar a la atonía uterina por problemas de coagulación y que se observa el sangrado en napa y que también se observa en pacientes con parto vaginal en la zona de la episiotomía^(15,20).

De las complicaciones neonatales, no encontramos diferencia significativa entre las vías de parto por cesárea y vaginal, pero las frecuencia altas de hipoglicemia, depresión neonatal y sepsis neonatal nos indican que este tipo de pacientes presentan disminución de aporte de nutrientes y oxígeno a través de la placenta que disminuye su reserva metabólica, tendencia a la acidosis y disminución de la respuesta inmunológica para adaptarse a su nueva forma de vida. En cuanto a la ictericia neonatal es un hallazgo que en otros estudios lo relacionan directamente con la preeclampsia; nosotros no encontramos una diferencia significativa respecto a la vía del parto pero es menos frecuente en la vía del parto vaginal que podría explicarse por una mayor maduración fisiológica en el trabajo de parto no solo pulmonar sino hepático, y también porque el grupo de cesárea tubo mayor porcentaje de parto preterminó y de sepsis neonatal que son coadyuvantes para la ictericia neonatal patológica. Y esto también se observa en la taquipnea transitoria del recién nacido porque en el grupo de cesárea hubo mayor casos de prematuridad. **(Cuadro N° 9)**^(4,7,8,11,18,22).

V. CONCLUSIONES

1. Las complicaciones maternas más frecuentes se presentaron en las cesareadas y correspondieron a la anemia, parto preterminó y la infección de sitio operatorio.
2. No existe diferencia en las complicaciones neonatales entre ambas vías de parto.
3. El parto vaginal es más eficaz que el parto por cesárea en relación a las complicaciones maternas.

VI.- RECOMENDACIONES

- ✓ Crear en el Hospital Belén de Trujillo la Unidad especializada para la atención de pacientes con preeclampsia; lo que significa personal entrenado, equipamiento, disponibilidad inmediata de exámenes auxiliares de laboratorio y ecografía Doppler, de medicamentos, sala de operaciones, banco de sangre y unidad de cuidados intensivos maternos y neonatales.

- ✓ Realizar nuevos estudios para ampliar el número de casos y seguir evaluando las complicaciones maternas y neonatales que se presentan cuando se decide por la vía del parto vaginal o cesárea en gestantes con preeclampsia severa, teniendo en cuenta las diferentes realidades donde se brinda esta atención.

VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cunningham FG , Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Hypertensive disorders in pregnancy. In Williams obstetrics. 23th ed. Appleton&Lange, 2011: 761-748.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122:1122.
3. Pacheco J. Editor's opinion on the new ACOG's guidelines for Hypertension in Pregnancy *Gineco Obstet Perú* 2015; 59: 243-246.
4. Sixto E Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. *Gineco Obstet Perú* 2014; 60: 309-320.
5. Sistema Informático Perinatal. CLAP OPS/OMS. Estadística Básica. Hospital Belén de Trujillo. 2015
6. Moodley J, Maternal deaths due to hypertensive disorders in pregnancy. *Best practres Clin Obstet Gynaecol* 2008;22:559-67.
7. Ludmir J, La Rosa M, Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos, *Gineco Obstet Perú* 2014; 60: 373-378.
8. Vigil-De Gracia P., Reyes Tejada O., Calle Miñaca A., et al. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: the MEXPRES Latin Study, a randomized, multicenter clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209:425.e1.
9. Pinedo A., Orderique L. Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia-eclampsia. *Gineco Obstet Perú* 2015; 47: 41-46.
10. Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, Sibai BM. Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:191-7.
11. Belghiti J, Kayem G, Tsatsaris V, et al. Benefits and risks of expectant management of severe preeclampsia at less than 26 weeks gestation: the impact of

gestational age and severe fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:465-473.

12. Vigil-De Gracia P, Reyes Tejada O, Calle Miñaca A, et al. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: the MEXPRES Latin Study, a randomized, multicenter clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 209:425.e1.

13. Huarte, M, Modrono A, Larranaga C. Conducta ante los estados hipertensivos del embarazo. *Anales Sis San Navarra [online]*. 2009, vol.32, suppl.1, pp. 91-103. ISSN 1137-6627.

14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol* 2013; 121:908.

15. Sharma D, Trivedi SS, Bhattacharjee J. Intergenotypic variation of endothelial dysfunction and inflammatory markers in eclampsia. *Hyperten Pregnancy*. 2013;32(1):11-9

16. Briceño C, Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia severa: ¿tratamiento agresivo o expectante? Artículo de revisión *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:95-103

17. Mori, T. "Cuidados intensivos maternos en el Perú. manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo." *revista peruana de ginecología y obstetricia* 52.4 (2015): 239-243.

18. Stone JL, Lockwood CJ, Berkowitz GS. Risk factor for severe preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2004; 83: 357-61.

19. Belfort MA. Association of cerebral perfusion pressure with headache in women with preeclampsia. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 106:814-21.

20. Xiong X, Mayes D, Demianczuk N, Olson DM, Davidge ST, Newburn –Cook C, Saunders D. Impact of pregnancy-induced hypertension on fetal growth. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 180: 207-13.

21. Ludmir J, Fridman A, Parry S-Determine the best way of management of severe preeclampsia remote from term. *Perelman school of medicine. Volumen 1- 2016*

22. Pacheco J. Hipertensión inducida por el embarazo, nuevos conceptos. *Ginec Obstet Perú* 2001; 41: 7-17.

23. Agustín C., Villar J. Maternal infection and risk of preeclampsia: Systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.
24. Maternal infection and risk of preeclampsia: systematic review and metaanalysis 2008 vol 198, issue 1, pages 7-22.
25. Kats VL, Farmer R, Kuller JA. Preeclampsia into eclampsia: toward a new paradigm. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 182: 1389-96.
26. Cunningham FG, Lindheimer MD. Hipertensión in pregnancy. *N Engl J Med* 2004; 326: 927-32.
27. Sibai BM. Treatment of hypertension in pregnant women. *N Engl J Med* 2006; 335: 257-64.
28. Alexander JM, Bloom SL, McIntire DD and Leveno KJ. Severe pre-eclampsia and the very low birth weight infant: is induction of labour harmful? *Obstetrics and Gynecology* 2007, 93, 485-488.
29. Protocolo de transtornos hipertensivos en el embarazo del Servicio de Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo. 2015.
30. Abell DA, Beicher NA. Fetal growth retardation and preeclampsia. *British J of Obstet an Ginecol*. 2008; 87: 13-18.
31. Távara L, Parra J, Chumbe O, Ayasta C. Factores de riesgo asociados a la hipertensión inducida por la gestación. *Gineco Obstet Perú* 1994; 34: 52-8.
32. Sibai BM, Gordon T, TOM E, Caritis SN, Klevanoff M, McNellis D. Risk factors for preeclampsia in healthy nulliparous women: A prospective multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 172:642-8.
33. Lie RT, Rasmussen S, Brunborg H, Gjessing HK, Lie-Nelsen E, Irgens LM. Fetal and maternal contribution to risk of preeclampsia: A population-based study. *BMJ* 2008; 316: 1343-7.
34. Alexander JM, Bloom SL, McIntire DD and Leveno KJ. Severe pre-eclampsia and the very low birth weight infant: is induction of labour harmful? *Obstetrics and Gynecology* 2007, 93, 485-88.
35. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 183: S1-S22.

ANEXO 1

“Parto por cesárea comparado con parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según la presencia de complicaciones maternas y neonatales”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Historia Clínica N° : Fecha : Hora :

N° asignado :

I. Filiación :

Nombres y apellidos
.....

Edad : Estado civil :

Grado de Inst.:.....

Dirección:..... Distrito

II. Antecedentes Obstétricos :

G () : P () UPM:..... EG : semanas

CPN : Número () Lugar :.....

Peso antes del embarazokg

III. Antecedentes Patológicos :

Preeclampsia Si () No ()

Eclampsia Si () No ()

Hipertensión arterial Si () No ()

Diabetes mellitus Si () No ()

Epilepsia Si () No ()

Pielonefritis Si () No ()

Otros Si () No () Especificar :

IV. Enfermedad actual :

Cefalea Si () No ()

Disnea Si () No ()

Epigastralgia Si () No ()

Edema Si () No ()

Alteraciones visuales Si () No ()

Orina : Normal () Aumentado () Disminuido ()

V. Examen Físico :

P.A. :.....mm Hg F.R.:.....x min P:.....x min T:..... °C

Peso :..... kg Tallam

ROT: Exaltados () Normal () Disminuido ()

Deshidratación : No () leve () Moderado () Severo ()

Edema : No () + () ++ () +++ ()

Aparato respiratorio :.....

Aparato cardiovascular:.....

Abdomen :.....

AU :.....cm Situación : Posición:..... Presentación.....

FCF :..... x min. RR () Arrítmicos ()

DU: No() Si () Frecuencia :...../10 min Intensidad:..... Duración :.....seg

Ginecológico :

Dilatación : Borramiento :.....% Estación :..... MO: I () R ()

Variedad de presentación :.....

Tipo de pelvis :.....

VI. Diagnósticos :

1.....

2.....

3.....

VII. Exámenes auxiliares :

Hto :.....% Grupo y factor : Hm:.....

Creatinina :.....mg/dl

Examen de Orina : Proteínas : Neg () Leucocitos :..... x campo

+ () Gram :

++ () Gérmenes ()

+++ () No Gérmenes ()

++++ ()

Urocultivo.....

Plaquetas :.....x ml Proteínas en orina de 24 horas : mg

Volumen :.....cc

Billirrubinas : T () I () D () mg/dl Ácido úrico.....mg/dl

TGO:.....UI/L

TGP:.....UI/L
Ecografía : Dx
Fecha..... PBF :.....

VIII. Datos del parto :

Fecha : Hora :.....
Tipo de parto: Vaginal ()
Cesárea ()

IX. Datos del RN:

Producto : Vivo () Muerto () Sexo : M () F ()
Peso : gr Apgar : 1' () 5' ()
Edad gestacional por examen físico : semanas

❖ **COMPLICACIONES MATERNAS:**

- Insuficiencia renal aguda ()
- Edema pulmonar agudo ()
- Hemorragia intracerebral ()
- Desprendimiento de retina ()
- Desprendimiento prematuro de placenta ()
- Atonía uterina ()
- Shock hipovolémico ()
- Coagulación intravascular diseminada ()
- Insuficiencia hepática aguda ()
- Ruptura hepática ()
- Shock séptico ()
- Infección urinaria ()
- Neumonía ()
- Anemia ()
- Hematoma en pared abdominal ()
- Desgarro perineal ()
- Hematoma vaginoperineal ()
- Otros: ().....

❖ **COMPLICACIONES EN EL RECIÉN NACIDO:**

- Hipoglicemia ()
- Anemia ()
- Hemorragia intracerebral ()
- Hipocalcemia ()
- Enfermedad de membrana hialina ()
- Síndrome de aspiración meconial ()
- Bajo peso al nacer ()
- Muy bajo peso al nacer ()
- Coagulación intravascular diseminada ()
- Enterocolitis necrotizante ()
- Prematuridad ()
- Taquipnea transitoria ()
- Otros: ()