



BUAP

Facultad de Medicina
Dirección de Estudios de Postgrado del Área de la Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social

“Nivel de apego a la guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de Preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención”

Tesis para obtener el diploma de especialidad en Ginecología y Obstetricia

Presenta:
Dr. Astudillo Ayala Fernando

Asesor Metodológico
MC. Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín
Jefatura de división en investigación en salud HGR 36 IMSS
Maestría en Ciencias Médicas
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub-Especialidad en
Medicina Materno fetal HGR 36, IMSS

Asesor Experto
Dra. Celestina González Frías
Médico adscrito de Ginecología Obstetricia Hospital General de Zona No. 20
Ginecóloga, Obstetra y Colposcopista

Dr. Ernesto Corona Alvarado
Director Médico Hospital General de Zona No. 20
Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Sub-
Especialidad en Medicina Crítica en Obstetricia

Registro SIRELCIS: R-2018-2106-031
H. Puebla de Zaragoza. Noviembre 2019



SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal Puebla
Coordinación de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona No. 20
Puebla, Puebla, julio 2019



De la tesis titulada

“Nivel de apego a la guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de Preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención”

Realizada por el médico residente: Dr. Fernando Astudillo Ayala de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Hacemos constar que este trabajo científico ha sido revisado y autorizado con el número de registro nacional **R-2018-2106-031** proporcionado por el sistema de registro en línea de la Comisión de Investigación en Salud (SIRELCIS).

Autorizamos su impresión

MC. Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín



Asesor metodológico

Dra. Celestina González Frías

Dra. Celestina González Frías
Asesor experto
GINECO-OBSTETRA - COLPOSCOPISTA
Matrícula IMSS: T0011528
Céd. Prof. 2010996
Céd. Esp. 3624860



Dr. Ernesto Corona Alvarado



Asesor experto

Dra. María Isabel Lobatón Paredes

Profesor titular



Dra. María Isabel Lobatón Paredes
GINECO - OBSTETRA
Céd. Prof. 4857122
Matrícula: 99325218



Agradecimientos

A Dios:

Por ponerme en el camino correcto, por darme la dicha de llegar a esta instancia de mi vida, por guiarme e iluminarme en esta gran travesía.

A mis padres y hermana:

Por darme la dicha de ser su hijo , que sin duda alguna no estaría a donde ahora me encuentro , por inculcarme los buenos valores, de saber mis orígenes, por apoyarme siempre en cada momento y en las diferentes circunstancias que la vida me ha puesto , sin ustedes no sería nada , este paso más es por ustedes y simplemente por ustedes , siempre los tengo y tendré presente por el resto de mi vida , hoy tengo la dicha de poder estar escribiendo estas líneas que significan mucho , no hay palabras para describir mi agradecimiento , cada meta lograda es por su esfuerzo también , gracias papás les estaré agradecido toda mi vida .

Hermana, sangre de mi sangre, gracias por ser la persona que eres, te admiro mucho, tú formas parte importante de este paso que doy, sabes que siempre estaremos juntos y que nunca nos dejaremos solos ante toda adversidad.

A mis amigos y maestros

Por caminar a mi lado en estos años de la residencia, por las enseñanzas que tuvieron conmigo, por hacerme mejor ser humano, donde quiera que se encuentren los recordare con aprecio y cariño.

A mi familia no parenteral

Por formar parte de este paso que doy, por recibir esos buenos ánimos, por comprenderme cuando no he podido estar presente con ustedes, agradecer a una gran persona por esos consejos, por su manera de ver la vida, desafortunadamente no está físicamente pero siempre lo tengo presente, lo hemos logrado papa Félix, ese día te lo dije y lo estoy cumpliendo, sígueme guiando por ese buen camino.



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Estatal Puebla
Coordinación de Educación e Investigación en Salud
Hospital General de Zona No. 20
Puebla, Puebla, julio 2019



De la tesis titulada

“Nivel de apego a la guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de Preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención”

Realizada por el médico residente: Dr. Fernando Astudillo Ayala de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Hacemos constar que este trabajo científico ha sido revisado y autorizado con el número de registro nacional **R-2018-2106-031** proporcionado por el sistema de registro en línea de la Comisión de Investigación en Salud (SIRELCIS).

Autorizamos su impresión

MC. Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín

Asesor metodológico

Dra. Celestina González Frías

Asesor experto

Dr. Ernesto Corona Alvarado

Asesor experto

Dra. María Isabel Lobatón Paredes

Profesor titular

19/12/2018

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **2106** con número de registro **16 CI 21 114 025** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 003 2017082**.
H GRAL ZONA NUM 5

FECHA **Miércoles, 19 de diciembre de 2018.**

DRA. CELESTINA GONZALEZ FRIAS
P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

NIVEL DE APEGO A LA GUIA DE PRACTICA CLINICA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA 2017 EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-2106-031

ATENTAMENTE

DR. JULIO ROBERTO REYES LEYVA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2106

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	7
ANTECEDENTES... ..	9
JUSTIFICACIÓN	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
HIPOTESIS.....	20
OBJETIVOS.....	20
MATERIAL Y MÉTODOS	21
ASPECTOS ÉTICOS	31
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	53

RESUMEN

“NIVEL DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA 2017 EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN”

Autores: Astudillo Ayala F * **González Frías C** ** **Martínez Marín DG** *** **Corona Alvarado E** ****

*Médico Residente del tercer año de la especialidad de Ginecología y obstetricia, HGZ 20, IMSS

** Médico Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia HGZ No.20, IMSS. Ginecóloga obstetra y Colposcopista.

***. Jefatura de División de Educación e Investigación en Salud HGR 36. Ginecología y Obstetricia. Maestra en Ciencias. IMSS, Subespecialidad en Medicina Materno Fetal.

**** Ginecólogo y Obstetra y Director del HGZ 20 con subespecialidad en terapia intensiva obstétrica.

Introducción: La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, de origen multisistémico. Complicación común del embarazo, afectando aproximadamente 15% de los embarazos, segunda causa de mortalidad materna representando 18%. Las GPC son propuestas para disminuir la morbilidad materna.

Objetivo: Determinar el nivel de apego a la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017 en un servicio de obstetricia de segundo nivel de atención.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, homodémico, unicéntrico, transversal y retrospectivo. Criterios de selección: expedientes de mujeres con preeclampsia con datos de severidad, periodo enero-junio de 2018. La información recolectada fue de cualquier edad de paciente o cualquier número de gestación. Se utilizaron cédulas de verificación de la GPC de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017, conteniendo 25 ítems, 1 corresponde a recomendaciones cumplidas, 0 recomendaciones no cumplidas y no aplica en el caso evaluado. Tipo de muestreo no probabilístico, análisis estadístico: Descriptivo.

Resultados: se analizaron 100 expedientes de mujeres con preeclampsia con datos de severidad, edad: mínima 19, máxima 49 ,promedio 31.18, factor de riesgo 40 fueron primigestas, 11 antecedente de preeclampsia , 14 \leq a 25 años, 8 \geq a 40 años .Mortalidad materna 0 , resolución del embarazo 73% vía

abdominal, 27% vía vaginal, criterio de severidad de mayor frecuencia fue cifras tensionales 38%, paraclínico 23% ,clínico 11% y 28% combinación de 2 o 3. Edad gestacional mínima en interrupción del embarazo 24 semanas, máxima 40 semanas, impacto perinatal 2% de mortalidad, seguimiento en hospitalización fue de 100%, 92% ingresaron a terapia intensiva.

Conclusiones: El grado de apego a las Guía de Práctica Clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de preclampsia 2017 en el HGZ 20 La Margarita se encuentra en un 64% con buen apego, 24% intermedio apego y 11% bajo apego.

Palabras clave: preeclampsia, guías de práctica clínica, embarazo.

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES GENERALES

La preeclampsia es una enfermedad propia del embarazo parto y puerperio que posee un origen multisistémico. En Latinoamérica y el caribe, la preeclampsia es la causante del 25.7% de las muertes maternas y en Estados Unidos se ha producido un aumento de su incidencia del 25% de las últimas dos décadas (1).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, 800 mujeres embarazadas mueren diariamente de causas prevenibles. Entre estas muertes maternas, el 99% ocurre en países en desarrollo con una incidencia de aproximadamente 240 muertes por cada 100,000 nacimientos. Los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran entre la primera causa de muerte (2).

Fisiopatología de la preeclampsia.

La preeclampsia se caracteriza por una placentación anormal y la remodelación fallida de las arterias espirales que ocurre en etapas tempranas de la gestación. Normalmente, las células citotrofoblásticas invaden la decidua de las arterias espirales y luego en la segunda oleada de placentación invaden la porción miometrial de las arterias. Este proceso causa que los vasos pierdan la túnica muscular para que se conviertan en vasos de baja resistencia y flujo aumentado. En mujeres con preeclampsia el citotrofoblasto no infiltra la porción miometrial de las arterias espirales por lo que los vasos siguen siendo pequeños y angostos con la capacidad de contraerse, lo que produce hipoperfusión placentaria e hipoxia (3).

Diagnóstico:

1. Hipertensión crónica: es la hipertensión que precede al embarazo o la que se presenta antes de las 20 semanas de gestación.
2. Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada: hipertensión crónica con datos de preeclampsia sobre agregada.
3. Hipertensión gestacional: es la elevación de las cifras tensionales (mayor o igual de 140/90 mmHg en dos ocasiones separadas de 4 horas) después de las 20 semanas de gestación y ausencia de proteinuria y hallazgos sistémicos.

4. Preeclampsia: dos cifras tensionales igual o mayor de 140/90 mmHg en dos ocasiones separadas de 4 horas.

-Proteinuria de 300mg en orina de 24 horas o 150 mg en orina de 12 horas.

-Tira reactiva con lectura de 1+ de proteinuria.

-Relación de proteína/creatinina mayor o igual a .28mg/dl.

-En ausencia de proteinuria el diagnóstico podría establecerse cuando la hipertensión gestacional es asociada con síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho con náusea o vómito o bien trombocitopenia con alteraciones en las concentraciones de enzimas hepáticas.

5. Preeclampsia con datos de severidad:

-Presión sistólica igual o mayor de 160, o diastólica igual o mayor a 110 mmHg en 2 ocasiones (con diferencia de 15 minutos).

-Trombocitopenia (plaquetas menores a 100 000/microlitros.)

-Enzimas hepáticas elevadas al doble de la concentración normal, dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho que no responda a medicamentos y que no se explique por algún otro diagnóstico.

-Creatinina mayor a 1.1 mg/dl o el doble de la creatinina sérica en ausencia de enfermedad renal preexistente.

-Edema pulmonar.

-Síntomas cerebrales o visuales de nueva aparición (4).

Identificación de las mujeres con alto riesgo

Factores de riesgo maternos

Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo preeclampsia son mujeres con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, preeclampsia en embarazo previo, hipertensión crónica, diabetes pregestacional, índice de masa corporal mayor a 30 y el uso de técnicas de reproducción asistida (5).

Biomarcadores

En pacientes con preeclampsia se ha observado en la circulación materna bajos valores de VEGF y PIGF, así como mayores niveles de sFlt-1 y sING.

Estas proteínas anti-angiogénicas se unen en la placenta y neutraliza el VEGF y PIGF, lo que afecta la homeostasis de células endoteliales y provoca síntomas clínicos de preeclampsia. La alteración de estas proteínas ha sido notada antes del inicio de los síntomas clínicos (6).

Parámetros de ultrasonido Doppler

El NOTCH protodiastólico así como el índice de pulsatilidad elevado de las arterias uterinas en el primer trimestre predice preeclampsia de inicio temprano mejor que todos los otros tipos de preeclampsia con una sensibilidad moderada (34.76%) y elevada especificidad (83-94%), no es predictivo hasta la semana 11 en donde el trofoblasto bloquea las arterias espirales (7).

Tratamiento

En pacientes con preeclampsia sin comorbilidad la terapia antihipertensiva se recomienda para mantener una presión sistólica entre 155-130 mmHg y diastólica entre 105-80 mmHg. Y pacientes con comorbilidad mantener una presión sistólica entre 139-130mmHg, y diastólica entre 80-89mmHg. Cuando se considere el uso de terapia antihipertensiva oral, los fármacos recomendados son labetalol, alfa-metildopa, hidralazina calcio antagonistas (nifedipino) y beta bloqueadores (propranolol y metoprolol). En pacientes con preeclampsia con datos de severidad se recomienda usar regímenes terapéuticos con labetalol, hidralazina intravenosa o nifedipino oral (8).

Los pacientes con preeclampsia con datos de severidad y sospecha de síndrome de HELLP deben recibir tratamiento parenteral con sulfato de magnesio como profilaxis para las convulsiones. El régimen de sulfato de magnesio incluye una dosis de carga de 6 gramos IV durante 20 min, seguida de infusión continua de 2 gramos/hora, comenzando durante el periodo de observación y continuando hasta las 24 horas después del parto. Si las convulsiones no se controlan se pueden

probar otros tratamientos anticonvulsivantes como diazepam, lorazepam y midazolam (9).

Interrupción del embarazo

La interrupción del embarazo es el tratamiento definitivo de la preeclampsia, lo cual depende de las condiciones maternas y la edad gestacional. El manejo conservador está indicado en la mujer con preeclampsia con datos de severidad y edad gestacional entre 24-33.6 semanas, para administrar el esquema de inductores de maduración pulmonar, siempre y cuando se cuente con servicio de cuidados intensivos neonatales y las condiciones materno-fetales lo permitan.

Pacientes con embarazo mayor a 37 semanas de gestación, se recomienda inmediatamente la terminación del embarazo, de acuerdo a las condiciones obstétricas se valorará la vía de resolución del embarazo (8).

Tratamientos de prevención

Aspirina

Ensayos clínicos y metaanálisis evaluaron dosis bajas de aspirina después de las 16 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia encontrando que hubo una reducción en la incidencia de la enfermedad en un 10%. Sin embargo, un reciente meta-análisis sugirió que la incidencia de preeclampsia podría reducirse a la mitad con aspirina antes de las 16 semanas de gestación (10).

El ensayo ASPRE (aspirina vs placebo en embarazos con alto riesgo de preeclampsia temprana) mostró que 150 mg de aspirina entre las 11-14 a las 36 semanas de gestación ayuda en la prevención de la preeclampsia en un 62% antes de las 37 semanas de gestación y en 82% antes de las 34 semanas de gestación (11).

Heparina de bajo peso molecular: Las heparinas de bajo peso molecular se han estudiado durante varios años como una estrategia farmacológica para la prevención de pre-eclampsia. Los resultados en la literatura son heterogéneos y

compuestos de pequeños ensayos. Dos meta-análisis concluyen que las HBPM (enoxaparina y daltaparina) solas o en combinación con un antiagregante plaquetario reducen significativamente el riesgo de recurrencia de pre-eclampsia, mortalidad perinatal, prematurez y peso bajo para edad gestacional en mujeres de alto riesgo sin complicaciones excesivas de sangrando usando dosis profilácticas (12).

Estatinas

Se están usando nuevas líneas de tratamiento con pravastatina ya que se ha visto que las estatinas inducen un gen antioxidante (HMOX1) el cual suprime la liberación de FLT y endogлина soluble con lo cual se podría revolucionar el tratamiento de las pre-eclampsia temprana en los próximos años (13).

Se describe en los rubros de la GPC en cuanto a la prevención realizar una historia clínica completa en la paciente embarazada con alto riesgo, otorgando consulta prenatal cada 3-4 semanas para vigilancia así como solicitar exámenes de laboratorio y otorgar ácido acetilsalicílico en pacientes con alto riesgo antes de las 16 semanas , en cuanto al tratamiento iniciarlo de manera oportuna y llevar cabo vigilancia de presiones arteriales diarias y exámenes de laboratorio periódico para identificar la progresión de la enfermedad e iniciar de manera oportuna neuroprotección en caso necesario, en cuanto al diagnóstico clasificarlo en base a criterios clínicos y bioquímicos.

ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

Kalafat E, Sukur YE, Abdi A, Thilaganathan B , Khalil A, (2018). Llevaron a cabo un metaanálisis titulado: **“metformin for prevention of hypertensive disorders of pregnancy in women with gestational diabetes or obesity: systematic review and meta-analysis of randomized trials”**, en el que incluyeron 15 estudios en la revisión, en donde determinaron que el uso de metformina se asoció con un menor riesgo de hipertensión inducida por el embarazo en comparación con la insulina y un riesgo no significativamente reducido de preeclampsia. Cuando se comparó con el placebo, el uso de metformina se asoció con una reducción no significativa de la preeclampsia (14).

Rosa R.A., (2017). Realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo de nombre: **“apego a la guía de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con preeclampsia en el hospital de especialidades del niño y la mujer Dr. Felipe Núñez Lara , de marzo del 2015 a marzo del 2016**, incluyó a todas la pacientes embarazadas con diagnóstico de preeclampsia que acudieron al hospital para finalización del embarazo por parto o cesárea, en periodo de marzo 2015- marzo 2016, a través de la información capturada en expedientes clínicos de las pacientes , se revisaron 896 expedientes , en los cuales se encontró un apego a la GPC del 78.2%, registro de tensión arterial , registro de la frecuencia cardiaca fetal y restricción de ergonovina del 100% . Recolección de orina de 24 horas. Del 9.5%, tromboprolifaxis en preeclampsia severa y síndrome de HELLP 0.6%, concluyendo que el apego es intermedio en relación al esperado a nivel nacional (15).

Nápoles D. (2016). Realizó un estudio de revisión llamado: **“new interpretations in the classification and diagnosis of preeclampsia”**, donde plasma los nuevos enfoques para la clasificación y el diagnóstico, según los criterios expuestos por diferentes organizaciones científicas, en los que permiten una mayor precisión para la identificación de la preeclampsia y su diagnóstico diferencial, lo cual facilita un mejor control con el posible impacto en la reducción de positivos falsos y mejoras en los resultados maternos y perinatales (16).

Escobar I. (2014). Publicó un estudio observacional, transversal, retrolectivo de nombre “**apego a la guía de práctica clínica de control prenatal con enfoque de riesgo en pacientes embarazadas de la UMF No. 1**”, donde determinó el grado de apego a la GPC, de enero a diciembre 2011, evaluó 660 expedientes, solo 265 cumplieron criterios de inclusión y estuvieron disponibles para el análisis. Usando la cédula de verificación de la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo con 36 ítems divididos en los siguientes dominios: promoción a la salud, pruebas específicas factores de riesgo y vigilancia prenatal, pruebas diagnósticas, vigilancia, seguimiento y criterios técnicos médicos de referencia, se realizó análisis estadístico univariado y bivariado. Determinó que el apego a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo se considera malo con promedio de 60.75. El 94% de los expedientes tuvieron referencia adecuada, contrastando, la vigilancia de factores de riesgo en el 83% se realizó inadecuadamente, concluyendo que el control prenatal que se realiza en la UMF 01 no está apegado a la GPC de control prenatal con enfoque de riesgo (17).

Ting-Ting X, Zhou, Chun-yan D (2015). Publicaron un estudio de revisión sistemática y metaanálisis de nombre: “**low-dose aspirin for preventing preeclampsia and its complications**”. Realizaron 29 ensayos controlados aleatorios (ECA) para evaluar la dosis baja de aspirina para prevenir la preeclampsia y sus complicaciones. La dosis baja de aspirina puede reducir la incidencia de preeclampsia (odds ratio [OR], 0,71; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,57-0,87), preeclampsia grave (OR, 0,37; IC del 95%, 0,23-0,61), parto prematuro (OR, 0,81; IC del 95%, 0,75-0,88) y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) (OR, 0,80; IC del 95%, 0,71-0,90). La dosis baja de aspirina es más efectiva para reducir la incidencia de preeclampsia si se usa antes de las 16 semanas de gestación que si se usa más tarde. La dosis baja de aspirina aumenta la incidencia de desprendimiento de placenta (OR, 1.35; IC 95%, 1.05-1.73) pero no otras complicaciones mayores (18).

Michael L. Lefevre, MD, MSPH, (2014). Realizaron un estudio de revisión de título: **“low dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: U.S. preventive services task force recommendation statement”**. Revisaron la evidencia sobre la efectividad de la dosis baja de aspirina para prevenir la preeclampsia en mujeres con mayor riesgo y para disminuir los resultados adversos de salud materna y perinatal, y evaluó los daños maternos y fetales de la dosis baja de aspirina durante el embarazo. Esta recomendación se aplica a mujeres embarazadas asintomáticas que tienen un mayor riesgo de preeclampsia y que no tienen efectos adversos o contraindicaciones previas a dosis bajas de aspirina. Y recomiendan el uso de dosis bajas de aspirina (81 mg / día) como medicamento preventivo después de 12 semanas de gestación en mujeres con alto riesgo de preeclampsia. (19).

Ryo Yamamoto, Keisuke Ishii, Haruka Muto, Shiyo Ota, Haruna Kawaguchi, Shusaku Hayashi and Nobuaki Mitsuda (2018). Llevaron a cabo un estudio de cohortes , prospectivo, llamado: **“incidence of and risk factors for severe maternal complications associated with hypertensive disorders after 36 weeks’ gestation in uncomplicated twin pregnancies”**. Estudiaron embarazos gemelares entregados después de la semana 36 de gestación. Se excluyeron los casos de síndrome de transfusión gemelo a gemelo, secuencia de policitemia, anemia, fetos con malformaciones, gemelos monoamnióticos, reducción selectiva, terapia fetal y muerte fetal antes de las 35 semanas de gestación. El resultado primario del estudio fue la incidencia de complicaciones maternas graves, que incluyen preeclampsia, eclampsia, desprendimiento de la placenta, síndrome HELLP, edema pulmonar y enfermedad cerebrovascular. Los factores perinatales asociados con el resultado primario se identificaron utilizando un modelo de regresión logística multivariada. En 330 mujeres inscritas, el número de casos con el resultado primario fue de 28, incluidos 25 casos de preeclampsia con datos de severidad y cada uno de los casos de desprendimiento de la placenta, síndrome HELLP y eclampsia. La tasa de complicaciones maternas graves aumentó significativamente con la edad gestacional, demostrando un 1,2% a las 36 semanas, un 3,9% a las 37 semanas y un 6,4% a las 38 semanas (20).

Thelma Canto-Cetina, Ramón Mauricio Coral-Vázquez, David Rojano-Mejía, Sergio Pérez Godoy, Agustín Coronel & Patricia Canto (2018). Publicaron un estudio de cohortes de nombre: **“higher prepregnancy body mass index is a risk factor for developing preeclampsia in maya-mestizo women”**, incluyeron 642 mujeres embarazadas del primer trimestre del embarazo (edad gestacional \leq 12 semanas en la primera visita prenatal) y todas ellas eran de origen étnico maya-mestizo del estado de Yucatán, México. Evaluamos los factores de riesgo potenciales para la preeclampsia y documentamos el IMC antes del embarazo (kg / m²) que se basó en la altura medida y el autoinforme materno del peso pregestacional en la visita inicial. Además, en la visita prenatal documentamos si las mujeres embarazadas desarrollaron preeclampsia. De las 642 mujeres mayas mestizas embarazadas, 49 desarrollaron preeclampsia, con una incidencia del 7.6%. El IMC antes del embarazo fue mayor en mujeres con preeclampsia desarrollada que en aquellas con embarazos normales (21).

Alejandra Valenzuela Banda (2018). Realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de nombre: **“apego a guías de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de preeclampsia y hemorragia obstétrica en el hospital de la mujer de Aguascalientes de junio del 2016 a junio del 2017”**, donde obtuvo información de 107 expedientes con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad en el periodo de junio 2016 a julio 2017 en el hospital de la mujer de Aguascalientes. Los resultados obtenidos fueron de los 107 expedientes con dicho diagnóstico, 64 casos tuvieron buen apego, 32 casos con regular apego y 11 casos con apego deficiente. El promedio de porcentaje de apego a guías de práctica clínica de preeclampsia con criterios de severidad es de 74.36% (22).

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan aproximadamente el 15% de los embarazos y representan casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año.

En México la preeclampsia representa una de las principales causas de muerte materna, lo que nos obliga como trabajadores de la salud en especial de las mujeres a hacer una evaluación de los instrumentos existentes para la correcta elaboración del diagnóstico y la implementación del tratamiento de la preeclampsia y también evaluar la prevención.

Tanto la morbilidad y la mortalidad materna se incrementa en pacientes con embarazo complicado por preeclampsia y posee implicaciones económicas significativas para la familia de la paciente afectada por la enfermedad y para los servicios de salud por tal motivo, es importante conocer el apego de la prevención, diagnóstico y tratamiento conforme a la guía de práctica clínica en nuestras pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo en un hospital de segundo nivel de atención y así implementar acciones para disminuir tasas de morbilidad y mortalidad en las madres mexicanas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se conoce que el grupo de enfermedades hipertensivas específicamente la preeclampsia, es una de las principales causas de morbimortalidad en la paciente embarazada, la incidencia se puede incrementar aún más, debido a que en este grupo en específico se presentan múltiples factores de riesgo.

De acuerdo a la dirección general de epidemiología, la enfermedad hipertensiva constituye una de las principales causas de mortalidad materna en nuestro país junto con la hemorragia obstétrica, teniendo mayor incidencia en el estado de Chiapas, Estado de México, Jalisco, Chihuahua y Puebla.

Según estimaciones de la OMS, más de 200,000 muertes ocurren al año a consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia las cuales en su mayor parte son prevenibles.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social es común el ingreso de pacientes con enfermedades hipertensivas, encontrándose así mismo casos complicados de preeclampsia severa y síndrome HELLP, por mencionar de las principales complicaciones, las cuales incluso llegan a requerir manejo en la unidad de cuidados intensivos, de realizarse detecciones tempranas, y por la característica progresiva de las enfermedades hipertensivas, se pueden realizar medidas de detección oportuna, para evitar la complicación de nuestras embarazadas.

Debido a la problemática antes comentada es necesario realizar estudios de investigación que permitan evaluar la prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en un segundo nivel de atención , además de que en la ciudad de Puebla solo existe un segundo nivel de atención enfocado a la paciente obstétrica que corresponde al HGZ No.20 del IMSS , donde se concentran todas las derechohabientes , existiendo mayor demanda y por eso la importancia de evaluar el nivel de apego a la GPC ya que determinará la conducta obstétrica y consecuentemente el impacto perinatal. En este hospital se estiman aproximadamente 2833 nacimientos anuales.

Surgiendo la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁL ES EL NIVEL DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PRECLAMPSIA 2017 EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN?

HIPÓTESIS

Existe apego a la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención.

No existe apego a la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el nivel de apego a la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención en pacientes con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si la información colectada es correcta o carece de información.
- Identificar si se realizó una prevención adecuada.
- Identificar si se solicitó correctamente los estudios paraclínicos para el diagnóstico de preeclampsia.
- Identificar si se realizó adecuadamente el diagnóstico de preeclampsia.
- Identificar si el tratamiento establecido fue el correcto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

POR EL OBJETIVO GENERAL	DESCRIPTIVO
POR LA MANIOBRA	OBSERVACIONAL
POR LOS GRUPOS DE PACIENTES	HOMODÉMICO
POR EL NÚMERO DE UNIDADES PARTICIPANTES	UNICÉNTRICO
POR EL NUMERO DE MEDICIONES	TRANSVERSAL
POR LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	RETROSPECTIVO

Ubicación temporal

La recolección de la información se hará en el periodo de enero a junio de 2018, en el Hospital General de Zona No. 20 la Margarita del IMSS Puebla.

Estrategia de Trabajo

Una vez aceptado este estudio de investigación, se solicitará permiso al director para poder tener acceso al archivo y se procederá a recolectar las hojas 4-30-6 (hojas verdes) comprendidas de enero a junio de 2018 seleccionando las pacientes egresadas con diagnóstico de preeclampsia específicamente las de preeclampsia con datos de severidad, se confirmará la veracidad de información acudiendo al expediente clínico, por consiguiente se analizará cada uno de los casos necesarios para nuestro estudio, para posteriormente buscar en archivo clínico el expediente correspondiente, dejando la hoja de confidencialidad y privacidad de los datos y en base a la hoja de recolección de datos valorar el apego a la GPC 2017 de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia .

Los datos del instrumento de recolección se vaciarán en una hoja de excel, para formar una base de datos y después analizar los mismos en base a la estrategia descriptiva, en base a resultado de frecuencia, promedios, modas.

Procedimiento

El nivel de apego se evaluará y se clasificará de acuerdo lo siguiente:

Bajo: menor al 60% (menos de 15 afirmaciones)

Medio: entre el 61% y 79% (15-19 afirmaciones)

Elevado: más del 80% (20-25 afirmaciones)

Marco Muestral

Universo de Estudio

Todos los expedientes de pacientes que acudan a nuestra unidad hospitalaria para su atención médica que tengan el diagnóstico de preeclampsia durante el tiempo comprendido del estudio.

Sujetos de Estudio

Expedientes de pacientes que acuden al servicio de Gineco obstetricia con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- a. Expedientes de pacientes que tengan el diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad y:
- b. Gestación única o múltiple.
- c. Cualquier edad de la paciente.
- d. Cualquier número de gestación.

Criterios de Exclusión

No cuenta con criterios de exclusión.

Criterios de Eliminación

Pérdida de la información.

Información incompleta.

Información ilegible.

DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Conveniente y limitado por el tiempo, se tiene contemplado revisar 150 expedientes derivado de que en promedio existe un registro de aproximadamente 15-20 paciente mensual.

a. TIPO DE MUESTREO

No probabilístico.

b. SELECCIÓN DE MUESTRA

Expedientes de pacientes que ingresan al servicio con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad al servicio de ginecología y obstetricia del hospital sede, con seguimiento hasta el momento de egreso del hospital.

VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

- VARIABLE DEPENDIENTE:

Nivel de apego.

- VARIABLE INDEPENDIENTE.

Guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	ESCALA	UNIDAD DE MEDICIÓN	EQUIPO O FORMA DE EVALUACIÓN
GESTAS	CUANTITATIVA	DIMENSIÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
IMC	CUANTITATIVA	ORDINAL	NORMAL SOBREPESO OBESIDAD	EXPEDIENTE CLÍNICO
ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA	CUALITATIVA	NOMINAL DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
EDAD	CUANTITATIVA	DE RAZÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
ENFERMEDADES AUTOINMUNES	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
PESO	CUANTITATIVA	DIMENSIÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
SEXO	CUALITATIVO	DICOTÓMICA	MASCULINO FEMENINO	EXPEDIENTE CLÍNICO
TALLA	CUANTITATIVA	DIMENSIÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
CEFALEA	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
ACUFENOS	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
FOSFENOS	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
EPIGASTRALGIA	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
ECLAMPSIA	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
DISNEA	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
DOLOR TORÁCICO	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
NÁUSEA	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
VÓMITO	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
TENSIÓN ARTERIAL	CUANTITATIVA	DIMENSIÓN DISCRETA	MMHG	EXPEDIENTE CLÍNICO
ALANINOTRANSFERASA	CUANTITATIVA	DE RAZÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
ASPARTATOTRANSFERASA	CUANTITATIVA	DE RAZÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
LACTATODESHIDROGENASA	CUANTITATIVA	DE RAZÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO

PROTEÍNAS EN ORINA	CUANTITATIVA	DE RAZÓN DISCRETA	MD/DL	EXPEDIENTE CLÍNICO
PLAQUETAS	CUANTITATIVA	DE RAZÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
ÁCIDO ÚRICO	CUANTITATIVA	DE RAZÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
TIEMPO DE PROTROMBINA	CUANTITATIVA	DIMENSIÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
LEUCOCITOS	CUANTITATIVA	DIMENSIÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
CREATININA	CUANTITATIVA	DIMENSIÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
BILIRRUBINA INDIRECTA	CUANTITATIVA	DIMENSIÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
OLIGOHIDRAMNIOS	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO
RUPTURA HEPÁTICA	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
ÓBITO	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
SONDA FOLEY	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
NEUROPROTECCIÓN	CUALITATIVA	DICOTÓMICA	SI/NO	EXPEDIENTE CLÍNICO
EDAD GESTACIONAL	CUANTITATIVA	DE RAZÓN DISCRETA	NÚMERO	EXPEDIENTE CLÍNICO

NOMBRE	DEFINICIÓN	
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento del estudio.
Peso	Medida para la fuerza de atracción que la tierra ejerce sobre una persona.	Peso en kilogramos en el momento del estudio.
Talla	Estatura de una persona desde los pies a la cabeza.	Talla en metros en el momento del estudio.
Índice de masa corporal	Número que pretende determinar, a partir de la estatura y el peso, el rango más saludable de peso que puede tener una persona.	Peso (kg) (talla) ² .
Edad gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.	Semanas de gestación basados en fecha de última regla y/o ultrasonido traspolado.
Gesta	Número de embarazos, incluyen partos, cesáreas, abortos.	Parto vaginal Cesáreas Aborto
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Hombre Mujer
Tensión arterial	Cantidad de presión que se ejerce en las paredes de las arterias al desplazarse la sangre por ellas.	TA sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg.
Alanina Aminotransferasa	Enzima que pertenece al grupo de las transaminasas o aminotransferasas, se encuentra principalmente en las células del hígado.	ALT mayor a 70 U/L.

Aspartato Aminotransferasa	Enzima aminotransferasa que se encuentra en varios tejidos del organismo de los mamíferos, especialmente en el corazón, el hígado y el tejido muscular.	AST mayor a 70 U/L.
Lactato Deshidrogenasa	Enzima catalizadora que se encuentra en muchos tejidos del cuerpo, pero su presencia es mayor en el corazón, hígado, riñones, músculos, glóbulos rojos, cerebro y pulmones. Interviene en reacciones metabólicas que conducen a la obtención de energía.	LDH mayor a 600.
Proteínas en orina	Moléculas formadas por aminoácidos que están unidos por un tipo de enlaces conocidos como enlaces peptídicos y que se encuentran en orina en diferentes grados.	Proteínas en recolección de orina de 24 hrs mayor de 300 mg/dl o por tira reactiva + .
Plaquetas	Pequeños fragmentos de células sanguíneas. Su función es formar coágulos de sangre que ayuden a sanar las heridas y a prevenir el sangrado.	Plaquetas por debajo de 100 mil como criterio adverso y por debajo de 50 mil como criterio de severidad
Cefalea	Referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza.	Cefalea persistente como dato adverso para preeclampsia.
Acúfenos	Percepción de ruidos en el oído que no corresponden con ninguna señal acústica en el entorno.	Presencia de acúfenos como dato adverso para preeclampsia.
Fosfenos	Fenómeno caracterizado por la sensación de ver manchas luminosas que está causado por la estimulación mecánica, eléctrica o magnética de la retina o corteza visual.	Presencia de fosfenos como dato adverso para preeclampsia.

Epigastralgia	Sensación de malestar y de dolor en la boca del estómago.	Presencia de epigastralgia como dato adverso para preeclampsia.
Reflejos Osteotendinosos	Son reflejos profundos cuyo estímulo consiste en el brusco estiramiento de un músculo; que se obtiene golpeando el tendón del músculo cerca de su inserción.	Presencia de ROTS aumentados +++.
Ácido úrico	Es un ácido débil producido en el hígado, músculos, intestinos, riñones y endotelio vascular, como producto final del catabolismo de las purinas.	Presencia de AU elevado por arriba 7 como dato de mal pronóstico para preeclampsia.
Sonda Foley	Son tubos flexibles, generalmente de látex, que en la cateterización urinaria, se pasan a través de la uretra y hacia dentro de la vejiga con el propósito de drenar la orina.	Colocación de sonda Foley como parte de protocolo para manejo de preeclampsia.
Neuroprotección	Referencia al efecto de cualquier sustancia o molécula química o biológica, con efectos protectores en el sistema nervioso que previenen, mitigan o retrasan los procesos neurodegenerativos.	Colocación de neuroprotección como parte de protocolo para manejo de preeclampsia con datos de severidad.
Enfermedades autoinmunes	Enfermedad causada por el sistema inmunitario, que ataca las células del propio organismo.	Con presencia de alguna de ellas aumenta el riesgo relativo de preeclampsia.
Creatinina	Es una sustancia generada por el metabolismo de los músculos y que valora el funcionamiento renal.	Creatinina por arriba de 1.2 mg/dl.
Óbito Fetal	Muerte fetal en el útero materno antes de su nacimiento.	Presencia de óbito como dato adverso para preeclampsia
Oligohidramnios	Volumen deficiente de líquido amniótico; se asocia con complicaciones maternas y fetales.	La presencia de oligohidramnios como dato de adversidad para preeclampsia

Eclampsia	Es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas.	Presencia de eclampsia como dato de severidad para preeclampsia.
Disnea	Se refiere a la dificultad respiratoria que se manifiesta como una sensación de falta de aire en los pulmones.	Presencia de disnea como dato adverso para preeclampsia.
Náusea	Sensación desagradable que suele preceder al vómito; viene acompañada de una contracción involuntaria de los músculos abdominales y faríngeos, sudación profusa, palidez cutánea, salivación y taquicardia seguida de bradicardia en algunas ocasiones.	La presencia de náusea como dato adverso a preeclampsia.
Vómito	Es la expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca.	La presencia de vómito como dato adverso para preeclampsia.
Bilirrubina indirecta	Pigmento biliar de color amarillo anaranjado que resulta de la degradación de la hemoglobina de los glóbulos rojos reciclados.	Por arriba de 1.2 mg/dl.
Restricción del crecimiento intrauterino	Es un peso fetal que está por debajo del percentil 3 para la edad gestacional determinada a través de una ecografía o por debajo del percentil 10 con flujometría Doppler alterado.	La presencia de RCIU como dato de adversidad

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información recolectada será del expediente clínico; los datos del instrumento de recolección se vaciarán en una hoja de excel, se codificarán y procesarán para la obtención de resultados, se realizarán gráficos y cuadros para una mejor presentación e interpretación de los resultados.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Consulta del expediente clínico y análisis de los datos.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos incluirá estadística descriptiva mediante la cuantificación de medias, desviación estándar para las variables cuantitativas; así como proporciones y frecuencias para las cualitativas, las cuales se registrarán en el programa microsoft excel 2010.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se llevó a cabo dentro de los principios éticos en el campo de la salud de investigación. En la presente investigación se dio cumplimiento al artículo 113 de la Ley General de Salud que expresa: la conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y la experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de contar con la autorización del jefe de área de adscripción, se contó con la aprobación de las autoridades correspondientes del hospital general de zona número 20 de IMSS.

Esta investigación no causa riesgo alguno a las personas, ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación descriptivo y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, dando

cumplimiento al artículo 17 del capítulo 1, título 2 del reglamento de la Ley General de Salud

De acuerdo al capítulo 1 de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en su artículo 17 es un estudio de Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Este protocolo se apegará principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables que se encuentra plasmado en la declaración de Helsinki.

Además, nos apegaremos a los principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación que se encuentra plasmado en el informe de Belmont.

Este protocolo se apegará al código de Núremberg en el que plasma los principios orientativos de la experimentación médica en seres humanos.

Se cuidará al máximo la confidencialidad y privacidad de los datos codificando los mismos para que no sean identificables además solo serán analizados por el grupo de investigación, en caso de publicación o presentación en foro se le garantizara al paciente que sus datos personales no serán difundidos.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS

Dr. Astudillo Ayala Fernando

Residente de tercer año de ginecología y obstetricia del hospital general de zona No. 20, IMSS, Puebla.

Doctora Dolores Guillermina Martínez Marín

Maestría en ciencias médicas, jefatura de división de educación e investigación en salud del HGR 36, ginecóloga y obstetra con subespecialidad en medicina materno fetal.

Asesora de 58 tesis de posgrado y de 2 maestrías, encargada de revisión de protocolo de investigación, asesora metodológica.

Doctora Celestina González Frías

Médico adscrito de ginecología y obstetricia del HGZ 20 del IMSS, ginecóloga obstetra y colposcopista.

Doctor Ernesto Corona Alvarado

Ginecólogo-Obstetra y director del HGZ 20 con subespecialidad en terapia intensiva obstétrica.

RECURSOS MATERIALES

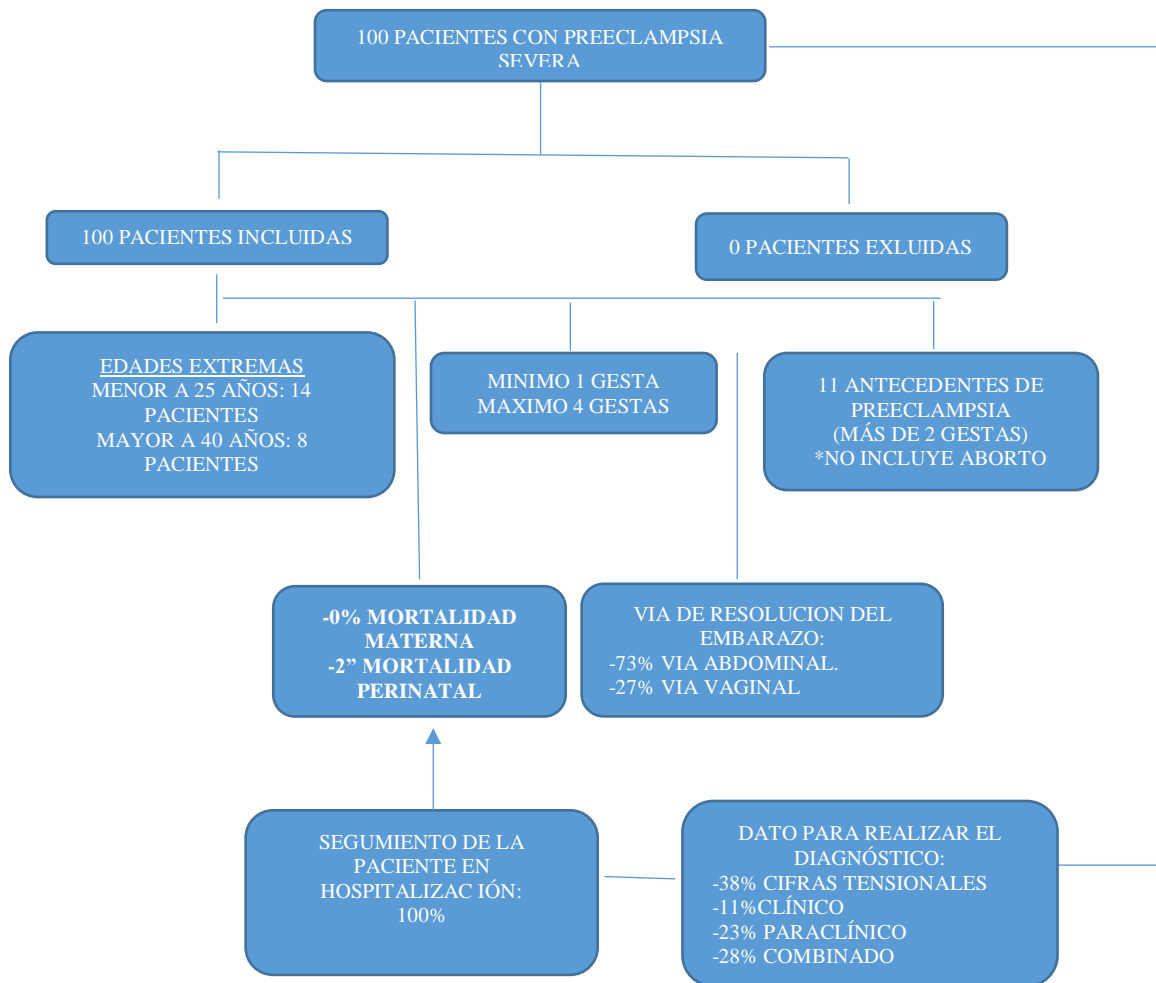
1. Material de escritorio: plumas (2), lápiz (2), impresora (1), tinta impresora (1), hojas para impresión (500)
2. Internet

RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos financieros del presente protocolo de investigación serán sustentados por los propios recursos financieros del IMSS y por el investigador responsable y asociados.

RESULTADOS

Este estudio analizo 100 pacientes con el diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad del periodo comprendido entre enero a julio de 2018 del hospital General de Zona No.20 “La Margarita”, no existió eliminación de pacientes (ver flujograma 1).



Flujograma 1.

Datos Sociodemográficos

Este estudio muestra que en relación a las características sociodemográficas se encuentra, que en las pacientes que se les realizó diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad se encontró una edad máxima de 49, mínimo de 19 años y una moda de 28 (ver cuadro 1).

EDAD DE PACIENTES	
Mínimo	19
Máximo	49
Promedio	31.18
DE	6.3

Cuadro 1

Antecedentes Obstétricos

El número de embarazos en las pacientes con preeclampsia con datos de severidad fue una máxima de 4, mínima de 1 y una moda de 1 (ver cuadro 2).

NUMERO DE GESTAS	
Mínimo	1
Máximo	4
Moda	1

Cuadro 2

En cuanto a pacientes con antecedentes de preeclampsia se obtuvo la información de n=11(11%) con antecedente de preeclampsia (ver cuadro 3).

ANTECEDENTES PERSONAL DE PREECLAMPSIA				
Antecedente personales de Preeclampsia	Si		No	
	n	%	n	%
	11	11	49	38

Cuadro 3

Características Clínico-Bioquímicas

Se evaluaron características como obesidad, ingreso a terapia intensiva, mortalidad materna, síndrome de HELLP, eclampsia y vía de resolución del embarazo.

Obteniendo que la obesidad se encuentra presente n=18 (18%), pacientes que ingresaron a terapia intensiva se obtuvo n=92 (92%), mortalidad materna n=0 (0%), pacientes que desarrollaron síndrome de HELLP y eclampsia n=1(1%) (ver cuadro 4), la vía de resolución del embarazo más frecuente fue la cesárea n=73(73%) contra n=27(27%) vía vaginal (ver cuadro 5).

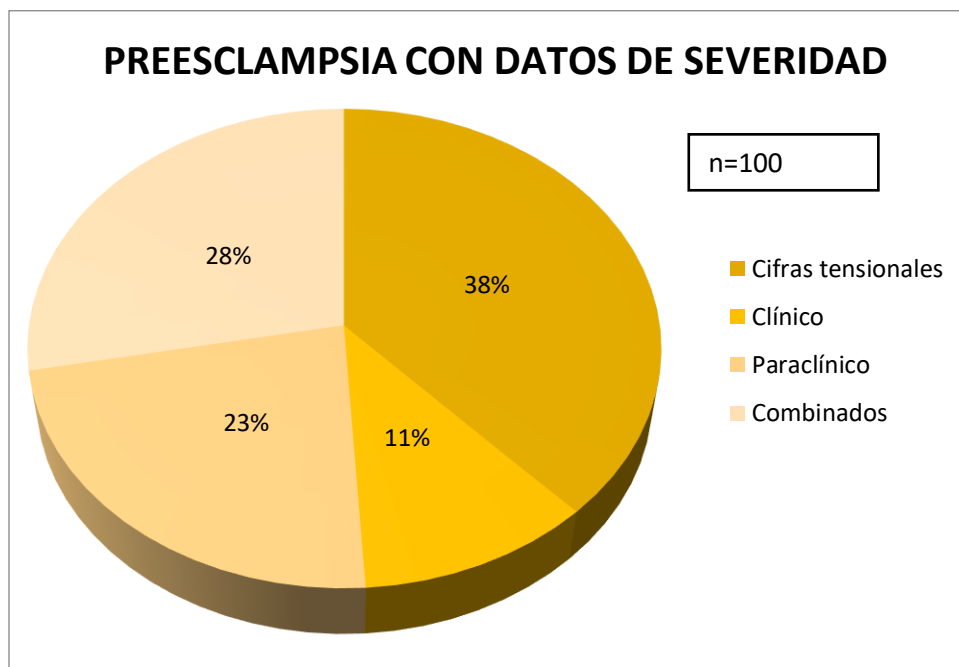
CARACTERISTICAS CLINICO-BIOQUÍMICAS				
	Si		No	
	N	%	N	%
Obesidad	18	18	82	82
Ingreso a terapia	92	92	8	8
<u>Mortalidad materna</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Síndrome de HELLP	1	1	99	99
Eclampsia	1	1	99	99

Cuadro

VIA DE RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO			
Preeclampsia con datos de severidad			
Abdominal		Vaginal	
N	%	n	%
73	73	27	27

Cuadro 5

Del total de pacientes analizadas en los expedientes clínicos con preeclampsia con datos de severidad se encontró que el criterio de severidad con mayor frecuencia fue las cifras tensionales (>160/110 mmHg) en un 38%, seguido del paraclínico (>ALT, AST, < plaquetas) en un 23% y por último el clínico (cefalea persistente, acúfenos y fosfenos,) en un 11%, aunque en un 28% se encontró la combinación de 2 o los 3 (ver gráfica 1).



Gráfica 1. Porcentaje de criterio de severidad de pacientes

Datos del recién nacido

El grupo de recién nacidos estuvo conformado por 100, del cual ningún embarazo curso con embarazo gemelar siendo embarazos únicos.

De acuerdo con la edad gestacional de los recién nacidos se encontró una edad mínima de 24 semanas, máxima de 40 semanas y una moda de 38. En cuanto al Apgar a los 5 minutos de nacimiento hubo una mínima de 0, máxima de 9 y una moda de 9 (ver cuadro 6 y 7).

La muerte perinatal fue n=2 (2%), n=4 (4 %) recibieron inductores de madurez pulmonar. (Ver cuadro 8).

EDAD GESTACIONAL	
Mínimo	24
Máxima	40
Moda	38

Cuadro 6

APGAR	
Mínimo	0
Máxima	9
Moda	9

Cuadro 7

CARACTERISTICAS DE RECIEN NACIDO				
	Si		No	
	N	%	n	%
Esquema de madurez pulmonar	4	4	96	96
Muerte perinatal	2	2	98	98

Cuadro 8

Seguimiento

En cuanto al seguimiento del puerperio en las pacientes con preeclampsia con datos de severidad durante hospitalización fue n=100 (100%) hasta su egreso hospitalario (cuadro 9).

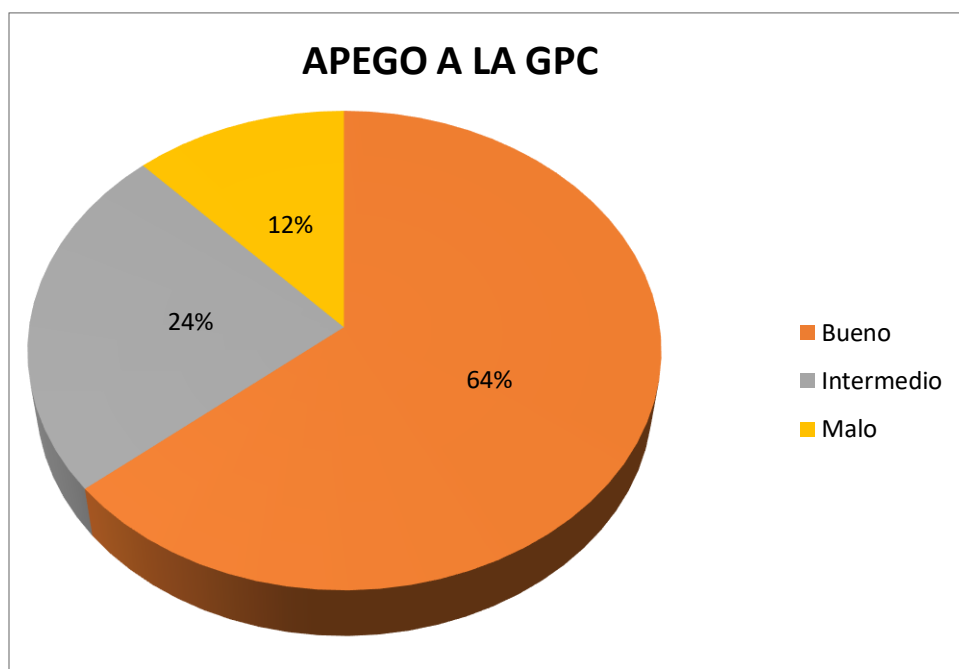
No se cuenta con el dato en el expediente clínico si la paciente evolucionó a complicaciones tardías: hipertensión crónica, nefropatía, retinopatía, etc. No se tiene seguimiento una vez egresada la paciente ya que se refieren a unidades médico familiares correspondientes y/o clínicas adscritas.

SEGUIMIENTO DE EVOLUCIÓN HOSPITALARIA			
Seguimiento		n	Porcentaje
	Si	100	100%%
	No	0	0%

Cuadro 9

Apego a guías de práctica clínica

El porcentaje de apego a guías de práctica clínica de prevención, diagnóstico tratamiento de preeclampsia 2017 es alto. Se analizaron 100 pacientes con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad, de los cuales 64% de los casos tuvieron buen apego, 24% regular apego y 12% apego deficiente (ver gráfica 2).



Gráfica 2. Porcentaje a la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017.

DISCUSIÓN

El tema fundamental de este estudio de investigación fue la preeclampsia, específicamente con datos de severidad, en virtud de que es una enfermedad que se encuentra dentro de las principales causas de mortalidad lo que nos obliga como personal de salud a identificar oportunamente este padecimiento, otorgar el tratamiento adecuado y disminuir la morbimortalidad.

Los datos obtenidos en este proceso de investigación indican que en promedio ingresan 17 mujeres al mes con dicha patología, se estima anualmente un promedio de 204 pacientes lo que es de gran magnitud.

En la literatura se menciona que la edad mayor a 40 años es factor de riesgo para padecer preeclampsia, en este estudio se demuestra un promedio de 31 años no significando riesgo para ello.

En el número de gestas se corrobora que la nuliparidad es factor de riesgo para determinar el desarrollo de esta enfermedad, información que ya se ha mencionado en otras literaturas y/o investigaciones.

El antecedente de preeclampsia es una condición importante para el desarrollo de este padecimiento en próximas gestaciones, como se evidencía en este estudio.

Este estudio de investigación demostró que el apego fue alto en la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017, se demuestra la nula mortalidad que se tiene, derivado del diagnóstico oportuno, la resolución temprana del embarazo y del seguimiento estricto que cuenta la paciente con preeclampsia con datos de severidad en el área de UCIA así como en área de hospitalización.

Además se confirma que la obesidad es un factor de riesgo en este estudio 18 pacientes la padecieron.

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron dos complicaciones que fueron síndrome de HELLP y eclampsia, esta debido a una pobre neuroprotección lo que permite concluir que se debe administrar neuroprotección a toda paciente con preeclampsia con datos de severidad independientemente de si el diagnóstico es clínico, bioquímico o combinado de estos dos.

Los hallazgos de esta investigación a los reportados en un estudio del hospital de la mujer de Aguascalientes en relación al apego a la guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de preeclampsia y hemorragia obstétrica realizado en el periodo de junio 2016-junio 2017 permiten establecer que el nivel de apego obtenido como resultado de este estudio es similar a lo reportado en esa investigación en la que se mencionó 59.81 % buen apego, 29.90% regular y 10.28% apego deficiente.

En un segundo estudio que se realizó en Querétaro sobre apego a la guía de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes con preeclampsia de la Dra. Rojas y Cols encontraron un grado de buen apego del 78% el cual fue mayor respecto a nuestro hospital de un 64% esto considerando la cantidad de pacientes analizados.

Podemos mejorar aún más el apego a esta GPC, identificando las deficiencias en nuestras áreas, como el no iniciar neuroprotección en forma oportuna, así como no administrar antihipertensivos intravenosos en caso de una crisis hipertensiva, inicio de antihipertensivos vía oral ante una tensión arterial >150/100 mmHg.

Podemos determinar que el presente trabajo de investigación nos proporciona un escenario real y actual de lo que está sucediendo en esta unidad hospitalaria, al manejar estas pacientes con dicha patología, resaltando la pobre prevención que como personal estamos realizando.

Este estudio podría servir como base para realizar próximas investigaciones, para hacer una comparativa, con el fin de mejorar las estrategias y crear nuevas, para lograr un porcentaje óptimo en prevención, diagnóstico y tratamiento en el HGZ No. 20 la Margarita, lo cual va permitir identificar oportunamente a pacientes con alto riesgo, llevar un control prenatal más estricto y sobre todo ayudar contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad materna; se precisa realizar capacitación y actualización a todo el personal de salud, equipo de respuesta inmediata, hasta el primer nivel de atención, para establecer estrategias altamente efectivas y asertivas, llevando un seguimiento a mediano y largo plazo de las pacientes con

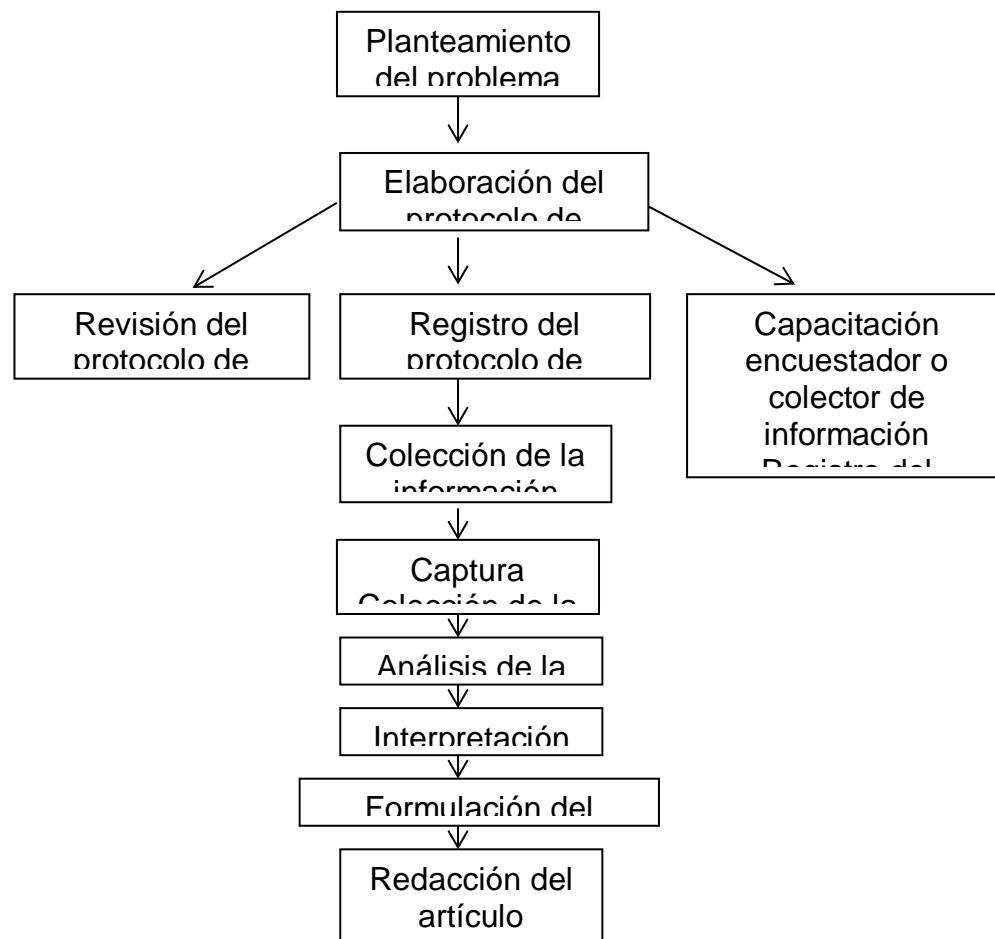
esta enfermedad multisistémica permitiendo evaluar complicaciones, esto conlleva a una educación y concientización a este tipo de pacientes.

Este no es un tema agotado, existen aún muchas líneas de investigación que pueden mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

CONCLUSIÓN

-Se concluye que el nivel de apego a la guía de práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención HGZ No. 20 se encontró que es alto en un 64%, 24% medio y 12 % bajo.

FLUJOGRAMA



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Napoles Mendez CD. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *Medisan* 2016;20:517-531.
2. - Ratsiatosika AT, Razafimanantsoa E, Andriantoky VB, et al. Incidence and natural history of preeclampsia/eclampsia at the university maternity of Antananarivo, Madagascar: high prevalence of the early-onset condition. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018;1-6. Epub 2018 Apr 22.
3. - Sutton ALM, Harper LM, Tita ATN. Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2018;45:333-347.
4. - American College of Obstetricians and Gynecologists; Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013;122:1122-1131.
5. - Bartsch E, Medcalf KE, Park AI, et al. High risk of pre-eclampsia identification group, Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy systematic review and meta-analysis of large cohort studies. *BMJ* 2016;353:i1753.
6. - Sahai K, Saraswathy S, Yadav TP, et al. Pre-eclampsia: Molecular events to biomarkers. *Med J Armed Forces India* 2017;73:167-174.
- 7.- Wataganara T, Leetheeragul J, Pongprasobchai S, et al. Prediction and prevention of pre-eclampsia in Asian subpopulation. *J Obstet Gynaecol Res* 2018;44:813-830.
- 8.- Instituto Mexicano Del Seguro Social. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. Cd de México, México: IMSS; 2017.
9. - Lam MTC, Dierking E. Intensive Care Unit issues in eclampsia and HELLP syndrome. *Int J Crit Illn Inj Sci* 2017;7:136-141.
10. - Sava RI, March KL, Pepine CJ. Hypertension in pregnancy: Taking cues from pathophysiology for clinical practice. *Clin Cardiol* 2018;41:220-227.
11. - Nicolaidis KH. Aspirin versus Placebo in Pregnancies at High Risk for Preterm

Preeclampsia. N Engl J Med 2017;377:613-622

12.- Cournot M, Lairez O, Medzech B. Preeclampsia: A challenge also for cardiologists. Ann Cardiol Angeiol (Paris) 2018;67:280-287.

13. - Ramma W, Ahmed A, Therapeutic potential of statins and the induction of hemeoxygenase-1 in preeclampsia, J Reprod Immunol 2014;101-102:153-160.

14.-Kalafat E, Sukur YE, Abdi A, et al. Metformin for the prevention of hypertensive disorders of pregnancy in women with gestational diabetes and obesity, Ultrasound Obstet Gynecol 2018: Epub 2018 May 10.

15.- Rojas R.A., Apego a la Guía de Práctica Clínica en el Diagnóstico y tratamiento de las pacientes con preeclampsia en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Dr. Felipe Núñez Lara , de Marzo del 2015 a Marzo del 2016, Querétaro , Marzo 2017.

16.- Nápoles D., New interpretations in the classification and diagnosis of preeclampsia, MEDISAN 2016;20:517-531.

17. -.Escobar I., Apego a la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Enfoque de Riesgo en pacientes embarazadas de la UMF no. 1, Orizaba, Veracruz, Enero 2014.

18. - Ting-ting X,Zhou F, Chun-yan D.Low-dose aspirin for preventing preeclampsia and its complications: A Metanalysis. J Clin Hypertens 2015;127: 567-573.

19. –Michael L. Lefevre, MD, MSPH .Low dose aspirin use for the prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement, Ann Intern Med 2014; 161:819-826.

20. – Yamamoto R, Ishii K, Muto H, et al. Incidence of and risk factors for severe maternal complications associated with hypertensive disorders after 36 weeks' gestation in uncomplicated twin pregnancies. J Obstet Gynaecol Res 2018;44:1221-1227.

21.-Canto-Cetina T, Coral-Vázquez RM, Rojano-Mejía D, et al. Higher prepregnancy body mass index is a risk factor for developing preeclampsia in MayaMestizo women: a cohort study. Ethnicity & Health 2018;23:682-690.

22.- Valenzuela Banda A. Apego a Guías de Práctica Clínica sobre diagnóstico y tratamiento de preeclampsia y Hemorragia Obstétrica en el Hospital de la Mujer Aguascalientes de Junio del 2016 a Junio del 2017 [tesis]. Aguascalientes (MX): Universidad Autónoma De Aguascalientes; 2018.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para participación en
protocolos de investigación**

Nombre del estudio:	Nivel de apego a la Guía de Práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención
Patrocinador externo (si aplica)*:	No aplica
Lugar y fecha:	A del Mes de 2018 , Puebla, Puebla
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se decide realizar el presente estudio , ya que en los últimos año se ha visto a nivel nacional gran incidencia de preeclampsia , así como impacto en la morbimortalidad materna, de igual forma en HGZ20 se ha visto esta entidad clínica por lo tanto decido valorar el nivel de apego que se llevó a cabo, en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia y para que futuros estudios
Procedimientos:	Recolección de datos mediante el expediente clínico , representación de resultados en graficas
Posibles riesgos y molestias:	No queremos causarle ningún daño moral por invadir su persona ni hacerlo sentir incómodo con algunas de las preguntas, por lo que si esto llegara a pasar, tenga la confianza de expresar a un servidor a fin de orientarla para tomar la mejor decisión. La hoja de consentimiento informado se dejara en el expediente para cuando usted desee contactarse con el investigador.se recalca que la información es confidencial
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los beneficios que usted recibirá se verán reflejados en cuando se den a conocer los resultados y los médicos mejoraremos nuestro actuar en esta patología
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados recolectados de este estudio se graficarán para hacerlos más representativos, además usted podrá acudir a la presentación de este estudio cuando se termine.
Participación o retiro:	En cualquier momento que así se decida podrá suspender la participación en este estudio, sin que esto le genere alguna consecuencia en su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Nombres e información personal es de uso exclusivo para este protocolo de investigación además la información será codificada y solo los investigadores tendrán acceso. En algún momento los resultados se presentaran en congreso, pero tenga la seguridad que solo serán mostrados para fines didácticos, por lo que sus datos personales no serán difundidos
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe solo en este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dr. Astudillo Ayala Fernando Residente 3er año de Ginecología y Obstetricia Teléfono 2221231803
Colaboradores:	Dra. Celestina González Frías Adscrito al Hospital General de Zona "La Margarita"

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto de estudio

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

Oficio de solicitud de autorización de revisión de expedientes



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION PUEBLA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20

H. Puebla de Zaragoza, _____ de 2018

Dr. Ernesto Corona Alvarado
Director del HGZ 20 La Margarita

Dra. Margarita Serrano Mendoza
Coordinadora de Educación e Investigación
Del HGZ 20.

Por este medio, me permito enviarle un cordial saludo y, al mismo tiempo, solicito de la manera más atenta su autorización para realizar revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de Preeclampsia que acudieron a el área de admisión en el mes comprendido de enero-junio 2018, de acuerdo al proyecto de investigación con título “nivel de apego a la guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención “ con número de registro _____, no omito mencionar que los datos recopilados serán únicamente utilizados para este proyecto de investigación con uso de datos en forma confidencial

A t e n t a m e n t e

Dr. Astudillo Ayala Fernando
Residente 3° año de Ginecología y Obstetricia
Matrícula 99285878.

Carta confidencialidad para investigadores/as, y/o co-investigadores/as

Puebla, Pue., a ___ de _____ de _____

Yo Dra. Celestina González Frías con matrícula 10011528, investigadora del HGZ 20 del Instituto **Mexicano del Seguro Social**, hago constar, en relación al protocolo con número de registro. _____ Titulado: “nivel de apego a la guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención “, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo, o en el cual participo como co-investigador/a, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, y demás disposiciones aplicables en la materia

A t e n t a m e n t e

Dra. Celestina González Frías
Ginecóloga y Obstetra y Colposcopista
Matrícula 10011528

Puebla. Puebla a 26 de noviembre de 2018.

Al Dr. Ernesto Corona Alvarado.
Director del HGZ No. 20 La Margarita
Delegación Puebla.

Oficio de autorización para la revisión de expedientes.

Por medio de la presente yo la Dra. Celestina González Frías con matrícula 10011528, investigadora del HGZ 20 del Instituto **Mexicano del Seguro Social**, solicito me autorice revisar los expedientes de pacientes grávidas con preeclampsia, para un protocolo de investigación ya que entiendo y asumo que, de acuerdo al **Art.16**, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, es mi obligación respetar la privacidad del individuo y mantener la confidencialidad de la información que se derive de mi participación en el estudio con número de registro: _____ *titulado:* “nivel de apego a la guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y tratamiento de preeclampsia 2017 en el servicio de obstetricia de segundo nivel de atención” y cuya investigadora responsable es: Celestina González Frías con matrícula 10011528,. Asimismo, entiendo que este documento se deriva del cumplimiento del **Art. 14₁** de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares a la que está obligado todo(a) investigador(a).

Por lo anterior, me comprometo a no comentar ni compartir información obtenida a través del estudio mencionado, con personas ajenas a la investigación, ya sea dentro o fuera del sitio de trabajo, con pleno conocimiento de que la violación a los artículos antes mencionados es una causal de despido de mis funciones.

Dra. Celestina González Frías
Matrícula 10011528

(Firma) (Fecha)

¹ “El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 20 LA MARGARITA

HOJA RECOLECCIÓN DE DATOS

**NIVEL DE APEGO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DE PRECLAMPSIA 2017 EN UN SERVICIO DE OBSTETRICIA DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.**

Nombre: _____ Número de
paciente: _____ Número de seguridad social: _____ Fecha
de ingreso: _____

Ocupación: _____ Estado civil: _____ Teléfono: _____

Escolaridad: _____ Peso: _____

Gesta: ___ Partos: ___ Cesáreas: ___ Abortos: ___ Mola: ___ Ganancia de
Peso: _____

FUM: _____ FPP: _____

Fecha de interrupción del embarazo: _____ Vía de interrupción del embarazo:

Sexo del RN: ___ Peso ___ Talla: ___ Apgar: ___ Capurro: ___ Silverman: _____

Plaquetas menores a 100 mil:

- Si
- No
- No se especifica

Bilirrubina Indirecta mayor a
1.2 mg/dl:

- Si
- No
- No se especifica

LDH mayor a 600 U/l:

- Si
- No
- No se especifica

Proteinuria significativa:

- Si
- No
- No se especifica

AST Y ALT MAYOR A 70 U/l:

- Si
- No
- No se especifica

Datos de vasoespasmo
(acufenos, fosfenos y
cefalea):

- Si
- No
- No se especifica

Reflejos osteotendinosos:

- Si
- No
- No se especifica

Chaussier:

- si
- no
- no se especifica

Carga con cristaloides:

- si
- no
- no se especifica

Toma de presión arterial con baumanómetro
Manual:

- si
- no
- no se especifica

Neuroprotección:

- si
- no
- no se especifica

Realización de IC a UCI:

- si
- no
- no se especifica

Toma de presión arterial en
Los 2 brazos y si se toma la del
Valor más alto:

- si
- no
- no se especifica

Se vigila estrechamente la tensión
arterial:

- Si
- No
- No se especifica

Proteinuria significativa:

- Si
- No
- No se especifica

Datos de vasoespasmo (acufenos,
fosfenos y cefalea):

- Si
- No
- No se especifica

Medición de la función renal
(creatinina sérica)

- Si
- No
- No se especifica

Monitoreo cardiotocografico:

- Si
- No
- No se especifica

Se realiza determinación del IP de
la arteria uterina:

- Si
- No
- No se especifica

Antecedente de Preeclampsia:

- si
- no
- no se especifica

Presencia de alguna enfermedad Autoinmune:

- si
- no
- no se especifica

Pacientes con alto riesgo de Preeclampsia se administra AAS antes de las 16 semanas:

- si
- no
- no se especifica

Se realiza vigilancia de TA y Exámenes de laboratorio para Identificar progresión de la Enfermedad una vez iniciado el tx:

- si
- no
- no se especifica

Ante la crisis hipertensiva se utiliza Hidralazina IV:

- si
- no
- no se especifica

Una vez la resolución del embarazo se vigila estrechamente la TA y toma de laboratorios de control:

- si
- no
- no se especifica

Durante el puerperio se realiza MAPA para posteriormente acudir a consulta externa:

- si
- no
- no se especifica

Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas

- Bajo** : menor al 60% (menos de 15 afirmaciones)
- Medio**: entre el 60% y 80% (15-19 afirmaciones)
- Elevado**: más del 80% (20-25 afirmaciones)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES TIEMPO	1ER SEMESTRE 2018	2DO SEMESTRE 2018
REVISIÓN DE ARTICULOS Y ELABORACIÓN DE PROTOCOLO	X	
PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO Y AUTORIZACIÓN DEL PROTOCOLO		X
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION. ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION		X
PRESENTACION DE RESULTADOS Y ELABORACION DE LA TESIS Y PUBLICACION		X