



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**Perfil clínico epidemiológico de las gestantes con pre-
eclampsia atendidas en el Hospital Regional II – 2 Tumbes,
2015-2017**

AUTORAS:

Br. PÉREZ MORÁN, Nadia Leydi Gabriela
Br. SAUCEDO GONZÁLEZ, Jhenyfer Paola

TUMBES, PERÚ

2018

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Pérez Morán, Nadia Leydi Gabriela y Saucedo González, Jhenyfer Paola, declaramos ser autoras el trabajo de investigación y que los resultados reportados en esta tesis, son producto de nuestro trabajo con el apoyo permitido de terceros en cuanto concierne a su concepción y análisis, asimismo declaramos 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, afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un tercero, es de nuestra autoría. Declaramos finalmente, que la redacción de esta tesis es producto de la ejecución de nuestro proyecto, con la dirección y apoyo de nuestras asesoras de tesis, así como del jurado calificador, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

Las autoras.

Br. Pérez Morán, Nadia Leydi Gabriela

Br. Saucedo González, Jhenyfer Paola



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 TÍTULO DE LICENCIADAS EN OBSTETRICIA A LOS BACHILLERES: PEREZ MORAN, NADIA LEYDI GABRIELA Y SAUCEDO GONZÁLEZ, JHENYFER PAOLA.

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 19:00 horas del día miércoles 19 de setiembre del 2018, se reunieron los miembros de jurado calificador: Mg. Gladys Farfán García (Presidenta), Dr. César William Luciano Salazar (Secretario) Mg. Víctor Guzmán Tripul (Vocal) y Mg. Yovany Fernández Baca Morán (Asesor), Mg. Grevilli García Godos (Co-Asesora) con el propósito de evaluar y calificar la sustentación de Tesis titulada: Perfil clínico epidemiológico de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes-2015-2017. Presentado por las Bachilleras en Obstetricia: Pérez Morán, Nadia Leydi Gabriela y Saucedo González, Jhenyfer Paola.

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

- Siendo las 19:00 horas con 20 minutos del mismo día, se dio por concluida la exposición, invitando a las Bachilleras a retirarse del recinto en espera de su calificativo.
- Después de las deliberaciones y realizada la votación se obtuvo el siguiente calificativo:

NOMBRE	CALIFICATIVO.
PEREZ MORAN, NADIA LEYDI GABRIELA	BUENO
SAUCEDO GONZÁLEZ, JHENYFER PAOLA.	BUENO

De inmediato se comunica el resultado de la evaluación.

- Siendo las 20:00 horas con 30 minutos se dio por concluido el acto.
- Para mayor constancia firmamos la presente acta.


Mg. Gladys Farfán García
Presidenta


Dr. César William Luciano Salazar
Secretario


Mg. Víctor Guzmán Tripul
Vocal


Mg. Yovany Fernández Baca Morán
Asesora


Mg. Grevilli García Godos
Co-Asesora

CERTIFICACIÓN

Docente asesor: Yovany Fernández Baca Morán, docente de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrito a la Facultad de Ciencias de la salud, Escuela de Obstetricia, Departamento Académico de Obstetricia.

CERTIFICA:

Que el Informe de Tesis: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLOGICO DE LAS GESTANTES CON PRE-ELAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL II – 2 TUMBES, 2015-2017; presentado por las bachilleres en Obstetricia: Br. Pérez Morán, Nadia Leydi Gabriela y Br. Saucedo González, Jhenyfer Paola.

Ha sido asesorada y revisada por mi persona, por tanto, queda autorizada para su presentación.

Tumbes, 19 de Setiembre del 218

.....
Mg. Yovany Fernández Baca Morán

Asesora del Proyecto de Tesis

RESPONSABLES

Br. Pérez Morán, Nadia Leydi Gabriela

EJECUTOR

Br. Saucedo González, Jhenyfer Paola

EJECUTOR

Mg. Yovany Fernández Baca Morán

ASESORA

Mg. Grevilli Marlitt García Godos Castillo

COASESORA

JURADO DICTAMINADOR

Mg. Gladys Farfán García

PRESIDENTA

Dr. César William Luciano Salazar

SECRETARIO

Mg. Víctor Guzmán Tripul

VOCAL

AGRADECIMIENTO

A nuestra casa de estudios la Universidad Nacional de Tumbes, la cual nos brindó la oportunidad de ser parte de ella y sobre todo nos permitió desarrollar nuestras competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales.

A nuestros docentes de nuestra casa de estudios quienes de una u otra manera contribuyeron en nuestra formación tanto personal como profesional, ya que sin sus exigencias no lo hubiéramos podido lograr. De manera especial a nuestra asesora Mg. Yovany Fernández Baca Morán y a nuestra Co-asesora Mg. Grevilli Marlitt García Godos, quienes con sus conocimientos y aportaciones nos guiaron a hacer posible esta investigación.

Al Hospital Regional II – 2 Tumbes, por facilitarnos el acceso a los datos estadísticos y archivos (historias clínicas).

LAS AUTORAS

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por darme la vida y permitir que culmine mi carrera profesional.

A mi familia, por ser parte de este logro, por su apoyo incondicional en toda mi etapa formativa y en la vida diaria.

A mi asesora y co-asesora, profesionales intachables amantes de la obstetricia, por sus enseñanzas impartidas, por el tiempo dedicado y su ayuda constante.

NADIA

A Dios por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y camino, por permitirme culminar exitosamente mi carrera profesional y mantenerme firme en mis convicciones e ideales..

A mi madre Yenny, por darme la vida, por estar siempre a mi lado, por su apoyo incondicional, por inculcarme buenos valores, por cada uno de sus consejos y su ejemplo de humildad y fortaleza para seguir adelante frente a la adversidad.

A mi padre Enrique, por brindarme su apoyo, por su amor y paciencia, por confiar en mí en mi camino de vida, por su ejemplo de superación.

A mis hermanos Diego y Daniel, por brindarme su cariño, amor, confianza, por ayudarme, darme palabras de aliento cuando las necesité por creer en mí siempre, porque juntos hemos sabido salir adelante.

A mi hijo Uzziel, porque pese a que aún es muy pequeño me ha brindado todo su amor y confianza, y sobre todo por su comprensión en cada una de mis ausencias, y por él es que intento ser mejor cada día.

A mi esposo Charles, por brindarme su amor incondicional, ser mi amigo y fiel compañero, quien ha puesto toda su confianza y apoyo en cada una de mis decisiones, y permitirme crecer personal y profesionalmente.

A mi docente, asesora y amiga Mg. Yovany Fernández Baca Morán, quien me ha brindado su amistad sincera, por su apoyo incondicional, su tiempo brindado en cada momento, por sus exigencias que me han permitido mejorar y por todos sus conocimientos impartidos.

PAOLA

RESUMEN

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, corte transversal, con enfoque metodológico cuantitativo y diseño no experimental, con el objetivo de determinar el perfil clínico epidemiológico de las gestantes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II – 2 durante el periodo 2015-2017. La muestra estuvo constituida por 101 historias clínicas. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos diseñada en función de los objetivos de investigación, validada a través de juicios de expertos. Los resultados han permitido determinar, respecto al perfil clínico presentaron edema (73,3%), cefalea (66,3) y epigastalgia (56,4%); en los exámenes auxiliares el ácido úrico fue ≥ 5 mg/dl (95,1%), el LDH ≥ 230 UI/ (70,3%) y plaquetas $\leq 150,000$ mm³ (61,3%); en el perfil epidemiológico las características sociodemográficas fueron de raza mestiza (99%), convivientes (66.3%), secundaria (63,4%) y 57,4% procedían de zona rural; los antecedentes obstétricos el 100% fueron atendidas por un profesional obstetra en su control prenatal, 90,1% tuvieron abortos y 68,3% tenían entre 37 a 40 años de edad; El 43,4% refirieron antecedentes de hipertensión arterial y 35,6% de diabetes. El 32,7% manifestaron antecedentes familiares de pre-eclampsia.

Palabras claves: Perfil clínico epidemiológico, pre-eclampsia.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional investigation was carried out, with a quantitative methodological approach and non-experimental, with the objective of determining the clinical epidemiological profile of pregnant women with pre-eclampsia treated at the Regional Hospital II – 2 during the 2015-2017 period. The sample consisted of 101 medical records. A data collection card designed according to the research objectives was used as an instrument, validated through expert judgments. The results allowed to determine, regarding the clinical profile, they presented edema (73.3%), headache (66.3) and epigastralgia (56.4%); in the auxiliary examinations uric acid was ≥ 5 mg / dl (95.1%), LDH ≥ 230 IU / (70.3%) and platelets $\leq 150,000$ mm³ (61.3%); in the epidemiological profile the sociodemographic characteristics were of mixed race (99%), cohabiting (66.3%), secondary (63.4%) and 57.4% came from rural areas; the obstetric antecedents 100% were attended by a professional obstetrician in their prenatal control, 90.1% had abortions and 68.3% were between 37 to 40 years of age; 43.4% reported a history of hypertension and 35.6% of diabetes. 32.7% reported a family history of preeclampsia.

Keywords: Epidemiological clinical profile, pre-eclampsia.

ÍNDICE

	Pág
RESUMEN.....	X
ABSTRAC.....	XI
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. MARCO REFERENCIAL DEL PROBLEMA	
2.1. Antecedentes.....	17
2.2. Bases teórico-científicas.....	21
2.3. Definición de términos básicos.....	32
3. MATERIAL Y METODOS	
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	34
3.2. Población, muestra y muestreo.....	34
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.4. Procesamiento y análisis de información.....	37
3.2. Consideraciones éticas.....	37
4. RESULTADOS.....	38
5. DISCUSION.....	43
6. CONCLUSIONES.....	51
7. RECOMENDACIONES.....	52
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	53
ANEXOS.....	63

1. INTRODUCCIÓN

La incidencia de pre-eclampsia a nivel mundial fluctúa entre el 2 – 10 % de los embarazos, la cual es precursor de la eclampsia y varía en todo el mundo. Según la organización Mundial de la Salud (OMS), estima que la incidencia de “pre-eclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente)”⁽¹⁾.

“La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos”⁽²⁾. “Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7%”⁽³⁾.

En los años 2002 y 2011 en el Perú, alrededor de 1499 madres murieron a causa de la hipertensión inducida por el embarazo⁽⁴⁾. “La incidencia es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra; no parecen existir diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en ambas regiones”⁽⁴⁾.

Según el boletín epidemiológico del año 2015 de Essalud, “un 8% de las gestantes aseguradas desarrollan pre-eclampsia durante la gestación, además, en los últimos años se ha incrementado la incidencia de esa enfermedad en las adolescentes de entre 13 y 19 años y en las mujeres mayores de 35 años, siendo una de las principales causas de muerte materna directa la enfermedad hipertensiva del embarazo; la cual representa el 28,7%”⁽⁵⁾.

En diferentes literaturas se ha podido identificar muchos factores asociados al riesgo de pre-eclampsia, como lo son los factores hereditarios, familiares, inmunológicos e individuales y otros como lo son las edades maternas extremas, antecedente de pre-eclampsia, hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus, obesidad⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

Cabe mencionar que la pre-eclampsia es exclusiva del embarazo humano, como ya se indicó, con predisposición familiar, asimismo junto a sus factores de riesgo como la edad, nuliparidad, sobrepeso y obesidad que son los principales ⁽⁸⁾. Y tal es así como reconocer a tiempo los signos y síntomas y/o alteración de los parámetros de laboratorio que indiquen severidad.

La Región Tumbes no es ajena a esta realidad, según los datos obtenidos en la Dirección Regional de Salud Tumbes a través del Sistema de Información en Salud, los casos de pre-eclampsia desde el año 2015 hasta agosto del 2017 son 187 casos. Del mismo modo fuentes estadísticas del Hospital Regional II-2 muestran que la cifra de casos presentados desde el año 2015 hasta agosto del 2017 son 118, con lo cual suman un total de 305 casos.

El problema radica en que, en el Hospital Regional de Tumbes, como centro asistencial de segundo nivel de complejidad y establecimiento de referencia de la Región Tumbes, no cuenta con estadísticas actualizadas ni el perfil epidemiológico de la pre-eclampsia, según información obtenida en la oficina de estadística e informática del Hospital Regional II-2; pese a constituirse como una de las principales causas de morbilidad materna perinatal.

En tal sentido, surge la necesidad de que los profesionales conozcan las características epidemiológicas de esta patología, con el fin de

captar de manera precoz aquellas pacientes que puedan presentar algún evento asociado y propiciar un manejo y control adecuado. Lo antes expuesto despertó el interés de las autoras por abordar el tema a través del método científico, partiendo de la siguiente interrogante: ¿Cuál es el perfil clínico epidemiológico de las pacientes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II – 2 Tumbes durante el periodo 2015 – 2017?

La pre-eclampsia es una complicación obstétrica que representa una de las principales causas de morbi-mortalidad materna, tanto a nivel nacional como en la Región de Tumbes. Asimismo, la pre-eclampsia constituye una patología. En tal sentido, el tema que se aborda en la presente investigación se enmarca dentro del contexto de la salud materna perinatal y de las políticas de salud actual, lo que fundamenta la relevancia social.

El Hospital Regional de Tumbes como único centro de referencia, recibe un elevado número de casos al año; sin embargo no cuenta con estudios ni estadísticas actualizadas. Su valor teórico radica en que la información obtenida contribuirá a incrementar el bagaje de conocimientos en un tema tan controversial.

A partir de los resultados y si el caso lo amerita, se podrá formular sugerencias para la intervención asistencial y educativa orientada a detectar precozmente a las gestantes con factores de riesgo asociados a la pre-eclampsia y su manejo oportuno, de tal manera que se contribuya a reducir o evitar las complicaciones maternas o perinatales de esta patología, lo expuesto le otorga el aporte práctico.

Con la presente investigación se buscó establecer un punto de partida para las futuras investigaciones e intervenciones. Los beneficiarios directos de esta investigación, será el binomio madre niño a través de acciones

que a partir de las sugerencias permitan un trabajo intersectorial que promueva la salud materna como una forma de mejoramiento continuo de su calidad de vida.

Por otro lado, se considera que la utilidad metodológica residió en el abordaje particular de la investigación y el aporte de un instrumento de recolección de datos, el mismo que debidamente validado servirá como elemento útil para la realización de futuras investigaciones.

Para dar respuesta al problema de investigación se plantearon los siguientes objetivos: Identificar el perfil clínico a partir de los siguientes signos y síntomas: cefalea, fosfenos, tinnitus, epigastralgia, presión arterial, hiperreflexia y edema; Determinar el perfil clínico a través de los resultados de los exámenes de laboratorio tales como hemoglobina, plaquetas, creatinina, ácido úrico, proteinuria y Lactato deshidrogenasa (LDH); Establecer el perfil epidemiológico expresado en las características sociodemográficas como: edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia y raza; y por ultimo establecer el perfil epidemiológico expresado en los antecedentes obstétricos, personales y familiares.

2. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA

2.1. Antecedentes

La pre-eclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial, el cual es un trastorno exclusivo del ser humano el cual ha sido motivo de muchas investigaciones, tal es así que en el ámbito internacional:

Suárez González y Cols, realizaron una investigación titulada: “Comportamiento materno - perinatal en un grupo de gestantes con preeclampsia grave” en Cuba durante el año 2009; de tipo descriptivo, corte transversal en 377 gestantes las cuales ingresaron a sala de cuidados perinatales, usaron variables tales como: edad materna, estado civil, antecedentes obstétricos ⁽⁹⁾. “En el grupo de estudio, existió un predominio de mujeres en edades extremas de la vida: adolescentes 30,5 % y mayores de 35 años, 28,6 %, que en un 50,1 % resultaron nulíparas” ⁽⁹⁾. Estos autores concluyeron que la “pre-eclampsia grave es una enfermedad que genera alteraciones en el feto y que lo pueden llevar a la muerte” ⁽⁹⁾.

Altunaga Palacios Margarita, en un estudio descriptivo y retrospectivo sobre la “Incidencia de algunos factores de riesgo en la pre-eclampsia con signos de gravedad”, en el año 2010 en Cuba, el estudio estuvo constituido por un total de 61 púrperras con diagnóstico de pre-eclampsia donde las variables en estudio fueron: edad, paridad, edad gestacional en el momento del diagnóstico y modo de nacimiento. Obteniendo como resultados que la mayor incidencia de pre-eclampsia “estuvo en el grupo de 21 a 34 años con un 54,1%, con respecto a la nuliparidad representó la mayor incidencia con el 60,7%, el diagnóstico de la enfermedad se realizó con la edad gestacional de 37 a 41,6 semanas, y el mayor número de nacimientos se obtuvo mediante la cesárea primitiva, con 52,5” % ⁽¹⁰⁾.

Asimismo Altunaga Palacios tuvo como conclusiones que “entre los factores de riesgo estudiados, la nuliparidad fue el más frecuente, el diagnóstico de pre-eclampsia de las pacientes estudiadas fue entre las 37 y 41,6 semanas y la mayoría de los nacimientos fueron por cesárea” (10).

Suárez González y cols, realizaron una investigación denominada “Predictores de la pre-eclampsia / eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo”, en el año 2011 en Cuba, de tipo descriptivo, de corte transversal en un grupo de 30 gestantes con riesgo de pre-eclampsia/eclampsia que acudieron a la consulta. Se encontró que 70 % de pacientes fueron nulíparas, 80 % presentó malnutrición por exceso y 56,6% fueron de edades extremas, el cual tuvo predominio la avanzada edad materna con 33,3%⁽¹¹⁾. Los autores concluyeron que “la nuliparidad, las cifras de glicemia elevadas en la captación del embarazo y la malnutrición por exceso fueron algunos de los factores de predicción más frecuentemente encontrados para la pre-eclampsia /eclampsia ⁽¹¹⁾.”

Taweasuk y Tannirandorn, llevaron a cabo una investigación de 80 casos y 240 controles de embarazadas con eclampsia leve que dieron a luz en el Hospital, Bangkok”, titulada: “Los parámetros clínicos y de laboratorio asociados con eclampsia en mujeres embarazadas tailandeses”, en el 2014, “observaron en los casos que la edad materna <20 años fue (30%), las atenciones prenatales <4 visita (32.5%), reflejos osteotendinosos $\geq 3+$ (40%), el ácido úrico sérico ≥ 6 mg/d (82.5%), creatinina sérica $\geq 0,9$ mg/d (73.75%). En los controles los hallazgos fueron edad materna < 20 años fue (6.67%), controles prenatales <4 visita (11.25%), reflejos ostetendinosos (4.59%), ácido úrico sérico ≥ 6 mg/d (37.5%), creatinina sérica $\geq 0,9$ mg/d (97.08%), eran factores predictores de eclampsia” ⁽¹²⁾.

En el ámbito nacional, en una investigación realizada por Ramal Aguilar, titulado: “Hipoalbuminemia como marcador pronóstico de pre-eclampsia severa, en pacientes pre-eclámpticas, realizado en el hospital Belén de Trujillo”, en el año 2012 encontró “una relación muy significativa entre el nivel de albúmina sérica menor de 323 gr/dl, con la pre-eclampsia severa” (13).

Guzmán Méndez, realizó una investigación titulada: “Perfil clínico y laboratorial de las pacientes gestantes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo 2014 y 2015”, donde 148 pacientes fueron diagnosticadas como pre-eclampsia leve y pre-eclampsia severa. “Los signos y síntomas más frecuentes fueron: hipertensión arterial, cefalea, náuseas y vómito, los valores de laboratorio alterados en promedio fueron las transaminasas, TGO: 51 U/L, TGP: 57 U/L, plaquetas: 111 000 cel/mm³, proteinuria en 24 horas: 1349 mg/dl. La edad promedio fue 32 años y la edad gestacional promedio fue 36 semanas” (14).

En el análisis a nivel local, se describe una investigación realizada en el año 2014 por Grillo Zárate, titulada: “Factores de riesgo maternos asociados a la pre-eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Regional II-2”, teniendo como resultados: la frecuencia de preeclampsia en un 12,5%, los factores maternos predominantes en mujeres con pre-eclampsia fueron: el nivel socioeconómico bajo 97,5 %, estado civil conviviente 67%, obesidad y procedencia rural 65%, multiparidad 60%, edad materna de 19 a 35 años 55%, menos de 6 controles prenatales 52,5%, antecedente de hipertensión arterial 42,5% (15).

En una investigación realizada por Peña Helga, titulada: “Factores de riesgo asociados a pre-eclampsia en el Hospital Regional JAMO II-2, Tumbes en el año 2014”, el tipo de investigación fue prospectiva, transversal y descriptiva, aplicado a 90 pacientes pre-eclámpticas, en

donde encontró que el 51.1% tuvieron pre-eclampsia leve y un 48.9% pre-eclampsia severa, el 66.7% tenía edad entre 21-34 años, el 31.1% tuvieron antecedente de pre-eclampsia, el 100% tuvieron un índice de masa corporal (IMC) ≥ 24 kg/m², el antecedente familiar de hipertensión arterial crónica fue de 66.7%, el 46.7% fueron multigestas, y el 94.4% presento cefalea⁽¹⁶⁾.

2.3 Bases teórico-científicas.

“Las enfermedades hipertensivas del embarazo constituyen la complicación médica más frecuente del embarazo y están asociadas a un aumento significativo de la morbi-mortalidad materna y perinatal”. “El 5 a 20% de los embarazos se complica por alguna forma de hipertensión. Las diferencias observadas dependen de la población estudiada y de los criterios diagnósticos utilizados” ⁽¹⁷⁾.

“La pre-eclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial, exclusivo del ser humano que complica aproximadamente el 10% de los embarazos”, el cual se origina a partir “de las 20 semanas de gestación en adelante, durante el parto y puerperio”, la cual se caracteriza por hipertensión arterial, la proteinuria es frecuente pero no siempre presente, esto indica que se puede hacer un diagnóstico de pre-eclampsia sin proteinuria cuando otros signos o síntomas están presentes ⁽¹⁸⁾.

Hasta hoy la única forma de detectar gestantes con riesgo de desarrollar pre-eclampsia es por medio de la identificación de los factores de riesgo. Para efecto del presente estudio abordaremos primero el perfil clínico que incluye los síntomas y/o signos como: cefalea, tinnitus, fosfenos, e hiperreflexia en el cual: “El área más sensible en la preeclampsia es la occipital ya que es una zona intermedia entre dos territorios vasculares, también relacionados con

la severidad del síndrome. El porcentaje de pacientes pre-eclámpicas asintomáticas varía de 40 a 70%” (19).

“El sistema vascular a nivel cerebral es extremadamente sensible en la pre-eclampsia. Un porcentaje muy elevado de mujeres con preeclampsia grave presentan un marcado vasoespasmo cerebral. El grado de vasoespasmo no siempre se correlaciona de manera clara con la tensión arterial, y hasta en un 20% la eclampsia puede debutar con cifras normales o límite de tensión arterial” (20).

La epigastralgia es una alteración hepática, que comúnmente suele ser “subclínica, que puede manifestarse con náuseas, vómito y dolor epigástrico en hipocondrio derecho y con poca frecuencia la ictericia”, “esto, secundario a distensión de la cápsula de Glisson, por obstrucción al flujo sanguíneo en los sinusoides hepáticos por depósitos de fibrina” (21). En algunas gestantes con estos síntomas podrían llegar a desarrollar alteraciones en los tiempos de coagulación y deshidrogenasa láctica (22).

“La hipertensión arterial (HTA) durante el embarazo se define como la tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 140 mmHg y/o la tensión arterial diastólica (TAD) ≥ 90 mmHg, determinadas en dos ocasiones separadas por un mínimo de 4-6 horas, pero no más de 7 días, excepto en los casos que cumplan criterios de HTA grave (TAS ≥ 160 mmHg y/o TAD ≥ 110 mmHg) en los que dos tomas separadas por un intervalo de tiempo menor (minutos) es suficiente para el diagnóstico” (23).

“La sociedad internacional para el estudio de la hipertensión en el embarazo (ISSHP)” toma en cuenta la tensión arterial (TA) diastólica de 90 mm de Hg o más en 2 mediciones, con 4 horas de diferencia, y TA diastólica ≥ 110 mmHg en una sola medición (24).

Actualmente el edema no está incluido en el diagnóstico de preeclampsia ya que aparece clínicamente en un “80% de las

gestantes normales”⁽¹⁵⁾. Sin embargo, en nuestro medios conveniente considerar los “edemas patológicos de rápida instauración confirmados por ganancias ponderales anormales como un signo para el diagnóstico temprano de la entidad”⁽¹⁵⁾, este se puede apreciar “clínicamente por la depresión que deja la presión del dedo sobre la cara interna de la tibia o el tobillo”⁽²⁵⁾.

Con respecto a los exámenes de laboratorio, se sugiere que antes de interpretar los valores de laboratorio se tenga en cuenta los cambios que estos sufren durante el embarazo normal. En lo que concierne a la “hemoglobina y hematocrito los valores por encima de 37% o hemoglobinemias mayores de 12 g/dL son compatibles con probable hemoconcentración⁽²⁶⁾, debido a que existe una disminución de la concentración de hemoglobina la cual en la preeclampsia produciría anemia hemolítica con esquistocitosis; hematocrito o número total de eritrocitos”⁽²⁷⁾.

“Los recuentos de plaquetas se consideran anormales con cifras menores de 150,000/mm³ que tienden a disminuir a medida que la enfermedad se agrava, representa una de las alteraciones principales en casos de síndrome de hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y trombocitopenia (HELLP), y se encuentra presente en grado moderado, en la pre-eclampsia”. “La trombocitopenia, es el hallazgo hematológico más frecuentemente observado en la pre-eclampsia, en su patogenia, se han propuesto mecanismos inmunológicos y de daño endotelial difuso que producen agregación plaquetaria en las paredes endoteliales”⁽²⁶⁾.

“La creatinina durante el embarazo normal tiende a disminuir, siendo el límite superior de 0,8 mg/dl, es probable que, como en el embarazo normalmente ocurre un aumento de la función renal entre 35 a 50% con respecto a su estado pre-gestacional, las cifras de creatinina de las pacientes con pre-eclampsia se mantienen en rangos normales”⁽²⁸⁾.

“El ácido úrico, en la gestante normal desciende a un promedio de $3,1 \pm 0,8$ mg/dl, en la pre-eclampsia elevan sus promedios sobre 5 mg/dl. El aumento de estos niveles se debería a la disminución de su clearance renal, por un aumento de la actividad de la xantina oxidasa secundario a fenómenos de hipoxia que generarían una activación endotelial difusa, contribuyendo a la producción de especies reactivas del oxígeno, capaces a su vez, de perturbar la función endotelial y de contribuir en la patogénesis de esta enfermedad” (28).

“La proteinuria es definida como una excreción urinaria de proteínas igual o mayor de 0,3 g en orina de 24 horas (se correlaciona con 30 mg/ dL o reactividad de tira 1+) (29). Ante el hallazgo de proteinuria, debe descartarse infección del tracto urinario. En vista de que recientes investigaciones no han encontrado relación entre la cantidad de proteína en orina y el pronóstico de la pre-eclampsia, la proteinuria mayor de 5 g ya no se considera como un criterio de pre-eclampsia” (30).

“El aumento de los valores de LDH se vincula en su mayor proporción con el grado de hemólisis (Morán) y con el daño hepático”. “Dependiendo del método, se consideran valores normales aquellos por debajo de 230 UI/l, superando 600 UI/l en algunas enfermas con síndrome de HELLP (Lyell)” (28).

Dentro de lo epidemiológico en cuanto a la pre-eclampsia se describen numerosos factores que contribuyen a su aparición, así tenemos: la edad, estado civil, el grado de instrucción, la procedencia y raza; Estos factores han sido investigados en la presente investigación por lo cual los detallamos de manera subsiguiente.

De manera que la edad “menor o igual de 19 años tiene un riesgo de 3.4 veces de presentar pre-eclampsia; mientras que la edad mayor o igual a 35 años aproximadamente, es 2 veces más el riesgo de sufrir

dicha patología”⁽³¹⁾. Muchos autores coinciden en que las “menores de 19 años duplica el riesgo de desarrollar dicha patología, mientras que las mujeres mayores de 35 años tienen mayor riesgo de desarrollar pre-eclampsia debido a que con mayor frecuencia padecen de enfermedades crónicas vasculares”⁽³²⁾.

Según el estado civil soltera aumenta el riesgo de padecer pre-eclampsia, con relación a las gestantes casadas y convivientes⁽³³⁾, lo que estaría relacionado probablemente con la desprotección social y familiar en dichas mujeres, posiblemente con el añadido de estrés y violencia situación que persiste en nuestro país.

Epidemiológicamente y socialmente, esto coincide con el problema de muchas mujeres sin nivel de educación en nuestro país o con tan solo un nivel primario⁽³⁴⁾, las cuales aumentan el riesgo de presentar pre-eclampsia. El nivel educativo secundario y superior constituyen factores protectores para no desarrollar la patología, probablemente el conocimiento y la educación que tenga la gestante ayuda a la evolución normal y a poder identificar posibles complicaciones del embarazo.

En lo que concierne al lugar de procedencia, las mujeres que viven en zonas rurales tendían menos acceso a los servicios de salud, las mismas son más propensas a desarrollar complicaciones en el embarazo como lo es la pre-eclampsia⁽³⁴⁾, ya que les es muy difícil acudir a un establecimiento de salud ya sea por la distancia entre su domicilio y el centro de salud o quizás por el desconocimiento de la importancia de acudir a un establecimiento de salud.

En la raza negra el riesgo de padecer pre-eclampsia durante el embarazo es mayor, pues según estudios presentan una incidencia “superior al 5%, con un riesgo relativo entre 1,5 a 3 respecto a la raza

blanca. En países hispanoamericanos y caribeños, la preeclampsia causa la cuarta parte de las muertes maternas” ⁽³⁵⁾.

En el aborto, el antecedente de 2 o más abortos espontáneos aumenta el riesgo de desarrollar pre-eclampsia, mientras que el antecedente de aborto provocado disminuye el riesgo de pre-eclampsia ⁽³⁶⁾.

Dentro de la paridad con relación a la aparición de pre-eclampsia, la nuliparidad es la que tiene mayor riesgo de padecer pre-eclampsia ya que es de 6 a 8 veces mayor que en las pacientes multíparas. “Estudios epidemiológicos apoyan el concepto que en la pre-eclampsia existe una mala adaptación materna a los antígenos paterno / fetales” ⁽³⁷⁾. “En las mujeres con contacto más duradero a los antígenos paternos, el sistema inmune sería más tolerante y permitiría la invasión del trofollasto y una implantación normal” ⁽³⁷⁾.

“La teoría de una exposición limitada al semen de la pareja es la explicación del mayor riesgo de pre-eclampsia en mujeres nulíparas, ya que la unidad feto-placentaria contiene antígenos paternos que son extraños para la madre huésped, y serían los responsables de desencadenar todo el proceso inmunológico que provocaría el daño vascular, causante directo de la aparición de la enfermedad” ⁽³⁸⁾.

La atención prenatal, sigue siendo uno de los problemas de salud obstétrica en nuestro país y en diferentes comunidades del mundo, debido a que se presentan situaciones que dificultan una atención prenatal de calidad ⁽³⁹⁾, como el bajo nivel económico que no les permite acceder a un centro de salud cercano, por lo cual existen gestantes con controles prenatales insuficientes o no asistieron a una consulta prenatal ⁽³⁹⁾.

La presencia de HTA en las gestantes diabéticas se duplica a diferencia de las gestantes no diabéticas y “cuando la HTA no está controlada, se duplica el riesgo de enfermedad coronaria y se acelera la progresión hacia la enfermedad renal crónica” (40).

“En la diabetes mellitus, existe un incremento del estrés oxidativo y del daño endotelial, por tal motivo puede dañar la perfusión útero placentaria y favorecer la aparición de la pre-eclampsia, que es 10 veces más frecuente en las pacientes que padecen esta enfermedad” (40).

En gestantes con antecedente de hipertensión arterial, tienen una incidencia del 15 a 25% de desarrollar pre-eclampsia. “Ésta enfermedad produce daño vascular, y la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, condicionando así una oxigenación inadecuada del trofoblasto lo cual podría desencadenar la preeclampsia” (41).

La ganancia de peso gestacional es un “fenómeno complejo influenciado no solo por los cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo planetario” (42). En los últimos años la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de Salud (OMS) han propuesto “evaluar el estado nutricional de la mujer embarazada por medio del índice de masa corporal (IMC), que se obtiene dividiendo el valor del peso (kg) por el de la talla (m) al cuadrado” (43).

Las mujeres que al momento de embarazarse tienen un “IMC normal y una ganancia de peso adecuada durante la gestación presentan una mejor evolución durante el embarazo y el parto que aquellas mujeres con una ganancia de peso recomendada” (43). Las mujeres con una “ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada presentan un

incremento en el riesgo de tener complicaciones obstétricas como hipertensión”⁽⁴³⁾. El IMC previo al embarazo “aumenta desde 4.3% para mujeres con IMC menor de 19.8 kg/m² hasta 13.3% en aquellas con un IMC de más de 35 kg/m²”⁽⁴³⁾.

Diversos autores han encontrado que un IMC > 29.0 kg/m² aumenta 2.5 veces el riesgo de hipertensión gestacional y 2.7 veces el riesgo de pre-eclampsia”⁽⁴³⁾. Tal es así que Moreno y cols, manifiestan que la pre-eclampsia “está fuertemente relacionado con el peso incrementado antes de la gestación y algunos otros factores de riesgo, como la edad madura y el antecedente de pe-eclampsia e embarazos previos”⁽⁴⁴⁾.

En diversos estudios familiares observacionales y descriptivos “se ha encontrado un incremento del riesgo de padecer pre-eclampsia teniendo el antecedente familiar en hijas y hermanas de mujeres que sufrieron pre-eclampsia durante su gestación. Se plantea que las familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer que ha padecido pre-eclampsia, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se embarazan”⁽⁴⁵⁾.

Igualmente, los “familiares de segundo grado tienen de 2 a 3 veces mayor riesgo de padecerla, comparando con mujeres cuyas familias no hay historia de pre-eclampsia”. “Así, como la susceptibilidad para desarrollar pre-eclampsia está mediada en gran parte por un componente genético heredable, que contribuye en un 50 % al riesgo de sufrir la enfermedad, indagar sobre la historia familiar de pre-eclampsia puede ser una herramienta valiosa para detectar embarazos con alto riesgo de padecerla”⁽⁴⁵⁾. “Existe asociación entre el antecedente de pre-eclampsia y el riesgo de padecer esta patología en el embarazo actual, ya que las pacientes que padecieron pre-eclampsia durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación”⁽⁴⁶⁾.

Se ha evidenciado que “el hábito tabáquico se ha mostrado como factor protector de la aparición de pre-eclampsia” (47). Sin embargo, se prevé que las gestaciones de las mujeres fumadoras que padecen pre-eclampsia “tienen mayor probabilidad de presentar bajo peso al nacer, mortalidad perinatal; comparado con los embarazos de madres no fumadoras” (48).

Cifuentes plantea que “la placenta juega un papel importante en la génesis de la pre-eclampsia-eclampsia, ya que el parto corrige rápidamente las manifestaciones clínicas” (49). “Se ha sugerido que la isquemia uterina es un factor primario, ya que la pre-eclampsia/eclampsia se desarrollan generalmente en mujeres quienes el denominador común es la disminución de la perfusión placentaria” (49).

Tal es así que Cifuentes llega a pensar “que entre las diferentes teorías que han sido propuestas desde el conocimiento de la enfermedad la más interesante es la desarrollada por Friedman”. “En un embarazo normal se produce entre la semana 10 y 16 una primera etapa de migración trofoblástica con el objetivo de proveer al feto mayor irrigación sanguínea. Las paredes musculares y el endotelio de la parte decidual de las arterias espiraladas son remplazados por trofoblasto” (49).

“Entre la semana 16 y 22, ocurre una segunda etapa de migración en la cual el trofoblasto invade la capa muscular de las arterias espiraladas. De esta manera, los vasos se transforman en conductos dilatados, rígidos de paredes delgadas que facilitan y potencializan el paso de la sangre hacia la placenta”. “En las mujeres con pre-eclampsia, esta segunda etapa de migración trofoblástica no se lleva a cabo y por razones desconocidas las células trofoblásticas no pasan

más allá de la decidua, quedándose en un espacio de transición entre esta y el miometrio” (49).

El inicio de la pre-eclampsia se daría debido a una placentación normal. “Las arterias espiraladas conservarían su capa muscular con su inervación adrenérgica llevando esto a una disminución en la perfusión útero-placentaria”. “Esta isquemia placentaria llevaría a un estrés oxidativo, con el concurso de neutrófilos maternos activados y lípidos susceptibles de oxidación, siendo el estrés oxidativo uno de los causantes finales del daño endotelial” (49). “Esta injuria endotelial sería la clave para que desencadenen todos los fenómenos presentes en la pre-eclampsia y que son: Disminución endotelial de óxido nítrico (ON), la función de este normalmente es: producir vasodilatación, prevenir la adhesión de células sanguíneas y antiagregante plaquetario” (49).

“Al disminuir la producción de ON, se produce un vasoespasmo, el cual se agrava más por el aumento de la liberación de endotelinas (potentes vasoconstrictoras) por el endotelio lesionado, así como otros agentes vasoconstrictores como la prostaciclina (vasodilatador) y el tromboxano A2 (potente vasoconstrictor)”. Los bajos niveles en la producción de prostaciclina por la placenta, la cual es un potente vasodilatador e inhibidos de la agregación plaquetaria y de la contractibilidad uterina (49). “La prostaciclina incrementa sus niveles durante el embarazo normal. Es producida principalmente en las células endoteliales de vasos placentarios, uterinos y umbilicales, corion, amnios, decidua, trofoblasto y miometrio (49).

Durante el embarazo normal se incrementa también la síntesis de tromboxano con efectos fisiológicos opuestos a la prostaciclina” (49). “Cuando el equilibrio entre estos dos eicosanoides (prostaciclina y tromboxano) se altera por disminución de la síntesis de prostaciclina con aumento relativo en la producción de tromboxano, se produce vasoconstricción y aumento de la agregabilidad plaquetaria, lo cual disminuye la perfusión uterina y aumenta la sensibilidad del efecto

presor de la angiotensina II. Esta es la manifestación más temprana de la pre-eclampsia aun semanas antes de que aparezca la sintomatología clínica” (49).

Tal es así que “el imbalance entre prostaciclina y tromboxano, lleva a un incremento en la coagulación intravascular (CID) y depósitos de fibrina. Esta situación produciría en la placenta trombos plaquetarios que serían responsables de la retracción en el crecimiento intrauterino y del desprendimiento de la placenta normalmente insertada. En el sistema sanguíneo se presentará entonces una coagulación por consumo” (49).

“En el sistema nervioso central un vasoespasmo y trombos plaquetarios con mioinfartos que serán responsables de las convulsiones. En el hígado se producirá necrosis responsable del incremento en las enzimas hepáticas. En los riñones se producirá una endoteliosis glomerular, causante de la proteinuria y el edema que además puede llevar a insuficiencia renal aguda” (49). “La prostaciclina disminuida con incremento del tromboxano provoca además vasoconstricción arterial y venosa produciendo HTA con disminución en la secreción de renina, lo cual a su vez junto con la vasoconstricción son los responsables de la hipovolemia” (49).

Los cambios hematológicos también han sido descritos, especialmente en la pre-eclampsia severa. “Los más importantes son trombocitopenia y hemólisis. La hemólisis es una de las causas por las cuales se incrementa la producción de lactato deshidrogenasa. Finalmente, la injuria endotelial ya mencionada produce un aumento en la permeabilidad vascular, lo cual va a desencadenar la presencia de edema” (49).

2.4 Definición de términos básicos

- **Perfil clínico:** “Se fundamenta en todas las asociaciones posibles de signos y síntomas que se manifiestan de la enfermedad y su relación con las entidades clínicas consideradas como concomitantes según las normas técnicas del Ministerio de Salud Perú” ⁽⁵⁰⁾.
- **Perfil epidemiológico:** “Es la expresión de la carga de la enfermedad (estado de salud) que sufre la población, y cuya descripción requiere de la identificación de las características que la definen” ⁽⁵⁰⁾.
- **Cefalea:** “Dolor de cabeza de cualquier causa. Algunos tipos de cefalea son: cefalea funcional, cefalea migrañosa, cefalea organica, cefalea sinusal y cefalea tensional” ⁽⁵⁰⁾.
- **Fosfenos:** “Sensación luminosa (imagen entóptica) percibida por el ojo sin que haya sido provocada por la luz. Puede ser espontanea (migraña oftálmica) o consecutiva a un traumatismo, a una compresión del ojo o a una excitación eléctrica de la retina” ⁽⁵¹⁾.
- **Tinnitus:** “ Retintín o repiqueteo percibido en uno o ambos oídos. Puede ser un signo de trauma acústico, enfermedad de Ménière, otosclerosis, presbiacusia o acumulación de cerumen afectando al timpano u ocluyendo el canal auditivo externo”⁽⁵²⁾.
- **Epigastralgia:** Dolor en la parte superior del abdomen y detrás del esternón (boca del estómago). Varias condiciones pueden causar epigastralgia, como enfermedad por reflujo gastroesofágico (el contenido del estómago regresa al esófago), hepatitis (inflamación del hígado), o dispepsia (trastorno de la digestión) ⁽⁵³⁾.
- **Hiperreflexia:** Aumento de los reflejos miotáticos o tendinomusculares que ocurre cuando existe compromiso de los haces piramidales⁽⁵⁰⁾
- **Presion arterial:** “Presión que ejerce la sangre al circula por los vasos sanguíneos” ⁽⁵⁰⁾.
- **Edema:** “Forma compuesta que significa tumefacción resultante de una acumulación excesiva de líquido seroso en localizaciones específicas de tejidos corporales”⁽⁵⁰⁾.

- **Hemoglobina:** “Compuesto complejo de proteínas y hierro presente en la sangre, que transporta el oxígeno desde los pulmones a las células y el dióxido de carbono desde las células a los pulmones” ⁽⁵⁰⁾.
- **Plaquetas:** “La más pequeña de las células de la sangre. Las plaquetas tienen forma de disco y no contienen hemoglobina. Son esenciales para la coagulación de la sangre” ⁽⁵⁰⁾.
- **Creatinina:** “Compuesto nitrogenado producido por los procesos metabólicos del cuerpo. Combinado con el fósforo produce fosfatos de alta energía” ⁽⁵⁰⁾.
- **Ácido Úrico:** “Producto del metabolismo de las proteínas presentes en la sangre y excretado por la orina” ⁽⁵⁰⁾.
- **Proteinuria:** “Presencia en la orina de cantidades anormalmente elevadas de proteínas, habitualmente albumina. La proteinuria persistente suele ser un signo de enfermedad renal o de complicación renal de otra enfermedad” ⁽⁵⁰⁾.
- **LDH:** “Enzima que se encuentra en el citoplasma de casi todos los tejidos corporales, donde su principal función es catalizar la oxidación del L-lactato a piruvato. Se utiliza para valorar el metabolismo anaeróbico de los carbohidratos, y como uno de los indicadores séricos del infarto al miocardio y de las distrofias musculares” ⁽⁵⁰⁾.

3. MATERIAL Y METODOS.

3.1 Tipo y diseño de investigación.

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, corte transversal, retrospectiva, con enfoque metodológico cuantitativo y diseño no experimental.

$$M \rightarrow OX$$

Dónde:

M: Muestra en estudio.

O: Observación

X: Variable en estudio

3.2 Población, muestra y muestreo.

Población: La población estuvo representada por un total de 305 historias clínicas de pacientes con pre-eclampsia que fueron atendidas en el Hospital Regional II – 2 durante el periodo 2015 – 2017.

Muestra: El tamaño de la muestra fue de 101 historias clínicas que se determinó mediante la siguiente fórmula:

$$n^o = \frac{Z^2 \cdot N \cdot pq}{Z^2 \cdot pq + (e)^2 \cdot N} =$$

Dónde:

N= universo (305)

Z= 1,96

P=

0,50. q =

0,50. e =

0,08

$$n^0 = \frac{(1,96)^2 \cdot 305 \cdot (0,50)(0,50)}{(1,96)^2 \cdot (0,50)(0,50) + (0,08)^2 \cdot 305} =$$

$$n^0 = 100.57$$

$$n^0 = 101$$

Muestreo: Para la selección de los elementos que constituyeron la muestra de estudio, se utilizó el método del muestro aleatorio simple, que consistió en listar del 1 al 35 las historias clínicas de las pacientes con sus respectivos códigos y luego con el software Excel 16 que genero números aleatorios, donde fueron seleccionadas cada 3 hasta completar la muestra.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de gestantes de más de 20 semanas de edad gestacional con diagnóstico de pre-eclampsia.
- Historias clínicas con registros adecuados y completos.
- Historias clínicas con exámenes auxiliares completos.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que tuvieron datos incompletos y/o incomprensibles.
- Historias clínicas con registros borrosos.

3.3 Técnica e Instrumento de recolección de datos.

La técnica de recolección de datos fue la observación directa y el registro, mediante la revisión y análisis de las historias clínicas. En la presente investigación se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada en función de los objetivos de investigación, diseñada por las autoras que consta de 30 preguntas (Anexo N° 01). En la cual se realizó el registro del perfil clínico epidemiológico de las gestantes con pre-eclampsia.

La ficha de recolección de datos estuvo dividida en tres secciones, la primera sección incluyó el perfil clínico en el cual se especificaron los signos y síntomas presentados en las gestantes con dicho diagnóstico para identificarlos mediante los ítems Si o No, y la identificación de los valores de la presión arterial.

En la segunda sección que concierne al perfil paraclínico fueron consignados los valores de los resultados de los exámenes de laboratorio que se realizaron al ingreso como: hemoglobina, plaquetas, creatinina, ácido úrico, proteinuria y LDH.

En la tercera sección se incluyó el perfil epidemiológico se consignaron datos sociodemográficos como lo son: edad, estado civil, grado de instrucción, etc; datos sobre antecedentes obstétricos que constituyeron: abortos, paridad, edad gestacional, control prenatal, etc. En los datos sobre antecedentes personales se tuvieron en cuenta: antecedentes de diabetes e hipertensión arterial, evaluación antropométrica, antecedentes familiares de pre-eclampsia, hábito de fumar.

Asimismo, se realizó la validación de la ficha de recolección de datos mediante un juicio de expertos, quienes dieron sus opiniones y brindaron sus aportaciones respectivas para mejorar dicho instrumento (Anexo N° 02).

3.4. Procesamiento y análisis de información.

Finalizada la recolección de datos se procedió a elaborar una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 21 y Excel 16 para su tabulación respectiva, posteriormente los resultados se colocan en tablas de frecuencia de acuerdo a los objetivos específicos del proyecto de investigación. Por último, los datos se interpretaron y analizaron haciendo uso de la estadística descriptiva.

3.5. Consideraciones éticas.

Consentimiento: Se gestionó la autorización por Dirección Ejecutiva del Hospital Regional II – 2 Tumbes, para la recolección de la información y su utilización en el estudio, obteniéndose de esta manera el consentimiento para realizar el estudio.

Confidencialidad: Se asumió el compromiso de que la identificación de los sujetos en estudio será conservada en el anonimato, y la información obtenida, revelada solo para fines de la investigación.

4. RESULTADOS:

Tabla 1. Perfil clínico según signos y síntomas de las gestantes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2015 – 2017

Signos/Síntomas	Presencia	n	%
SIGNOS			
Cefalea	SI	67	66,3
	NO	34	33,7
Fosfenos	SI	40	39,6
	NO	61	60,4
Tinnitus	SI	39	38,6
	NO	62	61,4
Epigastralgia	SI	57	56,4
	NO	44	43,6
SINTOMAS			
Hiperreflexia	SI	24	23,8
	NO	77	76,2
Edema	SI	74	73,3
	NO	27	26,7
Presión Arterial			
<140/90		59	58,4
=>140/90		19	18,8
>=160/110		23	22,8

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2015-2017

Según la tabla 1, se observa que un 76,2% no presentó hiperreflexia, 73,3% presentó edema, 66,3% presentó cefalea, 61,4% no presentó tinnitus, 60,4% no presentó fosfenos, 56,4% presentó epigastralgia y 58,4% presentó presión arterial <140/90mmHg.

Tabla 2. Perfil clínico según resultados de exámenes auxiliares de las gestantes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2015 – 2017.

Exámenes de Laboratorio	n	%
Hemoglobina		
≥ 12 gr/dl	70	69,3
< 12 gr/ dl	31	31,7
Plaquetas		
≤ 150000 mm ³	62	61,3
> 150000 mm ³	39	39,7
Creatinina		
> 0.8 mg/dl	91	90,1
< 0.8 mg/dl	10	10,9
Ácido Úrico		
≥ 5 mg/dl	96	95,1
< 5 mg/ dl	5	5,9
Proteínas		
≥ 300 mg	39	38,6
< 300 mg	62	62,4
LDH		
≥ 230 mg	71	70,3
< 230 mg	30	30,7

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2015-2017

Según la tabla 2, los resultados de los exámenes auxiliares, muestran que un 95,1% tuvo valores de ácido úrico ≥ 5 mg/dl, el 90,1% creatinina $> 0,8$ mg/dl, un 70,3% de LDH ≥ 230 UI/L, el 69,3% tuvo hemoglobina ≥ 12 gr/dl, 62,4% tuvo proteínas < 300 mg y un 61,3% presento plaquetas $\leq 150,000$ mm³

Tabla 3. Perfil epidemiológico según características sociodemográficas de las gestantes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2015-2017.

Características Sociodemográficas	n	%
Edad		
13 a 19 años	49	48,5
20 a 34 años	31	30,7
35 a más	21	20,8
Estado civil		
Soltera	17	16,8
Casada	16	15,8
Conviviente	67	66,3
Divorciada	01	1,0
Viuda	00	0,0
Grado de Instrucción		
Analfabeta	01	1,0
Primaria	17	16,8
Secundaria	64	63,4
Superior técnico	14	13,9
Superior universitario	05	5,0
Procedencia		
Urbano	43	42,6
Rural	58	57,4
Raza		
Negra	01	1,0
Blanca	00	0,0
Mestiza	100	99,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes.2015-2017

Según la tabla 3, se observa que un 99,0% de pacientes era de raza mestiza, el 66,3% era de estado civil, el 63,4% tuvo grado de instrucción secundaria, el 57,4% procedió de zona rural y el 48,5% de las gestantes tuvo edades entre 13 a 19 años.

Tabla 4. Perfil epidemiológico según antecedentes obstétricos de las gestantes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2015-2017.

Antecedentes obstétricos	n	%
Abortos		
0	91	90,1
1 – 2	02	2,0
3 a más	08	7,9
Paridad		
Nulípara	14	13,9
Primípara	46	45,5
Múltipara	41	40,6
Edad gestacional		
< de 37 ss pre- término	23	22,8
37-40 ss a término	69	68,3
> a 40 ss post- término	09	8,9
CPN		
0 a 5	42	42,6
6 a más	58	57,4
Profesional que realizó CPN		
Obstetra	101	100,0
Médico	00	0,0
Otros	00	0,0
Lugar donde realizó CPN		
Centro de salud	96	95,0
Hospital	05	5,0

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes con pre-eclampsia en el Hospital Regional II-2 Tumbes 2015-2017

Según la tabla 4 se observa que el 100% de las gestantes fueron atendidas por un profesional obstetra durante sus controles prenatales, el 95,0% realizaron sus controles prenatales en un centro de salud, el 90,1% no presentó abortos, el 68,3% tuvo una edad gestacional entre 37 a 40 semanas, el 57,4% asistieron de 6 a más controles prenatales y el 45,5% eran primíparas.

Tabla 5. Perfil epidemiológico según antecedentes personales y familiares de las gestantes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital regional II-2 Tumbes 2015-2017.

Antecedentes personales y familiares	Presencia	n	%
Antecedentes de diabetes	SI	36	35,6
	NO	65	64,4
Antecedentes de HTA	SI	44	43,6
	NO	57	56,4
Evaluación antropométrica al ingreso			
IMC bajo peso (<19.8)		10	9,9
IMC normal (19.8 - 26)		24	23,8
IMC sobrepeso (26.1-29)		51	50,5
IMC obeso (>29.1)		16	15,8
Antecedentes Familiares de pre-eclampsia	SI	33	32,7
	NO	68	67,3
Antecedente de pre-eclampsia previa	SI	12	11,9
	NO	89	88,1
Hábito de fumar	SI	13	12,9
	NO	88	87,1

Fuente: Datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2

Según la tabla 5, se observa que el 88,1% no refirió antecedente de pre-eclampsia previa, el 87,1% negó el hábito de fumar, 67,3% negó antecedente familiar de pre-eclampsia, 64,4% negó antecedente de diabetes, 56,4% negó antecedente de hipertensión arterial y el 50,5% presentó un IMC de sobrepeso.

5. DISCUSIONES:

Según los resultados obtenidos en lo que concierne al perfil clínico referido a los signos y síntomas de las pacientes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes, se demostró que un 73,3% presentó edema, seguido de cefalea en un 66,3%, el 56,4% tuvo epigastralgia, un 39,6% presentó fosfenos, un 38,6% tuvo tinnitus, el 23,8% presentó hiperreflexia, y un 22,8% presentó presión arterial $\geq 160/110$ (Tabla 1)

Estos hallazgos coinciden con la investigación realizada por Medina Caballero, titulado: Características clínicas y epidemiológicas en gestantes adolescentes con pre-eclampsia severa en el Hospital Regional de Cajamarca, 2010-2014, donde se concluyó que la sintomatología más frecuente en las adolescentes con pre-eclampsia severa fue la cefalea (69,3%), seguida de las alteraciones visuales con (28,4), epigastralgia (23,3%). También hubo un 27,4% que no presentó sintomatología ⁽⁵⁴⁾.

Asimismo, en una investigación perteneciente a Martínez Sánchez y cols, titulado: Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con pre-eclampsia atendidas en una clínica privada de Medellín, Colombia se reportó hipertensión arterial $>140/90$ mmHg en el 50,4 % seguido por la cefalea en el 47,6%, el edema en un 56,2% y la epigastralgia en el 26,3%⁽⁵⁵⁾.

Por su parte, Enríquez Villa y Huamán Castillo, llevaron a cabo un estudio de tipo descriptivo, con un nivel correlacional retrospectivo, titulado: Anemia y pre-eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital departamental de Huancavelica, los resultados indicaron que el 71 % presentó cefalea, el 18% escotomas, el 16% tinnitus, el 37% edema, el 87% presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y un 92% presentó una presión diastólica de ≥ 90 mmHg ⁽⁵⁶⁾.

Los hallazgos reportados en la presente investigación han sido documentados en la bibliografía revisada. En cuanto al edema, presente en gran porcentaje de las mujeres objeto de estudio, no es considerado un signo frecuente en la pre-eclampsia por muchos autores, pero si ha sido relacionado con el incremento de peso en las gestantes. Tal como se demostró en el presente estudio donde el sobrepeso caracteriza al 50.5% de las unidades de análisis.

En este sentido, el edema tendría su explicación en los trastornos de la distribución de la grasa subcutánea, sin dejar de mencionar que muchas de estas mujeres también podrían estar desnutridas, otra causa de edema durante el embarazo. Lo descrito da lugar a la realización de otros estudios.

Los resultados obtenidos respecto al perfil clínico a partir de los exámenes de laboratorio en las pacientes con pre-eclampsia demostraron que un 95,1% tuvo valores de ácido úrico ≥ 5 mg/dl, el 90,1% creatinina $>0,8$ mg/dl, un 70,3% de LDH ≥ 230 UI/L, el 69,3% tuvo hemoglobina ≥ 12 gr/dl, un 61,3% presento plaquetas $\leq 150,000$ mm³ y tuvo un 38.6% proteínas ≥ 300 mg. (Tabla 2)

Al respecto Vargas García y cols, demostraron resultados semejante en un estudio denominado “Deshidrogenasa láctica sérica en pre-eclámpticas y embarazadas normotensas” realizado en un Hospital de Venezuela el año 2014 y febrero del 2016. Los resultados de laboratorio en el grupo de casos fueron hemoglobina en g/dL tuvo valores de $11,1 \pm 1,5$, las plaquetas, $\times 10^3/\text{mm}^3$ tuvo valores de $174,6 \pm 40,1$, la creatinina mg/dL tuvo valores de $0,9 \pm 0,1$, el ácido úrico mg/dL tuvo valores de $5,0 \pm 0,6$, la proteinuria en 24 horas, tuvo valores de $3,95 \pm 0,9$, y la deshidrogenasa láctica UI/L $523,9 \pm 131,7$ ⁽⁵⁷⁾

Mientras que en el grupo de controles obtuvo como resultado hemoglobina en g/dL tuvo valores de 10,3 +/- 1,3, las plaquetas, $\times 10^3$ /mm³ tuvo valores de 252,1 +/- 30,3, la creatinina mg/dL tuvo valores de 0,7 +/- 0,1, el ácido úrico mg/dL tuvo valores de 3,4 +/- 0,3, la proteinuria en 24 horas, g tuvo valores de 0,15 +/- 0,02, y la deshidrogenasa láctica UI/L 241,0 +/- 76,3⁽⁵³⁾.

Por su parte, Enríquez Villa Y Huamán Castillo, en su tesis titulada: Anemia y pre-eclampsia en gestantes atendidas en el Hospital departamental de Huancavelica, los resultados indicaron que el 26% tienen plaquetas < 150000 mm³, un 37% presentó creatinina > 0,8 mg/dl, un 56% presentó proteinuria de 24hrs >300mg/dl, un 5% presento HDL >600 UI⁽⁵⁶⁾.

Izaguirre González y cols, también concluyeron en su investigación denominada Trastornos Hipertensivos del Embarazo: clínica y epidemiología - Hospital Regional Santa Teresa 2015, respecto a los exámenes de laboratorio el 61.8% tuvieron valores de hemoglobina de 12-16 g/dl, el 85% valores de plaquetas entre 150,000 – 450,000, el 41.9% valores de ácido úrico >6,0, el 60,8% tuvieron valores de LDH >200⁽⁵⁸⁾.

Los resultados de laboratorio obtenidos en el presente estudio se sustentan en la bibliografía consultada y coinciden con las investigaciones comparadas. Por lo tanto, nos atrevemos a sugerir la realización de trabajos que busquen los marcadores bioquímicos predictores de la pre-eclampsia. Si consideramos que el estudio se ha llevado a cabo en el hospital de referencia de la región, donde las mujeres muchas veces llegan complicadas con esta patología, pese a haber sido controladas durante su gestación. En esta situación surge la necesidad de brindar un control prenatal verdaderamente reenfocado, de inicio precoz e integral.

En cuanto a los resultados obtenidos en lo que respecta al perfil epidemiológico expresado en las características sociodemográficas de las pacientes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes, se concluyó que la edad del 48,5% de las gestantes con pre-eclampsia fluctuó entre 13 a 19 años, el 66,3% eran convivientes, el 63,4% han estudiado secundaria, el 57,4% procedían de una zona rural y el 99% de pacientes eran de raza mestiza. (Tabla 3)

Estos hallazgos coinciden en parte con los de Bonifacio S, en su estudio titulado: “Relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre pre-eclampsia en gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo-julio 2015 Lima Perú” , quien reportó que entre las características personales de las 184 gestantes con pre-eclampsia atendidas en dicho hospital se observa que destacan edades entre 29,16 años, estado civil onviviente (54,9), grado de instrucción secundaria (67,9%) y la mayoría procede de San Juan de Lurigancho (28,8%)⁽⁵⁹⁾.

Al respecto Heredia I, en su estudio titulado “Factores de Riesgo Asociados a Pre-eclampsia en el Hospital Regional de Loreto de Enero 2010 a Diciembre 2014” Trujillo. Perú, que de las 330 gestantes 110 gestantes con diagnóstico de pre-eclampsia (casos) y 220 gestantes sin pre-eclampsia (controles), el 58,2% de los casos tuvo de 20 a 34 años, el 71,8% tuvieron un estado civil conviviente, el 62,7% tuvo un grado de instrucción secundaria, el 49,4% provenía de zona rural. En los controles el 81,4% tenía de 20 a 34 años, el 80,5% era conviviente, el 56,8% estudió secundaria y referente a la procedencia 51,8% era de zona rural ⁽²⁶⁾.

Asimismo, en la investigación de Moreno, z et al. Publicada en la revista ginecol. Obstet, denominada: “Raza Negra como Factor de Riesgo Independiente para Pre-eclampsia. Perú 2014”, realizó una entrevista a 338 gestantes pre-eclámplicas (casos) y 338 normotensas (controles). “El porcentaje de edad materna fue de 67,8%

para las pacientes entre 20 y 34 años en el grupo de casos, el estado civil representó el 57,3%, el 71,6 % tuvo grado de instrucción secundaria, el 91,1% era de etnia no especificada. En el grupo de controles el 78,4% tenía una edad entre 20 y 34 años, el 71,5% era conviviente, el 76,6% tuvo grado de instrucción secundaria, el 95,6% no era de raza negra, era de otra etnia, no especificada”⁽⁶⁰⁾.

Con respecto a la edad la literatura avala que la pre-eclampsia es más frecuente en los extremos de la vida, si bien es cierto este resultado no se asemeja con los estudios comparados.

Probablemente la explicación radicaría en que Tumbes es el quinto departamento del país con la mayor prevalencia de embarazos en adolescentes según la ENDES 2016. En cuanto a la raza, en nuestro medio predomina una mezcla racial, además, es probable que la raza sea un factor independiente de la pre-eclampsia, motivo para posteriores investigaciones⁽⁶¹⁾.

Según los resultados obtenidos en lo concerniente al perfil epidemiológico expresado en antecedentes obstétricos, familiares y personales de las pacientes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes, se concluyó que 90,1% de las gestantes con pre-eclampsia negó abortos, el 45,5% fue primípara, 68,3% presentó edad gestacional entre 37 a 40 ss, el 57,4% realizó de 6 a más controles prenatales, el 100% fue atendida en su control prenatal por un obstetra y 95% realizó su CPN en un centro de salud. (Tabla 4). El 43,4% refirieron antecedentes de hipertensión arterial y 35,6% de diabetes. En tanto que el 32,7% manifestaron antecedentes familiares de pre-eclampsia. Asimismo, el 87,1% negaron fumar y el 50,5% presentaron sobrepeso. (Tabla 5)

Lo demostrado en el presente estudio se asemeja con la investigación realizada por Heredia I, en su estudio titulado: “Factores de Riesgo Asociados a Pre-eclampsia en el Hospital Regional de Loreto de Enero

2010 a Diciembre 2014” Perú, donde encontró que de las 330 gestantes 110 tuvieron diagnóstico de pre-eclampsia (casos) y 220 sin diagnóstico de pre-eclampsia (controles); el 61,8% de los casos no presentó abortos, el 37,3% era primípara, el 79,1% con una edad gestacional ente 37 a 41 semanas, el 51,8% (57) de las pacientes pre-eclámpticas tuvieron de seis a más controles prenatales. En los controles el 55,5% no presentó abortos, el 51,8% era primípara, el 95,5% tenía de 37 a 41 semanas y el 49,5% tenía seis a más controles prenatales ⁽²⁶⁾.

Asimismo, Bonifacio S, en su estudio titulado: “Relación entre el nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre la pre-eclampsia en gestantes con este trastorno atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante mayo-julio 2015, Lima-Perú”; encontró que las gestantes adquieren información a través del “obstetra en el 39,1%, medico ginecólogo en el 29,3% y el centro de salud en el 21,7%. Así mismo, el 53,8% recibió la información durante el control prenatal, el 31% en hospitalización y el 14,1% al momento del diagnostico” ⁽⁵⁹⁾.

Al analizar los resultados de las investigaciones se evidencia la labor primordial e indiscutible del obstetra, ya que abarca en un 100% la totalidad de la atención prenatal en nuestro estudio, y en un porcentaje alto en los estudios comparados.

El profesional obstetra debe poner especial énfasis en la detección temprana de la pre-eclampsia, a partir de la identificación de los factores de riesgo asociado, que permitirán la referencia oportuna de estas gestantes desde el primer nivel a otro de mayor complejidad y por ende se evitará las complicaciones de esta patología.

De igual forma Heredia encontró que el 24,5% presentó sobrepeso, el 70% no presento antecedentes de algún familiar de enfermedad hipertensiva del embarazo, un 89,1% no registro antecedente personal de enfermedad hipertensiva del embarazo y el 99,1% negó consumir cigarrillo ⁽²⁶⁾. En el grupo de controles el 16,4% tuvo sobrepeso, el 93,6% no tuvieron antecedente familiar de enfermedad hipertensiva,

el 94,1% no presento antecedentes de trastorno hipertensivo previo, el 100 % no consumía cigarrillos ⁽²⁶⁾.

Del mismo modo, Díaz C, en su estudio: “Características clínicas Epidemiológicas de la Pre-eclampsia Severa en Pacientes Atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el período 2008 – 2009”. Lima Perú 2011, encontró que de 130 historias clínicas consultadas, el 73,8% pacientes tuvo una edad gestacional entre 37 ss a más, el 27,8% de pacientes tuvo un IMC entre sobrepeso y obesidad, el mayor número de pacientes pre-eclámplicas no presento antecedentes de aborto previo a la gestación actual con un 71,5% %.⁽⁶²⁾.

La mayor parte de la muestra 76,9% (99) no reporto antecedente familiar de hipertensión arterial, el 87,6% (114) tampoco presentaron antecedente personal de pre-eclampsia, en lo que se refiere a los controles prenatales el 66,9%(87) presentaron un control prenatal adecuado. Sin embargo, Díaz C, difiere a lo que corresponde con la paridad ya que en su estudio “más de la mitad de pacientes son nulíparas con un 63,1%”⁽⁶²⁾.

Matías R, en su investigación: “Factores Predisponentes de la Preeclampsia en Mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Ginecoobstétrico Enrique C. Sotomayor desde Septiembre del 2012 a Febrero del 2013” Guayaquil-Ecuador, manifestó que de 181 pacientes con pre-eclampsia, 19% presentaron atecedentes familiares de hipertensión arterial y 8% antecedentes familiares de diabetes, 3% antecedentes personales de pre-eclampsia, 83% de pacientes eran primigestas, 69% tuvieron recién nacidos a término”⁽⁶³⁾

Si bien es cierto, “el Ministerio de Salud, ha impulsado desde el año 2004, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que tiene como objetivo estratégico, para los próximos años, la

Reducción de la Mortalidad Materna para eso ha planteado 4 grandes líneas de acción: Mejorar la atención obstétrica, impulsando la atención prenatal reenfocada, la atención calificada del parto y la prestación de los cuidados obstétricos de emergencia” (64).

6. CONCLUSIONES:

El análisis crítico de los resultados de la investigación respecto al perfil clínico epidemiológico de las gestantes con pre-eclampsia ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los principales signos y síntomas de pre-eclampsia que se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes con pre-eclampsia fueron edema y cefalea.
2. Los resultados de los exámenes auxiliares más resaltantes de preeclampsia, fueron: ácido úrico ≥ 5 mg/dl, creatinina $>0,8$ mg/dl y LDH ≥ 230 UI/L.
3. Los resultados respecto a las características sociodemográficas correspondieron en su mayoría a raza mestiza y estado civil conviviente.
4. Entre los antecedentes obstétricos de las gestantes fueron, que la mayoría no presentó abortos, tuvieron una edad gestacional entre 37 a 40 semanas y fueron primíparas.
5. Referido a los antecedentes personales y familiares la mayoría de gestantes no refirió antecedente de pre-eclampsia previa, negó el hábito de fumar y presentaron un IMC de sobrepeso en más de la mitad de la población estudiada.

7. RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere a las gestantes, que adopten una posición adecuada para disminuir el cansancio de sus miembros inferiores, además se le hace hincapié en su alimentación, debido a que el edema no sólo se presenta en mujeres obesas, sino también en aquellas que presentan desnutrición y anemia.
2. Así mismo se sugiere que se implemente estrategias en los centros hospitalarios para que se puedan realizar todos los exámenes de laboratorio para el oportuno diagnóstico de la pre-eclampsia y su posterior manejo adecuado y oportuno, lo que permitirá proteger el binomio madre-niño.
3. Se recomienda que se debe poner más énfasis en las características sociodemográficas como lo es raza mestiza y estado civil conviviente, ya que se ha demostrado que en este grupo de gestantes tienden a presentar problemas emocionales que generan estrés, que predisponen al desarrollo de pre-eclampsia.
4. Se recomienda que en los diferentes establecimientos de la localidad de Tumbes, se debería establecer un tiempo determinado para la atención integral del control prenatal reenforcado, precoz, periódico e integral de la gestante, el cual permitirá detectar de manera oportuna las características obstétricas, antecedentes familiares y antecedentes personales de riesgo, para prevenir y evitar el desarrollo de complicaciones severas y la morbilidad materno-fetal.
5. Se recomienda educar más a la gestante en lo que concierne a temas de alimentación, e implementar charlas antes de cada atención prenatal, debido a que en el estudio se demostró que la mayoría de gestantes presentaron sobrepeso.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Vargas Hernandez VM. Enfermedad hipertensiva durante el embarazo. RevHospJuaMex1999;6:125-34.
2. World Health Organization. Global Program to Conquer Preeclampsia/Eclampsia. 2002.
3. Thiam M, Goumbala M, Gning SB, Fall PD, Cellier C, Perret JL. Maternal and fetal prognosis of hypertension and pregnancy in Africa (Senegal). J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003;32:35-8.
4. Boletín Epidemiológico (Lima) (Del 06 al 12 de Setiembre del 2015) Volumen 24 – Semana Epidemiológica N° 36
[Accedido el 26/06/2017]. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/36.pdf>
5. Portal Essalud. Essalud: 8% de aseguradas embarazadas sufren Preeclampsia, principal causa de muerte materna. [Accedido el 30/06/2017]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-8-deaseguradas-embarazadas-sufren-preeclampsia-principal-causa-demuerte-materna/>
6. Fajardo-Dueñas S. Estados hipertensivos del embarazo. Obstetricia y Medicina Perinatal. Temas selectos: COMEGO 2006;p:214-223
7. Cunningham, Pregnancy In: Williams Obstetrics. Hipertensivedisorders en pregnancy. [Accedido el 20/07/2017].
Disponible en:
http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2005/02000/Subclinical_Hypothyroidism_and_Pregnancy_Outcomes.5.aspx
8. Pacheco J, Wagner P, Williams N. Sanchez S. Enfermedades hipertensivas de la gestación. En: Pacheco J (editor). Ginecología y Obstetricia. Segunda edición, Lima: MAD Corp SA; 2006.
9. Suarez J. y cols, Comportamiento materno y perinatal de un grupo de gestantes con pre-eclampsia grave. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 35(3).

10. Altunaga M, Rubones M. Incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con signos de gravedad. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2010; 36(3) 352-359.
11. Suarez J., Gutierrez Machado M., Cabrera M., Corrales A., Salazar M: Predictores de la preeclampsia/ eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011; 37 (2):154-161.
12. Taweasuk P, Tannirandorn Y. Clinical and laboratory parameters associated with eclampsia in Thai pregnant womwn. J Med Assoc Thai. 2014 Feb; 97(2): 139-46 [Accedido el 20/07/2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24765890>
13. Ramal A. Hipoalbuminemia como marcador pronóstico de preeclampsia severa [Tesis para optar el título de especialista en Ginecología y obstetricia]. Trujillo-Perú. Universidad Nacional Trujillo. Facultad de medicina Humana; 2012. [Accedido el 25/07/2017]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/444/2/HASHIMOTO_VICTOR_HIPOALBUMINEMIA_SEVERIDAD_PREECLAMPSIA_CONTENIDO.pdf
14. Guzmán Méndez María. Perfil clínico y laboratorial de las pacientes gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante octubre 2014 – octubre 2015 [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016 [Accedido el 25/07/2017]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/525>
15. Grillo Zarate, Brenda Factores de Riesgo asociados a la preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Regional II – 2 [Tesis para optar título de Licenciado en Obstetricia]. Tumbes-Perú.
16. Peña Chuquihuanga. H. Factores de Riesgo asociados a preeclampsia en el periodo de Agosto a Noviembre 2014- en el

Hospital Regional JAMO II-2 [Tesis para optar título de Médico Cirujano]. Piura-Perú [Accedido el 25/07/2017]. Disponible en:

<http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/937/MED-PE%C3%91-CHU-15.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Pacheco Rojas S., Angulo Ibarra J.E. Prevalencia de Estados Hipertensivos del Embarazo en el Hospital General de Culiacan “Dr. Bernardo J. Gastela.
18. Avena, JL, Joerin. VN, Dozdor. LA, Preeclampsia-eclampsia, revisa de posgrado de la VIA catedra de Medicina 2007; 165:20-25.
19. Villanueva EA, Alanis LP. Factores pronósticos asociados a la progresión de preeclampsia a eclampsia. Ginecología y Obstetricia de Mexico 2000; 67:312-316.
20. Ulanowicz María Gabriela, Parra Karina Elizabeth, Rozas Gisela Verónica Hipertensión Gestacional. Consideraciones Generales, efectos sobre la madre y el producto. Revista de Post Grado. Diciembre 2005. Ag. 19-22
21. Rolfes D, Ishhak K. liver disease in Toxemia of Pregnancy. Am J Gastroenterol 1986; 81:1138-1144.
22. DA, Rinehart B, Blake G. Early risk assessment of severe preeclampsia: admission battery of symptoms and laboratory test to predict likelihood of subsequent significant maternal morbidity. A, j Obstet Gynecol 1999; 180:1407-1414.
23. Francisca Hurtado Sánchez. M° del mar Sánchez Gila. Mercedes Valerde Pareja. Alberto Puertas Prieto. HTA durante el embarazo: clasificación, definiciones y diagnóstico. [Accedido el 05/08/2017].

Disponible en:

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion

[en obstetricia y ginecologia/curso 2015/obstetricia/1_hta_durante_embarazo.pdf](#)

24. Tranquilli AL, Dekker G, Magee L, Roberts J, Sibai BM, Steyn W, et al. The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. *Pregnancy Hypertens.* 2014;4(2):97-104
25. Brown MA. Diagnosis and classification of preeclampsia and other hypertensive disorders of pregnancy. En: Belfort MA, Thornton S and Saade GR (eds). *Hypertensiv*: New York: Marcel Dekker, 2003:1-16
26. Heredia Capcha, Irma. Factores de riesgos asociados a la preeclampsia en el hospital regional de Loreto- Enero 2010 a Diciembre 2014 – 2 [Tesis para optar título de Médico Cirujano]. Trujillo-Perú. [Accedido el 05/08/2017]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1262/1/HEREDIA_I_RMA_FACTORES_RIESGO_PREECLAMPSIA.pdf
27. Adam I, Ali AA. Anemia during pregnancy. En: Erkekoglu P, Kocer-Gumusel B, Intech. *Nutritional Deficiency*. 2016. 11-126
28. Garrido Balcárcel, José. Caracterización de los trastornos hipertensivos inducidos por la gestación (Preeclampsia severa/eclampsia) Enero 2015. [Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia] Guatemala. [Accedido el 05/08/2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9599.pdf
29. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Hypertension in Pregnancy*. *Obstet Gynecol.* 2013 Nov;122(5):1122-31. Doi:10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88. [Accedido el 05/08/2017]. Disponible en: <https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiAxgaytOHWAhVD5iYKHSW9>

[C4AQFgg5MAI&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.pe%2Fscielo.p
hp%3Fpid%3DS230451322014000400015%26script%3Dsci_arttext
&usg=AOvVaw1xFm3diRvGxEDEvXKfx96-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=3DS230451322014000400015%26script=3Dsci_arttext&usg=AOvVaw1xFm3diRvGxEDEvXKfx96-)

30. National High Blood Pressure education program. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. National Institute of Health Publication N°. 00-3029 Originally Printed 1990. Revised July 2000; 1 – 83.
31. Sanchez y col. Factores de riesgo: Preeclampsia en mujeres peruanas. Ginecología y Obstetricia. Vol. 47, N° 2. Abril 2001.
32. Cruz Hernández J., y col. Factores de riesgo de preeclampsia: Enfoque inmunoendocrino. Rev Cubana Med gen Integr 2007; 23(4) [Accedido el 05/08/2017]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3026/1/Diaz_tc.pdf
33. Távara-Orozco L, Orderique L, Zegarra-Samamé T, Huamaní s, Félix F, Espinoza-Tarazona K, Chumbe-Ruiz O, Delgado J, Guzmán-Cruz O. Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. Rev Peru ginecol obstet.2007; 53(1):10-7.
34. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú 2002 -2011. Lima, Perú. Mayo 2013. [Accedido el 10/08/2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSAMortalidad-Materna-Peru.pdf>
35. Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ: Maternal ethnicity, paternal ethnicity, and parental ethnic discordance: predictors of preeclampsia. Obstet Gynecol 2005;106:156-161.
36. Dempsey JC, Sorensen TK, Qiu CF, Luthy DA, Williams MA: History of abortion and subsequent risk of preeclampsia. J Reprod Med

- 2003;48:509-514. [Accedido el 10/08/2017]. Disponible en: <https://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/35460/1/TESIS%20ANA%20MART%C3%8DNEZ%20RUIZ.pdf>
37. Rolv Terje Lie, Svein Rasmussen, Helge Brunborg. Fetal and maternal contributions to risk of pre-eclampsia: population based study. British Medical Journal. Volume 316, 2 May 2009.
38. Pérez C, Batista G, Feliz Y. Preeclampsia y eclampsia en embarazadas adolescentes. RevMed Dom. Vol. 64 N° 2 Mayo/Agosto,2008.
39. Wallace AE, Host AJ, Whittley GS, Cartwright JE. Decidual natural killer cell interactions with trophoblasts are impaired in pregnancies at increased risk of preeclampsia. Am J pathol. 2013 Dec;183(6). 1853-61. [Accedido el 10/08/2017]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/3015/1/RE_OBST_FLOR.ALTAMIRANO_PERFIL.CLINICO.Y.EPIDEMIOLOGICO_DATOS.PDF
40. García JA, Gonseski VC, González TP, Franco FF. Renoprotección en diabetes e hipertensión: Revisión bibliográfica de la conducta actual. Rev Postgr Vía Cáted Med. 2005;144:11-5.
41. Sanchez M. Factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital provincial general de Latacunga en el periodo comprendido entre Enero 2008 a Enero 2009. [Tesis pregrado]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo;2009.
42. Zonana N, Baldenebro P, Ruiz M. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Salud Pública Mex. 2010;52:220-5.
43. Ferrando M, Bellver J. Impacto de la obesidad sobre la reproducción humana natural y asistida. Rev Esp Obesidad. 2008;6:302-16.
44. Moreno Sanchez y Cols. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a la pre-eclampsia. Revista Científica de America

- Latina, el Caribe, España y Portugal Vol. 64(2): 101- 106. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/379/37964204.pdf>
45. Jaramillo, N. Pre-eclampsia y Eclampsia. 2006. [Accedido el 10/08/2017]. Disponible en: http://www.contusalud.com/sepa_embarazo_preclampsia.htm200905-19
46. Sanchez y col. Factores de riesgo: Preeclampsia en mujeres peruanas. Ginecología y Obstetricia. Vol.47, N° 2. Abril 2001.
47. Lacunza R, pacheco J. Preeclampsia de inicio temprano y tardío: ua antigua enfermedad, nuevas ideas. Rev Perú Ginecol Obstet, 2014;60(4): 315-358.
48. Cnattingius S, Mills JL, Yuen J, Eriksson O, Salonen H: The paradoxical effect of smoking in preeclamptic pregnancies: smoking reduces the incidence but increases the rates of perinatal mortality, abruptio placentae, and intrauterine growth restriction. Am J Obstet Gynecol 1997; 177:156-161.
49. Cifuentes B, Rodrigo. MD. PhD. Obstetricia de alto riesgo. Sexta edición. Colombia: Editorial Guadalupe; 2006. cap. 32 p:450-452.
50. Mosby Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina 6ta ed. Elseiver ; 2003 , p 268 . [Accedido el 02/10/2017]. Disponible en: https://www.medicoscubanos.com/diccionario_medico.aspx?q=reflejo&p=4&utm_source=copypaste&utm_medium=various&utm_campaign=copypaste
51. Diccionario Médico interactivo los portales.com [Accedido el 02/10/2017]. Disponible en: https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Fosfeno
52. Salud medicinas.com.mx [Accedido el 02/10/2017]. Disponible en: <http://www.saludymedicinas.com.mx/biblioteca/glosario-desalud/epigastralgia.html>

53. Diccionario académico de medicina. [Accedido el 02/10/2017]. Disponible en: [Accedido el 02/10/2017]. Disponible en: <http://dic.idiomamedico.net/hiperreflexia>
54. Medina Caballero. Características clínicas epidemiológicas en gestantes adolescentes con preeclampsia severa en el Hospital Regional de Cajamarca [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Cajamarca – Perú. Universidad Nacional de Cajamarca [Accedido el 02/03/2018]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/222/T%20618.2%20M491%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
55. Martínez Sánchez y cols. Perfil clínico epidemiológico de pacientes con preeclampsia atendidas en una clínica privada en Medellín, Colombia. Rev. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 2014; Vol. 41(2): 49- 96. [Accedido el 02/03/2018]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologiaobstetricia-7-articulo-perfil-clinico-epidemiologico-pacientescomS0210573X13000300>
56. Enríquez Villa Y Huamán Castillo. Anemia y preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital departamental de Huancavelica [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Huancavelica – Perú. Universidad Nacional de Huancavelica [Accedido el 02/03/2018]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/637/TP%20-%20UNH%20OBST.%200024.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
57. Vargas García y cols. Deshidrogenasa Láctica sérica en Preeclámicas y embarazadas normotensas. Avances en Biomedicina Publicación oficial del Instituto de Inmunología Clínica Merida-Venezuela. Volumen 5(2), Agosto 2016, p 76-82 [Accedido el 02/03/2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3313/331347417004.pdf>
58. Izaguirre González y cols. Trastornos hipertensivos del embarazo: clínica y epidemiología - Hospital Regional Santa Teresa 2015 –

Honduras. REV MED HONDUR, Vol. 84, Nos. 3 y 4, 2016 [Accedido el 02/03/2018]. Disponible en:

<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-7.pdf>

59. Bonifacio S. Relación entre el Nivel de conocimientos y las fuentes de información sobre Preeclampsia en gestantes con este Trastorno Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante Mayo-Julio 2015 [tesis en internet]. [Lima] Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Accedido 2 Marzo de 2018]. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4570/Bonifacio_ms.pdf?sequence=1

60. Moreno, Z et al. Raza Negra como Factor de Riesgo Independiente para preeclampsia. Rev. Perú. Ginecol. Obstet. [online]. 2014 [26 Feb 2018] vol.60, n.4, pp.269-278. ISSN 2304-5132. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400002&script=sci_abstract)

[51322014000400002&script=sci_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400002&script=sci_abstract)

61. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales resultados de la encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2016, Lima

[Acceso 10 setiembre del 2017]. Disponible en:

[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03.03_Indicadores%20de%20PPR-ENDES%202016%20PROYECTAR%20\(2\).pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03.03_Indicadores%20de%20PPR-ENDES%202016%20PROYECTAR%20(2).pdf)

62. Díaz C. Características Clínicas Epidemiológicas de la Preeclampsia Severa en Pacientes Atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el período 2008 – 2009 [tesis en internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;

2011[citado 26 de febrero de 2018]. Sede Web:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3026/Diaz_tc.pdf?sequence=1

63. Matías R. Factores Predisponentes de la Preeclampsia en Mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Ginecoobstétrico Enrique C. Sotomayor desde Septiembre del 2012 a Febrero del 2013[tesis en internet].

[Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2013 [citado 26 de febrero de 2018]. Sede web:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>

64. Távara L. Intervenciones para Reducir la Mortalidad Materna en el Perú. Rev Per Ginecol Obstet.[Online]. 2006[2 de Marzo 2018]

Vol52(3):89-990-41. Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n3/pdf/a02v52n3.pdf

ANEXOS:

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE LAS GESTANTES CON PRE-ECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES 2015-2017.

1. Perfil Clínico:

1.1 Examen Físico:

- Cefalea:
 - a) SI
 - b) NO
- Fosfenos:
 - a) SI
 - b) NO
- Tinnitus:
 - a) SI
 - b) NO
- Epigastralgia:
 - a) SI
 - b) NO
- Presión Arterial:
 - a) <140/90
 - b) =>140/90
 - c) =>160/110
- Hiperreflexia:
 - a) SI
 - b) NO
- Edema:
 - a) SI
 - b) NO

2. Paraclínico:

2.1. Resultado del examen al ingreso:

- Hemoglobina:
- Plaquetas:
- Creatinina:
- Ácido Úrico:
- Proteinuria:
- LDH:

3. Perfil Epidemiológico:

3.1. Datos sociodemográficos al ingreso:

- Edad:
 - a) 13 a 19 años
 - b) 20 a 34 años
 - c) 35 a más
- Estado Civil:
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
 - d) Divorciada
 - e) Viuda
- Grado de Instrucción:
 - d) Analfabeta
 - e) Primaria
 - f) Secundaria
 - g) Superior Técnico
 - h) Superior Universitario
- Procedencia
 - a) Urbana
 - b) Rural

- Raza:
 - a) Negra
 - b) Blanca
 - c) Mestiza

3.2. Antecedentes Obstétricos:

- Abortos
 - a) 0
 - b) 1
 - c) 2
 - d) 3 a más
- Paridad:
 - a) Nulípara
 - b) Primípara
 - c) Multípara
- Edad gestacional al ingreso:
 - a) < 37 ss Pre-término
 - b) 37 – 40 ss A-termino
 - c) > 40 ss Posttermino CPN:
 - a) ≤ 5
 - b) ≥ 6
- Tipo de profesional que realizo el CPN:
 - a) Obstetra
 - b) Médico
 - c) Otros
- Donde se realizó el CPN:
 - a) Centro de Salud
 - b) Hospital

3.3. Antecedentes Personales:

- Antecedentes de Diabetes:
 - a) SI

- b) NO
- Antecedentes de Hipertensión Arterial:
 - a) SI
 - b) NO
- Evaluación Antropométrica al ingreso:
 - a) IMC BAJO PESO (<19.8)
 - b) IMC NORMAL (19.8 – 26)
 - c) IMC SOBREPESO (26.1 – 29)
 - d) IMC OBESO (>29.1)
- Antecedentes familiares de pre-eclampsia:
 - a) SI
 - b) NO
- Antecedentes de pre-eclampsia previa:
 - a) SI
 - b) NO
- Hábito de fumar:
 - a) SI
 - b) NO

ANEXO N° 02

ANEXO 02

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS DEL PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE LAS GESTANTES CON PRE-ECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL II – 2 TUMBES. 2015-2017.

I. DATOS INFORMATIVOS

TÍTULO DEL PROYECTO:

PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE LAS GESTANTES CON PRE-ECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL II – 2 TUMBES, 2015-2017.

PERSONAL INVESTIGADOR:

AUTORES: BR. PEREZ MORAN, NADIA LEYDI GABRIELA

BR. SAUCEDO GONZALEZ, JHENYFER PAOLA

ASESORA: MG. YOVANY FERNÁNDEZ BACA MORÁN

COASESORA: MG. GREVILLI M. GARCÍA GODOS CASTILLO

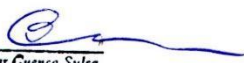
VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO

II. SUGERENCIAS AL INSTRUMENTO

El instrumento de recolección de datos para la variable perfil clínico epidemiológico ha sido revisado en su contexto integral, habiéndose planteado sugerencias respecto a la inclusión de algunos ítems que le den mayor consistencia.

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


César Guenca Sulem
GINECOLOGO - OBSTETA
C.M.P. 14808 - P.M.E. 9406

Tumbes, 03 de Enero del
2018.

ANEXO N° 03

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



SOLICITO: ACCESO A
Gobierno Regional - Tumbes
HISTORIAS CLINICAS - TUMBES
Secretaría Trámite Documentaria
RECIBIDO
28 DIC 2017
Reg. N° 246805.2 Exp. [Signature]
Hora: 8:00 Firma: [Signature]

Señor:

Dr. **Alberth Alexander Mago Malo**

Director Ejecutivo del Hospital Regional "JAMO" II-2 Tumbes.

Presente:

Pérez Morán Nadia Leydi Gabriela, identificada con DNI: 73433753, domiciliada en calle Andrés Araujo Morán N° 125 – San Juan de la Virgen Tumbes y **Saucedo González Jhenyfer Paola**, identificada con DNI: 72859145, domiciliada en Calle José Olaya Urb. Andrés Avelino Cáceres Mz "A" Lt 8 – Andrés Araujo Moran Tumbes; con el debido respeto nos presentamos ante usted y expongo:

Que, con la finalidad de llevar a cabo la ejecución de nuestro Proyecto de Tesis, titulado: PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DE LAS GESTANTES CON PRE-ECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL II – 2 TUMBES, 2015-2017, solicitamos a usted tenga a bien indicar al área pertinente, se nos permita acceder a las Historias Clínicas del Hospital Regional II-Tumbes, del área de Gineco-Obstetricia.

Agradeciendo la esmerada atención que le brinde a la presente; hago propicia la ocasión para renovarle las muestras de consideración y estima.

Tumbes, 27 de Diciembre de 2017

ATENTAMENTE

PÉREZ MORAN NADIA
DNI: 73433753

SAUCEDO GONZÁLEZ PAOLA
DNI: 72859145

ANEXO N°04

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

INFORME N° 009-2018-GRT-DRSS-HR-II-2-JAMO-UI-GO

A : DR. MAGO MALO ALBERTH ALEXANDER
Director Ejecutivo del Hospital II-2 JAMO - Tumbes

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Fecha : Tumbes, 17 de Enero del 2018.

17 ENE 2018
Reg. N°
Hora: 11:09 P.m.

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez informarle que en mi calidad de Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia he revisado el Proyecto de Investigación denominado "PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL II-2 TUMBES, 2015-2017", presentado por las Bachilleres de Obstetricia: PÉREZ MORÁN NADIA Y SAUCEDO GONZALES PAOLA, el mismo que cumple con los PRINCIPIOS ÉTICOS Y DE RIGOR CIENTÍFICO, que incluyen la solicitud de AUTORIZACIÓN de las autoridades pertinentes y el respeto a la CONFIDENCIALIDAD, ya que no involucra directamente a personas puesto que sólo se registrarán los datos de las historias clínicas. Cabe precisar, que el Proyecto de Investigación en mención ha sido aprobado por un exigente Jurado Calificador.

Por lo antes expuesto, solicito brinde las facilidades a las aludidas Bachilleres de Obstetricia para que procedan a la obtención de información con fines de Investigación hasta que se gestione la inscripción del Comité de investigación del Hospital Regional ante el Instituto Nacional de Salud. Y así las Bachilleres puedan cumplir con sus propósitos académicos.

Sin otro particular, quedo de usted. Agradecido.

Atentamente,

C.C
ARCHIVO
LFFN/JEFE,
ZLGP/SEC
UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN

Reg. Doc.: 00257761
Reg. Exp.: 00220206



PERU Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL JAMO II - 2 - TUMBES
DIRECCION EJECUTIVA

HOJA DE TRAMITE GENERAL

FECHA: _____ REGISTRO: _____
 INTERESADO: *Fernando Niño José*
 ASUNTO: *Autorización para el uso de*

PASE A:	PARA:	FECHA:	REMITIDO
<i>Dr. Fernando</i>	<i>1-9</i>	<i>26-1-</i>	

CLAVE (Motivo del Pase)

1. Aprobación	8. Adj. Antecedentes	15. Ver observación
2. Atención	9. Según solicitado	16. Cumplimiento
3. Conocimiento y fines	10. Tomar nota y dev.	17. Ejecución
4. Revisión y Opinión	11. Archivar	18. Coordinación
5. Informe	12. Acción inmediata	19. Difusión
6. Por corresponderle	13. Preparar respuesta	20. Devolución
7. Para conversar	14. Proyecto resolución	21. Pendiente

OBSERVACIONES:

**Pérfil clínico epidemiológico de la
gestante con pre-eclampsia
atendidas en el Hospital Regional
II-2. Tumbes, 2015-2017**

por Nadia Leydi Gabriela Y Yhenyfer Paola Pérez Morán Y Saucedo
Gonzales

Perfil clínico epidemiológico de las gestantes con pre-eclampsia atendidas en el Hospital Regional II – 2 Tumbes, 2015-2017

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	docplayer.es Fuente de Internet	2%
4	cybertesis.urp.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
7	scielo.sld.cu Fuente de Internet	1%
8	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	1%

9	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	1%
10	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
11	scielo.unam.mx Fuente de Internet	1%
12	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
13	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
14	repositorio.upica.edu.pe Fuente de Internet	<1%
15	www.tdx.cat Fuente de Internet	<1%
16	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1%
17	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
18	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1%
19	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
20	revistas.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1%

21	repositorio.upoli.edu.ni Fuente de Internet	<1%
22	repositorio.ucm.edu.co:8080 Fuente de Internet	<1%
23	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1%
24	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
25	www.uv.mx Fuente de Internet	<1%
26	ri.ues.edu.sv Fuente de Internet	<1%
27	www.unp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
28	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1%
29	maternofetal.net Fuente de Internet	<1%



Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 15 words