

República Dominicana.

**Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Vicerrectoría De Investigación Y Postgrado
Hospital Central De Las Fuerzas Armadas
Dirección General De Residencias Médicas Y Postgrado
Residencia De Medicina Familiar Y Comunitaria
Promoción 2006 – 2010.**

**COMPLICACIONES INMEDIATAS EN PACIENTES
PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL JUAN PABLO PINA DE SAN
CRISTOBAL; DURANTE EL PERIODO DICIEMBRE 2012 A
DICIEMBRE 2013.**



UNPHU
Universidad Nacional
Pedro Henríquez Ureña

**Tesis de postgrado para optar por el título de magister en la
especialidad de:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.**

Sustentante:

Dra. Ángela Mercy Sierra Feliz.

Asesor:

Dra. Claridania Rodríguez.

Distrito Nacional: 2014.

Titulo

**COMPLICACIONES INMEDIATAS EN PACIENTES
PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL JUAN PABLO PINA
DE SAN CRISTOBAL; PERIODO DICIEMBRE 2012 A
DICIEMBRE 2013.**

Indice

Contenidos

I. INTRODUCCION.....	3
I.1.ANTECEDENTES.....	4
I.2.JUSTIFICACION.....	5
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
III.OBJETIVOS.....	7
III.1.General.....	7
III.2.Específicos.....	7
IV.MARCO TEORICO.....	8
IV.1.DEFINICION.....	8
IV.1.1 PREECLAMPSIA:.....	8
IV.1.2. PROTEINURIA.....	9
IV.1.3. EDEMA:.....	9
IV.2. CLASIFICACION:.....	10
IV.3. FACTORES PREDISPONENTES:.....	10
IV.4. ETIOLOGIA:.....	12
IV.5. FISIOPATOLOGIA:.....	13
IV.5.1. CAMBIOS PATOLOGICOS:.....	14
IV.5.1.1. HIGADO:.....	15
IV.5.1.2 RIÑÓN:.....	15
IV.5.1.3. FETO:.....	15
IV.5.1.4. TRASTORNOS CARDIO PULMONARES:.....	15
IV.5.1.5. PLACENTA:.....	16
IV.6.TRATAMIENTO:.....	16
IV.6.1.PREECLAMPSIA LEVE:.....	16
IV.6.2.PREECLAMPSIA GRAVE:.....	17
IV.7.ECLAMPSIA:.....	18
IV.7.1. URGENCIA:.....	18
IV.7.2. MEDIDAS GENERALES:.....	19
IV.8. COMPLICACIONES:.....	19
V. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	25

VI METODOLOGIA Y TECNICAS.....	27
VI.1.Tipo de estudio.....	28
VI.2.Ubicación geográfica y tiempo.....	28
VI.3.Población y muestreo.....	28
VI.4.Diseño.....	28
VI.5.Procesamiento de datos.....	28
VI.6.Presentación.....	288
VII.ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.....	29
VIII.CONCLUSION.....	544
IX.RECOMENDACION.....	566
X.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	577
XI. ANEXOS.....	58
XI.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	58
XI.2. PRESUPUESTO.....	59
XI.3 BREVE HISTORIA.....	60
XI.4 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	62

Dedicatoria

DEDICATORIA.

Al Dios todo poderoso y eterno del universo, a quien le debo todo lo que soy y el mayor tesoro que poseo: Mi Familia.

A mis padres, hermanos y hermanas, y sus respectivas familias, a mis hijos, sus esposas y mis nietos; todos ellos son la alegría de mi vida, mi soporte, mi principal motivo, unos porque viven orgullosos de mí, otros porque me apoyan y consienten, los otros porque su ejemplo.

A mi compañero porque es el complemento y equilibrio personal.

A mis asesoras metodológica y clínica Dra. Claridania Rodriquez y Dra. Clara Quezada, donde se unieron ciencia, humanidad y amor para hacer de este trabajo una realidad altamente valorable.

A la sociedad en general, a los seres humanos, a quienes trato de servirles con amor ciencia para contribuir con ellos en su desarrollo y bien estar.

Introducción

I. INTRODUCCION.

La Preeclampsia ocurre aproximadamente del 2 al 10 por ciento de los embarazos, representando así una de las complicaciones más frecuentes y comunes siendo esta una causa frecuente de morbi-mortalidad materno-fetal y perinatal. Un ordenado seguimiento de la gestación es imprescindible a fin de realizar un seguimiento precoz de los desordenes hipertensivos del embarazo.

El propósito de esta investigación es obtener conocimientos profundos acerca de la patología, su evolución y las complicaciones que se presentan en la misma, así como también describir detalladamente dando cumplimiento a los objetivos.

En el Hospital JUAN PABLO PINA DE SAN CRISTÓBAL, ingresan un gran número de pacientes embarazadas de las cuales una gran mayoría son de bajo socioeconómico y académico por lo que trae diversas consecuencias en el curso de la gestación.

Antecedentes

I.1.ANTECEDENTES.

La Preeclampsia se engloba dentro de un conjunto de patologías conocidas como Trastornos Hipertensivos del Embarazo, la cual existe desde que existe el hombre, la mujer y la posibilidad de reproducción.

Las primeras referencias del tema se registran en Egipto y China miles de años A.C. Hipocrates en el IV A.C.

En el siglo I D.C. Celso escribió sobre convulsiones y muerte fetal.

Galeno, siglo II D.C. la trato sin diferenciarla de la Epilepsia y permaneció así durante siglos, incluso en la época medieval, época en la obstetricia era ejercida por parteras.

En los siglos XVI y XVII, en Francia Guillaume Manquest de la Mote pública sobre la aparición de las convulsiones después del nacimiento.

Francois Mauriceau (1676-1709) diferencio Eclampsia de Epilepsia, la asigno como propia de la gestación, la asocio a las primigestas y marco la gravedad de la misma al no recuperar la conciencia durante las convulsiones.

En el siglo XVIII, Francois Boissier de Sawvages diferencio con exactitud la Eclampsia de las Convulsiones crónicas recurrentes en su tratado "Patología Metódica".

En esta época se destaco la importancia de intervenir el embarazo en estas circunstancias.

En 1797 Demanet vinculo Edema y Convulsiones.

En el siglo XIX Chaussier (1824) Asocio la Epigastralgia con la Eclampsia.

En 1831 se acepto la relación entre convulsiones y embarazos (Ryan).

En 1840 Francois Rayer demostró la presencia de proteinuria en esta entidad.

Jhon Charles Lever (1811-1858), confirmo la semejanza entre eclámpticas y nefríticas; Edema; visión borrosa, convulsiones, cefalea, solo durante el embarazo, diferenciándola de la Enfermedad de Brigs o Nefritis.

En 1843 Sir James Young Simpson fue el primero en utilizar anestesia en un parto.

En el siglo XX Albuminuria e Hipertensión hacían el diagnostico de Hipertensión inducida por el embarazo.

Se destacan varios maestros de la Gineco-obstetricia siendo Leon Chesley considerado el padre de la Preeclampsia Moderna, figura más importante del siglo XX, estudio la función renal en las embarazadas junto con otros destacados de la medicina interna.

El Síndrome de Hellp fue estudiado por el profesor Jack Pritshard (1921-2002), director de Obstetricia del Parkland Memorial Center. Diseñó un nuevo modelo para la atención del embarazo de alto riesgo y fijó normas para los cuidados prenatales. Contribuyó al tratamiento de la eclampsia y la hemorragia obstétrica.

En 1954 publicó en New Journal of Medicine las observaciones en pacientes con eclampsia, la presencia de: Hemólisis, Enzimas, Liver, Low, platelets.

Es importante saber que pese los avances en medicina y a la tecnología moderna, tanto en nuestro país como en otros de la esfera en vías de desarrollo, se mueren muchas mujeres por este padecimiento por lo que los médicos de primer contacto deben poner especial atención en la adecuada detección de esta patología para evitar el incremento de Morbi-mortalidad materno fetal.

I.2.JUSTIFICACION.

En las consultas y en las emergencias de Gineco-Obstetricia se observa una gran cantidad de pacientes embarazadas que cursan con trastornos hipertensivos, Preeclampsia, que requieren seguimiento especial y muy de cerca ya que muchas terminan complicándose con grandes peligros para sus vidas y las de sus fetos.

Muchas de dichas pacientes tienen situaciones biológicas, psicológicas, sociales, familiares, geográficas, económicas, etc. Que amerita gran humanización y atención de los médicos y el hospital para garantizar un feliz término del embarazo y la vida del producto.

Los resultados de este estudio podrían ser utilizados para mejorar el servicio.

Proponer medidas de solución ante la problemática encontrada.

Recomendar estrategias de ejecución.

Planteamiento del problema

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo a estudios realizados y publicados en distintas revistas, observamos una significativa incidencia en pacientes embarazadas que presentan Preeclampsia, siendo este conjuntamente con sus complicaciones uno de los problemas más frecuentes en el ámbito ginecoobstetrico. Una proporción notable de las pacientes embarazadas que ingresan a las distintas instituciones de ginecología y obstetricia presentan diversos riesgos que dependen de barreras sociales políticas y geográficas. Existen enormes diferencias en la tasa de mortalidad asociada a la Preeclampsia en los países en vías de desarrollo por lo que me veo motivada en plantear la siguiente inquietud:

¿Cuáles son las complicaciones inmediatas que se presentan en pacientes preeclampticas en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal en el periodo Diciembre 2012 a Diciembre 2013?

Objetivos

III.OBJETIVOS.

III.1.General.

1. Determinar la proporción de mujeres embarazadas de las que ingresan al área de maternidad del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, las que cursan preeclámpticas.
2. Determinar cuáles con las complicaciones inmediatas en pacientes preeclámpticas en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, el periodo Diciembre 2012 a Diciembre 2013.

III.2.Específicos.

1. Cuantificar de las pacientes que ingresan al departamento de maternidad del Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal las que cursan con Preeclampsia.
2. Establecer el grupo de edad más frecuente de las mujeres que cursan con Preeclampsia.
3. Clasificar las embarazadas con preeclampsia según nivel educativo.
4. Determinar el nivel económico y social de las embarazadas con Preeclampsia.
5. Identificar los factores de riesgo existentes en mujeres embarazadas que las predisponen a padecer de preeclampsia.
6. Determinar cuáles son los niveles tensionales que manejan las pacientes preeclámpticas según edad estacionaria.
7. Demostrar cuales son las complicaciones inmediatas en pacientes preeclámpticas.

Marco Teórico

IV.MARCO TEORICO.

IV.1.DEFINICION.

IV.1.1 PREECLAMPSIA:

Se engloba la Preeclampsia dentro de un conjunto de patologías conocidas como Trastornos Hipertensivos del Embarazo; denominada por varios autores como Síndrome de Hipertensión del Embarazo asociado a proteinuria y edema en ausencia de enfermedades vasculares y renales. Por lo que se hace necesario para un concepto generalizado definir los términos hipertensión en el embarazo proteinuria y edema.

Hipertensión del Embarazo: se define como una presión arterial sistólica > 140 mmHg o un incremento >30 mmHg respecto de una basal o bien una presión arterial diastólica > 90 mmHg o un aumento > 15 mmHg a partir de un basal en la primera mitad del embarazo. Las cuales a fin de satisfacer los criterios rígidos de hipertensión en el embarazo, la presión arterial elevada deben observarse cuando menos en dos ocasiones con seis horas de diferencia.

Hoy autores como Schwatrs que basan su definición solamente en la medida de la presión diastotica basado en datos fisiológicos de que la presión sistólica es una expresión del gasto cardíaco y la presión diastólica como una expresión adecuada de la resistencia vascular periférica definiendo la hipertensión del embarazo como:

- a. Una presión arterial diastólica igual o mayor de 110 mmHg obtenido en cualquier denominación única durante el embarazo, o.
- b. Una presión arterial diastólico igual o mayor de 90 mmHg obtenida en dos o más medidas consecutivas con un intervalo de 4 horas o más.

Dicho sector considera estos límites validos solo para leve o moderada, ya que las medidas seropositivas se hacen diferentes de acuerdo a la severidad de la misma, así define la Hipertensión Severa Como:

- a. Una presión arterial igual o mayor a 120 mmHg obtenido en cualquier determinación únicamente durante el embarazo.
- b. Una presión arterial diastólica igual o mayor a 110 mmHg en dos o más determinaciones consecutivas con un intervalo de 4 horas o más.

IV.1.2. PROTEINURIA.

La Proteinuria suele considerarse como un signo cardinal de Preeclampsia. La misma suele ser variable por lo que debemos tomar en cuenta que algunos factores suelen afectar los valores tales como: contaminación por secreciones vaginales, sangre o por bacterias, la densidad específica y pH urinario que puede verse alterado por el ejercicio y la postura. Por estas razones es aconsejable obtener la orina de muestra tomada al azar del chorro medio u obtenida con sonda y considerar como Proteinuria cuando hay más de 300 mg de proteínas en una muestra de orina de 24 horas o con precisión más de 1+ de proteínas (equivalente a unos 100 mg/Dl.) en un estudio con tira reactiva de una muestra de orina común (1)

IV.1.3. EDEMA:

El Edema en la Preeclampsia no siempre está presente, es el signo menos preciso en la misma. Se estima de manera subjetiva por el grado de aumento excesivo de peso. Sin embargo, puede suscitar el diagnóstico de los siguientes criterios:

1. Acumulación o de líquido en los tejidos, es decir, edema con signo del hoyuelo mayor de 1+ después de una hora de reposo en cama.
2. Aumento de peso 1 gr o más por semana a causa de la influencia del embarazo.
3. Edema de las partes no bajas (manos y cara), al levantarse por la mañana.

IV.2. CLASIFICACION:

La Preeclampsia puede clasificarse atendiendo a los criterios mencionados y a la severidad de los mismos o ausencia de algunos de ellos, así como la afección de órganos o no en Preeclampsia leve y Preeclampsia severa.

El DX de Preeclampsia grave indica que la enfermedad requiere tratamiento hospitalario intensivo siguiendo protocolos predeterminados por el hospital.

Atendiendo a lo antes mencionado lo lógico es considerar que debemos prestar singular atención en cuando a tratamiento y conducta terapéutica se refiere a la Preeclampsia severa como el curso impredecible de esta que varía de progresión lenta hasta fulminante, determinando que incluso la hipertensión leve sea potencialmente peligrosa.

Es debido diferenciar la Preeclampsia de otros trastornos hipertensivos del embarazo como son el Síndrome de Hellp y la Eclampsia. En un artículo de la Revista de Ginecología y Obstetricia de México (*6) se describe el Síndrome de Hellp como una complicación de la Preeclampsia o una variante de la Preeclampsia severa. El síndrome se describe por si mismo apoyado en sus siglas en ingles: (H) Hemólisis, (EL) Enzimas Hepáticas Elevadas Y (LP) Cuenta Disminuida de Plaquetas (Low Plaquet Count).

La Eclampsia se presenta como una forma grave de Preeclampsia cuya característica principal la constituye la aparición de convulsiones tónico-clónicas o gran mal cuando se ha excluido epilepsia u otras causas de convulsiones; estas pueden aparecer antes del parto, durante y son atribuibles a esta las convulsiones ocurridas 48 horas post parto.

IV.3. FACTORES PREDISPONENTES:

El 1916 se conoció a la Preeclampsia como la enfermedad de las teorías; casi un siglo después aun es precisa esta denominación. A pesar del interés e investigación amplia, todavía no se conoce la causa de la Preeclampsia. Sin

embargo, hoy día se sabe que existe una serie de factores predisponentes para esta enfermedad, como son:

- Primigravidez.
- Antecedentes familiares de Preeclampsia y Eclampsia.
- Preeclampsia o Eclampsia previa.
- Nueva paternidad.
- Diabetes.
- Hidropesía Fetal no inmunitaria o alimenticia.
- Extremo de la edad materna.
- <20 > 35 años.
- Enfermedad vascular hipertensiva, autoinmunitaria.
- Gestación múltiple.

Una reducción del volumen intravascular y un incremento en la presión intravascular. Aunque la Preeclampsia se manifiesta clínicamente, solo durante la segunda mitad del embarazo, la patogénesis se inicia al principio de este.

Nuliparidad: aproximadamente el 75% de los casos de Preeclampsia, corresponde a primigestas. Cuando la enfermedad ocurre en multiparas, estas tienen factores predisponentes que pueden haber estado ausentes en embarazos previos (hipertensión crónica, diabetes, embarazos múltiples).

Historia Familiar: existen evidencias que las madres, hermanas e hijas de mujeres que han presentado Preeclampsia en sus partos, tienen una incidencia de la enfermedad más significativa que los grupos controles.

Embarazos Múltiples: La incidencia de la enfermedad en portadoras de embarazos múltiples es alrededor de 5 veces mayor que las observaciones en la población general de embarazadas.

Mola Hidatiforme: la aparición de Preeclampsia es más frecuente en las molas de gran tamaño y las manifestaciones clínicas aparecen antes de lo habitual.

Hipertensión Crónica: La incidencia de la enfermedad se quintuplica en relación con lo esperado.

Diabetes Mellitus: Se ha descrito una mayor incidencia de Preeclampsia en embarazadas diabéticas.

Grupos Etarios Externos: La mayor parte de los estudios publicados sobre hipertensión inducida por el embarazo muestran un menor porcentaje entre 20 y 35 años, con un leve incremento en primigestas jóvenes y un marcado ascenso en primigestas tardías.

Se han estudiado muchos otros factores de riesgo para desarrollar Preeclampsia y Eclampsia, como: polihidramnios, dieta, hábito físico de la embarazada, raza, nivel socioeconómico, ilegitimidad del embarazo, ruralidad, sexo del RN, presencia de anomalías congénitas, clima o estación del año u otros. Sin embargo, en la actualidad se considera que ellos no se asocian a mayor incidencia en la enfermedad o son de asociación incierta.

IV.4. ETIOLOGIA:

La etiología precisa no se conoce bien, pero se han aclarado ciertas facetas de la patogénesis. Existe una predisposición genética a la enfermedad (que se refleja en una incidencia tres a cuatro veces mayor en la mujer que tiene alguna pariente de primer grado que presenta la enfermedad). La predisposición genética favorece una interacción anormal entre las células trofoblásticas invasoras (que no son de origen materno) y la decidua (que es rica en células inmunológicas).

Cuando se inicia la formación de la placenta, un defecto en la interacción de antígenos únicos con las células trofoblásticas invasoras y con las células deciduales, provoca que el citotrofoblasto invada la capa muscular de las arterias espirales de la decidua y del miometrio. Las arterias espirales no se convierten en conductos vasculares de baja resistencia y esto causa una disminución del riego sanguíneo uteroplacentario. La hipoperfusión provoca la liberación de un factor con potente acción sobre el aparato circulatorio que activa las células endoteliales en todo el organismo (de aquí la naturaleza multisistémica de la enfermedad).

La activación generalizada de las células endoteliales entorpece su producción de prostaciclina c, activa las plaquetas y aumenta la producción del vaso constrictor tromboxano al incrementar la sensibilidad a los vasos constrictores como Angio II, la disminución de la prostaciclina y el aumento del tromboxano A2 explican la tendencia hacia la agregación paquetería inciden los casos graves. Además de las prostaciclina, tromboxano y la angio II la endobulina, brandicinina y el oxido nítrico son otros mediadores potenciales.

En primer lugar, hay aumento de la permeabilidad capilar causado, posiblemente por alteraciones de las células endoteliales. En segundo lugar, el vaso espasmo afecta también al lado venoso de la circulación que tiene como consecuencia una reducción del volumen intravascular y un incremento en la presión intravascular. Aunque la Preeclampsia se manifiesta clínicamente solo durante la segunda mitad del embarazo, la patogénesis se inicia desde el principio de este.

IV.5. FISIOPATOLOGIA:

Cuando nos encaminamos a discernir sobre los aspectos fisiopatológicos, tenemos a bien realizar un repaso de los aspectos fisiológicos de los mecanismos u órganos implicados en la enfermedad en cuestión, con la finalidad de dar al lector una clase con los suficientes criterios críticos, por lo que recomendamos que la presión media en la arteria de medio calibre es el reflejo de la reacción que contienen en el árbol vascular.

Teniendo entre los factores que llevan las funcionales el aumento del volumen circulatorio del gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica son estos los factores más importantes del encargado de determinar la presión arterial los cuales pueden ser modificados por los sistemas vaso constrictores de acción presora S.N.C. y la anomalía principal implicada en la Preeclampsia la constituyen la sensibilidad vascular aumentada de hormonas presoras y la contracción arterial general, lo que da como consecuencia un aumento de la resistencia al flujo sanguíneo e hipertensión arterial en la mujer preecláptica, el tromboxano se

encuentra incrementado y la prostaciclina y la prostaglandina E2 esta disminuida, lo que produce vasoconstricción y sensibilidad a la perfusión de la angiotensina II.

La prostaglandina es un vaso dilatador potente e inhibidor de la agregación plaquetaria por la corteza suprarrenal. El tromboxano es un vaso constrictor potente y promotor de la agregación plaquetaria producido principalmente por plaquetas; está claro que el aumento o la disminución de la sensibilidad de la Angiotensina II está dada por el equilibrio sustentante entre la prostaglandina y tromboxano. Los inhibidores de la síntesis de prostaglandina aumentan la reducción presora de la Angiotensina II, la serodosis de la prostaglandina E2, prostaglandina E y Pg/2 reducen la respuesta presora de la angiotensina en el embarazo.

A nivel de los vasos uterinos debido al vasoespasmo generalizado, hay una disminución del riego sanguíneo útero placentario, infarto, calcificaciones, hemorragias locales lo que produce por una parte sufrimiento fetal crónico con retraso del crecimiento fetal intrauterino y alteraciones metabólicas (estradiol disminuido) y por otra parte desprendiendo prematuro de placenta normalmente inserta de un momento a otro con sufrimiento fetal agudo y muerte fetal si no se interviene rápidamente.

IV.5.1. CAMBIOS PATOLOGICOS:

La mayoría de los cambios que ocurren en la morfología de los órganos afectados por la hipertensión proteinúrica gestacional obedecen a modificaciones circulatorias y fundamentalmente al vasoespasmo. El aumento en la vasoconstricción arterial podría ser la base patológica de este tipo de hipertensión.

En las arterias y capilares pueden encontrarse cambios degenerativos agudos y émbolos de material fibrinoide, los cuales asociados a la hemoconcentración y descrita, disminuyen el flujo sanguíneo y la perfusión tisular, produciendo en consecuencia anoxia y alteraciones funcionales y anatómicas que son más comunes en el hígado, riñones, el cerebro, la placenta, el corazón y los pulmones.

IV.5.1.1. HIGADO:

La lesión hepática característica es la necrosis hemorrágica perilobulillar, encontrándose trombos de fibrina en los casos y hemorragias cuya tensión puede ser tan grande como la capsula hepática (Chaussel), que en ocasiones se rompen y provocan una hemorragia masiva en la cavidad perinoeal. Se conoce que esta distensión es responsable del dolor en epigastrio en base (Sino de Chaussel) que se observa en Preeclampsia grave antes de la aparición de las primeras convulsiones eclámpticas.

IV.5.1.2 RIÑÓN:

En caso de Preeclampsia y Eclampsia Grave, la única lesión característica es endoteliosis capilar glomerular, es decir, tumefacción del endotelio capilar glomerular, estrechamiento de la luz capilar y deposito subendotelial de fibrinoide. Estas anomalías son por completo, reversibles y desaparecen hacia 6ta. Semana después del parto. En parte que han recibido diagnostico clínico de Preeclampsia, la biopsia renal revela endoteliosis capilar glomerular en cerca del 70% de las primigavidas de 25 años.

IV.5.1.3. FETO:

Como resultado del flujo sanguíneo deficiente, puede ser notable el retraso intravenoso del crecimiento, puede ocurrir muerte fetal como consecuencia de hipoxia o acidosis.

IV.5.1.4. TRASTORNOS CARDIO PULMONARES:

Pueden ocurrir edemas pulmonares con Preeclampsia y Eclampsia grave a causa de problemas cardiogenos o no cardiogenos. Son más comunes después del parto, pero también se pueden relacionar con sobrecarga de líquidos y disminución de la presión coloidosmotica del plasma. Otra complicación de las convulsiones eclámpticas es la aspiración del contenido gástrico.

La muerte es resultado de obstrucción de las vías respiratorias por las partículas de material o por neumonitis química, que da por resultado síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto.

IV.5.1.5. PLACENTA:

Podemos decir que a simple vista no se encuentran lesiones placentarias especiales propias de Preeclampsia Y Eclampsia, aunque a menudo la placenta es más pequeña y son frecuentes los depósitos intervellosos de fibrina. Puede sobrevenir a manera de envejecimiento prematuro, enteritis y periarteritis incrementándose del depósito de cálculo de fibrina.

Hay dos trastornos placentarios microscópicos muy grave en pacientes con Preeclampsia: las arteriales espirales del miometrio no pierden su estructura musculoelastica ni se desarrolla aterosclerosis aguda en el segmento miometrial de las arterias espirales. Este produce aumento de la resistencia vascular y trastorno de la luz vascular, por tanto, el feto recibe menos flujo sanguíneo intervelloso.

IV.6. TRATAMIENTO:

Las decisiones sobre el tratamiento apropiado de pacientes preeclampticas son algunas de las más difíciles en obstetricia y requieren un juicio clínico astuto y un conocimiento completo de las variables de gravedad y progresión natural de la enfermedad, ya que las medidas terapéuticas se hacen diferentes de acuerdo a la severidad de la misma enfermedad.

IV.6.1. PREECLAMPSIA LEVE:

El objetivo de la terapia específica en esta situación es:

1. Retrasar el proceso hipertensivo.
2. Ganar tiempo para lograr la maduración fetal.

Además de estas dos medidas generales es de suma importancia llevar a cabo una serie de normas como son las siguientes:

- a. Sedación – Fenobarital 15 a 60 mg tres veces al día vía oral Diazepam 10 a 20 mg.
- b. Laboratorio – Hemoglobina, hematocrito y albuminuria diaria.
- c. Dar de alta del hospital con indicaciones de reposo, explicando a la paciente como reconocer la gravedad de la entidad, e insistiendo en la necesidad de control prenatal entre 1 y 2 veces por semana.

El manejo ambulatorio de estas pacientes solo establece en las siguientes condiciones:

1. Disminución de la PAD por debajo de 90 mmHg.
2. Proteinuria > 500 mg por litro en 24 horas.
3. Ausencia de Irritabilidad del SNC.
4. Normalidad en los parámetros de evaluación fetal.
- d. Hospitalizar nuevamente si la paciente no cumple con las condiciones prescritas o si no hay una evolución satisfactoria, es decir si no se mantiene o mejoran los parámetros descritos en el punto C.
- e. La interrupción del embarazo debe considerar si ya existe una edad gestacional de 37 o más semanas o un agravamiento en las condiciones materno-fetal antes de dicha edad gestacional. Si no existe contraindicación obstétrica debe procederse a la inducción médica del parto, controlada con monitorización clínica o electrónica de los FCF. Si no están dadas las condiciones para la inducción o si esta fracasa, se realizara la operación cesárea.

IV.6.2.PREECLAMPSIA GRAVE:

Lo mejor será atender a las pacientes preeclámpicas graves y a sus descendientes en un centro de tercer nivel. Las finalidades del tratamiento son prevención de las conclusiones, control de las PA maternas e iniciación del parto.

La mujer preeclámpica grave puede empezar a recibir sulfato de magnesio para ayudar a prevenir las convulsiones. El sulfato de magnesio impide las convulsiones por su acción directa sobre el SNC y debe administrarse 4 gm de inicio y 2 gr. Cada 1 hora. Sin embargo, disminuye la descarga de acetilcolina de la unión neuro-vascular y produce parálisis a una concentración seria cercana a 15 mg / 10cc. El sulfato de magnesio potencializa la relajación muscular, tanto despolarizado como no despolarizado.

Se considera necesaria la utilización de hipotensores cuando la PAD es igual o superior a 110 mmHg. El objetivo es mantener la PA en valores que eviten riesgos hipertensivos maternos y conserven una adecuada percusión placentaria, administrar hidralazina 15 mg IV y 15 mg hasta obtener presiones intervalos diastólicas de 90 mmHg. También puede utilizarse metildopa 500 mg c/12 horas.

Laboratorio: Hemático, recuento de plaquetas, PTT, PT, productos de degradación de fibrinógeno, bilirrubina, proteinuria, ácido, úrico, electrolitos, proteínas y relación albumina/globulinas.

Monitorización de las condiciones de la paciente indican la necesidad de un estricto control de la administración de líquidos.

La interrupción del embarazo deberá realizarse de acuerdo con las pautas descritas: la técnica de interrupción es la misma que la de la Preeclampsia leve, es necesario recordar que la secreción del útero la oxitocina es igual a la de las embarazadas normales y no cuando se administra sulfato de magnesio.

IV.7.ECLAMPSIA:

La Eclampsia es una de las urgencias obstétricas más caracterizadas y en consecuencia requiere además de las normas para Preeclampsia severa, las siguientes:

Lo vamos a dividir en dos: Urgencia Y Medidas generales.

IV.7.1. URGENCIA:

- a. Garantizar el bienestar materno inmediato. Insertado una cánula elástica de mayo para mantener una condición expedita y a la vez prevenir con ella la mordedura de la lengua durante las convulsiones.
 1. Aspirar secreciones frecuentemente.
 2. Oxígeno con mascarilla a 7 litros por minuto.
 3. Sonda vesical permanente para control estricto de líquidos.

b. Control de las convulsiones:

1. Se administra sulfato de magnesio a dosis de carga de 4 gr. IV seguida de administración IV de 1.5 gr. A 2 gr. C/hora.
2. Control de la HRA administrar hidralazina de 5 mg IV c/15 minutos hasta obtener presiones arteriales diastólicas de alrededor de 90 mmHg lo cual generalmente requiere entre 10 y 20 mg, también puede administrarse D-metil-dopa 500 mg c/12 horas

IV.7.2. MEDIDAS GENERALES:

- a. Se hospitaliza a la paciente en una habitación con una sola cama, tranquila y oscurecida, en reposo absoluto con los barandales colocados para su protección durante las convulsiones. Se dispondrá de enfermeras especiales de manera permanente y no se permitirá visitas.
- b. No debe trastornarse a la paciente con procedimientos innecesarios (Ej.: enemas, baños).
- c. Se tendrá a la mano sangre total con tipo determinado y pruebas cruzadas efectuadas para su administración inmediata, porque las pacientes que experimentan eclampsia desarrollan a menudo separación prematura de la placenta y hemorragias, además son susceptibles al estado de choque.
- d. Pruebas de laboratorio. Se determina de manera cuantitativa el contenido de proteínas c/24 horas hasta el 4to. o 5to día del periodo postparto. Las pruebas de depuración de creatinina pueden indicar insuficiencia renal inminente. Los estudios de la coagulación pueden seguir CID.

IV.8. COMPLICACIONES:

La eclampsia no controlada es una causa significativa de muerte materna. El 5% de las mujeres con Preeclampsia progresa a Eclampsia. La causa básica de la Preeclampsia – Eclampsia es de origen desconocido, aunque los estudios sugieren un origen inmunológico, ya que presenta más en mujeres que han tenido exposición minina al esperma (han utilizado métodos de barrera para la planificación).

La Preeclampsia es un trastorno endotelial debido a riesgo defectuoso de la placenta, que libera un factor que lesiona el endotelio y provoca la activación de la coagulación y un aumento de la sensibilidad de los presores. Antes de que el Síndrome se vuelva clínicamente manifiesto en la 2da. Mitad del embarazo, se ha producido vasoespasmo en varios lechos vasculares pequeños que explican las alteraciones en los órganos maternos y en la placenta con efectos adversos consecuentes sobre el feto.

Lo normal es que haya un flujo constante de la sangre que llega al feto a través de la placenta. El aumento crónico y sostenido de la tensión arterial modifica los vasos sanguíneos que nutren la placenta lo que lleva a retraso en el crecimiento fetal a que el pequeño tenga bajo peso al nacer. Además, las infecciones pueden afectar seriamente al recién nacido, quien, además, puede presentar complicaciones respiratorias graves, de donde tenemos entonces que las complicaciones más importantes para el bebé son:

1. Retraso del crecimiento fetal.
2. Bajo peso al nacer.
3. Predisposición a infecciones.
4. Complicaciones respiratorias graves.
5. Muerte.

En la madre con Preeclampsia-Eclampsia pueden presentarse complicaciones graves, tanto durante la gestación como al momento del parto o luego del nacimiento del bebé. Se producen daños en múltiples órganos, principalmente en el sistema nervioso (hemorragia cerebral) y los riñones (insuficiencia renal).

Manifestaciones en la madre:

1. Elevación de la presión arterial.
2. Mal funcionamiento de los riñones.
3. Retención de Líquidos.
4. Eliminación de las proteínas en la orina.
5. Convulsiones.
6. Aparición súbita de dolor de cabeza muy intenso.
7. Dolor en la parte superior del abdomen por hemorragia hepática, subcapsular con estiramiento significativo o rotura de la capsula del hígado.

8. Visión de manchas luminosas.
9. Eclampsia – convulsiones, complicación más severa que puede llevar a la muerte.

Estudios realizados en Centroamérica demuestran como complicaciones principales en mujeres con Eclampsia, el síndrome de Hellp, insuficiencia renal, DPPNI, CID, muerte materna.

Se puede señalar que la Eclampsia representa un altísimo riesgo materno y que el síndrome de Hellp es el factor de más alto riesgo de muerte materna en pacientes con eclampsia.

Como se había dicho, la Preeclampsia-Eclampsia compromete varios órganos, así podemos ver el riñón, se acepta ampliamente como patognomónico de Preeclampsia una lesión renal precisa identificable mediante microscópica de luz y electrónica caracterizada por tumefacción de las células endoteliales y mesangliares de los capilares glomerulares. Esto recibe el nombre de Endoteliosis Capilar Glomerular y solo aparece cuando existe proteinuria.

El daño glomerular de la Preeclampsia causa proteinuria que se manifiesta por escape de proteína de peso molecular grande, como albumina, globulinas y la transferirá hacia la orina. La proteinuria patológica se define por la presencia de más de 300 mg de proteínas urinarias en la orina de 24 horas. En la Preeclampsia la proteinuria es mayor de 5gr en 24 horas.

Las concentraciones de ácido úrico en plasma están elevadas y el grado de aumento es casi siempre paralelo a la enfermedad. En los casos más graves la insuficiencia renal por vaso espasmo da lugar a concentraciones de creatinina hasta 3 veces por encima de lo normal. También la insuficiencia renal puede causar oliguria, que es una indicación de enfermedad grave.

La afección del hígado en la Preeclampsia-Eclampsia es grave, y se acompaña frecuente con la afectación de otros órganos en especial del riñón y el encéfalo, junto con hemólisis y trombocitopenia.

En la Preeclampsia es común la disfunción Hepática, manifestada por valores elevados de enzimas Hepatocelulares que contribuyen al diagnóstico del síndrome de Hellp; así vemos que en los casos mortales de Preeclampsia se encuentran a menudo un depósito periportal de fibrina y necrosis zonal.

La hemorragia por necrosis hemorrágica periportal puede extenderse hacia debajo de la capsula hepática y formar un Hematoma subcapsular. En ocasiones ahí ruptura de dicho hematoma subcapsular cuya hemorragia puede ser lo suficientemente extensa que produzca a su vez ruptura de la capsula hepática provocando una hemorragia intraabdominal mortal, que se manifiesta con dolor epigástrico intenso y pruebas de hemorragias.

En las alteraciones placentarias ahí una lesión propia de la Preeclampsia-Eclampsia, ya aceptada por la ciencia, se trata de una lesión del vaso uteroplacentarios, los cuales se denominan "Aterosis Aguda".

La principal causa de morbilidad y mortalidad prenatales por la Preeclampsia es la reducción del riego intervilloso con oxigenación inadecuada subsecuente de la unidad feto placentaria. Las consecuencias clínicas pueden ser deterioro del crecimiento fetal, hipoxia importante del feto, y en casos extremos muerte fetal. También se incrementa el peligro de desprendimiento prematuro de la placenta según sea la gravedad de la enfermedad.

En el sistema cardiopulmonar podemos ver que en mujeres preeclampticas-eclampticas graves, es común que haya hemocontración y no existe o esta reducida la expresión del volumen intravasculares.

La resistencia vascular sistémica de mujeres de preeclampticas graves es normal o elevada, las presiones de los capilares pulmonares pueden ser bajas, normales o altas. Rara vez hay insuficiencia cardiaca franca.

El edema pulmonar es raro en la Preeclampsia, pero si es una complicación frecuente del tratamiento de la Preeclampsia grave. La prolongada de oxitócica, el uso de líquidos para compensar el bloqueo simpático que resulta de la anestesia

por conducción y la restitución excesiva de las pérdidas de líquidos son causas propias de sobrecarga iatrogena de liquido intravenoso.

Sistema Hematologico: La Preeclampsia se acompaña de activación del sistema de coagulación por la lesión endotelial en la microcirculación con el depósito consecuente de plaquetas y fibrinas. Los valores altos de fibronectrina, la antritombina III baja y el aumento de las concentraciones de tromboglobulina-beta que se encuentra en pacientes con Preeclampsia sugieren lesión endotelial con generación de trombina y agregación plaquetaria.

En la Preeclampsia esta aumentada la inactivación de proteína c por la antripsina alfa, lo que puede contribuir a los valores elevados de trombina, a su vez la trombina consume antitrombina III y da por resultado depósito de fibrina.

En mujeres Preeclampticas es normal la fibrinólisis, también se a demostrado en estos casos un incremento de las concentraciones de los productos de degradación de la fibrina como dímeros D y fibrino péptido A. en casos graves puede ocurrir hipofibrinogenemia, sin embargo es raro en estas pacientes una hemorragia franca por coagulopatía de consumo.

Muchas veces se complica también la Preeclampsia por cierto grado de destrucción de glóbulos rojos, y en los casos graves es posible que exista anemia hemolítica moderada a grave con hemoglobinuria.

En el sistema nervioso central, sus alteraciones en Preeclampticas-Eclampticas graves representan una forma de encefalopatía hipertensiva. En series grandes de necropsias las alteraciones neuropáticas más comunes son hemorrágicas petequiales multifocales en la unión de las sustancias gris y blancas. Las manifestaciones clínicas del SNC en estas pacientes (Preeclampticas Graves) son más compatibles con isquemia cerebral vasoconstrictiva y el edema vasogeno consiguiente.

Estudios realizados han demostrado (Bowen y Cals, 1988) en las Preeclampticas hallazgos frecuentes de áreas corticales hipodensas, correspondientes a

hemorragias petequiales y zona de infarto en la necropsia, hallazgos estos que explican las convulsiones en estas pacientes.

En las Preeclámpticas-Eclámpticas es común encontrar alteraciones visuales. Una proporción pequeña de estas tendrá ceguera por isquemia cortical occipital. Es poco frecuente que en Preeclámpsia-Eclámpsia se produzca coma, en caso de producirse siempre es después de una convulsión, y es por elevaciones súbitas e intensas de la tensión arterial. Es probable que este fenómeno represente una incapacidad para la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral con la hipertensión aguda intensa, el resultado es edema cerebral generalizado.

También puede presentarse, por la hemorragia intracraneal de un vaso intracerebral roto, una mal formación arteriovenosa o un aneurisma saculado, aun en coma son de buen pronóstico.

*Operacionalización
de las variables*

V. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variables	Dimensión o definición	Indicador	Escala
Edad	Se concibe como tiempo desde el nacimiento hasta el momento de recolección la información en el formulario de cada paciente	Años cumplidos	<18 19 – 19 >30
Ocupación	Acción y efecto de ocupar, trabajo o actividad en el que se emplea el tiempo	Oficio que desempeña	
Procedencia	Origen de donde proceden las pacientes estudio según las regiones de la República Dominicana o San Cristóbal	Lugar actual de residencia:	
Hábitos toxico	Sustancia que pueden crear dependencia, como causantes de toxicidad	Consumo de alcohol, café, cigarrillos, te.	

	orgánica		
Chequeos prenatales	Asistencia a consultas obstétricas de las embarazadas con la finalidad de determinar la evolución y estado del embarazo.	Numero de chequeos prenatales	0 1 2 – 3 4 – 5 6 – 7 8 – 9
Niveles tensionales	Tensión diastólica expresada en mmHg	Tensión arterial diastólica	<90 90 – 109 110 – 119 >120
Proteinuria	Presencia de proteína en la orina en cantidad superior a 100mg/dl en orina de 24 horas	Albumina	<100 mg/dL >100 mg/dL
Edema	Aumento patológico del líquido intersticial. Produce hinchazón localizada o difusa resultante de cumulo del componente extravascular del	Edema	+ ++ +++

	liquido extracelular en un determinado órgano tejido.		
Complicaciones	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento medico con una patología intercurrente que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnostico o el tratamiento aplicado.	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Hellp. • Insuficiencia renal aguda (IRA). • Coagulación intravascular diseminada (CID). • Desprendimiento prematuro de placenta normalmente implantada(DPPNI). • Muerte materna. • Muerte fetal. • Inminencia de eclampsia. 	
Otros	Enfermedades sobre añadidas g		

Metodología y técnicas

VI METODOLOGIA Y TECNICAS.

VI.1.Tipo de estudio.

Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal.

VI.2.Ubicación geográfica y tiempo.

VI.3.Población y muestreo.

La población de estudio estará constituida por todas las pacientes preeclámpicas que asistieron al Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal.

La muestra corresponderán a todos los casos que se presentaron desde Diciembre 2012 a Diciembre 2013, cuyo criterio de inclusión será el diagnóstico de Preeclampsia.

VI.4.Diseño.

El estudio se realizara en base a formulario de recolección de datos elaborado con la finalidad de satisfacer las necesidades de la investigación. Se ubicaran los expedientes localizados en los archivos estadísticos de la institución ubicándolos por fecha y por diagnóstico de Preeclampsia para luego sustraer la información pertinente.

VI.5.Procesamiento de datos.

Luego de plasmar la información en los formularios de cada una de los pacientes en estudio se procederá a procesar la información mediante programa Epidata, lo que permitirá procesar la información para posterior interpretación discusión y presentación de resultados.

VI.6.Presentación.

La presentación de los datos estará dada mediante gráficos y cuadros que serán analizados para mejor entendimiento de los mismos.

*Análisis e interpretación
de los datos*

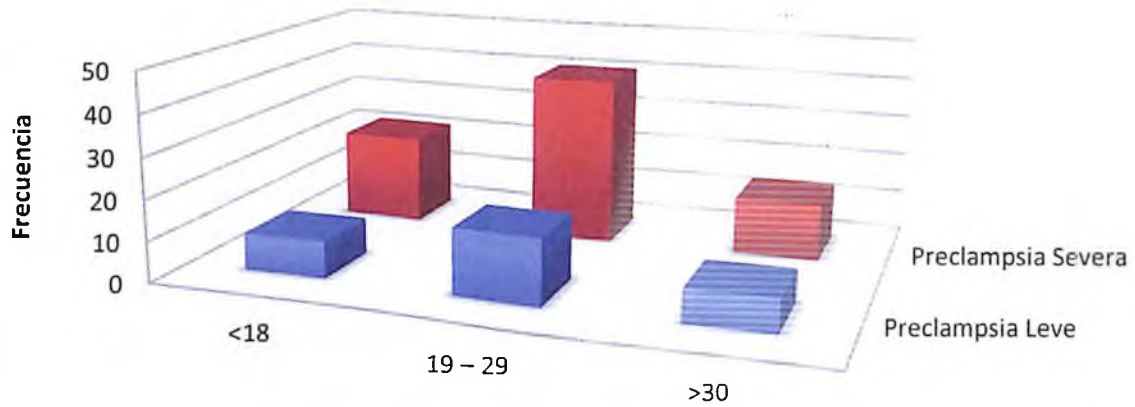
VII. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS.

Cuadro No.1				
Preeclampsia de acuerdo a la edad del paciente.				
Edad	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<18	9	27.3	22	28.6
19 – 29	16	48.5	41	53.3
>30	8	24.2	14	18.1
Total	33	100%	77	100

Fuente: archivo Hospital Regional Juan Pablo Pina SC.

En este cuadro de la Preeclampsia de acuerdo a la edad de la paciente observamos que las pacientes en la edad de 19-29 años correspondieron a 16 pacientes (48.5%) Preeclampsia Leve y 41 pacientes de Preeclampsia Severa (53.3), seguida en frecuencia de las menores de 18 años, donde encontramos que el 27.3% correspondiente a 9 pacientes presento Preeclampsia Leve y el 29% correspondiente a 22 pacientes curso por Preeclampsia Severa; obteniendo el menor porcentaje en el grupo de edad ubicado en las mayores de 30 años, encontrándose en las mismas 8 pacientes (24.2%) de la Preeclampsia Leve y 14 pacientes (18.1%) de la Preeclampsia Severa.

Grafico No. 1
Preeclampsia de acuerdo a la edad del paciente.



	<18	19 – 29	>30
Preclampsia Leve	9	16	8
Preclampsia Severa	22	41	14

Fuente: Cuadro No. 1

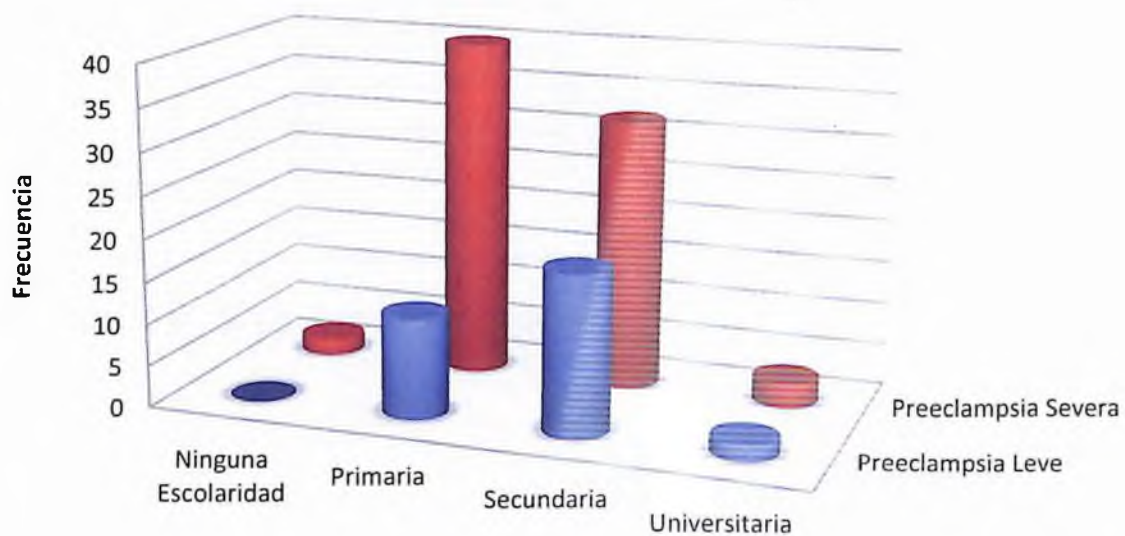
Cuadro No.2				
Preeclampsia relacionada con el nivel de alfabetización.				
Escolaridad	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ninguna Escolaridad	0	0.0	2	2.6
Primaria	12	36	40	52
Secundaria	19	58	32	41.5
Universitaria	2	6.0	3	3.9
Total	33	100%	77	100%

Fuente: IDEM

En el cuadro correspondiente de Preeclampsia relacionado con el nivel de alfabetización es notorio que 12 pacientes (36%), de las pacientes con Preeclampsia Leve, y 40 pacientes (52%), correspondientes a Preeclampsia Severa presentaron un nivel de escolaridad primario. 19 pacientes (58%), Preeclampsia Leve y 32 pacientes (41.2%), pertenecían al nivel de escolaridad secundario, des En este cuadro de la Preeclampsia de acuerdo a la edad de la paciente observamos que las pacientes en la edad de 19-29 años correspondieron a 16 pacientes (48.5%) Preeclampsia Leve y 41 pacientes de Preeclampsia Severa (53.3), seguida en frecuencia destacándose un descenso en el nivel universitario, donde 2 pacientes (6%) cursaron Preeclampsia Leve y 3 Pacientes (4%), Preeclampsia Severa.

2 Pacientes (2.6%), sin ninguna escolaridad cursaron Preeclampsia Severa.

Grafico No.2
Preeclampsia relacionada con el nivel de alfabetización.



	Ninguna Escolaridad	Primaria	Secundaria	Universitaria
■ Preeclampsia Leve	0	12	19	2
■ Preeclampsia Severa	2	40	32	3

Fuente: Cuadro No. 2

Cuadro No.3
Procedencia de la Paciente Preecláptica de acuerdo a las zonas rural o urbana de San Cristóbal.

Procedencia	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Zona Urbana	13	39	43	56
Zona Rural	20	61	34	44
Total	33	100%	77	100%

Fuente: IDEM

Cuadro No.4
Procedencia de la paciente Preecláptica con relación a la nacionalidad.

Procedencia	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Nacionalidad Dominicana	30	91	74	96
Nacionalidad Haitiana	3	9	3	4
Total	33	100%	77	100%

Fuente: IDEM

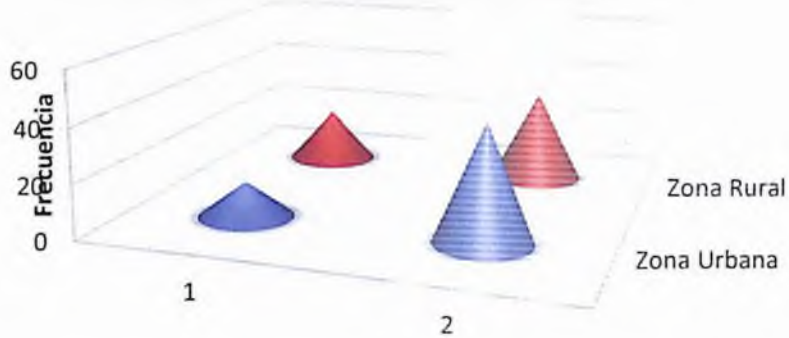
En los cuadros 3 y 4 donde relacionamos a las pacientes Preeclápticas con el lugar de procedencia urbana o rural y con la nacionalidad observamos que en la zona urbana 13 pacientes (39%), cursaron Preeclampsia leve y 43 (56%), Preeclampsia severa.

En la zona rural 20 pacientes (61%), cursaron Preeclampsia leve, 34 pacientes (44%), Preeclampsia severa. Es notorio que en la zona rural hubo una mayor frecuencia de complicación que en la zona urbana.

Respecto a la nacionalidad 91 % ósea 30 pacientes Dominicanas cursaron Preeclampsia Leve y 74 pacientes (96%), Preeclampsia Severa, en relación con la nacionalidad Haitiana donde 3 pacientes (9%), curso Preeclampsia leve y 3 pacientes (4%), Preeclampsia severa.

Nota: solo establecimos comparación con la nacionalidad Haitiana, porque es la población extranjera más amplia con la cual convivimos en el país y la que usa con más frecuencia nuestros servicios de salud.

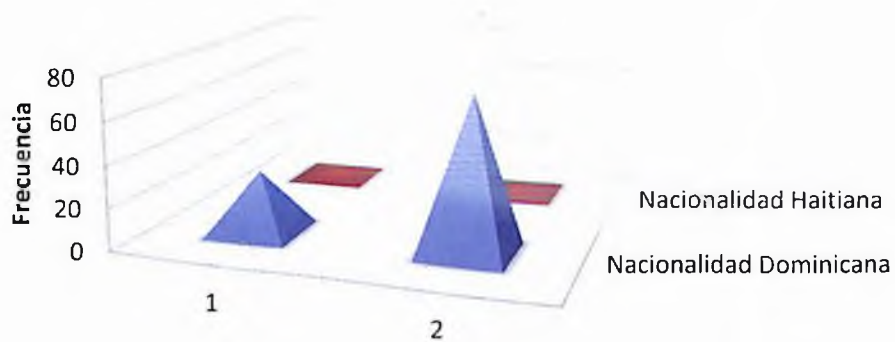
Grafico No. 3
Procedencia de la Paciente Preclamptica de acuerdo a las
zonas Rural o Urbana de San Cristobal.



	1	2
Zona Urbana	13	43
Zona Rural	20	34

Fuente: Cuadro No. 3

Grafico No. 4
Procedencia de la paciente Preeclamptica con relacion a la
nacionalidad.



	1	2
Nacionalidad Dominicana	30	74
Nacionalidad Haitiana	3	3

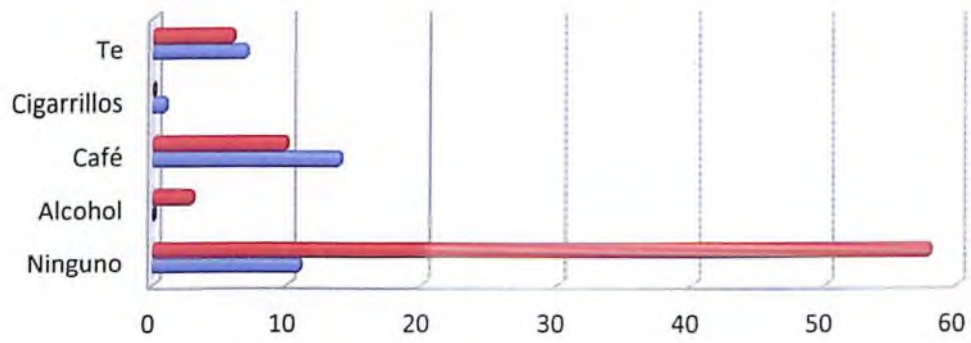
Fuente: Cuadro No. 4

Cuadro No.5				
Hábitos tóxicos de las pacientes que cursaron con Preeclampsia.				
Hábitos Tóxicos	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ninguno	11	33.3	58	75
Alcohol	0	0.0	3	4
Café	14	42.2	10	13
Cigarrillos	1	3.3	0	0.0
Te	7	21.2	6	8
Total.	33	100	77	100

Fuente: IDEM

En el cuadro de los hábitos tóxicos de las pacientes que cursaron con Preeclampsia se observó que 58 (75%), de las pacientes Preeclampticas severas y 11 (33.3%), Preeclampticas leves, no tenían ningún habito toxico, siendo el de mayor frecuencia la ingesta de café con 14 pacientes (42.2%), de las Preeclampticas leves, y 10 pacientes (13%), de las Preeclampticas severas. Solo una paciente (3.3%), de las Preeclampticas leves fumaban, ninguna de las Preeclampticas severas. Tomaban te 7 pacientes (21.2%), de las Preeclampticas leves y 6 pacientes (8%), en Preeclampticas severas.

Grafico No. 5
Habitos toxicos de las pacientes que cursaron con
Preeclampsia.



	Ninguno	Alcohol	Café	Cigarrillos	Te
■ Preeclampsia Severa	58	3	10	0	6
■ Preeclampsia Leve	11	0	14	1	7

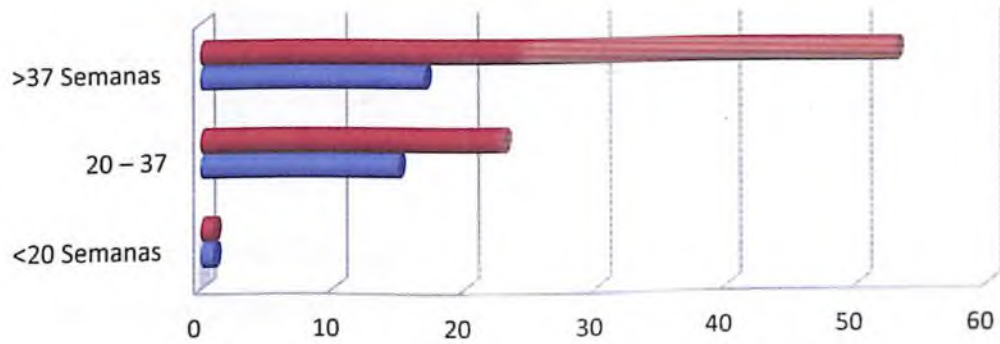
Fuente: Cuadro No. 5

Cuadro No.6				
Aparición de la Preeclampsia de acuerdo a la edad gestacional.				
Edad Gestacional	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<20 Semanas	1	3	1	1
20 – 37	15	45	23	30
>37 Semanas	17	52	53	69
Total.	33	100	77	100

Fuente: IDEM

Hay que resaltar que en el cuadro de Preeclampsia de acuerdo a la edad gestacional los embarazos de que sobrepasan de 37 semanas presentan una frecuencia de 17 (52%), Preeclampsia leve, y 53 (69%), Preeclampsia severa constituyéndose en la aparición más frecuente. Se encontró que en 15 Pacientes (45%), Preeclampsia leve y 23 Pacientes (30%), de Preeclampsia se localizaron en una edad gestacional ubicada dentro de las 20-37 semanas; encontrándose solo 1 paciente (3%), Preeclampsia leve, 1 paciente (1%), Preeclampsia Severa en la edad gestacional menor de 20 semanas.

Grafico No.6
Aparicion de la Preeclampsia de acuerdo a la edad gestacional.



	<20 Semanas	20 – 37	>37 Semanas
■ Preeclampsia Severa	1	23	53
■ Preeclampsia Leve	1	15	17

Fuente: Cuadro No. 6

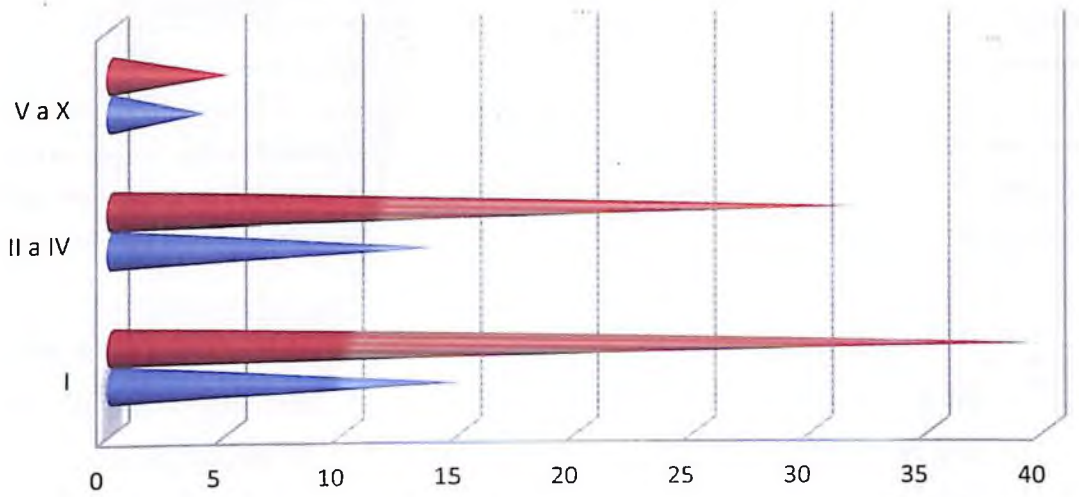
Cuadro No.7**Frecuencia de la Preeclampsia de acuerdo al número de embarazos.**

Número de embarazos	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
I	15	45.4	40	52
II a IV	14	42.4	32	42
V a X	4	12.2	5	6
Total.	33	100	77	100

Fuente: IDEM

En este cuadro denominado frecuencia de la Preeclampsia de acuerdo al número de embarazos es evidente de la mayor frecuencia en pacientes primigestas, observando que 15 pacientes (45.4%), cursaron Preeclampsia leve, y 40 pacientes (52%), cursaron Preeclampsia severa. Continúan en frecuencia pacientes entre 2-4 embarazos de las cuales 14 pacientes (42.4%), curso preeclampsia leve, y 32 (42%), tubo Preeclampsia severa, disminuyendo la frecuencia de mayor número de embarazos, así vemos entre 5-10 embarazos que 4 pacientes (12.2%), curso Preeclampsia leve y 5 pacientes (6%), Preeclampsia severa. No tuvimos expedientes de pacientes con 10 o más embarazos.

Grafico No. 7
Frecuencia de la Preeclampsia de acuerdo al numero de embarazos.



	I	II a IV	V a X
■ Preeclampsia Severa	40	32	5
■ Preeclampsia Leve	15	14	4

Fuente: Cuadro No. 7

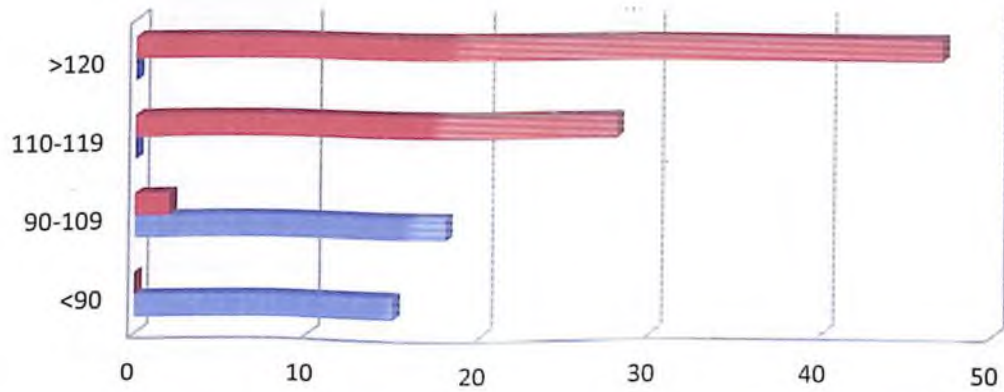
Cuadro No.8**Niveles tensionales relacionados a pacientes Preeclámpticas.**

Niveles tensionales diastólicos.	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<90	15	45	0	0-0
90-109	18	55	2	3
110-119	0	0.0	28	36
>120	0	0.0	47	61
Total.	33	100	77	100

Fuente: IDEM

Se observa que las pacientes con preeclampsia leve se diagnosticaron un 45%, correspondiente a 15 pacientes con niveles tensiales diastólicos inferiores a 90 mmhg. Se encontró una población de 18 pacientes (55%), Preeclampsia leve, y 2 pacientes (3%), Preeclampsia severa con niveles tensionales diastólicos entre 90-109 mmhg. En los niveles tensionales diastólicos entre 110-119 no se encontró pacientes con Preeclampsia leve, más en Preeclampsia severa ubicamos 28 pacientes lo que constituye el 36% de la muestra. Es notorio el encuentro de 47 pacientes (61%), con niveles tensionales superiores a 120mmhg, en Preeclampsia severa.

Grafico No. 8
Niveles tensionales a pacientes Preeclámpticas.



	<90	90-109	110-119	>120
Preeclampsia Severa	0	2	28	47
Preeclampsia Leve	15	18	0	0

Fuente: Cuadro No. 8

Cuadro No.9		
Complicaciones según el tipo de Preeclampsia.		
Complicaciones	Preeclampsia Leve	
	Frecuencia	%
Ninguna	29	88
Sufrimiento Fetal Agudo	2	6
Obito Fetal	1	3
RPM	1	3
Total.	33	100

Fuente: IDEM

Cuadro No.10		
Complicaciones según el tipo de Preeclampsia.		
Complicaciones	Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%
Ninguna	42	55
Inminencia se Eclampsia	12	16
Eclampsia	2	2.6
Síndrome de Hellps	1	1.2
Oligoanmio	6	7.8
Polihidramnio	5	6
RPM	1	1.2
DPPNI	1	1.2
Sufrimiento Fetal Agudo	3	3.9
Obito Fetal	3	3.9
Muerte Materna	0	0.0
Total	77	100

Fuente: IDEM

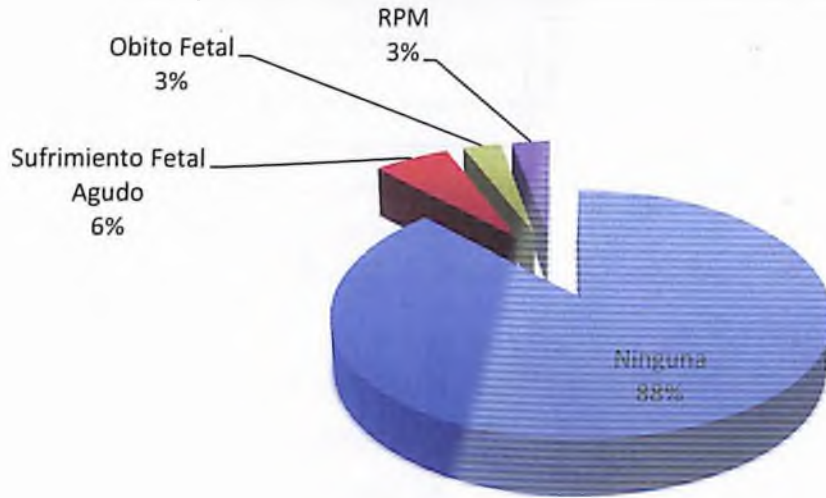
En el cuadro de Preeclampsia leve, con relación a las complicaciones observamos que hubo 29 pacientes sin ninguna complicación, lo que constituye 88%. El sufrimiento fetal agudo fue el más frecuente donde se encontraron dos pacientes (6%), seguidos de Ruptura Prematura de Membrana (RPM), 1 paciente (3%) y óbito fetal 1 paciente (3%).

En el cuadro de complicaciones con relación a Preeclampsia severa es notorio que 42 pacientes (55%), no tuvieron complicaciones.

La complicación más frecuente fue Inminencia de Eclampsia, ubicadas aquí 12 pacientes que constituyen el 16%; seguida de oligoanmio con 6 pacientes (7.8%). Le continúan en frecuencia sufrimiento fetal agudo y óbito fetal con 3 pacientes cada uno lo que es 3.9% respectivamente. La Eclampsia con 2 pacientes constituyo el 2.6%.

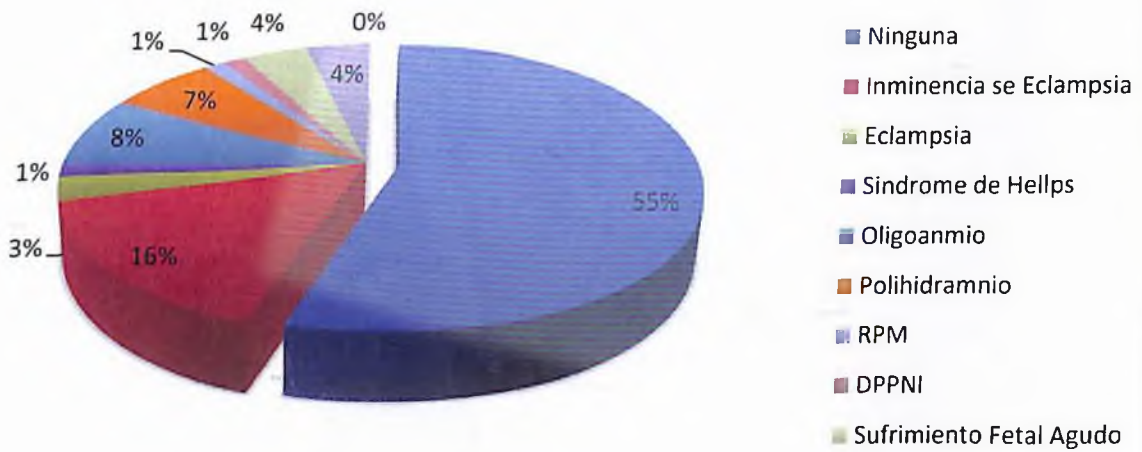
El síndrome de Hellps, Polihidramneos, RPM, Desprendimiento de placenta normalmente inserta (DPPNI), alcanzaron casa una un paciente lo que constituye 1.2% respectivamente.

Grafico No. 9
Complicaciones segun el tipo de Preeclampsia.



Fuente: Cuadro No. 9

Grafico No. 10
Complicaciones segun el tipo de Preeclampsia.



Fuente: Cuadro No. 10

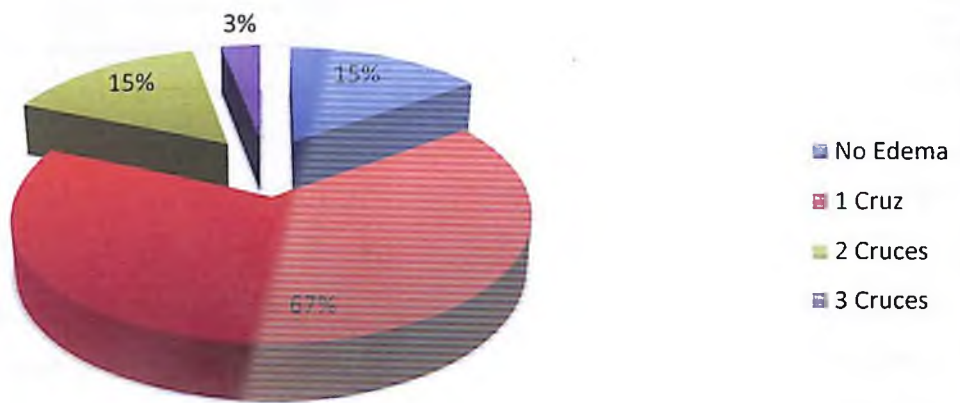
Cuadro No.11				
Nivel de edema relacionando a las pacientes que cursaron con Preeclampsia.				
Edema	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No Edema	5	15	3	4
1 Cruz	22	67	6	8
2 Cruces	5	15	21	27
3 Cruces	1	3	47	61
Total.	33	100	77	100

Fuente: IDEM

En este indicador encontramos que en Preeclampsia Leve 8 pacientes (15%), no presentaron edema. Sin edema en Preeclampsia severa 3 pacientes (4%). En Preeclampsia leve 22 pacientes (67%), tuvieron edema de 1 Cruz, 2 cruces 5 pacientes (15%), 3 cruces 1 paciente (3%).

En Preeclampsia severa con edema de 1 cruz 3 pacientes (4%), 2 Cruces 21 pacientes (27%), presentando edema de 3 Cruces 47 pacientes que constituyen 61% de la muestra.

Grafico No.11
Nivel de edema relacionado a las pacientes que cursaron con Preeclampsia.



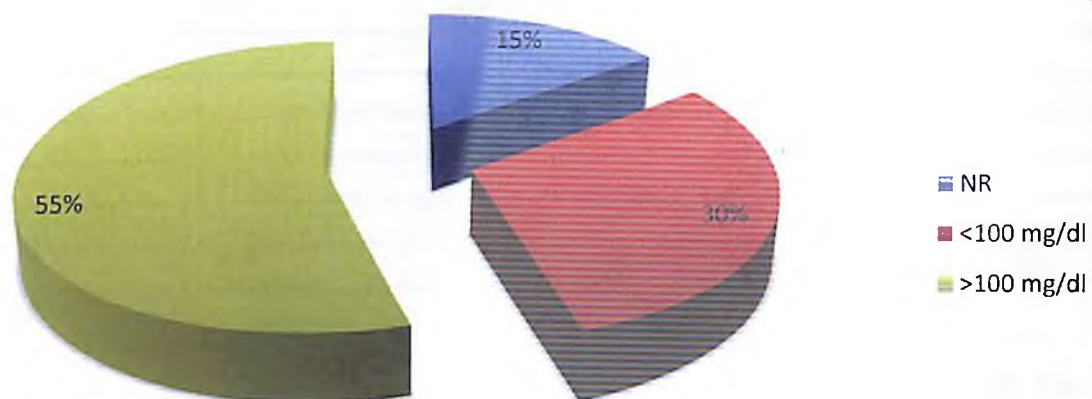
Fuente: Cuadro No. 11

Cuadro No.12				
Proteinuria relacionada a Preeclampsia.				
Proteinuria	Preeclampsia Leve		Preeclampsia Severa	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
NR	5	15	9	11
<100 mg/dl	10	30	26	34
>100 mg/dl	18	55	42	55
Total.	33	100	77	100

Fuente: IDEM

En este cuadro se observa que el diagnostico de Preeclampsia se realizó con una frecuencia de 55% (18 pacientes), Preeclampsia leve, 42 pacientes (55%), Preeclampsia severa con proteinuria >100mg/dl, donde solo 10 pacientes (30%) con Preeclampsia leve y 26 pacientes (34%), con Preeclampsia severa, cursaron con <100 mg/dl. No se le realizo proteinuria a 5 pacientes (15%), que padecieron Preeclampsia leve, ni a 9 pacientes (11%), de Preeclampsia severa. Tampoco fueron realizadas pruebas de proteinuria en orina.

Grafico No. 12
Proteinuria relacionada a Preeclampsia.



Fuente: Cuadro No. 12

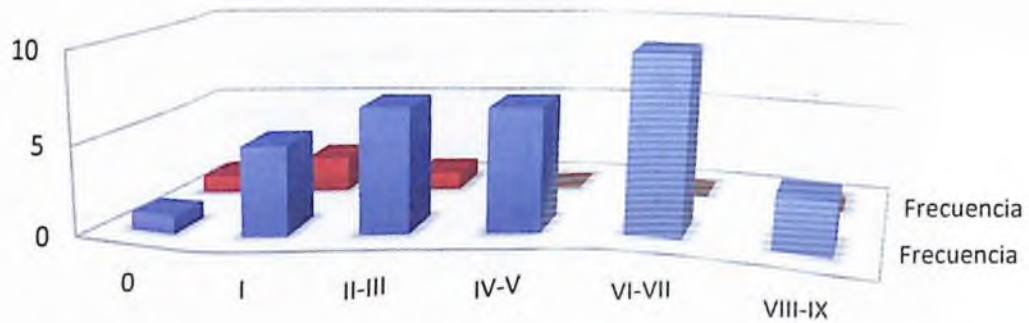
Cuadro No.13				
Relación entre chequeo prenatal y complicaciones en Preeclampsia leve.				
Numero de Chequeo			Complicaciones	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	1	3	1	25
I	5	15	2	50
II-III	7	21.5	1	25
IV-V	7	21.5	0	0
VI-VII	10	30	0	0
VIII-IX	3	9	0	0
Total.	33	100	4	100

Fuente: IDEM

En este recuadro en el que analizamos las complicaciones en relación a los chequeos prenatales en pacientes Preeclámpsica leve observamos que 1 paciente (3%), no tuvo chequeo, la cual se complicó constituyendo un 25% de las pacientes complicadas en este indicador.

Con un chequeo hubo 5 pacientes (15%), de las cuales se complicaron 2 pacientes (50%). Con 2-3 chequeos hubo 7 pacientes (21.5%), de las cuales se complicó 1 (25%), de 4-5 chequeos hubo 7 pacientes (21.5%), de 6-7 chequeos hubo 10 pacientes (30%), de 8-9 chequeos hubo 3 pacientes (9%). Observamos que a partir de 4-5 chequeos prenatales uno hubo complicaciones.

Grafico No. 13
Relacion entre chequeo prenatal y complicaciones en
Preeclampsia leve.



	0	I	II-III	IV-V	VI-VII	VIII-IX
■ Frecuencia	1	5	7	7	10	3
■ Frecuencia	1	2	1	0	0	0

Fuente: Cuadro No. 13

Cuadro No.14
Relación entre chequeo prenatal y complicaciones en Preeclampsia severa.

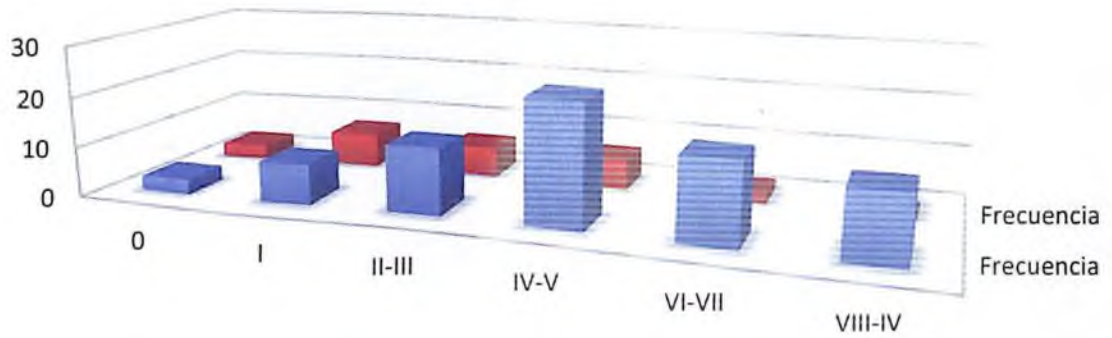
Numero de Chequeo			Complicaciones	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
0	3	4	3	13
I	8	10	7	29
II-III	13	17	6	25
IV-V	24	31	6	25
VI-VII	16	21	2	8
VIII-IV	13	17	0	0
Total.	77	100	24	100

Fuente: IDEM

En este cuadro que hace referencia a complicaciones de las pacientes con Preeclampsia severa, asociada a los chequeos prenatales se evidencia que hubo 3 pacientes sin chequeos (4%), las cuales se complicaron, constituyendo el 13% de las complicadas en este indicador. Con un chequeo hubo 8 pacientes (10%), de las cuales se complicaron 7 pacientes (29%) y fue la de mayor frecuencia en complicaciones. De 2-3 chequeos hubo 13 pacientes (17%), de las cuales se complicaron 6 (25%). De 4-5 chequeos hubo 24 pacientes (31%), de las que presentaron complicaciones 6 pacientes (25%).

Observamos que de las que tuvieron 6-7 chequeos 16 pacientes (21%), 2 pacientes (8%), presentaron complicaciones, no así, las que tuvieron 8-9 chequeos 13 pacientes (17%).

Grafico No. 14
Relacion entre chequeo prenatal y complicaciones en
Preeclampsia Severa.



	0	I	II-III	IV-V	VI-VII	VIII-IV
■ Frecuencia	3	8	13	24	16	13
■ Frecuencia	3	7	6	6	2	0

Fuente: Cuadro No. 14

Conclusión

VIII.CONCLUSION.

Luego de dar término a esta investigación, sustentada en los pilares del método científico, se concluyen los resultados arrojados por la misma afirmando que:

- En el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal, la totalidad de pacientes embarazadas atendidas es de aproximadamente 17,875 pacientes anuales, de las cuales el número de pacientes Preeclámpicas fue de 110, por lo que se consideran mínimos los casos de Preeclampsia con relación a la totalidad anual.
- La Preeclampsia en el dpto. de maternidad del Hospital Juan Pablo Pina, afecta a pacientes jóvenes, en mayor número en edades entre 19 y 29 años.
- El aumento de la incidencia de Preeclampsia está íntimamente al bajo nivel educacional.
- La Preeclampsia ocurre más frecuentemente en pacientes de bajos recursos económicos y en las que habitan en la zona rural.
- Las pacientes que cursan con Preeclampsia tuvieron un bajo número de chequeos prenatales.
- Los factores de riesgo que podemos asociar con las pacientes Preeclámpicas son: las primigravidas, bajo nivel académico, ubicación en la zona rural, bajo número de chequeos prenatales, entre otros.
- Los niveles tensionales diastólicos más frecuentes en pacientes Preeclámpicas fueron entre 90 y 109 mmhg, para Preeclampsia leve, y mayor de 120 mmgh, para Preeclampsia severa.
- El edema fue uno de los factores que tuvo mayor influencia clínica en la sospecha de diagnóstico de Preeclampsia.
- Las complicaciones que se encontraron con más frecuencia fueron: sufrimiento fetal agudo e inminencia de eclampsia.

- El número de pacientes Preeclámpticas que tuvo mayor frecuencia de complicaciones fue el que curso con el menor número de chequeos prenatales.

Recomendaciones

Referencias Bibliográficas

X.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Gary, Cunningham, Paul C., Macdonald. **Obstetricia de Williams**, 4 edición, impresora Perts Press, Oaxaca México DF Año 1995.
2. Sweitm, Fryersg. **Repaso: uso de aspirina en preeclampsia**. J.obstet gynecol 1990; 10-, 467-82.
3. Sydmons, Em. **La renina y angiotensina en el embarazo, hipertensión en el embarazo**.i.haka new york, perinatología 1988,97-8.
4. vigil de g,pe col. **Diferencias en preeclampsia, síndrome de HELLP y eclampsia**. Ginecoobstetricia de Mexico, 1996;64,377.
5. Voto Is, Lapidusamj, Waisman R, Salgueiro A, Quiroga C. **Valor clínico de la proteinuria en los embarazos complicados con hipertensión arterial**. Oglá 1988; 46:203-6.
6. Beck Alfred **Practica de obstetricia**. 4ta edición. Impreso en Mexico por Williams Y Wilkin Company, Baltimore, USA, 1997 475-479.
7. Departamento de enseñanza Materninad San Lorenzo de los Mina, revista médica del centro materno infantil san Lorenzo de Los Mina, volumen 1 Agosto Febrero 1993.
8. Sibaibm. **Current problems in obstetrics, gynecology and fertility** January February, 2002. www.portalesmedicos.com, www.nefrored.com.
9. D.Branchy Thntporter. **Trastornos hipertensivos del embarazo**. 5ta edición Mexico 1998 325-340.

Anexos

XI. ANEXOS.

XI.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Actividades	Marzo 2014	Abril 2014	Mayo 2014	Junio 2014	Julio 2014	Agosto 2014
Selección del tema						
Búsqueda de referencias Bibliográficas.						
Factibilidad.						
Aprobación por autoridades.						
Elaboración de ante proyecto.						
Sometimiento y aprobación académica.						
Recolección, tabulación y análisis de la información.						
Redacción y revisión del informe.						
Encuadernación.						
Imprevistos.						
Exposición y defensa.						

XI.2. PRESUPUESTO.

Recursos.		Cantidad.	Precio.	Total.
Humanos	Sustentantes	1	RD\$ 300,000.00	RD\$ 300,000.00
	Asesores	1	RD\$ 40,000.00	RD\$ 40,000.00
	Archivista	1	RD\$ 2,000.00	RD\$ 2,000.00
	Digitador	1	RD\$ 5,000.00	RD\$ 5,000.00
	Encuestadores	1	RD\$ 3,000.00	RD\$ 3,000.00
Equipos y materiales	Computadora	1	RD\$ 40,000.00	RD\$ 40,000.00
	Laptop	1	RD\$ 35,000.00	RD\$ 35,000.00
	Memoria USB	2	RD\$ 1000.00	RD\$ 2,000.00
	Cartuchos	2	RD\$ 1,200.00	RD\$ 2,400.00
	Papel Bond	2 Resmas	RD\$ 400.00	RD\$ 800.00
	Pale Mistique	1 Resma	RD\$ 500.00	RD\$ 500.00
	Lápiz y Bolígrafo	1 Docena	RD\$ 10.00	RD\$ 120.00
Recolección de información	Compra de libros	2	RD\$ 2000.00	RD\$ 12,200.00
		1	RD\$ 200.00	
		1	RD\$ 8000.00	
	Adquisición de revistas	7	RD\$ 286.00	RD\$ 2002.00
	Fotocopias	Varias	RD\$ 2000.00	RD\$ 2000.00
	Otros Documentos	Varios	RD\$ 2000.00	RD\$ 2000.00
Económicos	Encudernación	8 Tomos	RD\$ 500.00	RD\$ 4000.00
	Alimentación	40 Servicios	RD\$ 100.00	RD\$ 4000.00
	Taxi	10 Servicios	RD\$ 150.00	RD\$ 1,500.00
	Imprevistos	5 %	RD\$ 7,926.00	RD\$ 7,976.00
Total.				RD\$466,498.00

XI.3 BREVE HISTORIA.

El Hospital Regional Juan Pablo Pina de San Cristóbal tuvo su origen a finales del año 1930 luego que el ciclón de San Zenón provocara innumerables daños en el área de la salud en la comunidad. Antes solo existía un consultorio médico asistido por un médico residente en Santo Domingo.

Este primer hospital fue creado en una “casa de dos niveles pintada de amarillo con apenas 10 camas”. Este hospital estuvo ubicado en la hoy llamada calle Modesto Díaz.

Llevo el nombre del “Ilustre Educador Héroe y Prócer Juan Pablo Duarte”. Su primer director lo fue el Dr. Gerardo Martín y luego el Dr. Rafael Miranda.

Posteriormente se le otorgo el nombre de Juan Pablo Pina ya que dicho prócer, quien era hijo del destacado Trinitario Pedro Alejandrino Pina y Doña Micaela Rozón, ocupó en San Cristóbal diferentes posiciones estatales donde tuvo una participación muy destacada, entre ellas: Alcalde comunal y constitucional, jefe de armas, oficial del estado civil, presidente del ayuntamiento, director del registro de propiedad, fundador del teatro de San Cristóbal, ciudad donde falleció el 22 de Junio del 1912.

El hospital que daba servicio a San Cristóbal, a través del tiempo fue trasladado a diferentes lugares, entre ellos, al Municipio de Haina, cuyas ruinas del edificio donde se alojó están en el barrio El Centro, cerca del cuartel de la policía.

En febrero del 1945 fue inaugurado el edificio de 3 niveles que hoy ocupa el hospital en el cual entonces había 250 camas.

Su ubicación geográfica: al Este la calle Santome, Oeste calle Juan Tomás Díaz, Norte calle Manuel María Seijas y al sur calle Presidente Billini.

A partir del 1961 las monjas de la Congregación Eclesiásticas Dominicana laboraron en el hospital desempeñando las funciones de administración, gerencia, supervisión, enfermería, entre otras, que durante 27 años ejercieron con gran humanismo, moralidad, desempeño, recordado con vehemencia por el pueblo de San Cristóbal.

Se informa que las monjas se retiraron en 1978 para “dejarle el camino abierto al desempeño de sus funciones a los diversos partidos políticos en turno”.

El 15 de agosto del 1955 fue inaugurada la parte oeste del hospital un moderno edificio para esa época destinado a corregir y erradicar las enfermedades

infectocontagiosas y preventivas. De manera que este fue jugando y llenando su papel, pues dicha institución luchó y erradicó en esta ciudad benemérita la malaria y la tuberculosis.

En agosto del 1966 fue integrada al hospital la unidad sanitaria denominada Centro Integrado Juan Pablo Pina.

En el 2012 fueron construidas, inauguradas y puestas al servicio de la población una moderna emergencia y un moderno departamento materno infantil el cual está provisto de espacio físico, equipamientos, áreas quirúrgicas, salas muy modernas y avanzadas, provistas de mucho cuidado e higiene, una alta calidad de los servicios ofrecidos por el equipo de salud y personal de apoyo, donde se asisten al año según las estadísticas una población general de embarazadas de 17,875, de las cuales 6,642 son adolescentes.

Una atención al parto de 5,375 partos en general, de los cuales 1,856 son partos realizados a pacientes adolescentes.

Actualmente este es un hospital regional de 3er nivel, que recibe referencias de Bani, Ocoa, Palenque, Haina, Villa Altagracia, San Cristóbal. Posee aproximadamente 300 camas.

Ofrece los servicios médicos especializados: Medicina Familiar y Comunitario, Consulta General y Externa, Medicina Interna, Sala de emergencia, Departamento Materno Infantil, Pediatría, Cardiología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Ginecología, Epidemiología, Ortopedia, Urología, Gastroenterología, Dermatología, Neumología, Endocrinología, Maxilofacial, Cirugía Plástica, Cirugía Cardiovascular, Fisiatría, Servicios de Salud Mental, Servicio de Salud Dental, Saneamiento Ambiental Urbano y Rural, Clínica Venereología, Laboratorio Clínico y Banco de Sangre, Rayos X, Sonografía, Farmacia, entre otros.

Fuente: Dirección del Hospital y Departamento de estadística del Hospital.

XI.4 FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Complicaciones inmediatas en pacientes preeclámpticas en el Hospital Juan Pablo Pina de San Cristóbal. Durante el periodo Diciembre 2012 a Diciembre 2013.

Edad:

< 18 ____

19-29 ____

>30 ____

Escolaridad:

Primaria ____

Secundaria ____

Universitaria ____

Ocupacion: _____

Procedencia:

San Cristobal ____

Otros _____

Habitos toxicos:

Alcohol ____

Café ____

Tabaco ____

Te ____

Chequeo Prenatal:

0 ____

1 ____

2-3 _____
4-5 _____
6-7 _____
8-9 _____

Número de embarazos:

1 _____
>2 _____
>5 _____
>10 _____

Edad Gestional:

< 20 Semanas _____
20-37 Semanas _____
>37 Semanas _____

Niveles tensionales diastólicos

>90 _____
90-109 _____
110-119 _____
> 120 _____

Proteinuria:

Rn _____
<100mg\dl _____
>100mg\dl _____

Edema:

+ _____
++ _____
+++ _____

Complicaciones:

S.Hell _____

IRA _____

CID _____

DPPNI _____

Muerte Materna _____

Otros _____

XI.5 IMÁGENES DEL HOSPITAL.







Evaluación

Dra. Angela Sierra Feliz
Med. Familiar
Sustentante

[Handwritten signature of Dra. Ángela Mericy Sierra Feliz]

Dra. Ángela Mericy Sierra Feliz

Asesores:

[Handwritten signature of Dra. Claridania Rodríguez]

Dra. Claridania Rodríguez

[Handwritten signature of Dra. Clara Quezada]


Dra. Clara Quezada

Jurados

[Handwritten signature]

Autoridades


[Handwritten signature of Dr. José Luis Luna Contreras]

Dr. José Luis Luna Contreras
Director General De Residencias Médicas
Y Postgrado del Ministerio de Defensa.


[Handwritten signature of Dr. Manuel Fernández Martínez]

Dr. Manuel Fernández Martínez
Jefe de Enseñanza del Hospital
Central de las Fuerzas Armadas.

[Handwritten signature of Dra. Sofía Margarita Gómez de Chacón]

Dra. Sofía Margarita Gómez de Chacón
Coordinadora de la Residencia de
Medicina Familiar y Comunitaria del
Hospital Central de las Fuerzas Armadas

[Handwritten signature of Dr. José Javier Asilis Zaiter]

Dr. José Javier Asilis Zaiter
Decano Facultad Ciencias de la Salud



Fecha de Presentación: 12/11/2015
Calificación: 95