



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE
PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS A LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA 2016
– ABRIL 2019.”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

MÉDICA

Autora:

Karla María Bravo Tinoco

Director:

Dr. Juan Pablo Muñoz

Asesor:

Dr. Jorge de Jesús Buelvas

CUENCA – ECUADOR

AÑO 2019

RESUMEN

El campo de la medicina crítica se desenvuelve en diversas patologías agudas que a pesar de comprometer la vida de la paciente en la mayoría de los casos son reversibles. Algunas de estas patologías pueden ser dadas en el embarazo convirtiéndolas en obstétricas, sin embargo las otras se pueden presentar en el transcurso de la vida de la mujer denominándolas ginecológicas. El estudio es encaminado a observar los diferentes tipos de patologías que conlleven al ingreso en una unidad de cuidados intensivos enfocadas en el ámbito obstétrico.

Objetivo General: Evaluar las Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Teófilo Dávila 2016 – Abril 2019.

Materiales y Métodos: El diseño de la investigación es de enfoque cuantitativo, descriptivo debido a la recolección de datos y retrospectivo en el periodo antes mencionado.

Resultados: La edad más frecuente de la población se ubicó entre los 18 años, predominaron pacientes en puerperio y la patología que representó el primer lugar con 36% fue la preeclampsia, seguida del síndrome de HELLP y la sepsis. La mortalidad materna fue de 5,8% de la muestra.

Conclusiones: La determinación de patología de ingreso con estancia hospitalaria y mortalidad demostraron que las pacientes con mayor mortalidad permanecieron dos días en la UCI y la patología que representó mayor mortalidad fue el síndrome de HELLP.

Palabras Claves: Unidad de Cuidados Intensivos, UCI, Obstetricia, Hospital Teófilo Dávila.

CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Critical care medicine is developed in various acute conditions despite compromising the patient's life, which in most cases are reversible. Some of these conditions can occur during pregnancy turning them into obstetrics; however, others can appear over the course of a woman's life calling them gynecological. The research is aimed at observing different types of conditions, which lead to the admission to an intensive care unit focused on obstetrics.

Objective: To evaluate the clinical and epidemiological characteristics of obstetric patients admitted in the Intensive Care Unit at the "Teófilo Dávila" Hospital during 2016 to April 2019.

Materials and Methods: The research design is a quantitative, descriptive due to data gathering and retrospective in the aforementioned time.

Results: The common age of the population was 18 years old, multiparous patients predominated in puerperium and the condition, preeclampsia in first place with 36%, followed by HELLP syndrome and sepsis. Maternal mortality was 5.8% of the sample.

Conclusions: The determination of admission pathology with hospital stay showed that patients with higher mortality remained two days in the ICU and the pathology that represented higher mortality was HELLP syndrome.

KEYWORDS: INTENSIVE CARE UNIT, ICU, OBSTETRICS, "TEÓFILO DÁVILA" HOSPITAL.





UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 13 de septiembre de 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL
DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL
DOY FE Y SUSCRIBO


Dr. Wladimir Quinche Orellana
SECRETARIO





UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Karla María Bravo Tinoco, con cédula de identidad número 0706518628, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA 2016 – ABRIL 2019.", de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 11 de Septiembre de 2019

Karla Bravo.

Karla María Bravo Tinoco
C.I.: 0706518628

AUTORA

INDICE

RESUMEN	2
ABSTRAC	3
.....	4
INDICE	6
INDICE DE TABLAS	9
AGRADECIMIENTO	10
DEDICATORIA	11
CAPITULO I	12
1. INTRODUCCIÓN.	12
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Justificación	15
CAPITULO II	16
2. FUNDAMENTO TEORICO.....	16
2.1. Antecedentes	16
2.2. Bases teórico científicas.....	18
2.2.1. Definición de la Unidad de Cuidados Intensivos	18
2.2.2. Origen de la Unidad de Cuidados Intensivos	18
2.2.3. Tipos de Unidades de Cuidado Intensivo	19
2.2.4. Trastornos Hipertensivos del Embarazo y complicaciones.....	19
❖ Preeclampsia	19
❖ Eclampsia	20
2.2.4.1. Fisiopatología	20
2.2.4.2. Factores de Riesgo.....	22
2.2.4.3. Diagnóstico.....	22
2.2.4.4. Tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo.	23
2.2.4.5. Complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo	27

❖	Síndrome de HELLP	27
❖	Hematoma hepático subcapsular y Ruptura hepática.	28
❖	Coagulación Intravascular diseminada.....	28
❖	Injuria Renal aguda	29
2.2.5.	Hemorragia Postparto	29
❖	Definición	29
❖	Etiología.....	30
❖	Factores de riesgo	30
2.2.6.	Sepsis.....	34
❖	Definición	34
❖	Fisiopatología	35
❖	Diagnóstico	35
❖	Tratamiento.....	35
2.3.	Definición de términos básicos	37
2.4.	Hipótesis	37
CAPITULO III		38
3.	Objetivos.....	38
CAPITULO IV.....		39
4.	Diseño Metodológico.....	39
4.1.	Diseño General del Estudio.....	39
4.1.1.	Tipo de estudio	39
4.1.2.	Área de estudio.....	39
4.1.3.	Universo y muestra.....	39
4.2.	Criterios de Inclusión.....	39
4.3.	Criterios de exclusión	39
4.4.	Método, procedimientos y técnicas e instrumentos para la recolección de la información.	39

4.5. Plan de tabulación y análisis	40
4.6. Aspectos éticos	40
4.7. Variables y operacionalización	41
CAPITULO V.....	43
5. Resultados.....	43
5.1. Cumplimiento del estudio.....	43
5.2. Características de la población de estudio.	43
5.3. Análisis de resultados.	44
CAPITULO VI.....	50
6. Discusión	50
CAPITULO VII.....	52
7. Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía.	52
7.1. Conclusiones	52
7.3. Bibliografía.....	53
8. ANEXOS	60
8.1. ANEXO N°1: OFICIO DE BIOÉTICA.....	60
8.2. ANEXO N°2: OFICIO DE COORDINACION DE INVESTIGACION.....	60
8.3. ANEXO N°3: FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS.	60
8.4. ANEXO N°4: INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO.....	60
8.5. ANEXO 5°: RÚBRICA DE PARES REVISORES.....	60
8.6. ANEXO N°6: RÚBRICA DE REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA	60

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: EDAD DE PACIENTES OBSTÉTRICAS.....	44
TABLA 2: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.....	45
Tabla 3: NÚMERO DE CONTROLES	46
Tabla 4: CAUSAS DE INGRESO A UCI DE PACIENTES OBSTÉTRICAS	47
Tabla 5: DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y MORTALIDAD	48
Tabla 6: DIAGNÓSTICO DE INGRESO Y MORTALIDAD.....	49

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgen María por estar presente en cada momento de mi vida y por todas las bendiciones recogidas hasta ahora.

A mi alma Máter, la Universidad Católica de Cuenca, en especial a la facultad de Medicina, a su personal docente quienes me impartieron conocimiento, su experiencia y por supuesto su paciencia para mi desarrollo profesional y personal.

A mi asesor de tesis Dr. Jorge Buelvas y a mi director Dr. Juan Pablo Muñoz por la orientación y paciencia para realizar y culminar mi trabajo de titulación.

Al personal médico y administrativo del Hospital Teófilo Dávila de Machala, por abrirme las puertas para la realización del internado rotativo junto con el apoyo sentimental y docente en las largas jornadas laborales y por supuesto por brindarme su apoyo en la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

Con mucho afecto a toda mi familia en especial a mi madre María, y mi hermano Carlos por ser un pilar fundamental en mi vida.

A mis amigos de la universidad y novio quienes me acompañaron y compartieron conmigo momentos de alegría y tristeza durante toda mi formación profesional.

A toda la población materno-infantil, esperando que los resultados obtenidos sean útiles para beneficio de ustedes.

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN.

La paciente materna, durante la gestación la mayoría de ellas culminan su embarazo sin problemas, sin embargo un número minoritario de pacientes sufren patologías graves propias del embarazo como la preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, hemorragia postparto o comorbilidades; que requieren una atención de especialidad en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), desde su origen hace ya más de 50 años han realizado una labor significativa, brindando a las pacientes con patologías críticas esperanza y oportunidad, a medida que el tiempo ha transcurrido y los avances tecnológicos han progresado esta labor se ha distribuido a nivel mundial. (1)

Sin embargo, se siguen suscitando muertes debido a causas obstétricas a nivel mundial; en países desarrollados la tasa de ingreso de este tipo de pacientes se encuentra entre 0,07 – 0,9 %. Las principales causas por las que las pacientes ingresan a la unidad de cuidados intensivos en los países antes mencionados y un país vecino como Colombia son: la preeclampsia y la hemorragia posparto, pero la diferencia se centra en los índices de mortalidad en los cuales la relación es de 130 a 7 muertes maternas Colombia versus Canadá. (2)

En nuestro país, Ecuador en el año 2016 el ente regulador de salud es decir; Ministerio de Salud Pública registro un total 133 muertes maternas, motivo por el cual reforzó sus protocolos materno-neonatales. (3)

La mortalidad materna (MM) se puede tomar como indicador que puntúe la situación del sistema sanitario y las políticas de salud pública de un país, tras lo cual se puede observar que en países poco desarrollados, ocurre un 99% de muertes maternas anuales. Se puede suponer además que aquellas pacientes englobadas en este grupo presentaron alguna otra patología asociada a las patologías obstétricas que necesitaron atención y manejo en la unidad de cuidados intensivos.

En relación a lo anterior se crean las UCI obstétricas en diversos países en las cuales las pacientes reciben una atención urgente del evento obstétrico y sus complicaciones médico-obstétricas-quirúrgicas con lo que se logra disminuir el riesgo de la morbilidad materna extrema. (4)

Dado que el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de pacientes obstétricas es bajo, por la disminuida disponibilidad de camas; debido a que son utilizadas en pacientes con patologías graves no obstétricas, originando riesgo en el bienestar materno-infantil. (5)

Por todo lo citado anteriormente, nuestro país en la Constitución de la Republica dentro de la sección cuarta Art.43-3 garantiza la protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto. (6)

1.1. Planteamiento del problema

En el Ecuador en el año 2015, la tasa de mortalidad materna fué de 64 muertes por 100.000 nacidos vivos,(7). En donde se registró alto índice de mortalidad fueron las provincias de Guayas con el 24,06%, seguida de Pichincha y Manabí con un 11,27%, y Esmeraldas con el 10,55%.(3)

Se define como morbilidad obstétrica extrema a aquella patología del embarazo con riesgo inminente de muerte de no recibir tratamiento en las Unidades de Cuidados Intensivos(8).

Dentro de las patologías más prevalentes para el ingreso en la unidad de cuidados intensivos se encuentra la hemorragia post parto que representa una tasa de mortalidad del 30 al 50% en mujeres con edad materna avanzada y enfermedades crónicas (9) otra de las causas son la preeclampsia con un 44%, eclampsia en un 48%, y síndrome de HELLP en un 57%.(10).

Estas patologías anteriormente expuestas y sus complicaciones, necesitan de cuidados y monitoreo permanente por lo que dentro de su tratamiento requieren ingreso a UCI obstétrica preferentemente; sin embargo en el Hospital Teófilo Dávila no cuenta con este tipo de servicio teniendo que recurrir al manejo en UCI general. La UCI de Hospital Teófilo Dávila cuenta con 5 camas que dan abasto a toda la provincia de El Oro por tal motivo resulta difícil el ingreso de las pacientes obstétricas a esta unidad; pudiendo ser esta una causa de las complicaciones y mortalidad materna.

Socialmente la morbimortalidad materna afecta el núcleo familiar desencadenando la pérdida de una mujer que representa diferentes roles como madre, esposa, o hija en el hogar, por ello es imprescindible la atención temprana y oportuna de cuidados críticos con el fin de mejorar la calidad de vida de la paciente obstétrica.

El propósito de este estudio es determinar ¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Teófilo Dávila 2016 – Abril 2019? A fin de identificar las causas de ingreso y su prevalencia en el servicio de medicina intensiva observando su pronóstico al alta del servicio.

1.2. Justificación

El interés de este tema se centra en la disminución de la morbi-mortalidad materna, por causas prevenibles como el ingreso oportuno a la unidad de cuidados intensivos; las aportaciones de este proyecto en el ámbito científico es reconocer las causas de ingreso y porcentaje de mortalidad materna de las pacientes obstétricas con el objetivo de optimizar la atención de la paciente materna.

En el ámbito salud es un tema relevante debido a que si conocemos las patologías prevalentes y el motivo de ingreso a la UCI se podrá contribuir a realizar campañas educativas y preventivas en unidades de atención primaria en salud; para así disminuir las complicaciones materno-infantiles.

En el ámbito personal me es grato realizar esta investigación encaminada a mi futura especialidad en el área de ginecología; me permite concientizar los riesgos que representa un embarazo no controlado que puede amenazar la vida de la paciente obstétrica.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

En estudios previos realizados como “Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas admitidas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y cuidados especiales (UCE) del Hospital Regional Docente de Trujillo”, realizado por Ordonio L, y Mischell E. publicado en el año 2018 que siguió como objetivo determinar la frecuencia, causa básica de ingreso, estancia, complicaciones, mortalidad y resultados perinatales de pacientes en UCI y UCE; fue realizado en 144 pacientes ingresadas en UCE y 30 a UCI donde la edad promedio fue de 18 a 35 años y obtuvieron que la causa de ingreso fue en primer lugar la sepsis/shock séptico de foco urinario y la preclamsia severa. (11)

En el estudio “Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia” realizado por De Jesús- García A. y cols., en el año 2018 su objetivo a lograr fue describir las características epidemiológicas, clínicas y antecedentes obstétricos de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia de la UCI; fue un estudio descriptivo transversal y retrospectivo de 20 expedientes de los cuales el 55% presentó preclampsia severa y el 60% síndrome de HELLP, con una estancia de 2.4+-6.57 años. (12)

“Morbilidad y mortalidad maternas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo, realizado por Bordelois M. y cols.; en el periodo 2015-2016 en donde caracterizar la mortalidad y la morbilidad maternas encontraron; que le 37,1 % de la muestra ingreso a la UCI por enfermedad obstétrica de los cuales 10,8% fue la eclampsia-preclampsia grave y la neumonía bacteriana en un 15,3%. (13)

En el trabajo “Morbilidad por causas directas obstétricas en la unidad de cuidados intensivos”, donde se describió la morbilidad materna en la UCI mediante un estudio descriptivo y retrospectivo de UCI del hospital Carlos Manuel de

Céspedes de Bayamo en un total de 72 pacientes en un periodo de dos años, se obtuvo 26 pacientes que corresponden al 36,1% murieron por enfermedad hipertensiva, seguido por enfermedad hemorrágica con un periodo de gestación predominante de entre las 15 a 25 semanas, y las causas de ingreso fueron la eclampsia agravada y la atonía uterina. (14)

Por ultimo en la investigación “Ingreso a Unidades de Cuidado Intensivo de mujeres durante el embarazo y periodo puerperal”, elaborado por Zorrilla A., Segovia M., determinaron las características clínicas y demográficas de las pacientes gestantes o puérperas que ingresaron a UCI del Hospital Nacional de Itaugúa durante un periodo de 5 años, este estudio de diseño observacional descriptivo de corte trasverso determinó que 135 pacientes necesitaron el ingreso, con una edad media de 27 años de las cuales la causa de ingreso obstétrica que motivo el ingreso fue la sepsis. (15)

2.2. Bases teórico científicas.

2.2.1. Definición de la Unidad de Cuidados Intensivos

Las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), son servicios ofertados por las entidades hospitalarias, que tienen una infraestructura delineada para conservar las funciones vitales de usuarios en riesgo de muerte inminente, elaboradas con el fin de su recuperación. (16)

2.2.2. Origen de la Unidad de Cuidados Intensivos

El origen de la medicina crítica no se encuentra del todo esclarecido, aunque parece presentarse desde la necesidad de apartar a los enfermos graves de manera prematura y acertada que aparece ya en la guerra de Napoleón Bonaparte en Egipto en el año 1799, atribuyéndose en los años de 1854-1856, en donde la enfermera Florence Nightingale colocaba a los soldados más enfermos y con intervenciones quirúrgicas; cerca del área de enfermería quien le proporciona los cuidados.(17)

A media que el tiempo transcurre en 1922 Walter Dandy, médico cirujano del hospital Hopkins en los Estados Unidos, abrió una UCI con solamente tres camas en donde se colocaban pacientes postoperatorios de neurocirugía, quien ocho años más tarde en la misma unidad había conformado un complejo equipo para mantener el bienestar de sus pacientes. El mismo ejemplo en 1930 donde el cirujano Martin – Kirschner decidió crear una habitación con enfermos críticos y pacientes postoperatorios, luego en la primera guerra mundial se establecieron la utilización de cristaloides, coloides, trasfusión sanguínea y técnicas de reanimación; los distintos conflictos militares contribuyeron igual al uso de la ventilación mecánica y por ultimo a la referencia de pacientes a unidad de salud que posean cuidados intensivos. (17)

La primera UCI en el mundo, fue creada por Björn Ibsen luego de la epidemia de la poliomielitis en el Reino Unido en Dinamarc; considerada el padre de la terapia intensiva llegando a tener hasta 120 pacientes en su unidad; así en el 1970 la mayoría de hospitales grandes disponían de unidad de cuidados intensivos, otro

gran personaje fue Max Harry Well, padre de la medicina intensiva moderna quien proporcione los términos cuidado crítico y críticamente enfermo. En Ecuador la terapia intensiva empieza igual en el año de 1970 mixta y multidisciplinaria en el Hospital Carlos Andrade Marín. (17,18)

2.2.3. Tipos de Unidades de Cuidado Intensivo

Las unidades de cuidados intensivos se clasifican en unidades de atención a neonatos o denominada unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), unidades de cuidado intensivo pediátricas, unidades de cuidados intensivos de adultos que a su vez se puede subdividir en cuidados coronarios, unidades de quemados, unidades de pacientes obstétricas que han surgido recientemente para reducir la mortalidad materna. (19)

2.2.4. Trastornos Hipertensivos del Embarazo y complicaciones.

Los trastornos hipertensivos de la gestación en donde se incluyen la hipertensión arterial, hipertensión arterial crónica, preeclampsia, eclampsia y HELLP se relacionan en el embarazo se presentan en un 10-20% de las gestaciones a nivel mundial, lo que aumenta la morbilidad y mortalidad de la madre y el producto de la concepción, hasta en 1.6 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. (20,21)

❖ Preeclampsia

Enfermedad propia del periodo gestacional, parto y puerperio con participación multisistémica caracterizada por hipertensión (140/90) y proteinuria de significancia, luego de la semana 20 de gestación. Sin embargo el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), en algunos consensos eliminaron la presencia de proteinuria como característica de esta enfermedad y en ausencia de ella se considera preeclampsia hipertensión en unión con trombocitopenia, función hepática fuera de rangos normales, debut de insuficiencia renal, edema de pulmón o trastornos cerebrales o visuales de recién comienzo. (22,23)

❖ Eclampsia

Es la asociación de convulsiones tónico-clónicas generalizadas y complejas en pacientes con preeclampsia durante la gestación, parto o puerperio. Esta condición no debe ser aplicable a patologías neurológicas aisladas. (24)

2.2.4.1. Fisiopatología

Los mecanismos fisiopatológicos de la preeclampsia, eclampsia, HELLP se han descrito hace décadas como mecanismos complejos dependientes de varios factores periconcepcionales, maternos e inclusive paternos que se describen a continuación. (25)

✓ Respuesta inmune en la interfase placenta-madre.

La expresión de antígenos diferente por parte del padre, desencadena la regulación del sistema inmune de la madre en la interfase placenta-madre que es fundamental para mantener el embarazo. Las vellosidades trofoblásticas que quedan exteriorizadas en la circulación materna no poseen moléculas de MHC (complejo principal de histocompatibilidad) I y II, sin embargo el citotrofoblasto expresa MHC I mediante el gen polimórfico HLA-C (antígeno leucocitario humano) este gen es un ligando dominante para receptores de inmunoglobulinas asesinas (KIR) expresadas por células naturales asesinas producidas en el útero (uNK); este grupo celular presenta dos halotipos A y B. Diferentes combinaciones KIR/HLA-C predisponen en mayor proporción la invasión de las células de trofoblastos, por lo que se concluye que en cada gestación se posee una cada combinación diferente de derivados fetales paternos (HLA-C) en el trofoblasto y KIR materno sobre las NK. (25,26)

✓ Placentación y Angiogénesis

En el periodo de gestación en fases iniciales las células NK son abundantes, depositándose alrededor del citotrofoblasto, y ayudando al trofoblasto extraveloso a remodelar las arterias espirales cambiando su epitelio a endotelio mediante la liberación de citocinas implicadas en la formación de nuevos vasos sanguíneos y estabilidad cardiovascular, en las que se encuentran el factor de crecimiento

vascular endotelial (VEGF), el factor trasformador de crecimiento (TGF-beta) y la endoglobina soluble. (25)

El VEGF y sus receptores desempeñan un rol importante en la fisiología y patología del endotelio, el receptor VEGFR1 o FLT1 (receptor tirosina quinasa) posee múltiples ligandos como el factor de crecimiento placentario (PIGF), VEGF-A y VEGF-B de tipo proangiogénicos. La forma soluble del receptor tirosina quinasa (sFTL1) se manifiesta notablemente elevada en pacientes con preeclampsia por lo que capta a sus ligandos VEGF y PIGF reduciendo su circulación por niveles sub óptimos de esta manera ejerce su acción antiangiogénica. Por otro lado la endoglobina (ENG) sustancia sobreexpresada ayuda al receptor celular de superficie para el TGF-beta1 y beta3 inhibiendo la migración y diferenciación del trofoblasto. (25–28)

✓ Estrés oxidativo e inflamación

Sin ninguna duda en los trastornos hipertensivos la disminución de la perfusión de la placenta produce especies reactivas de oxígeno (ROS) y citocinas proinflamatorias, llevando al estrés oxidativo y disfunción celular endotelial en ambas circulaciones. El deterioro en la regeneración de las arterias espirales concluye en el paso de sangre materna al espacio intervilloso a elevada presión y velocidad exponiendo a las vellosidades placentarias a variaciones en la concentración de oxígeno lo que lleva a hipoxia/reoxigenación produciendo estrés oxidativo y a su vez causa oxidación de lípidos y proteínas placentarias que aumentan la inflamación, además estrés a nivel de la mitocondria y el retículo endoplásmico, apoptosis y necrosis tisular. Estos eventos unen el estrés oxidativo con el proceso inflamatorio por dos mecanismos: el primero tiene lugar en el trofoblasto necrótico que activa mediante IL-6 células endoteliales y el segundo en las partículas del sincitiotrofoblasto que interactúan con los leucocitos y monocitos maternos incitando la producción de citocinas responsables de la inflamación. (25,29)

✓ Bases genéticas subyacentes

Se han identificado algunos genes que presentan susceptibilidad para la preeclampsia y HELLP que se presume actúan en la hemostasia algunos de ellos

son el angiotensinógeno (AGT y sus receptores AGTR1-2) encontrando en el locus 1q42-43. eNOS en 7q36, EPAS en 2p12 y 2p25, TLR2 en 9p13. (25)

2.2.4.2. Factores de Riesgo

- ✓ Primer embarazo
- ✓ Periodo intergenesico mayor a 10 años
- ✓ Edad materna ≥ 40 años
- ✓ IMC: ≥ 35
- ✓ Historia familiar de preeclampsia
- ✓ Condiciones subyacentes: Hipertensión, enfermedad renal o diabetes, manifestación de anticuerpo antifosfolipídico. (30–32)

2.2.4.3. Diagnóstico

Dentro de cuadro clínico de esta patología la hipertensión arterial es su principal característica seguida de endoteliosis glomerular que provoca un aumento del volumen glomerular, estrechamiento y oclusión de la luz de los capilares presencia de depósitos de fibrina y pérdida de las fenestraciones de las células endoteliales lo que conlleva a proteinuria. En los casos más graves las gestantes manifiestan dolor epigástrico debido a disfunción endotelial de sinusoides hepático, lo que lleva a fibrosis, trombosis y en algunos casos necrosis del parénquima hepático; en cuanto a las alteraciones neurológicas se manifiestan con cefalea, fotopsias, convulsiones en caso de eclampsia debido a modificaciones en la vasculatura cerebral que lleva a hipoxia, edemas o infartos de tejido nervioso. Por ultimo alteración de la permeabilidad vascular se presenta en forma de edema en las mujeres embarazadas. (33)

En cuanto a sus criterios diagnósticos encontramos asociación **de hipertensión arterial** conceptualizada como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial sistólica ≥ 90 mmHg, evaluadas en dos tomas aisladas por al menos 4h a partir de las 20 semanas de gestación en una mujer sin hipertensión previamente diagnosticada; o una tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 110 mmHg tomada en 2 ocasiones apartadas por unos minutos; y **proteinuria** puntualizada como excreción de ≥ 300 mg de proteína en orina de 24h, o un cociente proteína/creatinina $\geq 0,3$ mg/dl. No se aconseja métodos cualitativos como las tiras reactivas en la determinación de proteinuria con

excepción de situaciones en las que no se dispone de la prueba y se considerara 1+ en proteínas. (33)

Sin embargo como anteriormente se expuso recientemente los criterios fueron actualizados y en ausencia de proteinuria se acepta que preeclampsia es hipertensión con indicativo de disfunción orgánica dado por trombocitopenia ($\leq 100.000/\mu\text{l}$), insuficiencia renal (creatinina sérica del doble, sin enfermedad renal preexistente), alteración de la función hepática (concentración sanguínea de transaminasas del doble sobre el valor normal), edema pulmonar y/o síntomas cerebrales o visuales. (33)

Todo lo anterior expresado, tiene limitaciones y por ende se desarrollaron marcadores como el recuento plaquetario, transaminasas ambos con baja sensibilidad lo que limita su aplicación como marcador; otro marcador usado recientemente es el ácido úrico dado que es superior en mujeres preeclámpicas a aquellas con embarazo de bajo riesgo y posee mayor rendimiento que las transaminasas sin embargo su rango referencial tampoco permitirá excluir la patología; encontramos además los marcadores reguladores de la angiogénesis como los factores PIGF y sFlt-1 y en específico el cociente entre ambos (sFlt-1/PIGF) manifestaron ser más eficiente en diagnóstico de preeclampsia precoz por la disfunción placentaria el problema que aún no se resuelve es delimitar los puntos de corte que se deben registrar aunque en un documento de consenso se coloca cociente sFlt-1/PIGF >85 preeclampsia precoz o >110 preeclampsia tardía demostrando una especificidad $>95\%$ y <38 excluye el desarrollo de la enfermedad. (33–35).

2.2.4.4. Tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Se toma en consideración los pasos del protocolo de manejo de trastornos hipertensivos gestacionales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador:(31)

- a) Plasme la historia clínica materno perinatal y el carne perinatal.
- b) Valoración clínica y obstétrica cada 30 minutos. (TA, Fc, Fr, T°, reflejos osteotendinosos en escala de 0 a 5, edad gestacional, FCF, actividad uterina si es el caso.)(31)

- c) Evalúe el estado de conciencia y si hay la presencia de convulsiones de ser el caso o refiere antecedentes de convulsión tónico clónicas sospeche de eclampsia. (31)
- d) Ingrese a la paciente a la unidad operativa y refiera a un centro de mayor complejidad hemodinámicamente estable y con prevención de eclampsia con sulfato de magnesio. (31)
- e) Observe y anote exámenes de laboratorio en el control prenatal (biometría, tiempos de coagulación, plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV, EMO, urocultivo) y requiera los que no consten en la historia clínica o aquellos que precisen actualización (hematocrito, hemoglobina, plaquetas, grupo sanguíneo y factor, tiempos de coagulación, HIV, VDRL, glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, TGO, TGP, BD, BI, deshidrogenasa láctica, EMO, proteinuria.) (31)
- f) Calme a la paciente, atienda sus dudas y ofrezca apoyo emocional. (31)
- g) ***Embarazo menor de 20 semanas.***
 - ✓ Edad gestacional menor de 20 semanas y TA diastólica >90 mmHg sospeche de Hipertensión Arterial Crónica. (31)
 - ✓ Realice proteinuria: si es negativa diagnostique de Hipertensión Arterial Crónica sin proteinuria, caso contrario Hipertensión Arterial Crónica más Preeclampsia sobreañadida. (31)
 - ✓ Continúe con las medicación antihipertensiva de la paciente o comience tratamiento: alfa metildopa 250-500 mg VO(36) c/6h o nifedipina de liberación osmótica 30.60.90 mg/día o nifedipina de acción rápida 10-20 mg VO c/8h. (31,37)
 - ✓ Si existe descompensación de cifras tensionales edad materna >40, multiparidd con antecedentes de trastorno hipertensivo, hipertensión >15 años, enfermedad renal, miocardiopatías, collagenopatía, coartación de la aorta, antecedente de accidente cerebro vascular, o insuficiencia cardiaca congestiva considere hospitalización o referencia. (31)
- h) ***Embarazo mayor de 20 semanas.***
 - ✓ Edad gestacional superior a 20 semanas y TA diastólica >90 mmHg o síntomas de riesgo ingrese a la unidad operativa o refiera a centro de mayor resolución con hemodinámia estable. (31)

- ✓ Realice proteinuria: negativa: Hipertensión Gestacional, caso contrario sospeche de Preeclampsia-Eclampsia, Síndrome de HELLP, Hipertensión crónica más preeclampsia sobreañadida. (31)
- ✓ Prescriba reposo relativo y nada por vía oral si hay eclampsia, HELLP, o decisión de terminar la gestación caso contrario dieta normocalórica en manejo expectante.(31)
- ✓ Coloque vía intravenosa para administrar soluciones cristaloides (SS 0,9% o Lac Ringer) a 125 cc/h hasta 24 h posparto y obtenga muestras para la realización de exámenes.(31)
- ✓ Evalúe ingreso de líquidos y la diuresis, además de signos vitales maternos y fetales cada 30 minutos. (31)
- ✓ Si la gestante presenta dificultad respiratoria, compromiso de bienestar fetal o eclampsia coloque 10 l/min de oxígeno. (31)

i) ***Prevención y tratamiento de eclampsia.***

- ✓ Por lo general las convulsiones son autolimitadas y tienen una duración de 1 -2 minutos, y se podrá utilizar diazepam o lorazepam si la convulsión excede este tiempo. (38)
- ✓ Use sulfato de magnesio para prevención: Impregnación: 4g SO₄ Mg IV e 20 minutos, mantenimiento: 1g/hora IV en bomba de infusión hasta 24 horas post parto, en toda paciente con preecláptica presente o no síntomas vasomotores o neurológicos.(31)
- ✓ Use sulfato de magnesio para tratamiento de eclampsia: impregnación: 6 g SO₄ Mg IV en 20 minutos, mantenimiento: 2 g/hora IV en bomba de infusión hasta 24 h posparto o 24 horas la última crisis ecláptica. (31)
- ✓ Vigile la frecuencia cardíaca materna, respiratoria, reflejos osteotendinosos, diuresis (1 cc/kg/h). (31)
- ✓ Suspenda o retarde el sulfato de magnesio cuando: frecuencia respiratoria sea menor a 16 rpm, reflejos osteotendinosos están ausentes, diuresis <30 cc/h durante las 4h previas. (31)
- ✓ Prepare el antídoto en caso de depresión o paro respiratorio: Gluconato de Calcio 1 gr IV lentamente, ayude con máscara/bolsa,

aparato de anestesia o intubación y administre oxígeno a 4 lt/min por catéter o 10 lt/min por mascarilla. (31)

j) **Tratamiento de Crisis Hipertensivas**

- ✓ Cuando la tensión arterial diastólica sea > 110 mmHg administrar: Hidralazina 5-10 mg IV en bolo, repetir en 20 minutos. (máximo 40mgIV)(39) o Nifedipina 10 mg VO c/ 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg c/6h. (máximo: 60mg). Si la presión no es controlada se debe remitir a **UCI** para manejo con nitroprusiato de sodio en infusión continua y finalización inmediata del embarazo. (31,38)
- ✓ La tensión arterial diastólica no debe bajar de 90 mmHg. (31)
- ✓ Discurra manejo expectante de la Hipertensión Crónica con Preeclampsia sobreañadida solo cuando con las medidas iniciales la presión se controla, PA sistólica entre 140-155 mmHg, y/o PA diastólica entre 90-105 mmHg. (31,38)
- ✓ Busque signos de restricción de crecimiento fetal mediante ecografía (si es posible). (31)

k) **Finalización del embarazo.**

- ✓ Finalizar el embarazo previo consentimiento informado en las primeras 24 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea si: TA diastólica $\geq$ 110 mmHg o TA sistólica $\geq$ 160 mmHg mantenidas a pesar del tratamiento hasta por 6h, oliguria, proteinuria en 24 h >3 gr. (31)
- ✓ Finalizar el embarazo previo consentimiento informado en las primeras 12 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea si: eclampsia, síndrome de HELLP agravado por: trombocitopenia $<50.000/\text{mm}^3$, LDH: >1400 UI/L, TGO: >150 UI/L, TGP >100 UI/L, Ácido Úrico: $>7,8$ mg/dl, creatinina >1 mg/dl. (31)
- ✓ Finalizar el embarazo previo consentimiento informado en las primeras 12 horas, independientemente de la edad gestacional, por parto o cesárea si existe compromiso de bienestar fetal. (31)
- ✓ Terminación de embarazo por cesárea cuándo: embarazo < 32 semanas y Bishop <6 , síndrome de HELLP con signos de gravedad, coagulación intravascular diseminada. Se contraindica anestesia peridural con plaquetas $< 10.000 \text{ mm}^3$. (31,40)

- ✓ Embarazo >34 semanas con Bishop <6: maduración cervical, con Bishop >6 y actividad uterina <3/10 se realizara conducción y cuando es Bishop >6 y actividad uterina >3/10 se continuara la evolución espontanea. (31)
- ✓ Embarazo < 34 semanas con condición estable de tensión arterial, sin crisis hipertensivas, sin signos de compromiso maternos o fetal realizar tocolisis con nifedipina (10 mg VO c/15 minutos por 4 dosis luego 20 mg c/8h hasta completar maduración pulmonar fetal o 72h) o indometacina (<32 semanas, con 100 mg vía rectal c/8h hasta completar maduración pulmonar fetal o por 72h). (31)

l) Maduración Pulmonar.

- ✓ Se realizara cuando el embarazo sea mayor a las 24 semanas pero menor de las 34 con: Betametasona 12 mg IM y a las 24h (2 dosis) o Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis). (31)

2.2.4.5. Complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo

❖ **Síndrome de HELLP**

Representa una complicación frecuente de los trastornos hipertensivos, se define dada las siglas de su acrónimo en anemia hemolítica de tipo microangiopática, aumento de enzimas hepáticas y disminución en la cantidad de plaquetas; fue nombrado así en 1982 por Weinstein. (41–43)

Clínicamente suele manifestarse como astenia y epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho otros síntomas incluyen cefalea, visión borrosa, hematuria, petequias, equimosis, sangrado de mucosas y en algunos casos síntomas inespecíficos como nauseas, vómitos; suele presentarse en un 0,5-0,9% de todas las gestaciones y hasta un 10-20%(44) de aquellos embarazos con preeclampsia grave. En cuanto a su incidencia parece ser mayor en población blanca, mujeres multíparas o con edad mayor de 25 años y antecedentes de gestación con resultado poco favorable; el 70% suele presentarse en el último trimestre mientras que el restante 30% en el periodo posparto. (41,45,46)

En la actualidad se dispone de dos clasificaciones: **a) Tennessee** que incluye TGO >70UI/L, LDH >600UI/L y plaquetas <100x10⁹ se considera síndrome completo cuando cumple los tres criterios e incompleto cuando solo se encuentra

1 o 2; y **b)Mississippi** clasifica en III clases de acuerdo al conteo plaquetario, TGO o TGP y LDH; donde la clase I corresponde a plaquetas $<50 \times 10^9$, TGO o TGP >70 UI/L, LDH >600 UI/L, la clase II plaquetas ≤ 50 a 100×10^9 , TGO o TGP ≥ 70 UI/L y LDH ≥ 600 UI/L, mientras que la clase III encontramos plaquetas ≤ 100 a 150×10^9 , TGO o TGP ≥ 70 UI/L y LDH ≥ 600 UI/L. (41,44,45)

El tratamiento consiste en la finalización del embarazo, valorando cada caso las situaciones de condiciones maternas y el bienestar fetal, se admite transfusión de plaquetas previa al parto cuando es menor de 20,000 y en cesárea menor a 50,000; el uso de plasmaféresis aún es controvertido sin embargo en pacientes con hiperbilirrubinemia, aumento de creatinina y trombocitopenia grave 72h pos parto se ha registrado utilidad. (41,47)

❖ Hematoma hepático subcapsular y Ruptura hepática.

Se conceptualiza como una manifestación grave de un síndrome de HELLP caracterizada por acumulación de sangre entre la cápsula de Glisson y el parénquima hepático; se presenta de manera particular con una incidencia de 1 al 2% en las gestaciones. Una de sus complicaciones es la rotura con una mortalidad perinatal de 25-50% y materna de 40 y el 75%, tratándose con laparotomía exploradora y empaquetamiento hepático hasta la resección hepática de urgencia o embolización. (42,48–50)

❖ Coagulación Intravascular diseminada

La coagulación intravascular diseminada, o también nombrada como coagulopatía de consumo o síndrome de desfibrinación se engloba según Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia como un síndrome adquirido en donde hay una activación intravascular de la coagulación con pérdida de la localización que puede corresponder a muchas patologías pero que termina en activación intravascular sistémica de coagulación que modifica de manera drástica el proceso de la hemostasia. Corresponde a 32 muertes maternas por cada 10,000 hospitalizaciones por parto y representa el 0,2% de las muertes en gestantes en los Estados Unidos. Para su diagnóstico se puede utilizar los parámetros de la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia dado por los siguientes exámenes de laboratorio: conteo plaquetario, niveles de fibrinógeno, marcadores relacionados con la fibrina, y tiempo de protrombina. (51,52)

❖ **Falla Hepática**

Se define como la pérdida súbita de la función hepática, que amenaza el bienestar en una persona que no presentaba enfermedad hepática previa; se encuentra encasillada en tres criterios:

1. Rápido desarrollo de disfunción hepatocelular
2. Encefalopatía hepática
3. Ausencia de enfermedad hepática previa. (53)

En relación al tiempo se considera hiperagudo: <7 días, agudo:<4 semanas, subagudo:>5 y <12 semanas. (53)

❖ **Injuria Renal aguda**

Se puntualiza a la injuria renal aguda (IRA) como el quebranto imprevisto de la función renal debida a una agresión aguda dando como resultante la conservación de sustancias nitrogenadas (urea, creatinina) y/o disminución del volumen urinario. Se considera criterio de severidad con compromiso renal en pacientes con trastornos hipertensivos cuando la creatinina sea mayor de 1,1 mg/dl que puede terminar en terapia de soporte renal, aumentando la mortalidad materna. (54)

2.2.5. Hemorragia Postparto

❖ **Definición**

La hemorragia postparto se concreta como la pérdida de sangre mayor a 500 ml luego de un parto vaginal y superior a 1000ml después de una cesárea, que ocasiona síntomas y/o signos de hipovolemia se considera la patología primordial de mortalidad materna ocasionando aproximadamente 14 millones de casos en el año de las cuales fallecen al menos 125.000, y para el 2015 se estimó una mortalidad de 303,000 mujeres que viven en países en vías de desarrollo. Se denomina hemorragia tardía del posparto a aquel sangrado que se produce trascurridas las 24 horas luego del parto. (55,56)

Se denomina a hemorragia masiva obstétrica como la pérdida mayor de 2.500 ml de sangre y se relaciona con ingreso a la UCI y con histerectomía.(57) Otra definición a tomar en cuenta es aquella hemorragia que se produce posterior a las

24 horas y antes de las 12 semanas posteriores al parto, a la cual se le denomina hemorragia posparto secundaria. (58)

❖ Etiología

Se pueden resumir con nemotecnia 4 “T” que son:

1. **Tono**, representa el 70% de los casos y corresponde a atonía o inercia uterina. (59)
2. **Traumatismo**, que significa un 19% de presentación y hace referencia a traumatismos uterinos como rotura e inversión uterina, y laceraciones en el cuello y la vagina. (59–61)
3. **Tejidos**: representando el 10% de los casos, correspondiente a retención de restos placentarios en casos de placentación anormal y coágulos.(58,59)
4. **Trombina**, que se encuentra en el 1% de todas las hemorragias posparto y hace alusión a coagulopatías congénitas o adquiridas. (59)

Sin embargo se puede desencadenar hemorragia obstétrica mayor tardía en endometritis, endometriosis, y retención de restos ovulares. (59)

❖ Factores de riesgo

- Preeclampsia/ hipertensión gestacional (62)
- Trabajo de parto prolongado (62)
- Manejo con oxitocina en el trabajo de parto (62)
- Antecedentes de esta patología (62)
- Embarazo múltiple (62)
- Macrosomía fetal (60,62)
- Multiparidad. (60)
- Cesárea previa o de emergencia(63)
- Edad materna >40 años (63)
- Sepsis materna (63)
- Polihidramnios (63)
- Fibromiomas (63)
- Etnia asiática (63)
- Placenta previa (63)
- Sospecha de abruptio placentae (63)

❖ Diagnóstico

La determinación diagnóstica de la hemorragia posparto empieza con la cuantificación de sangrado que despierte los 500 ml, o que desencadene inestabilidad en las constantes vitales. Después de este se debe esclarecer la etiología de la misma con las siguientes pautas clínicas: si es por el **tono**, se verá una hemorragia inmediata, útero hipotónico o atónico, y/o descompensación hemodinámica como taquicardia, hipotensión; si se debe a **trauma** determinar lesiones del canal del parto como desgarros cervicales, vaginales o del periné se observará hemorragia inmediata, tono uterino conservado, placenta y membranas completas; en caso de inversión uterina se hallará hemorragia inmediata, dolor pélvico intenso, fondo uterino no palpable, útero invertido en vagina o vulva, por último si el trauma es por rotura uterina se descubre dolor abdominal intenso, hemorragia inmediata vaginal o en abdomen, inestabilidad (taquicardia, shock), útero no palpable o feto palpable en cavidad abdominal, y/o placenta retenida; en caso de ser **tejido** se encuentra placenta retenida por más de 30 minutos después del nacimiento, salida parcial de placenta o membranas, y/o sangrado inmediato; por último si la causa es de **tiempos o trombina** se objetivará antecedente de coagulopatía congénita o adquirida, hemorragia inmediata y antecedentes de medicación (heparina o ácido acetilsalicílico) . (63)

En el campo se encuentran algunas herramientas para su diagnóstico como la regla de los 30 que incluye presión sistólica: baja 30mmHg, pulso: aumento de 30lpm, hemoglobina: descenso de 30% (3g/dl), hematocrito: disminución del 30% y pérdida sanguínea: 30% del valor normal (1000ml/kg); otro sistema es el índice de shock (Pulso/TAS) valor de referencia de 0,5 a 0,7 con un valor superior o igual 0,9 se admite en la unidad de terapia intensiva. (63)

Debido a que la actividad procoagulante incrementa el doble en tercer trimestre de embarazo, el tiempo de trombina y el parcial de tromboplastina se pueden encontrar en valores referenciales lo que puede esconder una coagulopatía de inicio temprano, debido a esto se ha desarrollado la cuantificación de valores de fibrinógeno el mismo que cuando desciende a un valor de <100mg/dl se liga a una pérdida de 1,4 volúmenes lo que asocia los factores fibrinógeno con severidad de hemorragia posparto. (64,65)

❖ Tratamiento y Prevención

En la instauración de una hemorragia posparto se deberá actuar de manera inmediata y dirigida y se deberá de poseer en cada hospital un plan de acción para este padecimiento. (66)

En la actualidad se han propuesto diferentes tácticas para el manejo integral de la hemorragia obstétrica sin embargo han llegado al consenso de que se debe iniciar con fármacos, seguidas de maniobras no quirúrgicas y por ultimo procedimientos en quirófano; teniendo esto como antecedentes la Central de Simulación del Instituto Nacional de Perinatología (CESINPer) desarrollo tres condiciones fundamentales en el tratamiento de esta entidad las cuales son: (67)

- ✓ **Control de la Hemorragia:** dada por la rápida represión de la hemorragia mediante: *compresión aortica abdominal, compresión bimanual, pinzamineto de las arterias uterinas por vía vaginal y la aplicación de un balón de Bakri;* y de la utilización de fármacos oxitocina, ergonovina y misoprostol (67)
- ✓ **Comunicación:** en este apartado se mencionan tres aspectos: *activar el código de ayuda, monitorizar continuamente a la paciente y registrar las acciones.* (67)
- ✓ **Conocer la etiología,** a través de las 4 “T”. (67)

La **Guía OMS** engloba 32 recomendaciones para la prevención y tratamiento de la hemorragia obstétrica, de las cuales se tomó las más representativas:

1. Utilización de agentes uterotónicos (oxitocina) en la prevención. (68)
2. Recomiendan pinzamiento de cordón umbilical de manera tardía (1 y 3 min)(68)
3. Maniobra recomendada para la extracción de la placenta en la cesárea: tracción controlada del cordón umbilical. (68)
4. Uso de cristaloides isotónicos para la reanimación. (68)
5. Utilización de ácido tranexámico si los agentes uterotónicos no controlan la pérdida hemática o si la causa por traumatismo. (68)

6. Manifiestan que los establecimientos de salud usen un protocolo para las hemorragias obstétricas y derivación de pacientes a centros de mayor complejidad. (68)

Las pautas recomendadas por Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (**RCOG**), recomiendan 4 puntos a seguir luego de identificarse la hemorragia postparto:

1. Comunicación a todos los profesionales de la salud (gineco obstetras, anestesiólogos, intensivistas, banco de sangre). (68)
2. Reanimación: realizada con soluciones cristaloides, asegurar vía aérea, circulación, oxígeno de 10-15 lt. (68)
3. Seguimiento e investigación con exámenes de laboratorio y monitoreo continuo vigilando la función renal. (68)
4. Medidas para detener el sangrado, examinar a la paciente para encontrar la causa de la hemorragia y administración de uterotónicos en primera instancia. (68)

Por ultimo describiré el tratamiento del shock hipovolémico en obstetricia contenido en el Componente Normativo Materno Neonatal del **MSP del Ecuador**:

- Manejo Inmediato: conserve la calma, enfóquese en las necesidades de la paciente y no la desatienda, brinde información a los familiares, solicite ayuda y dirija las acciones siguientes, monitoree los signos vitales, coloque en decúbito lateral izquierdo, resguarde la temperatura de la paciente y eleve las piernas. (31)
- Manejo Específico: Empiece infusión IV (dos idealmente) en vía periférica con aguja de alto calibre (14 o 16), tome muestras para la realización de exámenes (hemoglobina, grupos sanguíneo, pruebas cruzadas y coagulación.), infunda 1 L IV de Solución Salina o Lactato de Ringer en 15-20 min hasta al menos una cantidad de 2L en la primera hora, estableciendo como objetivo reponer 3 veces el volumen perdido, monitoree los signos vitales, coloque sonda vesical y mida diuresis. Coloque oxígeno a 4 lt/min por cánula nasal o 10 lt/min en mascarilla.
- Realice prueba de coagulación junto a la cama. (31)
- Reevaluación: observe la respuesta de la paciente a los 30 minutos para determinar signos de mejoría, si es el caso disminuya los líquidos a 1000

ml en 6h y maneje la etiología del shock. Si no se ve mejoría realice el manejo adicional y disponga la referencia a la unidad de mayor resolución de ser el caso. (31)

- Manejo Adicional: permanezca con la administración de fluidos de 1L en 6h y continúe con el oxígeno, monitoree de manera continua, revise los resultados de laboratorio agregando a la orden electrolitos, creatinina, gasometría, actúe en la causa del shock, realice transfusión sanguínea (Hgb<7g/dl) con concentrado de glóbulos rojos y administre uterotónico, (31)

Recientes estudios demostraron que el manejo activo con oxitocina en la tercera etapa es la que representa beneficio significativo debido a que disminuye el sangrado >500ml en un 50% de los casos y de >1000ml en un 40% si se administra durante el 1° minuto luego de la expulsión; colocándose por encima de sustancias sintetizadas a partir del ergot y prostaglandinas. Se recomienda la administración de 5UI IV en cesárea o 10UI IM en parto. (63,69)

2.2.6. Sepsis

❖ Definición

Para definir sepsis es necesario mencionar **SIRS** o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica dado por 2 o más criterios: a) temperatura >38° o <36°, b) taquicardia (>90 lpm), c) taquipnea (>20 rpm) o PaCO₂ <32mmHg, y d) Leucocitosis (>12,000 cel/mm³) o leucopenia (<4000 cel/mm³). Entonces **sepsis** es SIRS acompañado de un foco infeccioso. (70)

En tanto, que **sepsis severa** se caracteriza por sepsis acompañado de disfunción orgánica. (70)

El número de casos ha aumentado a nivel mundial en los últimos años, siendo responsable del 26% de las causas que hicieron que pacientes hospitalizados deterioraran y del 39% de los ingresos a UCI llegando alcanzar una mortalidad del 22% al 25%. (71)

❖ Fisiopatología

La fisiopatología es aún poco comprendida pero se sabe que envuelve alteraciones en la biología celular, la morfología, la bioquímica y la inmunología que correlaciona las vías pro y antiinflamatorias y las consecuencias sobre los sistemas cardiovascular, neuroendocrino, metabólico y de coagulación que resultan en hipoperfusión tisular y deterioro de la función mitocondrial conllevando a disfunción orgánica. (71)

En una consecuencia a la infección se incluyen los elementos microbianos y las células responsables de la inmunidad del huésped, esta unión a través de receptores correspondientes desencadenan citosinas, quimiocinas, moléculas de adhesión y óxido nítrico. Siendo las moléculas de adhesión las responsables de la atracción de polimorfonucleares (PMN) al endotelio se unen con otro grupo de células con el fin de destruir e engullir agentes patógenos y tejido infectado; una vez concluido el proceso se pondrán en marcha los mecanismos antiinflamatorios que ayudaran en el proceso de reparación; a diferencia de la sepsis en la cual la respuesta proinflamatoria sale del tejido infectado y desencadena una inflamación sistémica con alteraciones orgánicas. (71)

❖ Diagnóstico

El consenso “Campaña para sobrevivir a la sepsis”, propone la escala SOFA (Sequential-related Organ Failure Assessment) que abarca criterios clínicos y de laboratorio de los siguientes órganos: respiratorio, coagulación, hepático, cardiovascular, sistema nervioso central y renal. Otro concepto que se implementa es el qSOFA en el cual no se incluyen pruebas de laboratorio solamente frecuencia respiratoria ≥ 22 , alteración de la consciencia ECG ≤ 14 , y presión arterial sistólica ≤ 100 mmHg. Una vez realizado el diagnóstico clínico, se añadirá la procalcitonina para optimar el diagnóstico y el lactato para su pronóstico. (72)

❖ Tratamiento

En la reanimación inicial lo recomendado, es:

1. Comenzar lo antes posible, administrando 30ml/Kg de cristaloideos por vía intravenosa en las 3h, y luego ser guiado por reevaluaciones del estado

hemodinámico. Para predecir la respuesta a los líquidos utilizar variables dinámicas. (73)

2. Mantener una presión arterial media de 65 mmHg y la normalización de lactato en pacientes con niveles aumentados. (73)
3. Que los hospitales sostengan un programa para mejorar el rendimiento de sepsis. (73)
4. Deberán realizar cultivos microbiológicos antes de iniciar antibioticoterapia, sin retrasar la utilización de los mismos que deben realizarse dentro de la primera hora. (73)
5. Se deberá utilizar terapia empírica de amplio espectro para bacterias, hongos y virus con uno o más antibióticos. Luego del resultado de los cultivos dirigirla al patógeno identificado. (73)
6. La duración del antimicrobiano es de 7 a 10 días para las infecciones asociadas a sepsis y el shock séptico. (73)
7. Utilizar la norepinefrina como vasopresor de primera elección, y colocar un catéter arterial. (73)

2.3. Definición de términos básicos

- **Gestación.-** etapa comprendida desde el primer día de la última menstruación hasta las 40 semanas (280 días). (74)
- **Puerperio.-** es un período en el cual hay restitución progresiva tanto anatómica como fisiológica de las manifestaciones del embarazo, comprendido desde la finalización de la gestación hasta las seis semanas. (75)
- **Nulípara.-** Paciente que ha estado en periodo de gravidez pero no ha llegado a finalizar la gestación.(76)
- **Multípara.-** Mujer que ha culminado su embarazo en más de una ocasión. (77)

2.4. Hipótesis

Las causas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos en pacientes obstétricas son la hemorragia posparto y los trastornos hipertensivos en el embarazo.

CAPITULO III

3. Objetivos

❖ General

- Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Teófilo Dávila 2016 – Abril 2019.

❖ Específicos

- Identificar a la población de acuerdo a sus variable sociodemográficas: edad materna.
- Determinar variables obstétricas, número de controles y motivos de ingreso a la unidad de cuidados intensivos.
- Determinar la condición de resultado del ingreso a la unidad de cuidados intensivos con los días de estadía y la mortalidad.

CAPITULO IV

4. Diseño Metodológico

4.1. Diseño General del Estudio.

4.1.1. Tipo de estudio

El diseño es de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, y retrospectivo.

4.1.2. Área de estudio

El siguiente estudio será realizado en las instalaciones de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Teófilo Dávila, en la ciudad de Machala.

4.1.3. Universo y muestra

Se utilizó como muestra el 100% de las pacientes obstétricas que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos en el periodo 2016 hasta abril del 2019.

4.2. Criterios de Inclusión

- ✓ Pacientes con diagnóstico obstétrico, en cualquier edad gestacional, o puerperio.
- ✓ Pacientes con datos estadísticos completos en sus historias clínicas.

4.3. Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que sean menores de 15 años de edad.
- ✓ Pacientes mayores de 40 años de edad.

4.4. Método, procedimientos y técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

Previo a la realización de este estudio, fue aprobado por el departamento de Titulación de la Universidad Católica de Cuenca, por la decana de la facultad de Salud y Bienestar; y el Departamento de Bioética junto con los permisos correspondientes al director del Hospital Teófilo Dávila.

Para la recolección de las variables sociodemográficos, antecedentes obstétricos y ginecológicos al igual que estancia hospitalaria, diagnóstico de ingreso, serán tomados de las historias clínicas en el departamento de estadística de la unidad

operativa, al igual que el libro de registro del servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos.

4.5. Plan de tabulación y análisis

✓ Transcripción

Una vez recolectados los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 23.0 para su procesamiento.

✓ Depuración y Decodificación

Se analizara la base de datos digital con el fin de reorganizar o reagrupar los datos estadísticos obtenidos con el fin de brindar resultados más claros y concisos.

✓ Análisis

Para la descripción de las variables nominales y ordinales se utilizó frecuencias y porcentajes. La descripción de las variables numéricas se llevó a cabo mediante estadísticas de tendencia central, es decir; media, mediana y moda o de dispersión como desviación estándar.

4.6. Aspectos éticos

La investigación se realizó cumpliendo la declaración de Helsinki para la investigación médica en seres humanos. Además se mantendrá la confidencialidad del material recogido en el transcurso del estudio; el riesgo para el paciente en la realización de la investigación es bajo debido a que el paciente no será sometido a ningún procedimiento medico invasivo o no invasivo.

El trabajo será revisado por la comisión de ética de la facultad de salud y bienestar de la Universidad Católica de Cuenca.

4.7. Variables y operacionalización

- ➔ Variables sociodemográfica: edad materna
- ➔ Variables Obstétricas: estadio reproductivo (gestación o puerperio) y número de controles
- ➔ Estancia Hospitalaria: Días de estadía en UCI.
- ➔ Mortalidad: Cantidad de personas que mueren en un lugar, y un período determinado.
- ➔ Diagnóstico al momento del ingreso: hemorragia post parto, shock hipovolémico, preeclampsia, eclampsia, síndrome de hellp, otros.
- ➔ Intervención quirúrgica: cesárea, histerectomía, otras.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
SOCIODEMOGRAFICA				
Edad materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Tiempo transcurrido	Años cumplidos. Escala OMS.	Numérica: 15 a 20 años 21 a 35 años 36 a 45 años 46 a 59 años.
OBSTÉTRICAS				
Número de controles	Cantidad que refleja el número de controles previos al parto.	Consultas previas al parto.	Historia clínica	Nominal: 0-1 control. 2-3 Controles 4-6 Controles 7-9 Controles >9 Controles.
Estadio Reproductivo	Conjunto de datos acerca del estado reproductivo actual de una mujer.	Estado reproductivo	Historia clínica	Nominal: Gestación Puerperio Otra
ESTANCIA HOSPITALARIA	Período de internación en el servicio de cuidados intensivos	Periodo de internación	Historia clínica	Numérico: 0-3 días. 4-6 días 7 – 10 días Mayor de 10 días.
MORTALIDAD	Cantidad de personas que mueren en un lugar, y un período	Cantidad de personas que mueren, en un tiempo.	Historia clínica	Nominal: Si No

	determinado.			
DIAGNÓSTICO AL MOMENTO DEL INGRESO	Patología por la cual es ingresada a la unidad de cuidados intensivos	patología	Historia clínica	Hemorragia post-parto. Preeclampsia Eclampsia Sd, HELLP Otros.

CAPITULO V

5. Resultados

5.1. Cumplimiento del estudio.

Los objetivos del estudio así como el cronograma se cumplieron sin ninguna dificultad.

5.2. Características de la población de estudio.

Se estudió una población total de 86 pacientes, de los cuales el 50% de mujeres se encontraban entre la edad de 21 a 35 años; en cuanto al estadio reproductivo el 69,8% correspondiente a 60 mujeres al momento del ingreso se encontraba en fase de puerperio y de las cuales 51 pacientes (59,3%) eran multíparas.

5.3. Análisis de resultados.

TABLA 1: EDAD DE PACIENTES OBSTÉTRICAS.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
15	5	5,8
16	2	2,3
17	7	8,1
18	17	19,8
19	1	1,2
22	1	1,2
24	4	4,7
25	3	3,5
26	3	3,5
27	3	3,5
28	2	2,3
29	3	3,5
30	2	2,3
32	6	7,0
33	8	9,3
34	6	7,0
35	2	2,3
37	2	2,3
38	3	3,5
39	5	5,8
40	1	1,2
Total	86	100,0

Fuente: Historias clínicas de las pacientes ingresadas en la UCI del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por: Karla Ma. Bravo T.

La población total correspondió a 86 pacientes ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Teófilo Dávila; las edad más representativa fueron pacientes de 18 años de edad (19,8%); seguidas de mujeres de 33 años y en tercer lugar pacientes de 17 años con 8,1%. La media de edad fue de 26,27+-8,0 la mínima de 15 y la máxima de 40. (TABLA 1).

TABLA 2: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.

ESTADIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GESTACION	23	26,7
PUERPERIO	60	69,8
OTROS	3	3,5
Total	86	100,0

Fuente: Historias clínicas de las pacientes ingresadas en la UCI del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por: Karla Ma. Bravo T.

La mayoría de la población que ingresó a la sala de cuidados intensivos, fueron pacientes en puerperio correspondiente a un 69,8% de las pacientes, y tres pacientes que no se encuentran en la categoría debido a que ingresaron luego de un aborto o intervención por embarazo ectópico. (TABLA 2).

Tabla 3: NÚMERO DE CONTROLES

Numero Controles	Frecuencia	Porcentaje
0	27	31,4
1	32	37,2
2	9	10,5
3	2	2,3
4	2	2,3
5	5	5,8
6	2	2,3
7	3	3,5
8	4	4,7
Total	86	100,0

Fuente: Historias clínicas de las pacientes ingresadas en la UCI del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por: Karla Ma. Bravo T.

En cuanto al número de controles, se objetivo que 32 pacientes de las 86 solo se realizaron 1 control durante la gestación y 31,4% de la muestra no se realizaron controles.(TABLA 3).

Tabla 4: CAUSAS DE INGRESO A UCI DE PACIENTES OBSTÉTRICAS

	Frecuencia	Porcentaje
PREECLAMPSIA	31	36,0
SINDROME HELLP	20	23,3
SEPSIS	12	14,0
HEMORRAGIA POSPARTO	9	10,5
ECLAMPSIA	7	8,1
SHOCK HIPOVOLEMICO	4	4,7
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIA	1	1,2
INTOXICACION POR CARBAMATOS	1	1,2
BRADICARDIA SINUSAL	1	1,2
Total	86	100,0

Fuente: Historias clínicas de las pacientes ingresadas en la UCI del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por: Karla Ma. Bravo T.

Como se puede visualizar en la TABLA 4, las causas de ingreso a la unidad de cuidados intensivos de mujeres obstétricas fueron diversas; sin embargo las más destacables son: preeclampsia represento al 36%, seguida del síndrome de HELLP (23,3%), y en tercer lugar sepsis (14%).

Tabla 5: DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y MORTALIDAD

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN.	DEFUNCIÓN	ALTAS	Total
1	0	1	1
2	2	24	26
3	0	20	20
4	1	6	7
5	0	9	9
6	0	7	7
8	0	3	3
9	0	4	4
10	0	2	2
11	0	1	1
12	0	1	1
20	1	0	1
22	0	2	2
27	0	1	1
40	1	0	1
TOTAL	5	81	86

Fuente: Historias clínicas de las pacientes ingresadas en la UCI del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por: Karla Ma. Bravo T.

Se determinaron 5 defunciones dentro de la muestra, de las cuales dos se realizaron en aquellas pacientes que permanecieron dos días hospitalizadas; 1 con 4 días de hospitalización, 1 con 20 días de estancia hospitalaria y 1 con 40 días de hospitalización. Además 26 pacientes de 86 permanecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos solamente 2 días. (TABLA 5)

Tabla 6: DIAGNÓSTICO DE INGRESO Y MORTALIDAD

DIAGNÓSTICO INGRESO	DEFUNCIÓN	ALTA	TOTAL
HEMORRAGIA POSPARTO	1	8	9
PREECLAMPSIA	0	31	31
ECLAMPSIA	0	7	7
SINDROME HELLP	2	18	20
SEPSIS	2	10	12
SHOCK HIPOVOLEMICO	0	4	4
SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIA	0	1	1
INTOXICACION POR CARBAMATOS	0	1	1
BRADICARDIA SINUSAL	0	1	1
TOTAL	5	81	86

Fuente: Historias clínicas de las pacientes ingresadas en la UCI del Hospital Teófilo Dávila.

Elaborado por: Karla Ma. Bravo T.

Se entrecruzo la variable diagnóstico de ingreso a la unidad de cuidados intensivos y mortalidad; se observó que el síndrome de HELLP y la sepsis ocuparon el primer lugar con 2 muertes maternas cada uno y solamente 1 correspondió a una hemorragia posparto. (TABLA 6)

CAPITULO VI

6. Discusión

El estudio demostró en cuanto a la variable edad que el 19,8% de las mujeres estuvieron ubicadas en la categoría de 18 años, el 9,3% mujeres de 33 años y el 8,1% mujeres de 17 años; correlacionado con el estudio realizado en el 2018 en el Hospital Regional Docente de Trujillo, en Perú denominado “Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas admitidas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y cuidados especiales (UCE) elaborado por Ordonio Lazarao M.; se encontró una similitud con sus resultados en los cuales su rango de edad fue de 18 a 35 años que correspondieron al 66,7% de su población que ingreso a la UCI. En su estudio las causas de ingreso más frecuente a UCI fueron sepsis de foco urinario con un 23,3%, sepsis por aborto incompleto (16,7%) y la hemorragia posparto con 13,3%, sin embargo en este estudio el diagnóstico de sepsis se ubicó en el tercer puesto con un 14% de frecuencia. (11)

En el estudio “Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de paciente con preeclampsia-eclampsia”, realizado por en unidades médicas de segundo nivel en Cancún, Quintana Roo, México realizado por DeJesus-Garcia A. y cols., encontraron la edad promedio de 28.45+- 6.57 años dato epidemiológico que concuerda con el de este proyecto, además en cuanto a días de estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos se observó una estancia de 2.4+-1.43 días que al igual que este trabajo investigativo donde 47 mujeres del total correspondiente a 30,2% permanecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos de solamente dos días. (12)

Bordelois M. y cols., en su estudio en “Morbilidad y mortalidad maternas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Agostinho Neto” 2015-2016 en Cuba, que su mayor población 104 pacientes (53%) se encontraban en puerperio concordando con nuestro resultado de 69,8% que poseían la misma condición al momento del ingreso en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Teófilo Dávila. Mencionan además una mortalidad de 0,24%; que equivale a 3 mujeres en cambio nuestro porcentaje de mortalidad fue de 5,8% correspondientes a 5 féminas de 86. Como patología obstétrica que conllevó al ingreso la

preeclampsia-eclampsia ocupó el primer lugar con 10,8%; a diferencia de este estudio la preeclampsia se encontró en un 36% como primera causa de ingreso sin embargo la eclampsia se colocó en el quinto puesto con 8,1% . (13)

Sánchez S. y cols., en su trabajo en pacientes ingresadas en UCI del Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, al igual que nuestro trabajo coinciden en la patología hipertensiva dentro del primer lugar de etiología de ingreso que significan 36,1% de su muestra; seguida de sepsis(34,0%) y las enfermedades hemorrágicas (30,4%) que a diferencia de nuestro estudio las enfermedad hemorrágicas ocupan el cuarto lugar. (14)

Zorrilla A., en su trabajo encontró a la sepsis como la causa número uno de pacientes gestantes y puérperas que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos como un 24,70%, seguida de preeclampsia y eclampsia con 14,07%, a la hemorragia obstétrica con 12,60% y al síndrome de HELLP con 3,70% que difiere de este trabajo donde se la preeclampsia puntúa en primer lugar seguido del síndrome de HELLP con 23,3%, sepsis con 14% y hemorragia posparto con 10,5%. (15)

En Ecuador, se realizó un estudio en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique Sotomayor, en un total de 288 mujeres donde su causa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos en orden descendente de frecuencia fue preeclampsia en un 66%, eclampsia en 17%, 5% sangrados transvaginales, 4% Síndrome de HELLP, 2% sepsis, y 4% de otras; que combinan en ciertos aspectos antes mencionados con los resultados de este trabajo. (78).

CAPITULO VII

7. Conclusiones, Recomendaciones, Bibliografía.

7.1. Conclusiones

- La edad como variable sociodemográfica demostró que la mayoría de la muestra estudiada se estableció en pacientes de 18 años.
- Las puérperas constituyeron casi la totalidad de la muestra y el número de controles más frecuente fue de 0-1 control. Las condiciones de ingreso frecuentes fueron la preeclampsia, síndrome de HELLP y la sepsis.
- La condición de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos con la mortalidad demostró que el síndrome de HELLP y la sepsis representaron la mayoría de las defunciones, y mortalidad mayor se observó en pacientes que permanecieron dos días hospitalizados.

7.2. Recomendaciones

- Implementar estrategias para la identificación oportuna de pacientes obstétricas con morbilidad materna grave que requieran ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

7.3. Bibliografía

1. Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. Rev Med Clin Condes. 1 de marzo de 2019;30(2):120-5.
2. Cuidado crítico en la paciente obstétrica. Complicaciones, intervenciones y desenlace materno-fetal [Clin Invest Ginecol Obstet.2011]-Medes [Internet]. [citado 21 de julio de 2019]. Disponible en: <https://medes.com/publication/84563>
3. Reyes N, José E, Naranjo O, Fernando W. TEMA: Analizar el perfil de mortalidad materna en Ecuador en el año 2016 y proponer un plan de acción para disminuir las muertes maternas. :59.
4. Nava ML, Urdaneta M JR, González I ME, Labarca L, Silva Bentacourt Á, Contreras Benítez A, et al. Caracterización de la paciente obstétrica críticamente enferma, experiencia de la maternidad «Dr. Armando Castillo Plaza», Maracaibo, Venezuela: 2011 - 2014. Revista chilena de obstetricia y ginecología. agosto de 2016;81(4):288-96.
5. García-López M, Ontiveros-Morales M, Whizar V. Admisiones Obstétricas en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Comunitario. Vol. 21. 2009. 7 p.
6. Constitución de la República del Ecuador. 2008. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
7. Ecuador Tasa de mortalidad materna - Población [Internet]. [citado 21 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.indexmundi.com/es/ecuador/tasa_de_mortalidad_materna.html
8. Dávila Gómez HL, Rodríguez Matos M, Peña Martínez ML, García Valdés A, Rueda Rodríguez R, Matos Rodríguez Z. Morbilidad de la paciente obstétrica extremadamente grave en la Isla de la Juventud, 2002-2010. Prog Obstet Ginecol. 1 de junio de 2013;56(6):310-5.
9. Aldo Solari A, Caterina Solari G, Alex Wash F, Marcos Guerrero G, Omar Enríquez G. Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev Med Clin Condes. 1 de noviembre de 2014;25(6):993-1003.
10. Torrez Morales F, Añez Saravia C. Morbimortalidad materna asociadas a preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos del HMIGU. Gaceta Médica Boliviana. diciembre de 2016;39(2):88-90.
11. Ordonio L, Mischell E. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas admitidas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y cuidados especiales (UCE) del Hospital Regional Docente de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo [Internet]. 2018 [citado 21 de julio de 2019]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9732>

12. DeJesús-García A., Jimenez-Baez M. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 22 de agosto de 2018;26(4):256-2662.
13. Bordelois Abdo MS, Choo Ubals T, Elías Sierra R, Estevan Soto JA, Díaz Trujillo E. Morbilidad y mortalidad maternas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial «Dr. Agostinho Neto». *MEDISAN.* junio de 2018;22(6):408-15.
14. Figueredo SAS, Jiménez JMP, Aguilera JCG, Guerra AF, Alarcón CES. Morbilidad por causas directas obstétricas en la unidad de cuidados intensivos. En 2014.
15. Zorrilla AD, Segovia MR. Ingresos a Unidad de Cuidados Intensivos de mujeres durante el embarazo y periodo puerperal. *Revista del Nacional.* junio de 2017;9(1):49-60.
16. Aguilar García CR, Martínez Torres C, Aguilar García CR, Martínez Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica).* junio de 2017;31(3):171-3.
17. Ochoa Parra M. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. *Acta colomb cuid intensiv.* 1 de octubre de 2017;17(4):258-68.
18. Ochoa-Parra M, Martínez-Reyes F, Camacho-Alarcón R, Jibaja-Vega M, Morales-Alava F, Salgado-Yépez E, et al. Prestación de cuidados críticos en Ecuador: características actuales y resultados clínicos. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.* 1 de julio de 2016;16(3):136-43.
19. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados intensivos estándares y recomendaciones.2010 Disponible en: <http://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
20. Carrillo-Esper R, Sánchez-Zúñiga M de J. Bases moleculares de la preeclampsia-eclampsia. *Med Sur.* 17 de mayo de 2018;20(2):103-9.
21. Hernández Restrepo F, Perilla Hernández N, Martínez Sánchez LM, Ruiz Mejía C. Biomarcadores moleculares: una nueva herramienta en el diagnóstico de la preeclampsia. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* 1 de abril de 2017;44(2):66-72.
22. Camacho Terceros LA, Berzaín Rodríguez MC. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. *Revista Científica Ciencia Médica.* 2015;18(1):50-5.
23. Pacheco-Romero J. Introducción al Simposio sobre Preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* abril de 2017;63(2):199-206.

24. Ojeda K, Paul C. Síndrome hipertensivo del embarazo en Ecuador y Latinoamérica. 2019 [citado 25 de julio de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/13616>
25. González-Navarro P, Martínez-Salazar GG, García-Nájera O, Sandoval-Ayala OI. Preeclampsia, eclampsia y HELLP. *Rev Mex Anest*. 15 de mayo de 2015;38(S1):118-27.
26. Jim B, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathogenesis, Prevention, and Long-Term Complications. *Seminars in Nephrology*. 1 de julio de 2017;37(4):386-97.
27. Brosens I, Brosens JJ, Muter J, Puttemans P, Benagiano G. Preeclampsia: the role of persistent endothelial cells in uteroplacental arteries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 6 de febrero de 2019 [citado 23 de julio de 2019]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937819303230>
28. Arigita M. Diagnóstico, predicción y cribado de la preeclampsia. ¿Es el momento de cambiar la definición clásica de la preeclampsia? *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 1 de abril de 2019;36(2):59-62.
29. Myatt L, Roberts JM. Preeclampsia: Syndrome or Disease? *Curr Hypertens Rep*. 11 de septiembre de 2015;17(11):83.
30. Alvarez-Alvarez B, Martell-Claros N, Abad-Cardiel M, García-Donaire JA. Trastornos hipertensivos en el embarazo: repercusión a largo plazo en la salud cardiovascular de la mujer. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 1 de abril de 2017;34(2):85-92.
31. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Componente Normativo Materno [Internet]. CONASA; 2008. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/normatizacion/documentos/COMPONENTE_NORMATIVO_MATERNO.pdf
32. Maquilón AIV, Barre JEL, García KLL, Gines KLV. La preeclampsia – eclampsia. El fantasma latente en las mujeres embarazadas. 1. 11 de abril de 2019;3(2):566-81.
33. Álvarez-Fernández I, Prieto B, Álvarez FV. Preeclampsia. *Revista del Laboratorio Clínico*. 1 de abril de 2016;9(2):81-9.
34. Camacho-Méndez K, Ventura-Arizmendi E, Zárate A, Hernández-Valencia M. Utilidad de los biomarcadores séricos involucrados en la fisiopatología de la preeclampsia como predictores tempranos de diagnóstico. *Perinatología y Reproducción Humana*. 1 de marzo de 2018;32(1):39-42.
35. Reyna-Villasmil E, Mejía-Montilla J, Reyna-Villasmil N, Torres-Cepeda D, Santos-Bolívar J, Suárez-Torres I, et al. Concentraciones plasmáticas del factor de crecimiento vascular endotelial total en preeclampsia y eclampsia. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*. 1 de abril de 2017;44(2):50-5.

36. Martell Claros N. La hipertensión arterial en la embarazada. Hipertensión y Riesgo Vascular. 1 de enero de 2017;34:22-5.
37. Moncloa AB, Valdivia EA, Rodríguez GV, Vigna CAL, Calderón JU, Martín MGSMS. Hipertensión en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 16 de julio de 2018;64(2):191-6.
38. Valerio LV. Estados hipertensivos del embarazo. 1. 3 de marzo de 2017;2(3):12-5.
39. Aburto Guido AZ, Jerez Monjarrez NA, López Pérez GJ. Documentación de un Protocolo Institucional de Tratamiento para el Síndrome Hipertensivo Gestacional (SHG) basado en evidenciade tratamiento de la práctica médicaen pacientes menores de 40 años atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, Enero - Julio 2016 [Internet] [other]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2017 [citado 25 de julio de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3794/>
40. Cárdenas AIM, Carvajal J, Lacassie HJ. Manejo anestesiológico de pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo. Revista chilena de obstetricia y ginecología. febrero de 2017;82(1):58-66.
41. Nogales García AI, Blanco Ramos MT, Calvo García E. Síndrome HELLP en atención primaria. Medicina General y de Familia. 1 de abril de 2016;5(2):64-7.
42. Emergui Zrihen Y, Madsen MA, Rodríguez Rodríguez R, Delgado Godoy CS, Figueras Falcón T, Prieto Martínez M. Rotura de hematoma hepático subcapsular en el embarazo: caso clínico y revisión bibliográfica. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 1 de julio de 2017;44(3):139-41.
43. Milanes GT, Suárez ALM, Castro IMM, Hurtado JMT. HELLp síndrome. Presentación de un caso y revisión de la entidad. MULTIMED. 12 de julio de 2019;23(4):786-94.
44. Bracamonte-Peniche J, López-Bolio V, Mendicuti-Carrillo M, Ponce-Puerto JM, Sanabrais-López MJ, Méndez-Domínguez N, et al. Características clínicas y fisiológicas del síndrome de HELLp. Revista biomédica. 2018;29(2):33-41.
45. Vigil-De Gracia P. HELLP syndrome. Ginecol Obstet Mex. 29 de enero de 2015;83(01):48-57.
46. Báez H, Torres C, Tavárez J, Lugo A, Jiménez M, Pérez M. Factores relacionados al Síndrome de HELLP en pacientes ingresadas en el departamento de gineco-obstetricia en centros de salud de tercer nivel. 2016 [citado 25 de julio de 2019]; Disponible en: <http://investigare.pucmm.edu.do:8080/xmlui/handle/20.500.12060/1764>
47. Peniche-Moguel KG, Sánchez-Díaz JS, López-Guzmán C, Calyeca-Sánchez MV, Castañeda-Valladares E. Plasmapheresis for acute liver failure in acute

- fatty liver of pregnancy. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 1 de julio de 2017;17(3):222-5.
48. López CFM, López VTL, Méndez MVP. Hematoma subcapsular hepático asociado a síndrome de HELLP en el puerperio. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 8 de agosto de 2018;43(2):52-6.
 49. Hernández-García EF, Noyola-Villalobos HF, García-Núñez LM, Portillo-Hernández MC, Rebollo-Hurtado V, Pérez-Rodríguez JA. Tratamiento integral de pacientes con síndrome de HELLP y hematoma hepático roto. Recomendaciones para el cirujano general y ginecoobstetra. Reporte de caso y revisión de la bibliografía. [Internet]. [citado 25 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73235>
 50. Murillo DN, Pons DJE, Ferreiro DG, Viturera DG, Sosa DC. COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SGU Presidente: :36.
 51. Cunningham FG, Nelson DB. Disseminated Intravascular Coagulation Syndromes in Obstetrics: *Obstetrics & Gynecology*. noviembre de 2015;126(5):999-1011.
 52. Oliveira MI, da Costa VS, Mer S, Osório J, Martins AP. Thrombocytopenia in pregnancy, a challenge in the intensive care unit (ICU). *Revista Española de Anestesiología y Reanimación (English Edition)* [Internet]. 29 de junio de 2019 [citado 25 de julio de 2019]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341192919301106>
 53. Mercado Díaz MA. Falla hepática aguda en la Unidad de Cuidado Intensivo. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*. 1 de abril de 2019;19(2):87-96.
 54. Collantes Cubas JA, Vigil De Gracia P, Cieza Terrones M, Sagástegui Posignon CG, Pérez Ventura SA, Díaz Machuca EM, et al. Injuria renal aguda en mujeres con síndrome HELLP. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. abril de 2017;63(2):183-9.
 55. Luna P, Isaac LM. Índice de Shock como predictor de requerimiento transfusional en gestantes con hemorragia postparto atendidas en el Hospital Belen de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 10 de noviembre de 2016 [citado 26 de julio de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2068>
 56. Escobar MF, Velásquez JG, Holguín A, Sánchez J, Messa A, Carvajal JA, et al. Experiencia de un centro colombiano en el tratamiento endovascular de la hemorragia posparto que amenaza la vida. 1. 15 de junio de 2019;39(2):314-22.
 57. Guasch E, Gilsanz F. Hemorragia masiva obstétrica: enfoque terapéutico actual. *Med Intensiva*. 1 de junio de 2016;40(5):298-310.

58. Silvaes EA, Lavandeira SG, Cid PR, Hernández EB. Hemorragia posparto secundaria o tardía. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2016;59(1):7-12.
59. Suárez González JA, Santana Beltrán Y, Gutiérrez Machado M, Benavides Casal ME, Pérez Pérez de Prado N. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. diciembre de 2016;42(4):464-73.
60. Soto JMDCR, García AEO, Ilanzo MPQ. Factores de riesgo de hemorragia primaria posparto. *Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]*. 13 de mayo de 2019 [citado 26 de julio de 2019];35(1). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/718>
61. Romero JB, Arteaga M del PG, Caraballo ÁS. Caracterización de los desenlaces maternos de la hemorragia posparto primaria en un hospital de Montería, Colombia, 2016. 1. 2018;26-38.
62. Vélez-Álvarez GA, Gómez-Dávila JG, Zuleta-Tobón JJ. Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia. Años 2004 y 2005. 1. 2006;57(3):147-55.
63. Vilés Terneux, P. Evaluación de los resultados de aprendizaje del uso del balón de taponamiento intrauterino "Sayeba" en el control de la hemorragia posparto con simuladores de baja fidelidad en el personal de salud pública de la provincia de Carchi de septiembre a octubre de 2017. [Internet]. [citado 26 de julio de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/14744>
64. García Velásquez V, González Agudelo M, Cardona Ospina A, Ardila Castellanos R. Asociación entre el nivel de fibrinógeno y severidad en la hemorragia posparto. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 1 de abril de 2015;43(2):136-41.
65. Rincón-Valenzuela DA, Bocanegra JC, Guevara J. Fibrinógeno y hemorragia posparto. ¿Asociación o causalidad? *Revista Colombiana de Anestesiología*. 1 de abril de 2017;45(2):136-9.
66. Villalobos JEH, Jaimes PAS, Delgado RC, Esquivel MAL. Manejo del código SUMAR: De las 4 "T" al ABC en la hemorragia posparto. :7.
67. García-Benavides JL, Ramírez-Hernández MÁ, Moreno-Cárcamo M, Alonso-Ramírez E, Gorbea-Chávez V. Hemorragia obstétrica posparto: propuesta de un manejo básico integral, algoritmo de las 3 «C». 2018;5.
68. De la Torre-León T. Guías de práctica para el manejo de la hemorragia obstétrica. *Rev Mex Anest* 2017; 40(S2).
69. Hernández Cabrera Y, Ruiz Hernández M, Rodríguez Duarte L, Cepero Águila L, Monzón Rodríguez M. Alternativas quirúrgicas conservadoras del útero ante la hemorragia posparto. *MediSur*. octubre de 2017;15(5):684-93.

70. Mari G. Chapter 21 - Sepsis. En: Mari G, editor. Safety Training for Obstetric Emergencies [Internet]. Elsevier; 2019 [citado 30 de julio de 2019]. p. 137-40. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323696722000217>
71. Arwyn-Jones J, Brent AJ. Sepsis. Surgery (Oxford). 1 de enero de 2019;37(1):1-8.
72. Puntos clave y controversias sobre la sepsis en los servicios de urgencias: propuesta de mejora para Latinoamérica. Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. 2019;3 (1):123-135. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/puntos-clave-y-controversias-sobre-la-sepsis-en-los-servicios-de-urgencias-propuestas-de-mejora-para-latinoamerica/>
73. Rhodes A., Evans L., Alhazzani W., Guía internacional para el manejo de la sepsis y el shock séptico. IntraMed. 2017;45(3):486-552. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoid=9085>
74. The American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine. Definición de embarazo a término. 2015. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoid=8194>.
75. Herrera L, Rosa Z. Calidad de la atención del obstetra en el parto y puerperio y satisfacción de las usuarias del servicio de obstetricia. Hospital la Caleta – Chimbote, 2018. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote [Internet]. 11 de mayo de 2019 [citado 31 de julio de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/11069>
76. Llontop J. Factores asociados a preeclampsia en gestantes nulíparas, atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa de Enero del 2016 a Julio del 2017 [Internet]. [citado 31 de julio de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1387>
77. Marin L. Nivel de conocimiento, actitud y práctica sobre salud bucal en gestantes usuarias del servicio de Gineco - Obstetricia del centro de Salud Pusac y Puesto de Salud Uchumarca de la Red de Salud Bolívar Norte, 2016 [Internet]. [citado 31 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11594>
78. Aguilera González M, Bermúdez Andrade C, Palomeque Llor A. Morbilidad materna entremadamente grave en pacientes obstétricas de Maternidad Enrique Sotomayor de Guayaquil. 2010 [citado 3 de agosto de 2019]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/547>

8. ANEXOS

- 8.1. ANEXO N°1: OFICIO DE BIOÉTICA.**
- 8.2. ANEXO N°2: OFICIO DE COORDINACION DE INVESTIGACION.**
- 8.3. ANEXO N°3: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**
- 8.4. ANEXO N°4: INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO**
- 8.5. ANEXO 5°: RÚBRICA DE PARES REVISORES.**
- 8.6. ANEXO N°6: RÚBRICA DE REVISIÓN DE DIRECCIÓN DE CARRERA**
- 8.7. ANEXO N°7: INFORME FINAL DE TITULACIÓN**



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 17/7/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Teófilo Dávila, 2016 - abril 2019.

Trabajo de titulación realizado por Karla María Bravo Tinoco

Código: Br28CarME03

DR. CARLOS FLORES MONTESINOS



RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA



Cuenca, 18 de julio del 2019.

Señor Doctor

Javier Alberto Orellana Cedeño

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA DE MACHALA

Su despacho. -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que la estudiante de la Carrera de Medicina BRAVO TINOCO KARLA MARIA con CI: 0706518628, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguido hospital, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es "CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES OBSTETRICAS INGRESADAS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL TEOFILO DAVILA, 2016-ABRIL 2019". La Investigación será dirigida por el DR. JUAN PABLO MUÑOZ CAJILIMA, DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA/ ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
AL. TITULACIÓN
LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de Titulación Carrera de Medicina-Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA
SECRETARÍA GENERAL
RECIBIDO POR:
Nombre: Hilda Macar
Fecha: 18-07-2019
Hora: 16:30 No. Hoja: 1



491547 *

ANEXOS
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

**“Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas
ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Teófilo Dávila
2016 – Abril 2019.”**

Formulario N°: 1

Instructivo:

Por favor conteste todas las preguntas que se presentan a continuacion con absoluta seriedad y sinceridad, para optimizar los resultados de este estudio.

1. Edad:

- | | |
|--------------------|-------------------------------------|
| 1.1. 15 a 20 años. | ☒ |
| 1.2. 21-35 años | ☐ |
| 1.3. 36 a 40 años | ☐ |

2. Antecedentes Obstétricos

2.1. Estadio Reproductivo:

- | | |
|------------------|-------------------------------------|
| 2.1.1. Gestación | ☒ |
| 2.1.2. Puerperio | ☐ |
| 2.1.3. Ninguna | ☐ |

2.2. Número de Controles:

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 2.2.1. 0-1 control: | ☒ |
| 2.2.2. 2-3 controles: | ☐ |
| 2.2.3. 4-6 controles: | ☐ |
| 2.2.4. 7-9 controles: | ☐ |
| 2.2.5. >9 controles: | ☐ |

3. Antecedentes Ginecológicos

- | | |
|----------------|-------------------------------------|
| 3.1. Nulípara | ☒ |
| 3.2. Multípara | ☐ |



ANEXOS

4. Estancia Hospitalaria.

4.1. 0 – 3 días

☒
☐
☐
☐

4.2. 4- 6 días

4.3. 7- 10 días

4.4. Mayor de 10 días.

5. Diagnostico al ingreso:

5.1. Hemorragia post-parto.

☐
☐
☒
☐

5.2. Preeclampsia

5.3. Eclampsia

5.4. Sd, HELLP

5.5. Otros.....

6. Intervención Quirúrgica.

6.1. Si:

6.1.1. Cesárea

6.1.2. Histerectomía

6.1.3. Ambas

6.1.4. Otra.....

☐
☐
☒
☐
☐

6.2. No.

☐

7. Mortalidad

7.1. Si

☐
☒

7.2. No

8. Discapacidad intelectual.

9. Score mama: 4

Elaborado por: Karla Ma. Bravo Tinoco

INFORME FINAL DE TITULACION BRAVO TINOCO KARLA MARÍA

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE
INTERNET

2%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

1%

★ repositorio.uncp.edu.pe

Fuente de Internet

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Activo



Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Características Clínicas y Epidemiológicas de Paciente Obeso
Tratamiento médico a la Unidad de Cuidados Terciarios Hospital
Febrero 2016 - Abril 2019

Nombre del estudiante: Karla María Bravo Tinoco

Director: _____

Nombre de par revisor: Dra Isabel Guapira

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	1			1 /1
Redacción Científica	0.8			0.8 /1
Pensamiento crítico	1			1 /1
Marco teórico	1			1 /1
Anexos	1			1 /1
Total				4.8/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	☒
Tesis apta para sustentación con modificaciones	☐
Tesis no apta para sustentación	☐

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Corrección de Redacción 7 días pre del tema

[Firma]
Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Pío Delgado 2016-2019

Nombre del estudiante: Karla María Bravo Tinoco

Director: Dr. Juan Pablo Muñoz Cajilima

Nombre de par revisor: Dr. Andrés Astudillo A.

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1 /1
Redacción Científica	✓			1 /1
Pensamiento crítico	✓			1 /1
Marco teórico	✓			1 /1
Anexos	✓			1 /1
Total				5 /5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Corregir ortografía

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema:	Características clínicas y epidemiológicas de pacientes obstétricas Ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital Teófilo Dávalos 2016 - Abril 2019		
Nombre del estudiante:	Karla María Bravo Tinoco		
Nombre del responsable de la calificación			
Director:	Dr. Juan Pablo Muñoz		
Asesor:	Dr. Jorge Buelvas.		

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

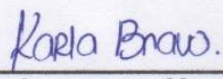
* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:


Firma y sello del Director o Representante de
Dirección de la Carrera de Medicina


Firma de aceptación del estudiante



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TESIS"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación tesis, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director de tesis.

Informe: La alumna BRAVO TINOCO KARLA MARIA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación de la tesis titulada: CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE PACIENTES OBSTETRICAS INGRESADAS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN EL HOSPITAL TEOFILO DAVILA, 2016-ABRIL 2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 9.8/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 49.8/100

Revisores: DRA. ISABEL GUAPISACA/ DR. ANDRES ASTUDILLO

Director: DR. JUAN PABLO MUÑOZ/ **Asesor:** DR. JORGE BUELVAS

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema de tesis y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su tesis.

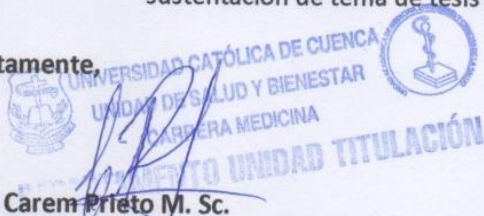
Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación de tema de tesis del alumno antes mencionado.

Atentamente,

Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



11 SEP 2019

RECIBIDO

RA: 15:30 FIRMA