



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en
gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 –
2016**

**INFORME DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

AUTOR

BR. OBST. HÉCTOR COVEÑAS VÍLCHEZ

TUMBES – PERÚ

2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

INFORME DE TESIS

**Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en
gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 –
2016**

AUTOR

Br. OBST. HECTOR COVEÑAS VILCHEZ.

TUMBES, PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios por ser el forjador de mi camino, por ser mi guía permanente, por brindarme la sabiduría, fortaleza para culminar una de mis metas.

A mis amados padres por brindarme su apoyo día a día, mis logros se los debo a ustedes.

A mis hermanos por el apoyo incondicional que me brindaron durante todo este trayecto de mi carrera.

A mis asesores, docentes que contribuyeron en este largo camino.

AGRADECIMIENTO

A la Plana Docente de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes, por sus valiosas enseñanzas y experiencias brindadas durante nuestra formación profesional.

De manera especial a mis asesores Mg. Lilia Huertas Yman, Mg. Jhon Ypanaque Ancajima; por sus orientaciones, asesoría y valioso aporte profesional en la realización del presente proyecto.

A todos los obstetras por las facilidades brindadas y por su apoyo en la ejecución de esta investigación.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, egresado de la Escuela de Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes, Br. Obst. Héctor Coveñas Vilchez declaro ser autor de la tesis titulada Preeclamsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016; y que los resultados reportados en esta investigación, son producto de mi trabajo con el apoyo permitido por asesores en cuanto a su concepción y análisis.

Asimismo, declarar que hasta donde conocemos, no contiene material previamente publicado o escrito por otras personas, excepto donde se reconoce como tal, a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmo que cualquier información presentada sin citar a un tercero, es de nuestra autoría.



BR. OBST. COVEÑAS VILCHEZ HECTOR
EJECUTOR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Creada por Ley N° 24894 - 11 de Octubre de 1988
Ciudad Universitaria - Barrio Pampa Grande
Av. Tumbes N° 863
Tumbes - Perú

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA AL BACHILLER: COVEÑAS VILCHEZ, HECTOR

En los ambientes de la Escuela de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Tumbes, ubicada en la Av. Tumbes siendo las 20:00 horas del día viernes 30 de noviembre del 2018, se reunieron los miembros de jurado calificador: **Dr. Cesar Augusto, Noblecilla Rivas** (Presidente), **Mg. Cesar William, Luciano Salazar** (Secretario) **Lic. José Miguel Silva Rodríguez** (Vocal) y **Mg. Lilia Huertas Yman** (Asesora) y **Mg. Jhon Ypanaque Ancajima** (Co-Asesor) con el propósito de evaluar y calificar la sustentación de Tesis titulada: **Pre eclampsia y su relación con el parto Pre termino en gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes 2015 - 2016**. Presentado por el Bachiller en Obstetricia: **Coveñas Vilchez, Héctor**.

Luego de la exposición del Bachiller, los miembros de jurado procedieron a las preguntas pertinentes.

- Siendo las 20:45, horas del mismo día, se dio por concluida la exposición, invitando al Bachiller a retirarse del recinto en espera de su calificativo.
- Después de las deliberaciones y realizada la votación se obtuvo el siguiente calificativo:

NOMBRE

CALIFICATIVO.

COVEÑAS VILCHEZ HECTOR

BUENO

De inmediato se comunica el resultado de la evaluación.

- Siendo las 21:05 horas se dio por concluido el acto.
- Para mayor constancia firmamos la presente acta.



Dr. Cesar Augusto, Noblecilla Rivas
Presidente



Mg. Cesar William, Luciano Salazar
Secretario



Lic. José Miguel Silva Rodríguez
Vocal.



Mg. Lilia Huertas Yman
Asesora

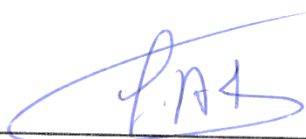


Mg. Jhon Ypanaque Ancajima
Co-Asesor

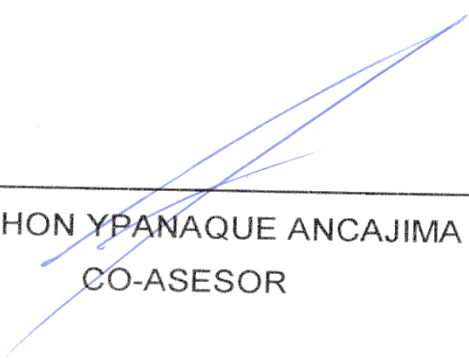
RESPONSABLES



BR. HECTOR COVENAS VILCHEZ
EJECUTOR



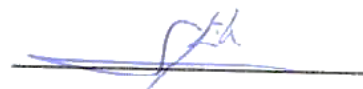
MG. LILIA HUERTAS YMAN
ASESORA



MG. JHON YPANAQUE ANCAJIMA
CO-ASESOR

JURADO DICTAMINADOR

Mg. Cesar Noblecilla Rivas



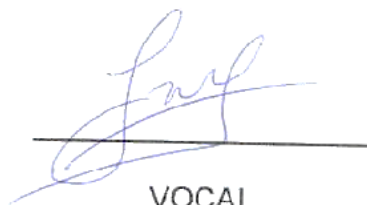
PRESIDENTE

Dr. William Luciano Salazar



SECRETARIO

Lic. José M. Silva Rodríguez



VOCAL

ÍNDICE

	Páginas
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
II. ANTECEDENTES	18
III. MARCO TEÓRICO	21
IV. MATERIAL Y MÉTODO	30
V. RESULTADOS	34
VI. ANALISIS Y DISCUSIÓN	37
VII. CONCLUSIONES	39
VIII. RECOMENDACIONES.	40
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	41
X. ANEXOS.	48

RESUMEN

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo cuantitativa – descriptiva correlacional, cuyo objetivo fue determinar la relación de la preeclampsia y el parto pretérmino en gestantes del hospital regional de Tumbes II-2 2015-2016. Para ello se analizaron 80 historias clínicas de gestantes con parto pretermino y preeclampsia y que además cumplieron con los criterios de inclusión. Dentro de los resultados obtenidos el 80% del total de partos prematuros corresponde a prematuros moderados o tardíos, el 10% corresponde a prematuros extremos; así mismo el 10% fue muy prematuro. Además el 85% presentaron preeclampsia leve y el 15% de las gestantes presentaron cuadros severos de preeclampsia. Al análisis de relación entre variables se concluye que no existe significancia estadística para establecer la relación entre la preeclampsia y parto pretérmino $p = 0.952$ ($p > 0.05$) IC 95%.

Palabras claves: Preeclampsia, Parto prematuro, Gestantes

ABSTRACT

The present study corresponds to a type of quantitative research - descriptive correlational study, whose objective was to determine the relationship between preeclampsia and preterm delivery in pregnant women of the regional Hospital of Tumbes JAMO II-2 2015-2016. This 80 stories discussed preterm clinics pregnant women with birth and preeclampsia and that also met the inclusion criteria. Within the results described that 80% of the total number of preterm births is preterm moderate or late, 10% at the same time corresponds to premature ends and very premature. In addition 85% presented mild preeclampsia and 15% of the pregnant women showed severe pre-eclampsia pictures. Analysis of relationship between variables, it is concluded that you there is statistical significance to establish the relationship between preeclampsia and preterm delivery $p = 0.952$ ($p > 0.05$) 95% CI.

Key words: Pre-eclampsia, preterm birth, pregnant women

I. INTRODUCCIÓN.

Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (THE), en sus diferentes presentaciones clínicas, continúa siendo un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, por su asociación con la morbilidad y mortalidad materno fetal incrementada. Dentro de los THE se encuentra la preeclampsia (PE) que es un trastorno multisistémico de etiología desconocida pero mayormente es asociada a una invasión anormal superficial del citotrofoblasto en las arterias espirales durante la placentación; representa una de las causas más importantes de morbimortalidad materna y perinatal en el mundo, si se diagnostica tempranamente, y se toman las medidas adecuadas, resultaría una reducción significativa de los desenlaces adversos¹.

Aunque la mortalidad materna debido a esta enfermedad continúa siendo más alta en los países en vías de desarrollo a diferencia de los países desarrollados, no se escatiman esfuerzos en la búsqueda de tratamiento oportuno y adecuado para disminuir estas tasas. En algunos casos los medios que originan esta enfermedad no están totalmente definidos, los protocolos para la atención de la PE no están actualizados o el manejo no es oportuno por ser una enfermedad compleja, donde los factores genéticos asociados a otros factores, determinan los síntomas para desarrollar la PE¹.

En una encuesta global realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre los años 2004-2005 en Latinoamérica y África se observó, que en los países desarrollados la PE afecta alrededor de 1 de cada 2.000 partos, mientras que en los países en desarrollo estas cifras varían desde uno en 100 a uno en 1.700 partos. En el mundo se registró que cada año, más de 4.000.000 de mujeres desarrollaron PE, un promedio de 600.000 mujeres mueren a causa de ello, más del 90 % de esos casos ocurrieron en países en desarrollo, datos que se publicaron en el trabajo realizado por López en el año 2007 ².

En los diversos estudios que realizaron a nivel internacional como nacional, incluyendo los de Morales y Ajito, describen los factores de riesgo relacionado a la PE. La información de la PE, ha permitido la prevención y la intervención oportuna de esta patología, para mejorar la salud materna y fetal; entre los factores de riesgo se encuentran: La primigravidez, embarazo múltiple, edad materna mayor de 35 años o menor a 15 años, deficiencia de controles prenatales, hipertensión arterial crónica, diabetes gestacional, obesidad, historia familiar o personal de PE, diabetes pregestacional, hipertensión gestacional, historia familiar de hipertensión^{3,4}.

Toda fémina en estado gravídico puede cruzar un cuadro de complicación de manera inesperada ya sea en el estado gestacional en el parto o periodo de puerperio. Aunque la accesibilidad a los servicios de salud sea cercana de alta calidad, aun la mortalidad esta presente en un incremento, relacionándolo con las complicaciones como la preeclampsia, seguido de la eclampsia, síndrome de HELLP, entre otros⁵.

El producto de la concepción de madre con preeclampsia presenta un singular riesgo de finalizar su embarazo con un recién nacido de bajo peso para su edad gestacional, con probabilidades de adaptación extrauterina⁶. En el 2013 en Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) realizó una recopilación de datos estadísticos de los años 2002-2011 sobre las causas de mortalidad materna, donde los trastornos hipertensivos ocupaban el segundo lugar, con un porcentaje de 23.3%, siendo la mortalidad materna debida a la PE de 237 por cada 10 000 recién nacidos ⁷.

Existe epidemiológicamente una elevada asociación entre el infante nacido de manera prematura y antes de las 37 semanas y la PE. Así mismo, el antecedente de parto pretérmino, el deficiente control prenatal o la nula intervención del profesional ante la etapa del embarazo, índice de la masa corporal fuera del rango normal, edad de la madre gestante, están considerados con factores de riesgo de importancia para el parto pretérmino. Las gestaciones múltiples, la incompetencia del cérvix, las placentas anormalmente, anomalías uterinas y cervicales, la evidencia de hemorragias

en los últimos trimestres, la presencia de infecciones maternas son factores altamente probables de alterar la salud y el estado normal del embarazo ⁹.

Algunos datos estadísticos reflejan la magnitud del problema, es así que en Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) de Perú, Morales, realizó una investigación de casos y controles sobre los probables riesgos asociados a PE, en el período abril - junio del 2010, la incidencia de PE fue del 10.8% del total de partos atendidos³.

En relación al Parto Pretérmino (PPT) es una de las complicaciones muy frecuentes de la PE, siendo una causa importante de muerte perinatal. Lykke, realizó un estudio en Dinamarca en los años 1987-2007, donde halló que la PE incremento la probabilidad de desarrollar el parto pretérmino entre 32 y 36 semanas de embarazo siendo el 1.1 al 1.8% de todos los partos atendidos en Rigshospitalet ⁸. En Perú, Ajito, realizó una investigación en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati en el año 2005, obtuvo como resultado 290 casos de pacientes que tuvieron parto pretérmino asociados a preeclampsia⁴.

En el Instituto Materno Perinatal (IMAPE) en el 2010, se presentó 65% de las muertes neonatales, excluidas las malformaciones congénitas, se debe al nacimiento de niños pretérminos. Esta preocupación y problema se engrandece cuando se evidencia que la morbilidad neonatal y sus secuelas, habitualmente son problemas neurológicos que alcanzan cifras entre 15 y 50% de los que logran permanecer con vida. Las medidas que se tomen para reducir y prevenir el parto pretérmino se verán reflejados en la mejoría de la tasa reducida de casos de morbimortalidad perinatal ¹⁰.

El problema de la prematuridad ha ido en incremento en nuestro país, ya que según el MINSA la tasa de prematuridad paso de 15.2% en el año 2011 hasta 19.6% en el 2015 (29% mayor)⁴. En el Hospital Regional de Tumbes II-2, en el Servicio de Gineco-Obstetricia según la unidad de estadística e informática se han presentado 213 casos de Preeclampsia en los años 2015 al 2016 ¹¹.

En ese contexto fue conveniente desarrollar esta investigación, planteándose como interrogante: ¿Cuál es la relación entre la preeclampsia y el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Tumbes II-2 2015 -2016? y con el fin de responder problema se formuló como objetivo general: Determinar la relación de la preeclampsia y el parto pretérmino en gestantes del Hospital regional de Tumbes II-2 2015-2016.

Así mismo, en el estudio se plantearon como objetivos específicos: Identificar si la preeclampsia leve está relacionada con el parto pretérmino en gestantes del Hospital regional de Tumbes II-2 2015-2016, identificar si preeclampsia severa está relacionado con el parto pretérmino en gestantes del Hospital regional de Tumbes II-2 2015-2016.

El presente trabajo se justifica por su magnitud, en vista que la incidencia de la preeclampsia según la OMS en el 2010, fue de 5 a 10% de los casos de gestación a nivel mundial, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces superior en los países en vías de desarrollo. En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%^{12,13}.

En el 2013, la Oficina de Estadística e Informática del Instituto Nacional Materno Perinatal, registró que, en el Perú, que la PE constituye la segunda causa de muerte materna, con el 32%. Del mismo modo, la mortalidad perinatal por PE es alta, y unas de las causas primordiales es la prematuridad. Se registró que la mortalidad perinatal ha ocurrido entre 1% al 7% de los recién nacidos de madres con PE^{14, 15}.

El presente trabajo de investigación constituirá un elemento fundamental para determinar la relación de la preeclampsia con el parto pretérmino ya que es de gran importancia e interés, a la vez se pretende dejar un aporte científico para la continuidad de otros estudios semejantes que argumenten con más claridad las complicaciones de estas patologías, basándose en conceptos y en la aplicación de la teoría, originando nuevas estrategias para disminuir y colaborar con un destacado conocimiento que guiará las acciones pertinentes y asertivas de todo profesional de la salud en nuestro medio acerca de la

preeclampsia y tema de preocupación cada vez mayor en el Hospital Regional de Tumbes II-2.

De acuerdo con los objetivos de la investigación, los resultados obtenidos permitirán encontrar soluciones concretas a problemas que puedan generar la preeclampsia relación al parto pretérmino. A la vez los datos, servirán para influir en la planificación y en la política de salud, y generar un modelo de atención que nos ayude a superar los cuadros de morbilidad materno-perinatal. El estudio de investigación está orientado en la búsqueda documental y bibliográfica, para determinar la información más conveniente que permitan dar respuesta a las preguntas clínicas y asegurar que las recomendaciones estén basadas en la mejor evidencia posible, no habiendo realizado estudios de relación entre ambas variables.

La utilidad metodológica de esta investigación se basa en que los resultados de este estudio se presentarán a las autoridades del Hospital Regional de Tumbes II-2, para que, de este modo se cuente con una referencia para la propuesta de nuevas estrategias y lineamientos para lograr la disminución de casos de preeclampsia y parto pretérmino.

II. ANTECEDENTES

En el contexto internacional se cita a:

Ovalle et al¹⁶ (chile 2015), en su investigación realizada en el Hospital San Borja Arriarán, un estudio retrospectivo de 642 partos únicos pretérmino a la edad gestacional de 22 a 34 semanas. Obtuvo como resultado 94 partos pretérminos asociados a la hipertensión medicamente indicados, de un total de 127 partos pretérminos (preeclampsia en 62% e hipertensión crónica en 12%) y en 29% (preeclampsia 24%) de productos de la concepción de 30 semanas de edad gestacional.

Cedeño R¹⁷ (Ecuador - 2015), en su investigación realizada en el Hospital Napoleón Dávila Córdova cuyo objetivo fue determinar la incidencia de la preeclampsia en mujeres embarazadas nulíparas y su relación con el parto pretérmino, tuvo como población de estudio a 405 pacientes gestantes nulíparas diagnosticadas con preeclampsia. Los resultados del estudio determinaron que la mayoría de las pacientes embarazadas nulíparas con preeclampsia que fueron evaluadas, fueron mujeres menores de 20 años de edad (43%), de las cuales terminaron en parto pretérmino (54%) entre 34 a 36 semanas de embarazo (47%) y con neonatos vivos (93%). Además, se identificó que de todos los embarazos el total de partos prematuros como consecuencia de la preeclampsia fue del 36%.

En el contexto nacional se describe a:

Olortegui M²¹ (Trujillo – Perú 2005), en su trabajo de investigación ejecutado en el Hospital Belén de Trujillo, seleccionó 252 historias clínicas como muestra de estudio que culminaron el embarazo en parto pretérmino. Los resultados fueron que de las 63 embarazadas que desarrollaron preeclampsia leve (grupo expuesto), tuvieron recién nacidos pequeños para la edad gestacional solo una cantidad de 22 de las 63 pacientes, de las 189 gestantes con presión arterial normal (grupo no expuesto) tuvieron recién nacidos pequeños para la

edad gestacional un grupo de 40 gestantes del grupo no expuesto. El grupo no expuesto tubo una incidencia de 21.13%, con el 1.6% de riesgo relativo, con el intervalo de confianza de 95% de $<1,04-2,47>$ ($p<0,05$), por último, la prueba de comparación de proporciones dio un $z=2.1961$ ($p<0.05$) y el Chi cuadrado fue de 4.8204 con un $p=0.0281$ ($p<0.05$).

Vásquez A ¹⁹(Trujillo – Perú 2010), en el 2010 mediante su estudio denominado: Antecedente de parto pretérmino por preeclampsia en el primer embarazo como factor de riesgo asociado a la recurrencia de preeclampsia. Tubo como muestra 51 historias clínicas de usuarias que desarrollaron parto pretérmino asociado a la preeclampsia en su primera gestación además reviso 192 historias clínicas de gestantes que culminaron su primera gestación a término y que tubo complicaciones con la preeclampsia, como resultados se observó que la recurrencia de preeclampsia fue de 12 (23.5%) para el grupo expuesto y 23 (11.9%) para el grupo no expuesto, con diferencias significativas ($RR=1.96$, $IC\ 95\% < 1.05-3.67 >$ $P < 0.05$). concluyendo que existe asociación significativa entre el antecedente de parto pretérmino por preeclampsia en la primera gestación.

Guadalupe S ²⁰(Lima – Perú 2015), en su trabajo de investigación de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles desarrollada en el Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Se seleccionó a 400 gestantes con y sin parto pretérmino. Los resultados revelan que los factores de riesgo como los años de vida, estado civil, inadecuado control prenatal, la preeclampsia, infecciones de las vías urinarias, rotura prematura de membrana tienen un valor significativo de ($p< 0.5$). Además de ser factores de riesgo para parto pretérmino ($OR: 2.579$) e incluyeron a la paridad como parte de los factores de riesgo para presentar partos prematuros ²⁰.

Ahumada et al¹⁸ (Perú – 2016), en su estudio caso-control retrospectivo, realizado con el objetivo de determinar los factores de riesgo de parto pretérmino. Tuvieron como muestra 600 mujeres embarazadas que fueron atendidas en un hospital, estas fueron evaluadas donde 268 de estas mujeres culminaron su embarazo con recién nacidos pretérminos y 302 de estas

pacientes culminaron su embarazo a término. Los resultados describen que el parto pretérmino se relaciona con el insuficiente control prenatal (<6 controles) (OR ajustado= 3,2; $p < 0,001$), y preeclampsia (OR ajustado= 1,9; $P=0,005$). Concluyeron que los embarazos asociados a los factores de riesgo tienen una alta probabilidad de culminar esta etapa con recién nacidos pretérminos, ya que guardan una estrecha relación con el control prenatal insuficiente, ningún control prenatal, partos pretérminos y la preeclampsia.

A nivel local no se han reportado investigaciones similares, la búsqueda se realizó en el repositorio de ALICIA de CONCYTED y la biblioteca central de la Universidad Nacional de Tumbes (UNT).

III. MARCO TEÓRICO

Los trastornos hipertensivos en el embarazo (THE), se define como una Presión Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 y Presión arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, sin proteinuria, con un intervalo de 6 horas por primera vez durante el embarazo a partir de las 20 semanas de gestación. La presión arterial regresa a la normalidad antes de 12 semanas después del parto ^{21, 22}. Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (THE), establecen un inconveniente y un problema para la salud. Es la principal causa de muerte materna en los países desarrollados representado en 4 defunciones por 100 000 nacimientos y ocupa el tercer lugar en los países en vía de desarrollo representado por 150 o más defunciones por 100 000 nacimientos. En el recién nacido puede producir su muerte en el periodo fetal o neonatal, puede producir recién nacidos de bajo peso, hipóxico, apgar bajo, entre otros ²³.

Los THE se agrupan de diferentes maneras, es así que tenemos a la hipertensión inducido por el embarazo (HIE), Definida como la hipertensión arterial que se presenta después de las veinte semanas de edad gestacional. Se distinguen tres tipos: la preeclampsia, que es el cuadro clínico de hipertensión arterial gestacional $\geq 140/90$ mmHg asociado a proteinuria ≥ 300 mg/24 horas y edemas. La segunda que es la eclampsia, que se caracteriza por la aparición de convulsiones en gestantes que manifiestan preeclampsia y que tengan ausencia de otras causas como por ejemplo epilepsia, hemorragia intracraneana por ruptura de aneurisma, otros. Y ultima es el síndrome de HELLP, donde existe presencia de hemolisis, aumento de enzima hepática y la disminución de plaquetas en gestantes con Preeclampsia y Eclampsia ²¹.

Tenemos a la hipertensión arterial crónica que es por cualquier causa. Incluye a las mujeres con hipertensión arterial preexistente, presión arterial $\geq 140/90$ mmHg que se evidencia antes de cumplir veinte semanas de embarazo, Hipertensión arterial que persiste más allá de la 6ta semana postparto. Así mismo a la hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida,

descrita como el desarrollo de preeclampsia o eclampsia en mujeres en condición de paciente con hipertensión arterial crónica y por último a la hipertensión tardía y transitoria, que se determina por la aparición de hipertensión leve en las primeras veinticuatro horas del puerperio que es el periodo que inmediatamente procede del parto y desaparece a los 10 días de este periodo ^{12,21}.

Es así que, en la preeclampsia, la presión arterial sistólica (PAS) es mayor a 140 mmHg o la presión arterial diastólica (PAD) es mayor a 90 mmHg, siendo requerido la toma de la presión de manera recurrente o lecturas repetitivas durante horas de evaluación pudiendo ser en el día en el consultorio y/o luego de un descanso hospitalario para confirmar la presión arterial anormal. Con respecto a la su definición, se argumenta que es la hipertensión que se evidencia después de las veinte semanas de edad gestacional. Observándose dentro de su cuadro clínico los siguientes factores las como: proteinuria, definida como la excreción de 300 mg o más de proteínas cada 24 horas. Si no hay disponibilidad de muestra de orina de 24 horas, proteinuria es definida como la concentración de proteínas de 300 mg. / litros o más (mayor o igual a 1+ en la prueba rápida de proteínas en orina) en al menos dos muestras de orina aleatorias con 4 a 6 horas de diferencia^{4,24}.

La preeclampsia (PE) se ha clasificado según su gravedad, en tal sentido tenemos a la preeclampsia leve, que es un desorden hipertensivo que se produce en el estado gestacional asociado a la proteinuria, edema en ciertas ocasiones además de anormalidades de las pruebas funcionales de la coagulación y/o hepáticas. Se expone después de las veinte semanas de edad gestacional y con mayor repetición al final del embarazo. Está caracterizada por PA de $\geq 140/90$ mmHg, en dos tomas de presión arterial con un intervalo de cuatro horas cada uno asociado a una proteinuria en orina igual o mayor a 300 miligramos y menor a 5 gramos en 24 horas ²⁵.

Tenemos a la preeclampsia severa que se caracteriza por la PA $\geq 160/110$ mmHg acompañado de 5 a más gramos de proteínas en orina en 24 horas además se presenta el edema masivo que se puede observar la zona de la

cara, extremidades, abdomen, pudiendo desarrollar ascitis incluso anasarca²⁶.

Además, se incluye la presencia de signos y síntomas de severidad como: trastornos cerebro visuales (cefalea, fotofobia, escotomas, nigntamo, tinitus, acúfenos), dolor en el hipocondrio derecho, hiperreflexia, cianosis; y de resultados de exámenes de laboratorios que evidencien: hemólisis con valores plaquetarios menores a 100 000 milímetro cubico, disfunción hepática con aumento de transaminasas, oliguria menor 500 mililitros en veinticuatro hora, edema agudo de pulmón e insuficiencia renal aguda²⁷.

En el ámbito de la epidemiología, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2008 considera la incidencia de la preeclampsia en 10 al 20% de gestaciones, la mortandad es de 5 veces mayor en los países en vías de desarrollo²⁴. En la guía de emergencias obstétricas la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna en Perú con el 10 % de muertes en periodo perinatal y el 15% de cesáreas²⁸.

El cuadro clínico según la gravedad se estima, para la preeclampsia leve ante la toma de presión arterial sistólica ≥ 140 y presión arterial diastólica ≤ 90 mmHg o incremento de la presión arterial sistólica en 30 mmHg o más, con aumento de la presión arterial diastólico en 15 mmHg o más sobre la basal, proteinuria en orina en veinticuatro horas con un valor de 3 a 5 gr/l o proteinuria cualitativa de trazas a 1 (+) en un test de ácido sulfosalicílico, importante es que no se presenta criterios de severidad^{26, 29}.

Para la estimación del cuadro en Preeclampsia Severa, se debe evidenciar: PAS ≥ 160 y PAD ≤ 110 mmHg o aumento de la PAS en 60 mmHg o más con elevación de la PAD en 30 mmHg o más sobre la presión arterial basal, proteinuria en orina de 24 horas con un valor de ≥ 5 gr/l en o puede expresarse en proteinuria cualitativa de trazas a 2 a 3 (+) que se realiza en el test de ácido sulfosalicílico, en este momento existen criterios de severidad tales como: trastornos cerebro visuales (cefalea, fotofobia, escotomas, nigntamo, tinitus o acúfenos), dolor en el hipocondrio derecho, hiperreflexia, cianosis, ascitis o

anasarca, Oliguria menor 500 ml en 24 horas, Edema agudo de pulmón, disfunción hepática, trastornos de coagulación, ganancia de peso > a 1 kg por semana ²⁸.

Además, se debe evaluar y valorar el estado de la placenta y el producto de la concepción o feto, puesto que la preeclampsia es una complicación que afecta no solo a la mujer en estado grávido, puede producir la muerte en el neonato, es más probable esta situación en preeclampsia que en embarazos que desarrollan solo hipertensión gestacional. Como ayuda diagnóstica se recomiendan los estudios como ultrasonido, pruebas bioeléctricas de vitalidad fetal, amnioscopia, flujometría Doppler, perfil biofísico y ecografía obstétrica ²⁵.

En relación a la valoración de esta complicación se requiere de la apertura y llenado correcto de la historia clínica cumpliendo con el criterio detallado para el apoyo médico en la toma de decisiones, para el adecuado control prenatal y oportuno con la identificación de factores de riesgo. En la realización de la anamnesis se recogen los antecedentes familiares, como antecedentes personales, de los embarazos anteriores, sus tomas de presión arterial y su variación si la usuaria contara con gestaciones anteriores. En casos de evidencias de Hipertensión arterial se describirá el año o tiempo en que se desarrolló esta alza de presión ²⁹.

En la evaluación del estado físico integra la valoración de la conciencia, se valora el estado cardíaco donde si se escuchara los tres o cuatro ruidos que manifieste insuficiencia cardíaca sería de interés e importante para el profesional médico o encargado de la atención para cumplir con el correcto llenado del documento médico legal. Considerar el edema en cara, manos y zona lumbosacra ya que es importante describirlo, el examen del estado del ojo que nos pueda evidenciar vasoconstricción arteriolar, además puede evidenciarse el brillo de la retina en pacientes con hipertensión arterial, la valoración del índice de masa corporal se requiere en las consideraciones de la historia clínica por su importancia ²⁹.

La anotación de las tomas de la presión arterial en el control prenatal rutinario, reconocer la presión arterial basal o su valor de presión arterial preconcepcional son parte de la evaluación pertinente para realizar las comparaciones del signo vital ante las periódicas y recurrentes visitas del control normal y oportuno del control prenatal regido por normas técnicas, de tal manera el profesional a cargo pueda diagnosticar y brindar el tratamiento oportuno, con acciones necesarias para salvaguardar la vida del binomio madre - hijo. Recordando ciertos criterios para evitar estímulos innecesarios ante la toma y control de la presión arterial. Como el frío, el ejercicio, dolor en alguna parte del cuerpo, vejiga llena entre otros estímulos. Esta valoración suma el desarrollo del feto mediante un correcto e ideal supervisión obstétrica²⁹.

Además del monitoreo fetal con autocontrol materno ante el control de movimientos fetales diariamente, test no estresante cada cuarenta y ocho horas, ecografía con perfil biofísico semanal, control en área de hospitalización (control de funciones vitales y evaluación obstétricas cada cuatro horas en hoja aparte), peso, proteinuria cualitativa diariamente y si se diagnostica preeclampsia severa por norma deberá iniciar el tratamiento correspondiente, comunicar y referir a la institución de mayor capacidad resolutive o a centro con funciones obstétricas y neonatales especializadas (FONE)²⁸.

En cuanto a las complicaciones y consecuencias, respecto a la madre, las féminas diagnosticadas con preeclampsia severa están predispuestas a presentar complicaciones como el edema pulmonar, problemas respiratorios, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, enfermedad vascular cerebral, crisis convulsivas entre otras complicaciones que ponen en riesgo al binomio madre - hijo²⁹.

Así mismo dentro de las complicaciones fetales se puede presentar: retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad, sufrimiento fetal muerte tardía, mortalidad neonatal, hipoglucemias, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia.,

infecciones, muerte neonatal, dificultad para crecer, dificultad de aprendizaje
26.

Ahora con respecto al parto pretérmino (PPT) la OMS, lo define como, aquel nacimiento a partir de las 22 semanas de gestación y menos de 37 semanas³¹. Se cataloga según las semanas de embarazo al momento de producirse el parto, es así que tenemos el prematuros extremos que se atribuye a las 22 a menor de 28 semanas, muy prematuros atribuido a las 28 a menor de 32 semanas de gestación y los prematuros moderados a tardíos de 32 a menor de 37 semanas de gestación ^{30, 31}.

Del mismo modo según la organización mundial de la salud ³², podemos clasificar el parto pretérmino en función del peso al nacimiento, bajo esta premisa tenemos a los fetos con bajo peso al nacer que se refiere a un peso menor de 2500 gramos, los recién nacidos con un muy bajo peso al nacer que tienen un peso menor a 1500 gramos y, por último, el recién nacido con un extremado bajo peso que da referencia a un peso inferior de 1000 gramos. La fisiopatología se relaciona con procesos infecciosos locales y sistémicos, debido a que se producen lisis de lisosomas en la placenta y decidua con liberación de fosfolipasa A2, la cual suelta ácidos grasos de los fosfolípidos intracelulares, especialmente el ácido araquidónico. Este ácido graso incrementa la síntesis de prostaglandina y la producción local de prostaglandinas, con el consecuente incremento de las contracciones uterinas en un estado grávido prematuro.

Las causas médicas que llevan a estrés fetal esta la insuficiencia placentaria, con hipoxia fetal, así como los trastornos de la placenta y las anomalías uterinas ³³. Por otro lado, la sobre distensión uterina como causa directa se ve reflejada en los embarazos múltiples o el polihidramnios, facilitando posiblemente los puentes de unión entre las células miometriales, para que se provoque las contracciones sincronizadas en el útero, el desarrollo de receptores para oxitocina en el miometrio y la maduración del cérvix, originando el parto pretérmino ³³.

La etiología del parto prematuro puede efectuarse y ser resultado del parto prematuro idiopático, el segundo es el parto prematuro por rotura de las membranas en gestaciones prematura, por último, por parto prematuro iatrogénico o por causa materna/fetal, estas situaciones clínicas son los causantes en un tercio de los casos que se presentan en los servicios y establecimientos de manera aleatoria ³⁴.

La OMS realizó una revisión de las tasas de prematuridad y de la morbilidad perinatal en los años 2003-2007, la incidencia de esta complicación sea preció en el año 2005 aproximadamente el 12,9 millón de partos prematuros, representando ante los nacimientos a nivel mundial el 9,6%. En África y Asia los casos fueron de 11 millones representados en el 85%. En Europa y América del Norte, excluyendo a México se registraron 0,5 millones de cada caso, en América Latina y el Caribe es de 0,9 millones.

Las tasas más elevadas de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%) ³⁵. Según la Oficina General de Estadísticas e Informática del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) el promedio de niños nacidos pretérminos entre los años 2005 a 2008 ha sido de 4% respecto al total de nacidos vivos, con un descenso lento en el año 2005 de 4.1%, en el 2006 de 4%, en el 2007 de 3.6% y por último en el 2008 de 3.3% ³⁴.

Para su diagnóstico se deben considerar ciertos criterios específicos para seleccionar mujeres con PPT como la Edad gestacional entre 22 - < 37 Semanas gestacional acompañado de cuatro contracciones uterinas cada veinte minutos o llegando a ser ocho contracciones cada 60 minutos con cambios cervicales del 50% o con una dilatación del cuello uterino mayor de 3 centímetros. Aún no determinado el umbral de la intensidad de las contracciones uterinas que dirijan a pensar a la gestante que el parto será prematuro ³⁶.

Las mejorías en el tratamiento de prematuros en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) han ayudado a mejorar su adaptación en el mundo

exterior. A inicios del periodo infantil se logra observar las complicaciones que desarrollan los niños ante al nacimiento de este por ser prematuro, esta situación incluye problemas respiratorios, problemas gastrointestinales, problemas en el sistema nervioso central, alteración en el sistema autoinmune, problemas con la audición y visión. Otras complicaciones que afecta a largo plazo son la parálisis cerebral, retraso mental y otras complicaciones que traen consigo dificultades en el desarrollo del aprendizaje, independencia, crecimiento, etc³⁷.

Los infantes nacidos antes de cumplir las 32 semanas de edad gestacional cuentan con la probabilidad más grande de muerte, los nacidos entre las 32 y 36 semanas de edad gestacional se enmarcan en el número de nacidos pretérminos, todavía están en riesgo más alto de presentar complicaciones en la salud y desarrollo cognitivo-motor, social etc. A comparación de otros niños nacidos a término.

Los problemas que pueden desarrollar estos niños pueden ser la ictericia, la glucosa en niveles bajos, hipocalcemia, distrés respiratorio, hemorragia intracraneal, enterocolitis necrosante, displasia broncopulmonar entre otras complicaciones que alteran su supervivencia. Los servicios de cuidados intensivos en neonatología van mejorando en su compromiso con la salud y recuperación, la etapa de gestación menor ha bajado alrededor de 25 semanas con un peso alrededor de 400 a 500 gramos. Como la probabilidad de daño cerebral y desarrollo tardío es alto si es que un infante sobrevive en este período³⁸.

Los factores asociados con parto prematuro podemos encontrar respecto a la madre están las edades extremas <15 y >35, la pobreza, el nivel sociocultural bajo, la desnutrición, el tabaquismo, anormalidades congénitas del útero, incompetencia del orificio externo, anemia, las enfermedades intercurrentes agudas o crónicas (tuberculosis, infecciones del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual, infecciones vaginales), en relación a los anexos fetales están las anormalidades estructurales de la placenta, polihidramnios, oligohidramnios, rotura prematura de membranas, corioamnionitis ³⁹.

La vía del parto se somete a la severidad de cuadro clínico de la madre y del grado del sufrimiento fetal. Si la PE es leve que puede llegar a severa pero no hay sufrimiento fetal, se puede realizar el parto espontáneo por vía vaginal. Pero si la PE es severa, daño de órganos blandos en la madre y hay sufrimiento fetal, es necesario culminar el embarazo por cesárea, para evitar complicaciones severas en el binomio madre-feto e incluso la muerte ¹⁷.

3.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

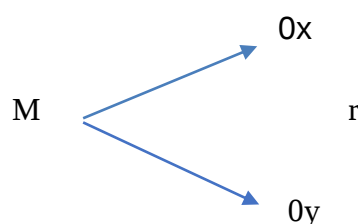
- a) **Parto:** Es el resultado de una serie de procesos, donde las mujeres en estado grávido paren al feto y lo colocan en posición de recién nacido a término o pretérmino ⁴⁰.
- b) **Pretérmino:** Se trata de un recién nacido con un tiempo menor de 37 semanas de gestación, que cuenta con un desarrollo y crecimiento intrauterino acorde con el tiempo de gestación en la que se produjo el parto, con un peso fetal apropiado para la edad gestacional ⁴⁰.
- c) **Preeclampsia leve:** Desorden hipertensivo de la gestación que se presenta después de las 20 semanas de gestación y está determinada por PA de $\geq 140/90$ mmHg, en dos tomas de presión arterial con intervalos de cuatro horas, con una cantidad de proteínas en orina menor a 5 gramos en 24 horas, igual o superior a 300 mg²⁵.
- d) **Preeclampsia severa:** síntomas de la preeclampsia leve, sin embargo, la PA $\geq 160/110$ mmHg, con proteinuria en orina mayor a 5 gr. en 24 horas acompañado de edema masivo o anasarca²⁶.

IV. MATERIAL Y MÉTODO.

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es de tipo no experimental con un diseño descriptivo, retrospectivo correlacional de corte transversal.

Correspondiéndole el siguiente esquema:



Dónde:

M:	Muestra
O:	Observación
X:	Preeclampsia
Y:	Parto prematuro
r:	Relación entre variables

4.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

- a) **Población:** La población de estudio estuvo conformada por todas las pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de Preeclampsia, cuya atención se llevó a cabo en el 2015 al 2016 en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Tumbes JAMO II-2, con un total de 213 gestantes preeclámplicas.

b) Muestra: En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones, se usó el muestreo no probabilístico por conveniencia, incorporando toda la muestra, sabiendo que de las 213 gestantes que tuvieron preeclampsia, solo 80 de ellas culminaron en parto pretérmino, las cuales cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, que se encuentran en la base de datos de la Unidad de Estadística e informática.

4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

INCLUSIÓN:

Se incluyó el registro de las historias clínicas legibles de gestantes con el diagnóstico de preeclampsia y parto pretérmino.

EXCLUSIÓN:

Se excluyó el registro de las historias clínicas incompletas e ilegibles

4.4 MÉTODOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recopilación de la información se realizó a través de una ficha de recolección de datos (Anexo N°1), que consto de 07 ítems que permitió evaluar el tipo de preeclampsia relacionada al tipo de prematuridad, permitiendo así lograr los objetivos planteados; para lo cual se procedió a revisar las historias clínicas de cada una de las pacientes con preeclampsia que culminaron en parto pretérmino.

4.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitó el permiso correspondiente del director del Hospital Regional de Tumbes II – 2 para la revisión de las historias clínicas.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en el Servicio de Gineco - Obstetricia en el Hospital Regional de Tumbes II-2 Tumbes.

4.6 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se ejecutó la valoración y el análisis estadístico descriptivo inferencial de los datos en tablas y gráficos dinámicos.

Análisis Descriptivo: La información obtenida mediante la aplicación de la Ficha de Recolección de Datos fue procesada en un ordenador de datos a través del programa SPSS versión 22, para luego ser analizado mediante la prueba estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes, para cada uno de las variables propuestas; a su vez se presentan los datos en cuadros y gráficos estadísticos.

Análisis Inferencial: se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado, para probar si existe correlación entre las variables de estudio .Para las pruebas estadísticas utilizadas se eligió como nivel de significación un 95%.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El rigor de la investigación, busca velar porque los datos estén completos, que sean de calidad y estén en un formato que facilite su organización para describir el trabajo percibido.

Durante toda la investigación se aplicaron los principios éticos establecidos en el Informe Belmont, que fueron especialmente pertinentes para la ética de la investigación que implica a los seres humanos.

La no maleficencia:

Que significa no hacer daño al paciente como principio bioético, pero al tratarse de una revisión de historias clínicas este principio no fue vulnerado.

Respeto a la dignidad humana:

Durante todo el desarrollo de la presente tesis, se ha considerado necesario seguir como principio general, el respeto a los derechos de las mujeres que hayan padecido de preeclampsia, con la finalidad de salvaguardar su integridad personal; debido a que el deber del investigador es solamente hacia el paciente, existiendo siempre la necesidad de llevar a cabo una investigación orientada hacia el bienestar del sujeto, lo cual ha sido siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad.

Principio de la privacidad y confidencialidad:

No se expuso la privacidad de las mujeres que han padecido de preeclampsia, para lo cual sólo se incluyeron datos generales, por lo que no se tomó en cuenta nombres, lugar de residencia, ni ningún dato que pueda perjudicar la integridad de las personas en estudio, todo esto e cumplimiento de las leyes y regulaciones. La información obtenida fue solo para uso exclusivo de la investigación.

V. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución numérica y porcentual de las gestantes preeclámpticas atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016.

Preeclampsia	n	%
Leve	68	85.00
Severa	12	15.00
Total	80	100.00

Fuente: instrumento para determinar pre eclampsia y su relación con el parto pretermino en gestantes del Hospital Regional de Tumbes 2015-2016.

Interpretación: Del total de gestantes con diagnóstico de preeclampsia el 85% presentaron cuadros leves y el 15% de las gestantes presentaron cuadros severos de preeclampsia.

Tabla 2. Distribución numérica y porcentual de las gestantes preeclámplicas con parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016.

Descripción	f	%
Prematuros extremos	8	10.00
Muy prematuros	8	10.00
Prematuros moderados o tardíos	64	80.00
Total	80	100.00

Fuente: instrumento para determinar pre eclampsia y su relación con el parto pretermino en gestantes del Hospital Regional de Tumbes 2015-2016.

Interpretación: Del total de gestantes del Hospital Regional Jamo II-2 Tumbes con parto pretérmino, el 80% corresponde a prematuros moderados o tardíos, el 10% corresponde simultáneamente a prematuros extremos y muy prematuros.

Tabla3. Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016

Tipo de preeclamsia	Parto pretermino							
	Prematuros extremos		Muy prematuros		Prematuros moderados o tardíos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Leve	7	8.75%	7	8.75%	54	67.50%	68	85.00%
Severa	1	1.25%	1	1.25%	10	12.50%	12	15.00%
Total	8	10.00%	8	10.00%	64	80.00%	80	100.00%

Chi-cuadrado de Pearson Valor 0.098 df 2 Significación asintótica (bilateral) 0.952

Interpretación: al contraste de hipótesis para establecer la relación entre la Preeclampsia y el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016, luego del análisis estadístico no paramétrico chi cuadro se obtuvo un p valor de 0.952, siendo no significativo la relación, aceptando la hipótesis nula. Es decir no existe relación entre la preeclampsia y el parto pretérmino.

VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

En la Tabla 1 el 85% de las gestantes presentaron preeclampsia leve y el 15% preeclampsia severa, en esa distribución de la aparición de los cuadros de la enfermedad Cuenca C⁴¹ difiere de lo reportado ya que su estudio encontró preeclampsia leve en 22.4 % y severa 77.6 %. En ese orden de ideas Ochoa R & Parrella M⁴², reportaron en estudio que el 47,62% de las pacientes evaluadas mostraron preeclampsia leve y preeclampsia severa el 52,38%. Estas diferencias podrían denotar ciertos factores determinantes en la aparición de la enfermedad como antecedentes de preeclampsia, malnutrición y otros factores.

En la tabla 2, el 80% de los partos prematuros presentados en las pacientes preeclámpicas el 80% fueron prematuros moderados o tardíos, el 10% corresponde simultáneamente a prematuros extremos y muy prematuros, estos datos similares a los reportados por Robles A⁴³, quien en su estudio reportó que un 96% de partos prematuros de mujeres en la ciudad de Lima fue moderado (n=251), un 3% fue muy pretermino (n=7) y solamente el 1% fue extremadamente pretermino(n= 3), en nuestra investigación resalta la incidencia de los prematuros extremos esto debido presuntamente a otros factores que están directamente asociados con la prematuridad.

Así mismo se sabe que el criterio diagnóstico para la preeclampsia severa es la proteinuria en la tabla 4 se describe que del total de pacientes preeclámpicas el 15% ha presentado proteinuria y el 85 % no ha presentado proteinuria. Datos contrarios son reportados por Cuya C⁴⁴; quien describió que el 60.5% de las gestantes evaluadas en un grupo de mujeres en la ciudad de Lima; presento

proteinuria, sin embargo el 61.5% no presento proteinuria. Esta diferencia quizá se deba a que en nuestro sistema sanitario para el diagnóstico de la proteinuria se utilice la prueba cualitativa del ácido sulfosalicílico que es poco sensible y específica.

De otro lado en relación a la vía del parto de las mujeres preeclámplicas con parto pretermino el 52.5 % culmino en cesárea y el 47.5% en parto vaginal, esta información es similar a la reportada por Cuenca C⁴¹; quien reporto en grupo de gestantes preeclámplicas que culminaron su embarazo por vía vaginal 16.3% y cesárea 83.7 %.

Al determinar la relación entre la preeclampsia y el parto pretérmino en gestantes se obtuvo un p valor de 0.952 para la prueba chi cuadrado, siendo no significativo la relación, no encontrándose relación estadísticamente significativa. Datos contrarios son reportados por Cuadro M⁴⁵, quien describe que existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de preeclampsia y el desarrollo de parto pretérmino (p-valor de 0,001). Además, concluyo que la preeclampsia triplica la probabilidad de desarrollar parto pretérmino en las embarazadas de esta investigación (OR: 3,914 IC 95%: 1,495-11,558). Por lo que se sugiere mayor importancia al control prenatal en este considerable grupo de riesgo.

En ese orden de ideas Escobar B et al⁴⁷, los factores de riesgo asociados a parto pretérmino fueron la preeclampsia: RM = 6.38 (p = 0.00), así mismo Ahumada M, Alvarado G⁴⁶ describen los factores de riesgo vinculado con el parto pretérmino fueron la preeclampsia con un OR ajustado= 1,9 y p= 0,005.

CONCLUSIONES

1. La preeclampsia leve tiene una mayor incidencia en relación con la preeclampsia severa
2. Los prematuros moderados son los mayor presentación en los cuadros de preeclampsia, sin embargo existe aún grupos de prematuros extremos que requerirán de atención especializada.
3. La cesárea es la principal vía de parto de culminación del embarazo de aquellas gestantes con preeclampsia y prematuridad.
4. No existe significancia estadística para establecer la relación entre la Preeclamsia y el parto pretérmino.

VII. RECOMENDACIONES

1. La Jefatura de Obstetricia del Hospital Regional de Tumbes debe fortalecer la atención prenatal con un enfoque de riesgo para reducir la morbilidad materna perinatal.
2. Implementar en la atención prenatal reenfocada en el servicio de materno del Hospital Regional de Tumbes, además de propiciar estudios de sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas de proteinuria.
3. La Dirección Regional de Salud Tumbes, en convenio con la Universidad Nacional de Tumbes deben ampliar la investigación en otros factores de riesgo intervinientes de la prematuridad.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Cárdenas I. Resultado perinatal del manejo conservador de preeclampsia severa versus manejo intervencionista en pacientes con embarazos de 28 a 34 semanas en el hospital materno infantil. [Tesis Post grado]. México. 2009.
- 2.- López J. "Preeclampsia-Eclampsia". Rev. Latinoamericana de Hipertensión. [Revista de internet]. 2007. [Citado 1.11.2017]. 2(4): 117-127. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/pdf/1702/170216979004.pdf>
- 3.- Morales C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión: Abril a junio de 2010. Rev. Peruana de Epidemiología. [Revista de internet]. 2011. [Citado 03.11.2017]. 15(2): 97-101. Disponible en: URL: <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516005.pdf>
- 4.- Ajito D. Morbimortalidad Perinatal en gestantes con Parto Pretérmino asociado a Trastornos Hipertensivos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins [Tesis Pre grado]. Perú. 2006. [Citado 04.12.2017]. Disponible en: URL: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/198/1/ajito_da.pdf
- 5.- Arcos C., Alvarez J., Cortes O., Rosero J. Seguimiento a las gestantes con preeclampsia–eclampsia atendidas en las empresas sociales del estado einstituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de cumbal en el período 2006 – 2007. [Tesis Post grado]. Colombia 2008.
- 6.- Incacari B. Morbimortilidad materno-perinatal en madre preecláptica atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima: enero-diciembre 2011 [Tesis Post grado]. Perú. 2012. [Citado 04.12.2017]. Disponible en: URL: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2486/1/Incacari_Condori_Bertha_Victoria_2012.pdf.
- 7.- Maguiña M., Miranda J. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013. p. 331.

- 8.- Lykke J. "Recurring Complications in Second Pregnancy". Rev.Obstetrics & Gynecology. [Revista de internet] 2009. [Citado 05.12.2017]. 113(6): 1217-1224. Disponible en: URL: http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2009/06000/Recurring_Complications_in_Second_Pregnancy.5.aspx?trendmd-shared=0
- 9.- Schwarcz- Sala- Duverges. Obstetricia. Edición Nº 6. Argentina: El Ateneo; 2005. Pág.253-268.
- 10.- Villamonte W., Lam N., Ojeda E. "Factores de Riesgo Socio demográficos y Obstétricos que se relacionan con el Parto Pretérmino en el Instituto Materno Perinatal". Rev. **Ginecología y Obstetricia**. [Revista de internet]. 2009. [citado 05.12.2017]. 47(2) :112-116. Disponible en: URL: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/fact_riesg_parto.htm
- 11.- Libro de partos de Gineco-Obstetricia. Datos estadísticos de paciente con preeclampsia en el Hospital Regional de Tumbes JAMO II-2 2015-2016.
- 12.- Espinoza J. Enfermedad hipertensiva del embarazo asociado al parto pretérmino en el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital de Vitarte entre enero del 2009 a diciembre del 2012. [Tesis Pre grado]. Perú. 2014.
- 13.- Caiza S. Complicaciones materno-fetales asociadas a la preeclampsia atendidas en el hospital José maría Velasco Ibarra-Tena en el periodo enero 2009 enero 2010 [Tesis Pre grado]. Ecuador. 2010. [Citado 05.12.2017]. Disponible en: URL: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1901/1/94T00080.pdf>
- 14.- Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina Estadística e Informática. Información para la red. 2013.
- 15.- Ruiz A. Factores de riesgo para amenaza de parto prematuro en adolescentes de Chinandega [Tesis Pre grado]. Nicaragua. 2010. [Citado 05.12.2017].

16.- Ovalle A, Fuentes R, Del Rio J, Morong C. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev. méd. Chile [Internet]. 2012 ene [citado 2017 Dic 08]; 140(1): 19-29. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000100003&lng=es. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100003>.

17.- Cedeño R, Vínces R. Preeclampsia En Gestantes Nulíparas Hospitalizadas y su Relación con el Parto Pretermino en el Hospital Napoleón Dávila Córdova de Chone. Agosto 2015 – enero 2016. [Tesis de grado]. [Citado 06.12.2017] Chone. DSpace JSPUI repositorio digital Universidad Técnica de Manabí; 2016.

18.- Ahumada M, Alvarado G. Risk Factors for premature birth in a hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24: e2750. citado 2017 Dic 06; disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>

19.- Vásquez L. Antecedente de parto pretérmino por preeclampsia en el primer embarazo como factor de riesgo asociado a la recurrencia de preeclampsia [Tesis Pre grado]. Perú. 2010. [Citado 06.12.2017]

20.- Guadalupe S, Canashiro S. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. [Citado 06.12.2017] [Artículo Original]. Rev. Fac. Med. Hum. 2017; 17(1):32-42. DOI 10.25176/RFMH.v17.n1.746

21.- Olortegui M. Preeclampsia leve en el parto pretérmino como factor de riesgo para recién nacidos pequeños para la edad gestacional en el Hospital Belén de Trujillo enero 2005-diciembre 2009 [Tesis Pre grado]. Perú. 2010. [Citado 06.12.2017]

22.- Pillajo J., Calle A. Prevalencia y factores de riesgo asociado a la enfermedad hipertensiva en embarazadas en el Hospital obstétrico Angélica Loayza de Ollague

en el departamento de Gineco obstetricia, 2011-2013 [Tesis Pre grado]. Ecuador. 2014. [Citado 06.12.2017]. Disponible en: URL: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21092/1/Tesis.pdf>

23.- Cunningham. Trastornos Hipertensivos. William obstétrica. Mc Graw-Hill. 2011. p. 709-711.

24.- Gómez E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Facultad General "Calixto García". Rev Cubana Obstet Ginecol. [Revista de internet]. 2008. [Citado 06.12.2017]. 26(2): 99-114. Disponible en: URL: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol26_2_00/gin06200.pdf

25.- Organización Mundial de la Salud. Definición de la preeclampsia. Boletín de informes científicos. OMS; 2009; 88: 1-30.

26.- Matías R. Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el hospital Gineco-obstétrico Enrique c. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis Pre grado]. Ecuador. 2013. [Citado 06.12.2017]. Disponible en: URL: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>

27.- Robles A., Reyes E. Predicción de preeclampsia por medio de Doppler de arterias uterinas [Tesis Post grado]. Perú. 2013. [Citado 06.12.2017]. Disponible en: URL: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9062.pdf

28.- Sánchez M. Factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el hospital provincial general de Latacunga en el período comprendido entre enero 2008 a enero 2009. [Tesis Pre grado]. Ecuador. 2009. [Citado 06.12.2017]. Disponible en: URL: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/192/1/94T00062.pdf>

29.- Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas: guía técnica /Ministerio de Salud. Dirección General de Salud - Lima: Ministerio de Salud; 2007.

30.- Hernández k. Preeclampsia en mujeres embarazadas [Tesis Pre grado.] México.2011.

31.- Martínez A. Biomarcadores Predictores de preeclampsia en Gestantes con Factores de Riesgo [Tesis Post grado]. España. 2013. [Citado 06.12.2017]. Disponible en: URL: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/35460/1/TESIS%20ANA%20MART%C3%8DNEZ%20RUIZ.pdf>

32.- Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. Informe de un Grupo Científico de la OMS. OMS; 2015. Nota descriptiva N°363.

33.- Abehsera D. Amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas pretérmino. Impacto de la amniocentesis diagnóstica en la conducta obstétrica, atendidas en el Hospital Universitario La Paz [Tesis Post grado]. Bolivia. 2011. [Citado 06.12.2017]. Disponible en: URL: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/10306/52382_Abehsera_dav%C3%B3_daniel.pdf?sequence=1

34.- Gallego C. Trabajo de parto pretérmino y amenaza de parto pretérmino. Obstetricia integral siglo XXI. 2^{da} ed. Colombia: Bogotá; 2010. p. 100-121.

35.- Cruz M. Factores de Riesgo Maternos Preconcepcionales y Concepcionales del Parto Pretérmino en gestantes asociadas a los trastornos Hipertensivos, atendidas en el Hospital Santa Rosa [Tesis Pre grado]. Perú. 2014. [Citado 07.12.2017] Disponible en: URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4068/1/Cruz_tm.pdf

36.- Organización Mundial de la Salud. Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Boletín de informes científicos. OMS; 2010; 88: 1-80.

37.- Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Guía de práctica clínica de diagnóstico y manejo del parto pretérmino. México. 2010. [Citado 09.02.2018]. Disponible en: URL:

http://www.comego.org.mx/GPC_TextoCompleto/5Diagnostico%20y%20manejo%20del%20parto%20pretermino.pdf

38.- Vergara G. Protocolo Parto Pretérmino. Servicio de Ginecología y Obstetricia Clínica Maternidad Rafael Calvo. Colombia. 2009.

39.- Alves J. Descripción de los ingreso y reingreso de recién nacidos prematuro: causa y costo atendidos en el Hospital Virgen del Camino [Tesis Post grado]. España. 2012. [Citado 09.02.2016]. Disponible en: URL: <http://academicae.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/6104/Trabajo%20Fin%20de%20M%C3%A1ster%20Juliana%20de%20Jesus%20Alves%202012..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

40.- Ovalle A., Kakarieka E. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Rev Med Chile. [Revista de internet]. 2012. [Citado 10.02.2018]. 140: 19-29. Disponible en: URL: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf>

41.- Cuenca C. factores de riesgo que influyen en preeclampsia ocurridas en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2016. Tesis para obtener el título de licenciada en obstetricia. Lima 2017. [Citado 13.09.2018] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/544/Tesis%20-%20Cuenca%20Fernandez%20Carmen%20Liseth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

42.- Ochoa R, Parrella M. morbilidad por preeclampsia leve y severa en pacientes embarazadas atendidas en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Central. Trabajo de grado presentado ante la universidad de oriente como requisito parcial para optar al título de médico cirujano. Barcelona, Marzo 2010. [Citado 13.09.2018] Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/4299/1/09-TESISSEM010O60.pdf>

43.- Robles A. Factores sociodemográficos y obstétricos para parto pretermino en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipolito Unanue. Tesis de grado. Lima

2017. [Citado 13.09.2018] Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1216/T-TPMC>

44.- Cuya C. Confiabilidad del ácido sulfosalicílico para la detección de proteinuria en el diagnóstico de preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis de grado. Lima 2018. [Citado 13.09.2018] Disponible en:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1511/T-TPMC>

45.- Cuadro M. Relación entre preeclampsia y parto pretérmino indicado en el Hospital Martín Icaza. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina. 2018. [Citado 13.09.2018] Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30528>

46.- Ahumada M, Alvarado G. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016;24:e2750. DOI: 10.1590/1518-8345.0775.2750. Citado 13.09.2018] Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf

47.- Escobar B, Gordillo L, Martínez H. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, núm. 4, 2017. [Citado 13.09.2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457751260004/html/index.html>

ANEXO N°01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PRE ECLAMPSIA Y SU RELACION CON EL PARTO PRETERMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES 2015-2016

I.- PREECLAMPSIA

1. PRESION ARTERIAL

Sistólica Diastólica

Presión Arterial Media

2. EDEMA Si ☐ No ☐

3. PROTEINUNRIA Si ☐ No ☐

4. PRESENCIA DE PREECLAMPSIA

☐ Pre eclampsia leve
☐ Pre eclampsia severa

II.- PARTO PREMATURO

☐ Prematuro Extremo
☐ Muy Prematuros
☐ Prematuros moderados a tardío

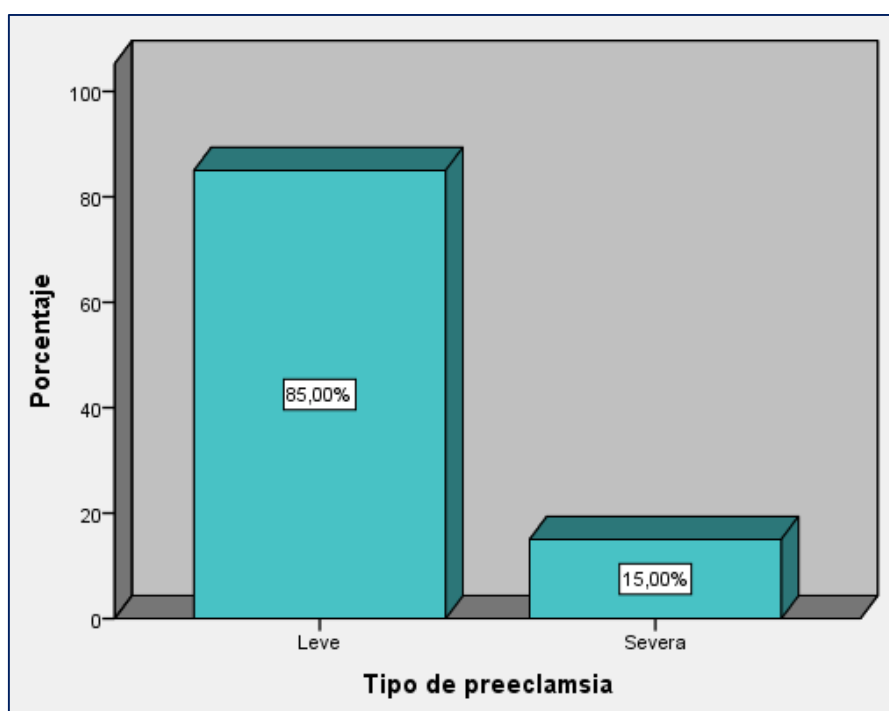
1.- DURACION DEL EMBARAZO sem

2.- VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO

Cesaría ☐ Vagina ☐

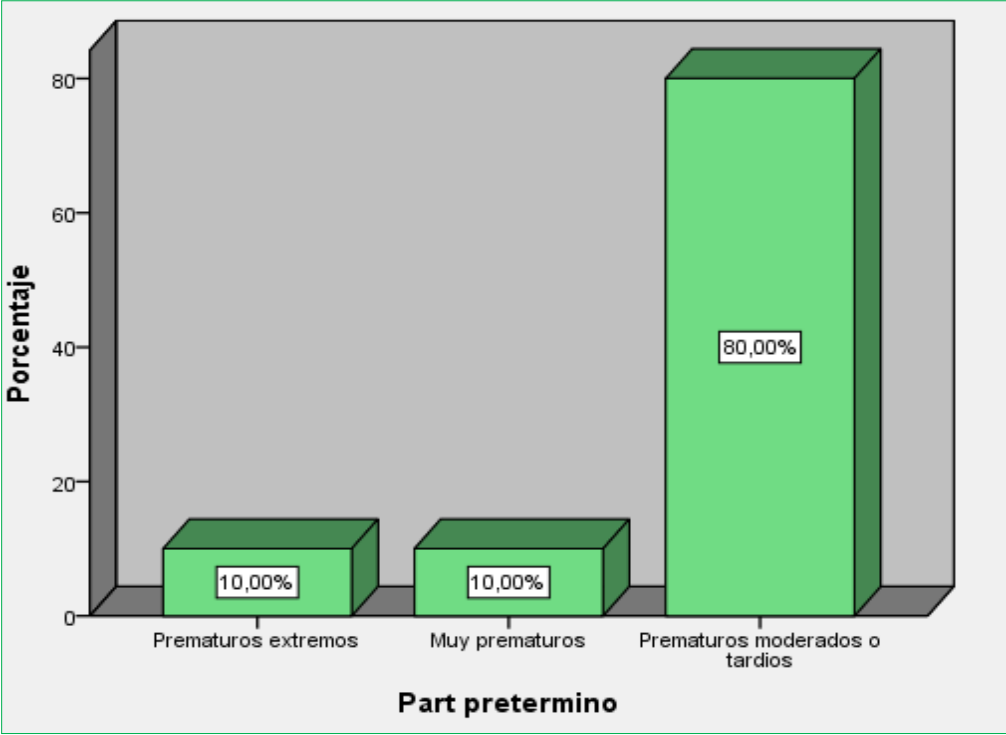
ANEXO N°02

Grafico 1. Representación de las gestantes preeclámpticas atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016.



Fuente: tabla 1

Grafico 2. Representación de las gestantes preeclámpticas con parto pretérmino atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016.



Fuente: tabla 2

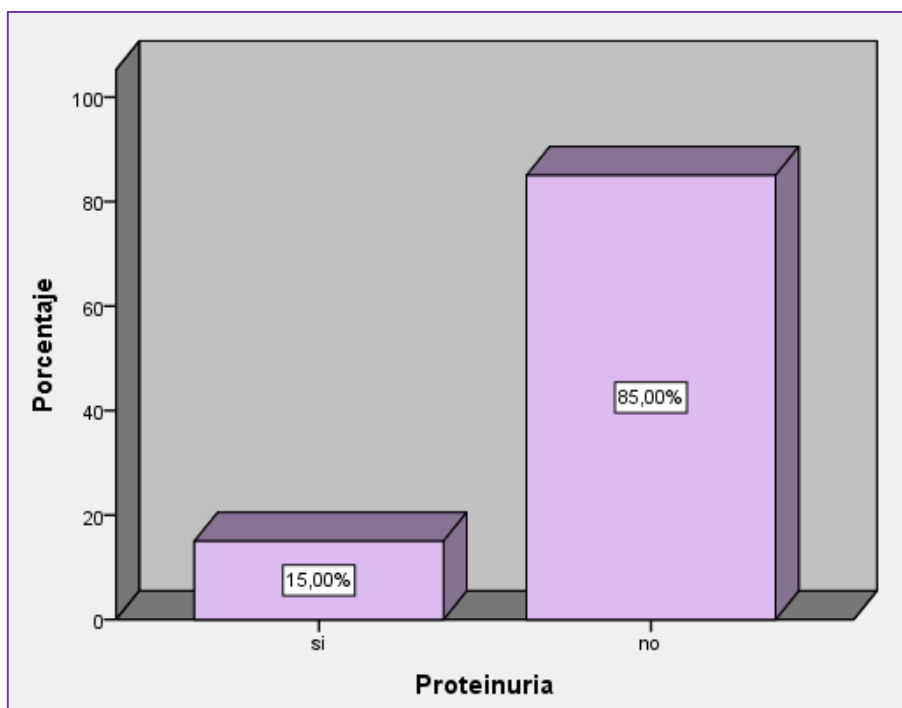
Tabla 4. Distribución numérica y porcentual de las gestantes preeclámpticas del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016, según presencia de proteinuria.

Proteinuria	n	%
si	12	15.00
no	68	85.00
Total	80	100.00

Fuente: instrumento para determinar pre eclampsia y su relación con el parto pretermino en gestantes del Hospital Regional de Tumbes 2015-2016.

Interpretación: del total de pacientes preeclámpticas el 15% ha presentado proteinuria y el 85 % no ha presentado proteinuria.

Gráfico 4. Representación de las gestantes preeclámpticas del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016, según presencia de proteinuria.



Fuente: tabla 4

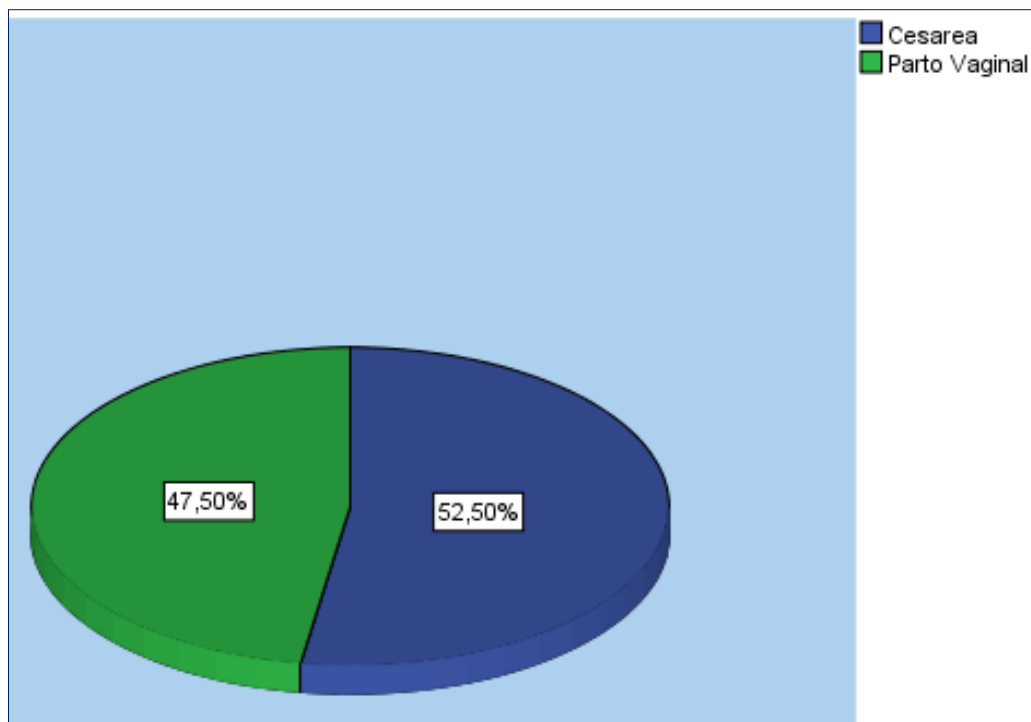
Tabla 5. Distribución numérica y porcentual de las gestantes preeclámpticas del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016, según el tipo de parto.

	f	%
Descripción		
Cesárea	42	52.50
Parto Vaginal	38	47.50
Total	80	100.00

Fuente: Fuente: instrumento para determinar pre eclampsia y su relación con el parto pretermino en gestantes del Hospital Regional de Tumbes 2015-2016.

Interpretación: Del total de gestantes preeclámpticas atendidas del Hospital Regional Jamo II-2 Tumbes, 2015 – 2016, el 52.5 % culmino en cesárea y el 47.5% en parto vaginal.

Tabla 5. Representación de las gestantes preeclámpticas del Hospital Regional Jamo II-2 Tumbes, 2015 – 2016, según el tipo de parto.



Fuente: tabla 5

ANEXO N°03

CONSTANCIA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EVALUAR RELACIÓN ENTRE PRE ECLAMPSIA Y EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL TUMBES 2015-2016

I. DATOS INFORMATIVOS

TÍTULO DEL PROYECTO

**PRE ECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO
EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL TUMBES 2015-2016**

PERSONAL INVESTIGADOR

AUTOR: Br. Obst. COVEÑAS VILCHEZ HECTOR

VARIABLE I: PRE ECLÁMPICIA

VARIABLE I: PARTOS PRETÉRMINOS

II. SUGERENCIAS AL INSTRUMENTO

El instrumento de recolección de datos para las variables **PRE ECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL TUMBES 2015-2016**, HA SIDO REVISADO EN SU CONTEXTO INTEGRAL, habiéndose planteado sugerencias a la inclusión de algunos ítems que le den mayor concordancia.

- III.** Cumplido el levantamiento de las sugerencias se ha validado como instrumento a ser utilizado en la presente investigación.

Tumbes, marzo del 2018.


UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académica Profesional de Obstetricia

MG. LILIA HUERTAS, YMAN
OBSTETRA

ANEXO N° 04

"AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACION NACIONAL"

SOLICITUD

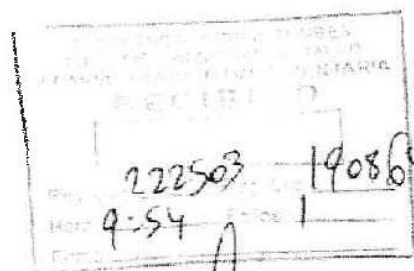
Solicito: Datos estadísticos sobre casos de preeclampsia y partos pretérminos.

Dirigido a:

Lic. Wilmer Davis Carrillo
Director Regional de Salud.

Director Regional de Salud.

Atención a la oficina de estadística e informática



Nos es grato dirigirnos a su digno despacho para saludarlo y exponerle que, para optar el título de Lic. En Obstetricia, realizo el proyecto de tesis titulado "PRE ECLAMPSIA Y SU RELACIÓN CON EL PARTO PRETÉRMINO EN GESTANTES DEL HOSPITAL REGIONAL DE TUMBES 2015-2016", por tal motivo solicito ante Ud. Se me otorgue el permiso necesario para recolectar los datos mediante la aplicación del instrumento, con fines de investigación.

Solicito a su despacho se sirva autorizar ante la oficina competente, se me conceda lo enunciado.

POR LO EXPUESTO:

Ante usted solicito acceder a mi petición.

TUMBES, Junio del 2016

COVENAS VILCHEZ HECTOR
AUTOR DEL PROYECTO

ANEXO N° 05

TESIS COVEÑAS 2

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE
INTERNET

3%

PUBLICACIONES

%

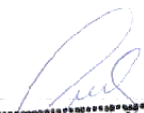
TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	docplayer.es Fuente de Internet	2%
4	www.hospitalvitarte.gob.pe Fuente de Internet	2%
5	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	aladefe.org Fuente de Internet	1%
9	repositorio.upica.edu.pe Fuente de Internet	1%


Jorge Ypanaques Ancelima
CITE EDOGRAFIA COR. 25000

10	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	1%
11	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%
12	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
13	sisbib.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
14	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
15	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	1%
16	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
17	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
18	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
19	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
20	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1%
21	repositorio.uncp.edu.pe	


Ithon Ypanaque Ancajima
 OBT. ECOGRAFISTA C.O.R. 23588

	Fuente de Internet	<1 %
22	h.redalyc.org Fuente de Internet	<1 %
23	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
24	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.unica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	www.scielo.br Fuente de Internet	<1 %
28	ateneo.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
29	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
30	journal.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
31	v-beta.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
32	www.theibfr.com Fuente de Internet	<1 %


 Jhon Ypanaque Ancajima
 OBST. ECOGRAFISTA COR. 23555

33	es.scribd.com	Fuente de Internet	<1%
34	dspace.unapiquitos.edu.pe	Fuente de Internet	<1%
35	www.slideshare.net	Fuente de Internet	<1%
36	repositorio.uwiener.edu.pe	Fuente de Internet	<1%
37	ebookinga.com	Fuente de Internet	<1%

Excluir citas	Activo	Excluir coincidencias	Activo
Excluir bibliografía	Activo		


Jhon Ypanaque Ancalima
 OBST. ECOGRAFISTA C.O.P. 23955