

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TÍTULO: PREECLAMPSIA Y PERIODO INTERGENÉSICO DE 5 A
10 AÑOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III
ESSALUD - CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2018**

PRESENTADO POR:
Bach. NÚÑEZ PRETELL, CLARITA FLOR
Bach. ROMERO SALAZAR, MISHELLE ANGIE

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO**

NUEVO CHIMBOTE – PERÚ
2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



Revisado y Vo Bo de:

A handwritten signature in black ink, appearing to be "H. Alpaca", written over a horizontal line.

HUGO AURELIO ALPACA SALVADOR

ASESOR

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE LA TESIS (VIRTUAL)

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional del Santa, en la Escuela de Medicina Humana de manera virtual, siendo las 21:02 horas del día Lunes 21 de Junio del año 2021, dando cumplimiento a la Resolución Decanatural N° 147-2021-UNS-FC Virtual, se instaló mediante una sesión el Jurado Evaluador presidido por M.C. WASHINGTON TRUJILLO ULLOA teniendo como miembros a M.C. HUGO ALPACA SALVADOR (secretario), y M.C. LORENZO PEREZ LUJAN (integrante), para la sustentación de tesis a fin de optar el título de **MEDICO CIRUJANO**, realizado por las Tesistas Bachiller en Medicina CLARITA FLOR NÚÑEZ PRETELL y Bachiller en Medicina MISHELLE ANGIE ROMERO SALAZAR, quienes sustentaron la tesis intitulada: **"PREECLAMPSIA Y PERIODO INTERGENÉSICO DE 5 A 10 AÑOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD - CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2018"**

Terminada la sustentación, las tesistas respondieron a las preguntas formuladas por los miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y sustentación del mismo y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como muy bueno asignándole un calificativo de 17 puntos. (Art. 24° inc. a, b, c, d, e, f – Directiva N° 003-2020-UNS-VRAC: ADECUACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE OBTENCIÓN DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES MEDIANTE TRABAJO NO PRESENCIAL VIRTUAL EN LA UNS).

Siendo las 21:57 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando los miembros del Jurado en señal de conformidad


Dr. Washington Trujillo Ulloa
M.C. WASHINGTON TRUJILLO ULLOA
Hospital III ESSALUD
Presidente


M.C. HUGO ALPACA SALVADOR
Secretario
Hospital III ESSALUD
EsSalud


M.C. Emilio Pérez Luján
M.C. LORENZO PEREZ LUJAN
CMP 30305214
Integrante

Distribución: Integrantes JE (03), tesistas (02) y archivo (02)

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD Y DE NO PLAGIO

Nosotras, Clarita Núñez Pretell identificada con DNI 72211464 y Mishelle Romero Salazar identificada con DNI 72801613 estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa, autoras de la Tesis, intitulada:

- “Preeclampsia y periodo intergenésico de 5 a 10 años en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud - Chimbote durante el año 2018”

DECLARAMOS BAJO JURAMENTO QUE,

La tesis presentada para la obtención del Título de Médico Cirujano es original, es resultado de nuestro trabajo y empeño personal, no fue plagiado de otros trabajos (en versión digital o impresa), no se han utilizado otras ideas que no hayan sido nuestras.

Por el contrario, precisamos de forma clara el origen de cualquier fuente nombrando al autor y al año en que fue publicado, tanto en el cuerpo del texto, gráficos, figuras, cuadros, tablas u otro contenido que tengan derechos de autor.

Declaramos que el trabajo de investigación que presentamos para su evaluación no ha sido presentado anteriormente en ninguna página o sitio alguno, ni tampoco fue usado para la obtención de algún grado académico o título.

Estamos conscientes de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer falsificación o plagio es causa suficiente de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumimos cualquier responsabilidad que pudiese derivarse de irregularidades en la tesis.

Chimbote, 10 de Mayo del 2021



Tesista: Clarita Núñez Pretell

D.N.I. 72211464



Tesista: Mishelle Romero Salazar

D.N.I 72801613



DEDICATORIA

A Dios, porque me dio la fuerza y la fe en mí misma, para no desistir y seguir con mis metas a pesar de las dificultades que implicaron el vivir lejos de casa.

A mis padres, Félix Núñez Ponce y Maritza Pretell Broncano, que a pesar de la distancia siempre me brindaron su apoyo y motivación; porque creyeron siempre en mí incluso más que yo misma y sobre todo, porque me soltaron y me enseñaron a volar desde pequeña, sin cortarme las alas desde entonces.

A mis hermanos, Elizabeth, Rosario y Carlos, que de una y otra manera siempre estuvieron pendiente mío y cuidándome. Gracias a sus logros y dedicación siempre fueron un ejemplo a seguir.

A todas esas personas, desde amigos, familiares o maestros que aportaron con su granito de arena en la culminación de esta etapa. Quiero dedicar este trabajo a aquellos estudiantes que tuvieron que migrar y alejarse de sus familias para alcanzar sus metas, todo es posible con esfuerzo, dedicación y Dios; mientras obres con bien.

CLARITA FLOR NÚÑEZ PRETELL

DEDICATORIA

A mis padres Sergio y Rosario quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades y siempre confiar en mí a pesar de todos los obstáculos que se me presenten en el camino.

A mi hermano Sergio Junior por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

A mi abuelo Germán que con su bendición desde el cielo siempre me guió en el camino indicado, gracias a él nunca me sentí sola, siempre fue mi luz.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todas las promociones venideras, que recuerden que a pesar de las adversidades que se nos presenten en el camino siempre habrá una salida que nos ayude a culminar nuestras metas.

MISHELLE ANGIE ROMERO SALAZAR

AGRADECIMIENTO

Nos van a faltar páginas para agradecer a las personas que se han involucrado en la realización de este trabajo, sin embargo, merecen reconocimiento especial nuestros padres que con su esfuerzo y dedicación nos ayudaron a culminar nuestras carreras universitarias y nos dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Asimismo, agradecemos a nuestro Asesor de Tesis Dr. Hugo Alpaca Salvador, que gracias a sus consejos y buena voluntad hoy podemos culminar este trabajo, le estaremos eternamente agradecidas. A nuestros docentes que nos han visto crecer como persona con el pasar de los años, y gracias a sus conocimientos hoy podemos sentirnos dichosas y contentas.

Un agradecimiento especial al Dr. Renato Paccini Bustos quien gracias a su paciencia y buena disposición es que logramos obtener un proyecto de investigación estructurado adecuadamente y nos logró encaminar oportunamente hacia nuestro informe final.

De igual forma, a todos nuestros compañeros de la promoción 2014 quiénes fueron apoyo y hombro consolador cuando teníamos dudas o problemas y que nunca nos dejaron decaer, gracias infinitas por su amistad. Siempre los llevaremos con nosotras.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
I. INTRODUCCIÓN	15
1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.1.1. Objetivo general:	18
1.1.2. Objetivos específicos:	18
1.2. HIPÓTESIS	19
1.3. JUSTIFICACIÓN	19
1.4. LIMITACIONES DEL TRABAJO	20
II. MARCO TEÓRICO	21
III. MATERIALES Y MÉTODOS	24
3.1. MATERIAL	24
3.2. MÉTODOS	28
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
4.1. RESULTADOS	34
4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	40
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1. CONCLUSIONES	43
5.2. RECOMENDACIONES	44
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
VII. ANEXOS	49

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1:

Proporción de gestantes que presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad.....34

TABLA 2:

Proporción de gestantes que no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad.....35

TABLA 3:

Proporción de gestantes que presentaron y no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, en el hospital nivel III EsSalud-Chimbote durante el año 2018.....36

TABLA 4:

Proporción de gestantes con periodo intergenésico de 5 a 10 años, con y sin presencia de preeclampsia según grupo de edad en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018.....38

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1:

Proporción de gestantes que presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad.....34

FIGURA 2:

Proporción de gestantes que no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad.....35

FIGURA 3:

Proporción de gestantes que presentaron y no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, en el hospital nivel III EsSalud-Chimbote durante el año 2018.....37

FIGURA 4:

Proporción de gestantes con periodo intergenésico de 5 a 10 años, con y sin presencia de preeclampsia según grupo de edad.....39

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1

TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....49

ANEXO 2

TABLA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE CUMPLEN CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....49

ANEXO 3

TABLA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE GESTANTES SIN PREECLAMPSIA QUE CUMPLEN CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....50

ANEXO 4

ACTAS DE COMPROMISO DE ASESORAMIENTO DE TESIS.....52

ANEXO 5

SOLICITUD PARA ACCESO A LOS DATOS ESTADÍSTICOS.....53

ANEXO 6

ACEPTACIÓN PARA ACCESO A DATOS ESTADÍSTICOS EN ESSALUD.....54

RESUMEN

El presente trabajo tiene por **objetivo general:** Determinar si la preeclampsia está asociada al periodo intergenésico de 5 a 10 años en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018. **Materiales y métodos:** Es un estudio observacional, analítico, longitudinal, de casos y controles, retrospectivo. Con una muestra de 102 historias, en dónde se comparó 34 que tuvieron preeclampsia (casos), con 68 que no tuvieron la enfermedad (controles), a las cuales se les buscó asociación con el periodo intergenésico de 5 a 10 años. Los datos se recolectaron tanto del cuaderno de registro de partos del servicio de Ginecología y Obstetricia, como de sus historias clínicas; se procesaron con la ayuda del software SPSS – 21.0, se hizo uso de la prueba estadístico Chi cuadrado (X^2) y posterior a ello se halló el Odds ratio (OR). **Resultados:** De las gestantes con periodo intergenésico de 5 – 10 años, el 16% presentaron preeclampsia y el 53% no la presentaron; de las gestantes sin periodo intergenésico de 5 años, el 18% presentó preeclampsia mientras que el 14% no. Mostrando además que existe evidencia de relación significativa a través de la prueba Chi cuadrado y que el riesgo relativo a la preeclampsia, respecto al periodo intergenésico es de $OR = 0.23$ con un $IC_{95\%}$ (0.094 – 0.563). **Conclusión:** Existe asociación entre la preeclampsia y el periodo intergenésico de 5 a 10 años en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018, pero esta asociación se mantiene como un efecto protector en cuestión a su OR e IC.

Palabras Clave: Periodo intergenésico prolongado, preeclampsia, gestantes.

ABSTRACT

The present work has the general **objective:** To determine if pre-eclampsia is associated with the intergenetic period of 5 to 10 years in pregnant women attended at Hospital III EsSalud - Chimbote during 2018. **Materials and methods:** It is an observational, analytical, longitudinal study, of cases and controls, retrospective. With a sample of 102 histories, where 34 who had pre-eclampsia (cases) were compared with 68 who did not have the disease (controls), in which an association with the intergenetic period of 5 to 10 years was sought. The data were collected both from the birth record notebook of the Gynecology and Obstetrics service, as well as from their medical records; They were processed with the help of the SPSS - 21.0 software, the statistical test Chi square (χ^2) was used and after that the Odds ratio (OR) was found. **Results:** Of the pregnant women with an intergenetic period of 5-10 years, 16% had pre-eclampsia and 53% did not; Of the pregnant women without a 5-year intergenetic period, 18% had pre-eclampsia while 14% did not. Also showing that there is evidence of a significant relationship through the Chi-square test and that the relative risk of preeclampsia, with respect to the intergenetic period, is $OR = 0.23$ with a 95% CI (0.094 - 0.563). **Conclusion:** There is an association between preeclampsia and the intergenetic period of 5 to 10 years in pregnant women treated at Hospital III EsSalud - Chimbote during 2018, but this association remains a protective effect in question to their OR and HF.

Key Words: Prolonged intergenetic period, preeclampsia, pregnant women.

I. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia se encuentra dentro de los cuatro principales trastornos hipertensivos que ocurren en mujeres embarazadas. Esta patología, junto a la eclampsia y el síndrome de HELLP estarán dentro del mismo grupo, por características afines y consecutivas entre ellas. (Phyllis, A.; 2020). Asimismo, Phyllis junto a Baha, describen los otros tres trastornos como la hipertensión gestacional, hipertensión crónica y preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica; pero para fines de este estudio, se detallará a profundidad el primero de los cuatro trastornos en mención.

La preeclampsia es considerado un trastorno progresivo multisistémico caracterizado por la aparición de hipertensión asociado a proteinuria o la nueva aparición de hipertensión con presencia de disfunción significativa de órganos diana con o sin proteinuria en la última mitad del embarazo o posparto (Phyllis y Baha, 2020)

En un trabajo de investigación que incluyó casi cuatro millones de hospitalizaciones por parto, se obtuvo que el 11% de estos tenía un diagnóstico relacionado con la hipertensión, dentro del cual el 4,7% correspondía a preeclampsia, el 3,8% a hipertensión gestacional, el 1,7% a hipertensión crónica y el 0,6% a hipertensión no especificada. (Fingar, K; 2017)

La prevalencia de esta enfermedad en el Perú se encuentra entre un rango de 3 al 15%. Se reporta como la segunda causa de fallecimiento materno en los establecimientos de salud del país, no obstante, en los hospitales que pertenecen a EsSalud y dentro de la ciudad de Lima, la preeclampsia se ubicó como causa primaria de muerte materna. (Morales, C; 2011)

Autores como Morales y López, en años consecutivos, estudiaron los factores de riesgo. Dentro de los cuales la primiparidad es el factor con mayor frecuencia, adicionalmente tenemos los siguientes factores: embarazadas que sean menores de 20 años o superen los 35 años, gestante que tuvo algún embarazo previo con preeclampsia, presencia de hipertensión crónica, enfermedad renal crónica o ambas, antecedentes de trombofilia, gestación multifetal, fertilización *invitro*, periodo intergenésico prolongado, antecedente de haber padecido

preeclampsia, diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, obesidad en familiar de primer grado, inadecuado control prenatal, cambio de paternidad en el segundo embarazo.

Zavala, junto a Salomon y Preciado, en la Revista de Gineco-Obstetricia, definen al periodo intergenésico como el intervalo que hay desde que se culmina un evento obstétrico hasta el inicio del próximo embarazo, esto se puede medir por la fecha de última menstruación o por ecografía obstétrica. Varias fuentes dividen este periodo intergenésico en dos, periodo intergenésico corto, al que es menos de 18 meses; y largo cuando el espacio entre gestas es mayor o igual de 60 meses. (Masson, 2016)

Según Gómez, atribuye que en el período intergenésico hay alteraciones de la intolerancia inmunológica que afecta a la creación de la placenta y acaban en una disfunción endotelial que son la principal razón de que se genere una reacción en cadena de fenómenos que originan la preeclampsia.

Plasencia y Domínguez, en sus respectivos artículos detallan y explican que cuando el periodo intergenésico es mayor de 4 años, las arterias espirales uteroplacentarias se encuentran rígidas y con presencia de aterosclerosis lo que produce el problema con la vascularidad, lo que conlleva a una isquemia y consiguiente hipoperfusión placentaria lo que finalmente produce un daño endotelial, y es esta la explicación fisiopatológica más aceptada para el desarrollo de preeclampsia en este grupo de pacientes.

Carrión y Celis (2014) enfatizan que cuando el periodo intergenésico es mayor de 60 meses existe un riesgo mayor de sufrir preeclampsia debido a muchos otros factores asociados. Este hallazgo se reafirma por lo encontrado por Conde-Agudelo que concluye que los riesgos de sufrir eclampsia y preeclampsia aumentan de manera considerable después de los 59 meses.

Asimismo, en el trabajo de Carrión y Celis también mencionan que una vez hayan transcurrido 10 años desde su último embarazo en una múltipara, el riesgo de sufrir preeclampsia se equipara igual al que de una nulípara. (Carrión y Celis, 2014). Aunado a ello, en una investigación hecha por Terje se encuentra que el riesgo de que aparezcan casos de preeclampsia fue casi el doble por cada 5 años que aumente el intervalo entre gestaciones, así resulta una asociación estadísticamente significativa para el intervalo comprendido entre 10 y 15 años. (Terje, et al, 1998)

Debido a que nuestra realidad muestra cifras alarmantes como la muerte de aproximadamente 800 gestantes al día por causas que se pueden prevenir en el contexto del embarazo y parto. Siendo durante la gestación donde aparecen la mayoría de esas complicaciones. La preeclampsia es parte de las principales causantes de muerte en gestantes, las cuales abarcan el 80% de las muertes en esta población. (Centeno y Crispin, 2013)

Nos resulta significativo realizar el estudio con la población de gestantes del Hospital III EsSalud - Chimbote, pues este problema de salud es prevalente para las gestantes atendidas en dicho establecimiento. Asimismo, es en este hospital, que se atienden no solo a la población asegurada de Chimbote, sino también de otras ciudades, por ser hospital de referencia de mayor nivel resolutivo dentro de Ancash, que además cuenta con un sistema de registro de información más completo y de fácil acceso.

Asimismo nos resulta importante tomar el periodo intergenésico entre 5 a 10 años, debido a que hemos encontrado antecedentes donde mencionan que hay un aumento en el riesgo de sufrir preeclampsia a partir de un periodo intergenésico prolongado (≥ 60 meses) y lo limitamos hasta los 10 años, debido a que es a partir de ese tiempo donde se equipara el riesgo de una multípara a una nulípara de sufrir preeclampsia, por lo tanto debido a que está justificado esta gran asociación pasado ese tiempo, es que nosotros hemos tomado este rango del periodo intergenésico.

Es relevante mencionar que tomamos esta población, debido a sus características epidemiológicas ya que en su mayoría, son profesionales, personas que cuentan con un trabajo estable, con un mayor nivel de educación, que a su vez, por mantener su estabilidad laboral o por no interrumpir sus actividades, muchas de ellas optan por postergar el momento ideal para formar una familia o prolongar el periodo intergenésico, siendo importante para el presente estudio.

El presente trabajo de investigación y sus resultados nos brinda herramientas útiles para el desarrollo de investigaciones posteriores, de preferencia del tipo analítico, debido a que esta enfermedad, a pesar de ser bastante estudiada, actualmente presenta novedades en relación a la etiología y los criterios diagnósticos, esto es importante tener en cuenta debido a que como prestadores de salud nos favorecerá el conocimiento de esta patología, asimismo, su relación

con el tiempo óptimo que una mujer debe tener en cuenta para planificar un embarazo y no tener complicaciones que nos lleve a riesgo ni a intervenciones innecesarias, asimismo, este trabajo puede ser tomado de base por el área de obstetricia o planificación familiar, para poner el necesario énfasis en prevenir este factor de riesgo mediante conductas educativas en las madres en edad reproductiva a fin de evitar embarazos complicados con preeclampsia.

Después de todo lo descrito llegamos a la interrogante, ¿Existe asociación entre la preeclampsia y el periodo intergenésico de 5 a 10 años en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018?

1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.1. Objetivo general:

Determinar si la preeclampsia está asociada al periodo intergenésico de 5 a 10 años en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018.

1.1.2. Objetivos específicos:

- Determinar la proporción de gestantes que presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad, en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018.
- Determinar la proporción de gestantes que no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad, en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018.
- Comparar la proporción de gestantes que presentaron y no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018.

- Determinar la proporción de gestantes con periodo intergenésico de 5 a 10 años, con y sin presencia de preeclampsia según grupo de edad en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018.

1.2. HIPÓTESIS

Sí existe asociación entre preeclampsia y periodo intergenésico de 5 a 10 años en gestantes atendidas en el Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación tiene una relevancia significativamente mayor por tratarse de un problema de salud materno-neonatal. No solo radica en identificar los casos de preeclampsia que se registran en el Hospital III EsSalud - Chimbote; sino de comprobar su asociación con el periodo intergenésico de 5 y 10 años a fin de trabajar sobre este y prevenir las complicaciones que este conlleva.

Al demostrar la asociación entre la preeclampsia y el periodo intergenésico en mención en nuestro grupo de estudio, se pretende poder prevenir mediante conductas educativas y brindar la correcta información sobre el periodo intergenésico recomendado a aquellas mujeres que se encuentran en edad reproductiva, asimismo en el caso de posteriormente estar frente a una gestante comprendida en este periodo intergenésico, se puedan tomar las precauciones correspondientes para así evitar las complicaciones de la preeclampsia, sobre la madre y el neonato.

En la actualidad, existen algunos trabajos de investigación que relacionan las mismas variables en estudio que el presente trabajo. Sin embargo, consideramos que su importancia radica en que este estudio se realizó en el hospital con la mayor capacidad resolutoria de la región.

1.4. LIMITACIONES DEL TRABAJO

Como todo trabajo de investigación nos encontramos ante limitaciones variadas, pondremos énfasis en la recolección de datos en la Institución mencionada, nos referimos que, a pesar de contar con un sistema bastante organizado en cuestión a la búsqueda de historias clínicas de los pacientes, nos encontramos con dificultades en la lectura del cuaderno de registro de partos del servicio de Ginecología y Obstetricia debido a la letra ilegible o el no correcto llenado del número de las historias clínicas, nos puso en apuros para poder acceder a su base de datos, o en caso contrario nos encontramos ante la situación de contar solo con el nombre de la paciente, teniendo que ir a páginas web de RENIEC donde pudimos encontrar los DNI de las pacientes, con el cual ya pudimos encontrar el número de historia clínica en su base de datos.

Por último la limitación nos encontramos con limitaciones metodológicas propias del estudio de casos y controles y al momento de la recolección de datos en el periodo delimitado, la población resultó siendo casi la misma que el número muestral, generando así un aumento del sesgo para el estudio, pues a pesar de emplear la exclusión por método probabilístico aleatorio simple, los datos eliminados fueron mínimos.

II. MARCO TEÓRICO

Pyllis y Baha, en su actualización, definen a la preeclampsia como una nueva aparición de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o diastólica ≥ 90 mmHg en al menos 2 ocasiones separadas de un tiempo no menor a 4 horas, en aquellas gestantes que superen las 20 semanas de gestación. También se le atribuye este diagnóstico si la presión arterial sistólica es ≥ 160 mmHg o si la diastólica es ≥ 110 mmHg, la cual debe ser confirmada en un breve intervalo, a fin de facilitar tratamiento antihipertensivo oportuno. Ahora bien, uno de los criterios previos, debe estar asociado a proteinuria de 24h ≥ 300 mg, relación proteína: creatinina ≥ 0.3 o una lectura positiva de tira reactiva ($\geq 1+$).

Sin embargo, en ausencia de proteinuria, la hipertensión recientemente detectada, puede ser considerada preeclampsia al asociarse ya sea a trombocitopenia (< 100.000 / microL), insuficiencia renal (creatinina sérica de $> 1,1$ mg / dL), deterioro de la función hepática (según alteración de transaminasas), edema pulmonar o síntomas cerebrales o visuales persistentes. (Phyllis, A.; 2020).

Existen signos y síntomas adicionales que se pueden presentar, dentro de ellos están alteraciones visuales, dolor de cabeza, dolor epigástrico, trombocitopenia y función hepática anormal. Las manifestaciones clínicas descritas, vienen a ser el resultado de una microangiopatía leve a grave en los órganos diana como el cerebro, el hígado, los riñones y la placenta. Dentro de ello puede presentarse posibles secuelas maternas de gravedad, estas incluyen el edema pulmonar, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática, insuficiencia renal y muerte. (Anath, S, 2020)

Esta enfermedad es considerada la más frecuente en lo que se refiere a los embarazos humanos, y no es desconocido el hecho que también es un causante de la mayor parte de casos de muertes maternas, dependiendo de su intensidad de presentación. En caso se presente preeclampsia severa puede incluso pasar al servicio de cuidados intensivos, o peor aún llegar a causar la muerte si estos signos no son detectados de manera oportuna. (López, 2012)

Al hablar de la intensidad pues consideraremos que existen dos grados de preeclampsia, designados según la sintomatología que presenta la gestante, teniendo en cuenta como límite, la semana 20 del embarazo. Los dos tipos de preeclampsia, es decir, la leve y severa vamos a verlos diferenciarse no solo por los niveles obtenidos en cuanto a presión sistólica, diastólica y proteinuria, sino que por la presencia de la clínica asociada sobre todo a la preeclampsia severa.

En 2013, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos eliminó la proteinuria como criterio esencial para el diagnóstico de preeclampsia; esto es porque el diagnóstico pasa a ser suficiente con el hallazgo de la hipertensión asociado a signos de disfunción significativa en órganos como pulmón, riñón, cerebro e hígado. También se eliminó la proteinuria masiva, la cual debía ser > 5 g en 24 horas y la restricción del crecimiento fetal como posibles características de la enfermedad grave debido a que reiterativamente se ha demostrado que este valor aisladamente no guarda relación con los resultados y pronóstico de enfermedad. La oliguria también fue descartada como característica de una enfermedad grave. (Tranquilli et all, 2014)

En el Perú, se ha encontrado que la preeclampsia está entre las primeras causas de muerte materna desde los últimos 30 años. (Liu, 2011). En dicho tiempo estas muertes se presentaban hasta en el 15,8% de las gestantes con preeclampsia (Ludmir, 2014). En caso esta se complique con eclampsia, tal como lo exponen Pacheco y Farro, la mortalidad puede ascender a 18,9%. (Pacheco y Farro, 1997)

Ahora bien, es necesario explicar la fisiopatología de los síntomas y signos antes descritos, pues como se ve es una enfermedad multisistémica. Para ello han sido consideradas diversas teorías, en las que los factores genéticos, ambientales, hereditarios, inmunológicos e individuales parecen interactuar y generan como resultado la aparición de la preeclampsia.

Al converger las teorías, estas coinciden en que todo parte de una isquemia a nivel de las arteriolas espirales, la cual a su vez desencadenará una hipoxia tisular y con ello la liberación de sustancias citotóxicas; esto en general. Si partimos de la isquemia, se menciona que esta es ocasionada por mala sustitución de la capa muscular de las arteriolas espirales, a partir de la semana 12 hasta la semana 18 de gestación aproximadamente, este proceso conlleva a que

dichos vasos sanguíneos mantengan una alta resistencia de flujo placentario reduciendo dicho flujo y haciéndolo más turbulento. Esto a su vez pasará a reflejarse en una hipoperfusión e isquemia en los espacios sinusoidales. Una vez dado el proceso hipóxico, las células de estos lechos sanguíneos sufrirán apoptosis y se liberarán las sustancias citotóxicas hacia el torrente sanguíneo. Estas sustancias, ejercen un efecto nocivo directamente sobre el endotelio tanto arteriolar como capilar, además condicionan a una vasoconstricción, fuga capilar y coagulación intravascular localizada e incluso a una insuficiencia multiorgánica. (Quito, S. 2014)

Habiéndose mencionado el periodo intergenésico, resulta necesario definirlo. Para ello, consideraremos sobre todo la definición que brinda la Organización Mundial de la Salud (Zavala, 2018); considerándolo como el tiempo transcurrido entre dos eventos obstétricos. Teniendo en cuenta que un evento obstétrico debe ser considerado incluso un aborto, o una gestación que culmine ya sea en parto vaginal o cesárea.

Asimismo esta organización recomendará un periodo intergenésico mayor a 18 meses, pero no menor a 60; considerando este intervalo como factor protector para reducir la incidencia de eventos adversos tanto para la madre como para el neonato (Zavala, 2018)

Es entonces que podríamos hablar de un efecto protector transitorio generado por el embarazo anterior, pero que se irá reduciendo a medida que se incrementa el periodo intergenésico.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. MATERIAL

3.1.1. Tipo de estudio

Fue un tipo de estudio observacional, analítico, longitudinal de casos y controles, retrospectivo.

3.1.2. Universo

Estuvo conformado con el total de historias clínicas de pacientes en estado de gestación que fueron registradas en hospitalización del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018

3.1.3. Población

Estuvo conformado con el total de historias clínicas de pacientes en estado de gestación hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018 que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión

3.1.4. Unidad de análisis

Estuvo constituida por el cuaderno de registro de partos del servicio de Ginecología y Obstetricia, sistema informático del hospital, fólder de hospitalización e historias clínicas de cada paciente en estado de gestación hospitalizada en dicho servicio del Hospital III EsSalud - Chimbote durante el año 2018, asimismo que hubiesen cumplido con los criterios de inclusión y exclusión para cada uno de los dos grupos de estudio.

3.1.5. Tipo de muestreo:

Probabilístico, aleatorio simple

3.1.6. Criterio de apareamiento:

Para beneficio de nuestra tesis usamos como criterio la edad y se dividió nuestra muestra en dos grupos; el primer grupo que tengan una edad mayor o igual de 20 años hasta los 27 años y el segundo a partir de los 28 años hasta los 35 años cumplidos.

3.1.7. Muestra:

- Cuantitativa:

Para el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula estadística de comparación de dos proporciones.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde:

- n = cantidad de sujetos que se requieren en cada una de las muestras para casos y para controles
- $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad de un 95% que para dos colas es de 1.96
- $Z_{1-\beta}$ = valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función al poder estadístico del 80% elegido para el estudio es de 0.84
- p_1 = Frecuencia de exposición para los casos, tomado de estudios previos
- p_2 = Frecuencia de exposición para los controles, tomado de estudios previos
- p = media de dos proporciones $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$

Considerándose los datos del estudio previo realizado por Quito en Trujillo, durante el año 2013; en donde su grupo de casos con periodo intergenésico prolongado corresponde al 64% y su grupo de controles con periodo

intergenésico prolongado correspondía 35%; junto con el odds ratio de 3.3; se obtiene que:

- p1: Frecuencia de exposición para los casos, tomado de un estudio previos: 0.64 (Quito, 2014)
- p2: Frecuencia de exposición entre los controles, por estudios previos: 0.35 (Quito, 2014)

Adaptamos los valores a la ecuación anterior:

Se logró obtener que $n = 34$ pacientes en estado de gestación. Para incrementar la potencia y reducir sesgos relacionamos los grupos en 1 caso: 2 controles (34 pacientes en estado de gestación con preeclampsia y 68 pacientes en estado de gestación sin esta patología).

- Cualitativa:

Criterios de inclusión

Casos:

- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con diagnóstico de preeclampsia.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación que presenten información exacta y completa sobre su periodo intergenésico.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con período intergenésico menor e igual a 10 años.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con edad de 20 a 35 años.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con embarazo único.

Controles:

- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación sin preeclampsia.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con período intergenésico menor e igual a 10 años.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación entre 20 a 35 años.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación que presenten información exacta y completa sobre su periodo intergenésico.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con embarazo único.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación en quienes se hayan hecho los exámenes auxiliares necesarios para descartar la condición de preeclampsia.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes que estén cursando su primera gestación.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con periodo intergenésico mayor a 10 años.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con diagnóstico de diabetes gestacional.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con diagnóstico de obesidad durante el primer trimestre.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación menores de 20 años.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación mayores de 35 años.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con menos de 6 controles prenatales.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con historial de preeclampsia en embarazo previo.

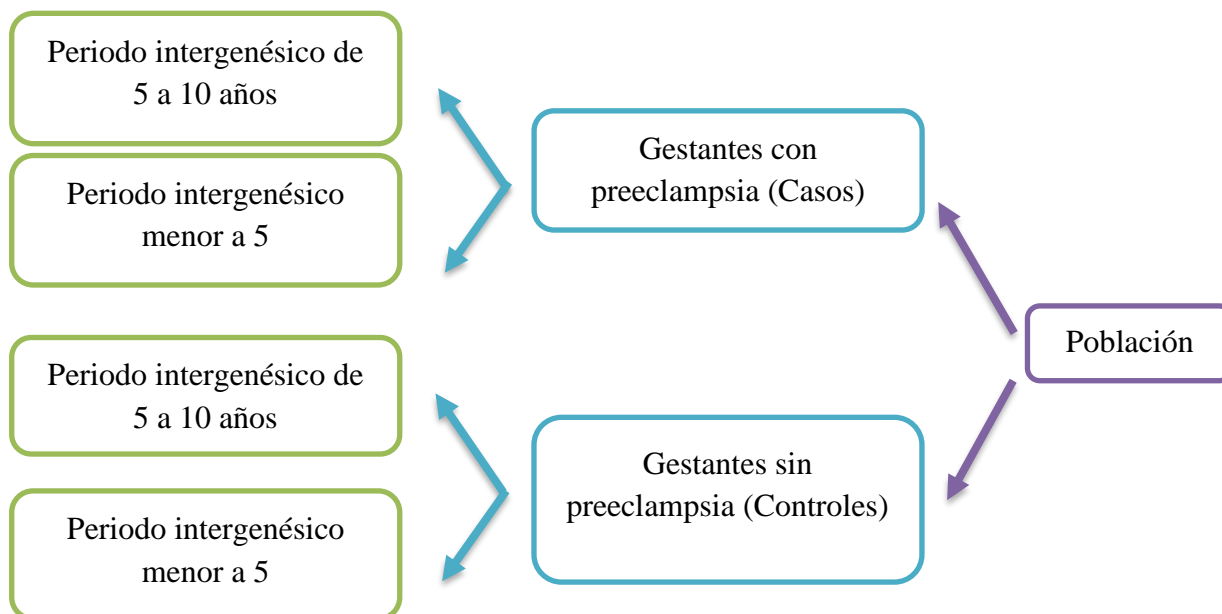
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación con diagnóstico de Infección del tracto urinario.
- Historias clínicas de pacientes en estado de gestación que no ofrezcan información precisa y confiable.

3.2. MÉTODOS

3.2.1. Tipo de estudio:

Presentamos un estudio observacional y de tipo descriptivo, ya que el objetivo de este trabajo se basa en la “observación y registro” de eventos sin que podamos intervenir en su rumbo natural, asimismo es analítico puesto que relacionamos dos variables: preeclampsia y periodo intergenésico de 5 a 10 años, ambas variables que cumplan los requisitos de inclusión y exclusión a fin de conocer si existe asociación entre ambas. Cabe mencionar que es longitudinal de casos y controles, pues se partió del efecto, que es la preeclampsia y nos dirigimos hacia la posible causa, que sería el periodo intergenésico en cuestión. Finalmente, es retrospectivo debido a que se estudiaron los datos obtenidos durante el año 2018, periodo ya transcurrido.

3.2.2. Diseño de la investigación:



3.2.3. Variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Preeclampsia	Aparición de hipertensión asociado a proteinuria o la nueva aparición de hipertensión con presencia de disfunción significativa de órganos diana con o sin proteinuria en la última mitad del embarazo o posparto. (Phyllis, A.; 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o $\geq 160/110$ y proteinuria $\geq 300\text{mg}/24\text{ h}$ O • Presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o $\geq 160/110 + 1$ de (plaquetas <100.000 / microL, creatinina sérica de $> 1,1$ mg / dL, doble transaminasas, Edema pulmonar, Síntomas cerebrales o visuales persistentes) 	Cualitativa	Sí / No
Periodo intergenésico de 5 a 10 años	Intervalo entre la fecha de resolución del último evento obstétrico y el inicio del siguiente, siempre que esté comprendido de 5 a 10 años (Zavala, 2018)	≥ 5 y < 11 años	Cualitativa	Sí / No

3.2.4. Método de recolección de datos:

Partiendo de la aprobación del proyecto por el jurado designado por departamento de Enfermería de la Universidad Nacional del Santa, se presentó formalmente la solicitud por mesa de partes al departamento de Capacitación y Docencia del Hospital III EsSalud – Chimbote, el cual nos otorgó la autorización al acceso del sistema que se usa en dicho establecimiento de salud. Asimismo a la información tanto del cuaderno de registro de partos, como de las historias clínicas de las gestantes que se reporten en dicho cuaderno durante el tiempo comprendido para el estudio (año 2018), y que hayan sido hospitalizadas dentro del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud - Chimbote.

Como siguiente paso se procedió a recolectar la información, para lo cual se elaboró una tabla de recolección de datos personales (ver anexo 1), que abarcó información como nombres completos, edad, número de historia clínica, e incluso número de DNI para aquellas gestantes que no tengan registrado su número de historia clínica, y sea necesario buscarlo en el sistema informático del hospital, estas especificaciones justamente por las limitaciones que mencionamos anteriormente. Cabe mencionar, que estos datos se separaron por meses para tener más facilidad al manejar la gran cantidad de información.

Una vez que obtuvimos esos datos, se procedió a ordenar de forma ascendente el número de historia clínica, con su respectiva rotulación, que corresponde al orden dentro del mes al que pertenece. Con ello se hizo posible la revisión de las historias clínicas, específicamente las hojas CLAP, y se registró tanto el periodo intergenésico como comorbilidades que nos obligaron a excluir a algunas pacientes del estudio.

Es así que, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para la población, se hizo posible la realización de una selección por el método aleatorio simple y se tabularon los resultados.

Cabe mencionar que a pesar de haber empleado una ficha que contempla varios datos personales, fueron necesarios únicamente hasta que se realizó el llenado de la segunda tabla (anexo 2), pues al momento de tabular los resultados se contempló solo el número de historias clínicas y la edad, por una cuestión de respeto al anonimato.

A partir de la fórmula estadística de comparación de proporciones, y reemplazando valores dados por el antecedente más próximo, se obtuvo que se debería trabajar con un total de 102 gestantes registradas; siendo esta muestra integrada por 34 casos y 68 controles, esto se hizo de acuerdo a lo planificado.

Asimismo, se consideró el criterio de pareamiento ya detallado, según el grupo de edad de la madre, en el cual se pudo trabajar la relación de 1:2 para casos y controles, se dividió nuestra muestra en dos grupos; el primer grupo que tengan una edad mayor o igual de 20 años hasta los 27 años y el segundo a partir de los 28 años hasta los 35 años cumplidos.

Por último, se contabilizó el total de pacientes con preeclampsia que presenten o no periodo intergenésico de 5 a 10 años, y aquellas pacientes sin preeclampsia con o sin periodo intergenésico de 5 a 10 años. Esta información fue indispensable y nos facilitó la aplicación del odds ratio relacionando tales valores.

3.2.5. Análisis y procesamiento de información:

Los datos recogidos en la correspondiente tabla de historias clínicas se procesaron con la ayuda del software SPSS – 21.0, el cual nos ayudó, según los resultados, en la elaboración de tablas estadísticas de doble entrada de acuerdo a nuestros objetivos programados.

Se hizo uso de la prueba estadístico Chi cuadrado (X^2) donde la asociación se consideró significativa si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ($p < 0.05$).

Posterior a ello se halló el Odds ratio (OR) para preeclampsia en una mujer en estado de gestación y su asociación con la presencia de intervalo intergenésico de 5 a 10 años, se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95% del estadígrafo mencionado; relacionando a x d/ b x c .

		PREECLAMPSIA	
		SI	NO
PERIODO INTERGENÉSICO DE 5 A 10 AÑOS	SI	A	B
	NO	C	D

Donde “a” fue la cantidad de gestantes con preeclampsia y periodo intergenésico de 5 a 10 años; “b”, la cantidad de gestantes sin preeclampsia y periodo intergenésico de 5 a 10 años; “c”, la cantidad de gestantes con preeclampsia y con periodo intergenésico inferior a 5 y superior a 10 años y “d”, la cantidad de gestantes sin preeclampsia y con periodo intergenésico por debajo de 5 años y mayor a 10.

3.2.6. Ética en la investigación:

El siguiente estudio se realizó teniendo en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de Salud (OMS), como primera pauta tomamos la número 8 que pone énfasis en el sometimiento de la investigación a una revisión ética y científica que parta como iniciativa de las autoridades gubernamentales encargados del trabajo presente, mencionamos que nos sometimos a esta revisión por un Comité de ética propuesta por la Universidad el cual no tuvo correcciones y dio la aprobación para proseguir con nuestra investigación.

Adicionalmente nos basamos también en la pauta número 12, dentro de la cual nos justificamos con la omisión del consentimiento informado individual de nuestro proyecto debido a que la investigación implica un riesgo insignificante para la paciente o el grupo perteneciente, asimismo, tendremos en cuenta la pauta número 22 debido a que usamos una herramienta digital como es el sistema informático del Hospital en cuestión para la obtención de datos y por lo tanto tomamos las medidas necesarias para asegurar la confidencialidad de la información y limitamos el acceso de terceros, para proteger a las pacientes de una fuga de su información personal. (CIOMS, 2016)

Finalmente es importante señalar que nuestra investigación también se refuerza con los principios éticos básicos de respeto a las personas, beneficencia y justicia estipulados en el Informe Belmont.

Declaramos no presentar ningún conflicto de interés

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

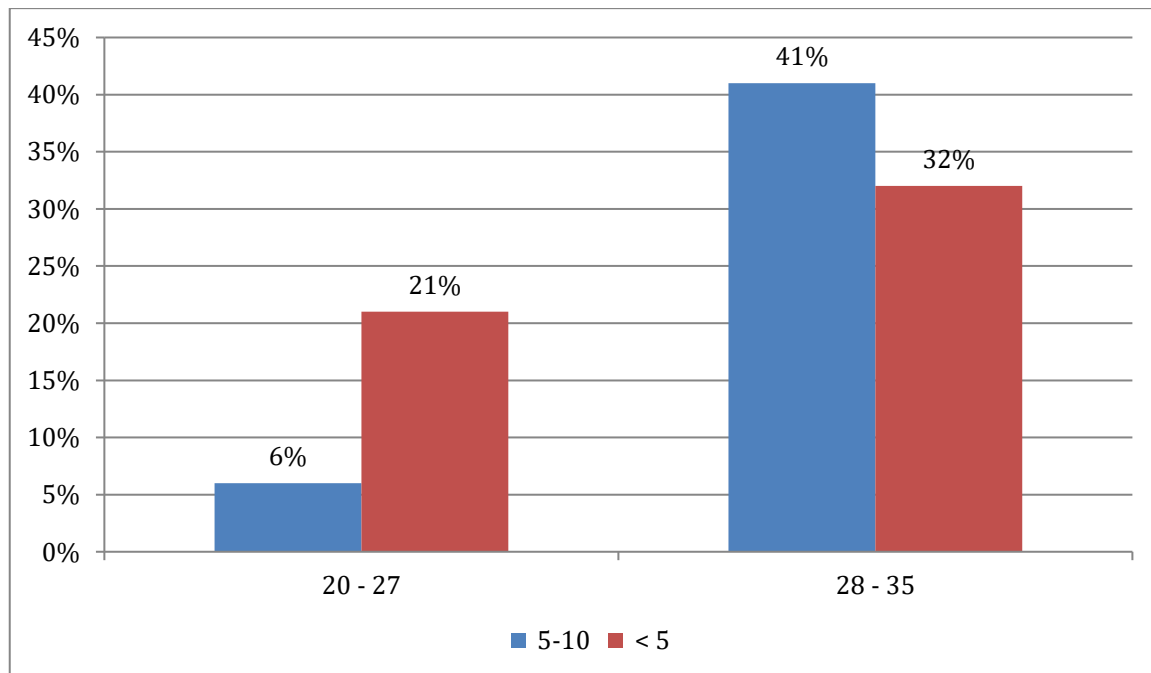
4.1. RESULTADOS

Tabla 1: Proporción de gestantes que presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad

Con preeclampsia	Periodo intergenésico (años)				Total	
	5-10		< 5			
Edad	N	%	N	%	N	%
20 – 27	2	6%	7	21%	9	26%
28 – 35	14	41%	11	32%	25	74%
Total	16	47%	18	53%	34	100%

FUENTE: Historias clínicas del Hospital nivel III EsSalud-Chimbote

Figura 1: Proporción de gestantes que presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad



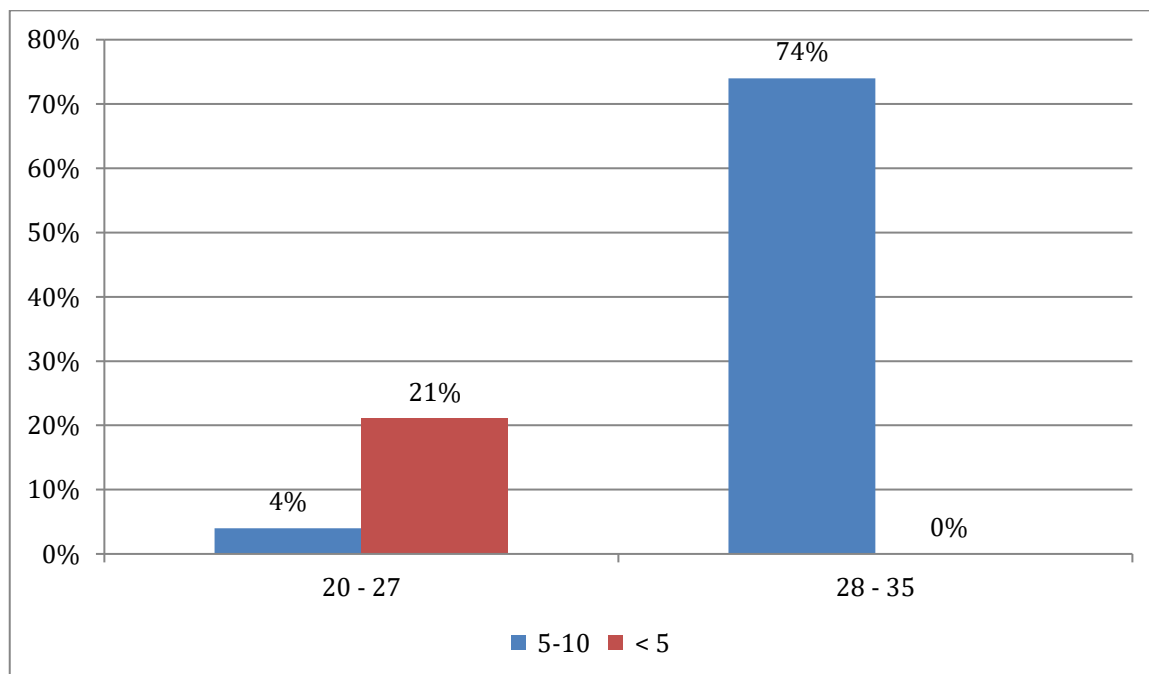
La tabla y figura 1 nos muestra que las gestantes con periodo intergenésico de 5 a 10 años, el 6% tienen entre 20 y 27 años de edad y el 41% tiene entre 28 a 35 años; mientras que las gestantes con periodo intergenésico menor a 5 años el 21% tienen edades entre 20 a 27 años y el 32% de 28 a 35 años de edad.

Tabla 2: Proporción de gestantes que no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad

Sin preeclampsia	Periodo intergenésico (años)				Total	
	5-10		< 5		N	%
Edad	N	%	N	%	N	%
20 - 27	4	6%	14	21%	18	26%
28 - 35	50	74%	0	0%	50	74%
Total	54	79%	14	21%	68	100%

FUENTE: Historias clínicas del Hospital nivel III EsSalud-Chimbote

Figura 2: Proporción de gestantes que no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, según grupo de edad



La tabla y figura 2 nos muestra que las gestantes con periodo intergenésico de 5 a 10 años, el 6% tienen entre 20 y 27 años de edad y el 74% tiene entre 28 a 35 años; mientras que las gestantes con periodo intergenésico menor a 5 años el 21% tienen edades entre 20 a 27 años de edad.

Tabla 3: Proporción de gestantes que presentaron y no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, en el hospital nivel III EsSalud-Chimbote durante el año 2018.

Periodo intergenésico (años)	Preeclampsia				Total	
	Con preeclampsia		Sin preeclampsia		N	%
	N	%	N	%	N	%
5-10	16	16%	54	53%	70	69%
< 5	18	18%	14	14%	32	31%
Total	34	33%	68	67%	102	100%

FUENTE: Historias clínicas del Hospital nivel III EsSalud-Chimbote

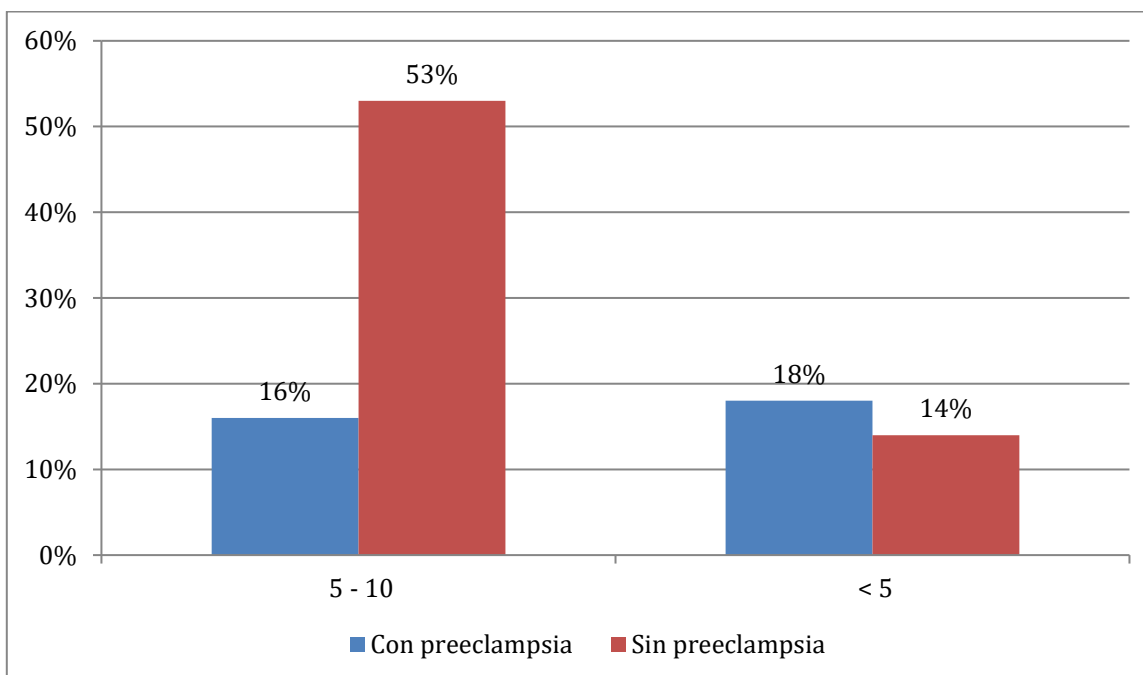
Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,020 ^a	1	0.001

Valor $X^2=11.020$	g.l = 1	p=0.001 < 0.05	
Estimación de riesgo	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Razón de ventajas para periodo (5-10 / < 5)	0.230	0.094	0.563

OR = 0.230 < 1

IC95% (0.094 – 0.563)

Figura 3: Proporción de gestantes que presentaron y no presentaron preeclampsia, con y sin periodo intergenésico de 5 a 10 años, en el hospital nivel III EsSalud-Chimbote durante el año 2018.



Observamos en la tabla y figura 3, que las gestantes con periodo intergenésico de 5 – 10 años el 16% presentaron preeclampsia y el 53% no presentaron; de las gestantes sin periodo intergenésico de 5 -10 años (<5) el 18% presento preeclampsia mientras que el 14% no presento. Además, existe evidencia de relación significativa a través de la prueba Chi cuadrado para un Valor $X^2=11.020$ y $p=0.001 < 0.05$. Asimismo, se observa que el riesgo relativo a la preeclampsia, respecto al periodo intergenésico es de $OR = 0.23$ lo que indicaría que el tener un periodo intergenésico prolongado de 5 – 10 años resulta 0.23 veces más propenso tener preeclampsia al periodo menos de 5 años; sin embargo, dado el intervalo de confianza al 95% este riesgo no es significativo.

Tabla 4: Proporción de gestantes con periodo intergenésico de 5 a 10 años, con y sin presencia de preeclampsia según grupo de edad.

Periodo intergenésico (años) 5-10	Preeclampsia				Total	
	Con preeclampsia		Sin preeclampsia			
Edad	N	%	N	%	N	%
20 - 27	2	3%	4	6%	6	9%
28 - 35	14	20%	50	71%	64	91%
Total	16	23%	54	77%	70	100%

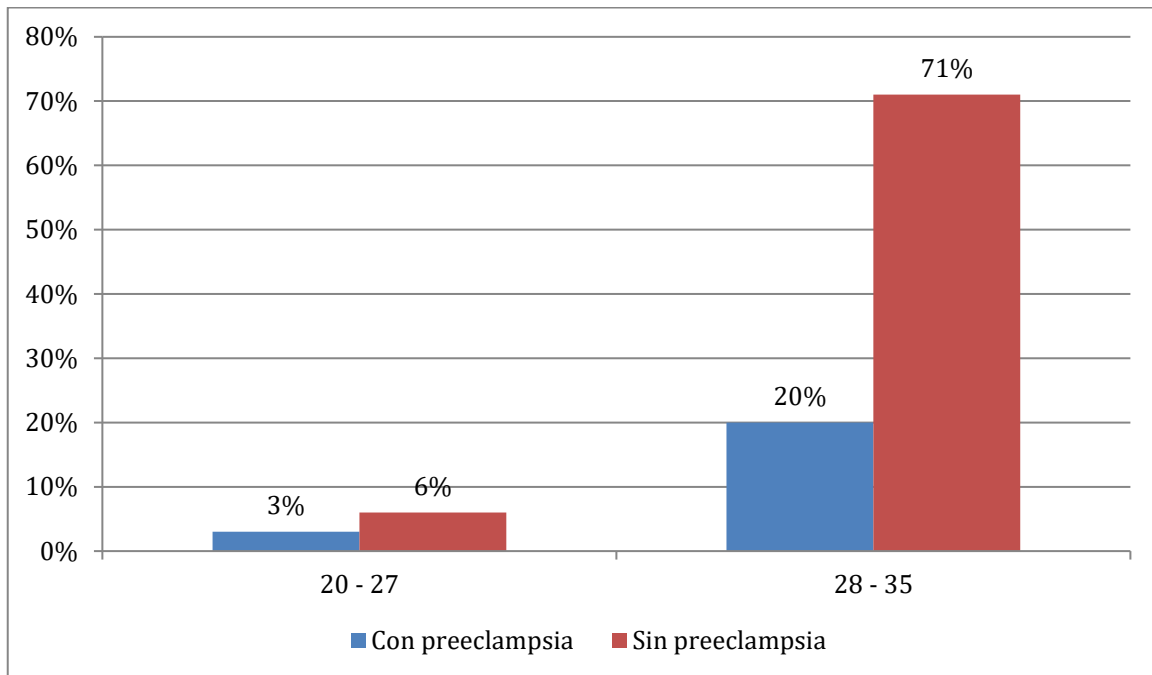
FUENTE: Historias clínicas del Hospital nivel III EsSalud-Chimbote

<i>Pruebas de chi-cuadrado</i>	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0.408	1	0.523

Valor $X^2=0.408$

g.l = 1 p=0.523 > 0.05

Figura 4: Proporción de gestantes con periodo intergenésico de 5 a 10 años, con y sin presencia de preeclampsia según grupo de edad



Observamos en la tabla y figura 4 que las gestantes con periodo intergenésico de 5 – 10 años y de las cuales tienen preeclampsia, el 3% tienen edades entre 20 – 27 años y el 20% de 28 – 35 años; de las gestantes que no presentaron preeclampsia, el 6% tienen edades entre 20 – 27 años y el 71% de 28 – 35 años de edad. Además, no existe evidencia de relación significativa a través de la prueba Chi cuadrado para un Valor $X^2=0.408$ y $p=0.523 > 0.05$. Asimismo, se observa que el riesgo relativo a la preeclampsia, respecto a la edad es de $OR = 1.786$ lo que indicaría que el tener una edad muy alta (28 – 35 años) resulta 1.78 veces más propenso tener preeclampsia respecto a la edad de 20 a 27 años; sin embargo, dado el intervalo de confianza al 95% este riesgo no es significativo.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Al ser la preeclampsia un problema de salud materno-neonatal y el periodo intergenésico un factor de riesgo modificable de esta, el trabajo presentado tiene una relevancia en cuestión a poder tomar las medidas preventivas.

Una evaluación de nuestros hallazgos sobre los casos de preeclampsia con el intervalo intergenésico, muestran que dentro del grupo de mujeres que presentaron preeclampsia, el 47% de ellas tuvieron un periodo intergenésico de entre 5 a 10 años a diferencia del 53% de las mujeres que tuvieron un periodo intergenésico < 5 años. Además se logra ver que dentro de estos resultados, el mayor porcentaje de casos de preeclampsia, se dan en mujeres con edad comprendida de 28 a 35 años.

Estos resultados se pueden diferenciar con un estudio hecho por Carrión (2011) puesto que refiere que hay mayor riesgo de presentar preeclampsia cuando el intervalo intergenésico es mayor a 60 meses y que el riesgo aminora pasado los 36 meses. A su vez Conde-Agudelo (2000) reafirma el riesgo de sufrir preeclampsia con un periodo intergenésico mayor a los 59 meses. El primer enunciado en común puede deberse a que en dicho estudio considera un intervalo mayor de 60 meses, sin ese punto de corte a los 10 años que tomamos como criterio de exclusión, pues tal como mencionamos anteriormente en otros estudios, este periodo intergenésico superior a 10 años, iguala el riesgo de sufrir preeclampsia al de una mujer nulípara (Carrión y Celis, 2014). Asimismo al comparar nuestros resultados de pacientes con preeclampsia pero con periodo intergenésico menor de 5 años (ver anexo 2), existe un predominio de casos a los 36 meses, siendo contradictorio con lo expuesto por Carrión.

Los resultados de la tabla 1, a su vez coinciden parcialmente con un estudio realizado por Quispe (2003), hecho en el país donde se encontró que un 44% de puérperas que sufrieron de preeclampsia tuvieron un período intergenésico prolongado en contrario de las 18% de puérperas que no padecieron la enfermedad y tuvieron un período intergenésico normal y corto.

En el análisis del segundo cuadro podemos observar a gestantes que no presentaron preeclampsia, con periodo intergenésico de 5 a 10 años, el 6% tienen entre 20 y 27 años de

edad y el 74% tiene entre 28 a 35 años; mientras que las gestantes con periodo intergenésico menor a 5 años el 21% tienen edades entre 20 a 27 años de edad. Es así que el mayor porcentaje recae sobre el periodo intergenésico de 5 a 10 con 79 %. Siendo que en este periodo predominan los casos en mujeres de 28 a 35 años, pero en el segundo periodo, menor a 5 años, predominan las mujeres de 20 a 27 años. De cierta manera esta segunda tabla complementa el resultado de la tabla anterior, pues mientras que los casos de preeclampsia tuvieron mayor porcentaje las mujeres que tuvieron un periodo intergenésico <5 años, las que no tuvieron preeclampsia, en su mayoría fueron mujeres con periodo intergenésico de 5 a 10 años.

Un estudio bastante grande presentado por el ya mencionado Conde-Agudelo (2000) concluyó que mujeres con periodos mayores de 60 meses presentaron un aumento significativo en el riesgo de padecer preeclampsia con un riesgo relativo de 1,83; intervalo de confianza del 95% 1,72 a 1,94; este resultado lo comparamos con nuestro estudio donde se evidenció que hay relación significativa a través de la prueba Chi cuadrado para un Valor $X^2=11.020$ y $p=0.001 < 0.05$. Sin embargo, se observa que el riesgo relativo a la preeclampsia, respecto al periodo intergenésico es de $OR = 0.23$, con un intervalo de confianza al 95% (0.094 – 0.563).

De lo anterior, se puede analizar con lo mencionado por Tamargo, que si se obtiene un $OR < 1$, asociado a un IC de 95% con límites que también estén por debajo de la unidad, esta asociación resulta negativa o inversa, siendo entonces que se representaría en un efecto protector frente a la enfermedad. (Tamargo, et al; 2019). Entonces, relacionando esta interpretación con nuestros resultados obtenidos a partir de la tabla 3 se aprecia que para el periodo intergenésico que estudiamos, de 5 a 10 años, se encontró un efecto protector frente a la preeclampsia, y difieren con los resultados del estudio de Conde-Agudelo, donde sí encuentra un riesgo de 1.83 veces mayor de presentar la enfermedad.

Por otro lado, nos resulta ciertamente necesario comparar con algún estudio realizado dentro de la ciudad, a fin de establecer similitudes o diferencias. Es entonces que se puede citar la tesis realizada por Santamaría (2017), donde busca determinar si el periodo intergenésico mayor a 48 meses es un factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, y obtiene un riesgo de 3.23 veces para presentar la enfermedad. Resultado que nuevamente difiere con el

nuestro, pudiendo existir diferentes motivos, como características de la población, pues los datos fueron recopilados de establecimientos de salud diferentes; además, de que nuevamente es un estudio que no delimita el periodo intergenésico exacto al nuestro.

Al analizar los resultados expuestos tanto en la tabla como la figura 4, observamos que los datos con la prueba estadística chi-cuadrado, se obtiene que no existió relación significativa. Esto resultó de comparar las variables estudiadas con la edad.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- De las pacientes que presentaron preeclampsia, el 47% tuvieron periodo intergenésico de 5 a 10 y el 53% < 5 años; presentando el mayor porcentaje de casos las mujeres de 28 a 35 años.
- De las pacientes que no presentaron preeclampsia, el 79% tuvieron periodo intergenésico de 5 a 10 y el 21% < 5 años; presentando el mayor porcentaje de casos las mujeres de 28 a 35 años.
- Existe asociación entre preeclampsia y periodo intergenésico de 5 a 10 años, en gestantes atendidas en el Hospital III Essalud – Chimbote, durante el año 2018.
- Encontramos un efecto protector del periodo intergenésico comprendido entre los 5 a 10 años, para el desarrollo de preeclampsia.
- No se encontró asociación significativa entre la edad de 20 a 35 años y la preeclampsia, dentro del periodo intergenésico de 5 a 10 años.

5.2. RECOMENDACIONES

- Los controles prenatales son una herramienta perfecta para la detección de preeclampsia de manera oportuna y eficaz, es por ello que es importante que el equipo de salud tenga una relación estrecha con la comunidad de gestantes para que estas puedan atenderse correctamente y evitar consecuencias negativas prevenibles
- El personal de salud debe ofrecer una orientación clara y concisa acerca del periodo intergenésico adecuado para que las puérperas puedan planificar su paridad deseada teniendo en cuenta el intervalo de menor riesgo de presentar complicaciones maternas.
- El personal de salud debe ofrecer todos los medios posibles en relación a los métodos anticonceptivos para que la mujer pueda planificar su paridad deseada según ella lo crea conveniente teniendo en cuenta el intervalo intergenésico apropiado.
- El sistema de referencia entre centros de salud debe ser adecuada para que ante la detección de una puérpera con diagnóstico de preeclampsia, esta pueda ser atendida de manera integral y exacta en un hospital de complejidad requerida
- Se recomiendan mayores trabajos de investigación acerca de nuestra nueva propuesta de un intervalo intergenésico de 5 a 10 años asociado a preeclampsia, puesto que la mayoría de investigaciones engloban también a los PI mayores de 10 años, el cual según ya bibliografía variada se equipara en riesgo a una nulípara y se ha demostrado un riesgo de hasta 3 veces mayor de presentar preeclampsia.
- Se sugiere prolongar el periodo de recolección de datos a dos años para ampliar el número total de la población, a fin de conseguir una mayor diferencia en la cantidad de la población y la muestra, para hacer un mejor filtro posterior a la selección según el método probabilístico aleatorio simple.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ananth-Karumanchi, S., Kee-Hak, L. & Phyllis, M (2020). Preeclampsia: patogenicia. Disponible en Uptodate, https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-pathogenesis?search=preeclampsia%20actualizacion&topicRef=6814&source=see_link (Consultado el 8 de mayo de 2021).
- Carrión, L. & Celis, F. (2014). Impacto del intervalo intergenésico en la morbimortalidad materno perinatal en el Hospital María Auxiliadora Enero a Diciembre 2011. En *Rev Peru Obstet Enferm*; 10 (1). [Acceso 09 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/download/716/560>
- Centeno, G. & Crispin, L. (2013). Período Intergenésico Prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de Preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero-marzo del 2013. [Tesis pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. (1979). Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Estados Unidos. [Acceso 31 de Marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Conde, A. (2000). Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study. *BMJ*. 321(7271): 1255–1259. [Acceso 09 de abril de 2019]; Disponible en:
- Domínguez, L. & Vigil, P. (2005) El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. En *Clin Invest Gin Obst*. 32(3):122-6. [Acceso 09 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X05734870>
- Fingar, K., Mabry-Hernandez, I., Ngo-Metzger, Q., Wolff, T., et al. (2017). Hospitalizaciones por parto que involucran preeclampsia y eclampsia, 2005–

2014. Resumen estadístico de HCUP # 222. Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, Rockville, MD. Disponible en: www.hcupus.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb222-Preeclampsia-Eclampsia-Delivery-Trends.pdf (Consultado el 8 de mayo de 2021).
- Gómez, L. (s.f.). Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. En revista Gineco Obstet; Perú. [Acceso 28 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a08v60n4.pdf>
 - Liu, S., Joseph, K., Liston, R., Bartholomew, S., et all. (2011). Incidence, risk factors, and associated complications of eclampsia. En Rev Obstet Gynecol; 118(5): 987-94. [Acceso 09 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22015865>
 - López, M., Manríquez, M., Gálvez, D. & Ramírez, E. (2012). Factores de riesgo asociados con preeclampsia. En Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 50 (5): 471-476. [Acceso 28 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im125d.pdf>
 - Ludmir, A. (2014). Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. Rev. peru. ginecol. Obstet; 60(4): 64-71. [Acceso 09 de abril de 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400013
 - Masson, I. & Mestanza, M. (2016). Complicaciones obstétricas y/o perinatales asociadas a intervalos intergenésicos en el Hospital Regional del IESS Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, durante el periodo de Junio 2014 a Junio 2015. [Tesis pregrado, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].
 - Morales C. (2011) Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. Rev Peru Epidemiol. 15(1). Pp. 01-15. [Acceso 28 de marzo de 2019]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/2031/203122516005/>
 - Organización Panamericana de Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias médicas. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Ginebra:

CIOMS; Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/01/CIOMS-EthicalGuideline_SP_WEB.pdf [Acceso 28 de Marzo de 2019].

- Pacheco, J. (2017) Introduction to the Preeclampsia Symposium. En revista Gineco Obstet; Perú. [Acceso 09 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n2/a07v63n2.pdf>
- Pacheco, J., Farro, A. & Elias, G. (1997). Mortalidad materna 1958-1996. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo, Rebagliati Martins - 38 años. En Rev Ginecol. Obstet; 43 (3): 209-215. [Acceso 10 de abril de 2019]. Disponible en:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kzB2BL5PglUJ:www.sfog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/download/1073/1031+&cd=7&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe>
- Phyllis, A., & Baha, M. (2020). Preeclampsia: características clínicas y diagnóstico. Disponible en Uptodate; https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preeclampsia%20actualizacion&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (Consultado el 8 de mayo de 2021).
- Phyllis, A., & Baha, M. (2020). Trastornos hipertensivos en el embarazo: enfoque del diagnóstico diferencial. Disponible en Uptodate; https://www.uptodate.com/contents/hypertensive-disorders-in-pregnancy-approach-to-differential-diagnosis?search=preeclampsia%20actualizacion&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5 (Consultado el 8 de mayo de 2021).
- Plasencia, A. (2013). Intervalo intergenésico prolongado como factor de riesgo asociado a preeclampsia en gestantes atendidas en el departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional docente de Trujillo. [Tesis pregrado, Universidad Nacional de Trujillo].
- Quito S. (2014). Periodo intergenésico prolongado como factor de riesgo asociado a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional docente

- de Trujillo en el periodo Enero 2012 – Diciembre 2013. [Tesis pregrado Universidad Privada Antenor Orrego]
- Santamaría, E. (2017). Periodo intergenesico prolongado como factor de riesgo para preeclampsia en gestantes, Hospital La Caleta, 2016. [Tesis pregrado Universidad San Pedro]
 - Tamargo, T., Gutiérrez, A., Quesada, S., López, N. & Hidalgo, T. (2019). Algunas consideraciones sobre aplicación, cálculo e interpretación de odds ratio y riesgo relativo. *Rev cubana med*; 58 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232019000300008. (Consultado el 10 de mayo de 2021)
 - Terje, R., Rasmussen, S., Brunborg, H, Gjssesing, H. et all. (1998). Fetal and maternal contributions to risk of pre-eclampsia: population based study. *BMJ*. 316(7141): 1343–1347 [Acceso 09 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28531/>
 - Tranquilli, A., Dekker, G., Magee, L., Roberts, J. et all. (2014) La clasificación, el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo: una declaración revisada del ISSHP. *Pubmed*; 4 (2): 97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26104417/> (Consultado el 8 de mayo de 2021).
 - Zavala, A., Ortiz, H., Salomon, J., Padilla, C. & Preciado, R. (2018) Periodo intergenésico: Revisión de la literature. En revista *Gineco Obstet*; Perú; 83(1) [acceso 28 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR_016.pdf

VII. ANEXOS

7.1. ANEXO N°01

TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE DEL MES					
N°	Nombres y apellidos	Edad	Diagnóstico	DNI	N° de Historia clínica

7.2. ANEXO N°02

TABLA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA QUE CUMPLEN CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Aquí están todas las gestantes que tienen preeclampsia después de sacar según criterios de inclusión y exclusión. Como separamos en dos grupos de edad: de 20 a 27 y de 28 a 35; hay 4 colores.

- Azul (de 20 a 27 con PI de 5 a 10)
- Rojo vino (de 28 a 35 con PI de 5 a 10)
- Melón (de 20 a 27 con PI menor de 5)
- Lila (de 28 a 35 con PI menor de 5 años)

ORDEN	HC	EDAD	PI
JUN7	19781	30	3
MAR12	31805	27	3
MAR13	33034	31	1
ABR1	76004	31	3
ENE2	246122	32	9
DIC7	248628	35	10
JUN4	257683	32	5
NOV8	268117	31	5
SET 9	294608	34	6
MAR10	294606	27	1
ENE8	310378	34	5
NOV1	314713	34	3
JUL14	315934	31	3
AGO5	317023	34	8
AGO7	333229	26	1
MAR9	340325	35	3

MAY5	344876	32	6
NOV4	354157	35	5
FEB2	366376	28	7
JUL12	367656	23	6
JUN9	370771	22	1
NOV16	371299	31	5
ENE9	371683	31	4
ENE13	372928	30	5
ABR2	374247	34	4
JUL13	375411	27	2
JUL8	375593	29	8
JUL10	378545	30	1
NOV15	381537	30	5
NOV9	381759	28	3
OCT2	381812	29	3
OCT5	382360	23	4
NOV10	383263	27	9
DIC6	384602	25	2

7.3. ANEXO N°03

TABLA DE HISTORIAS CLÍNICAS DE GESTANTES SIN PREECLAMPSIA QUE CUMPLEN CON CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Considerando la relación de 2 a 1, en los controles dejamos el doble de lo que quedó para casos. Como separamos en dos grupos de edad: de 20 a 27 y de 28 a 35; hay 4 colores.

- Azul (de 20 a 27 con PI de 5 a 10)
- Melón (de 28 a 35 con PI de 5 a 10)
- Verde (de 20 a 27 con PI menor de 5)
- Lila (de 28 a 35 con PI menor de 5 años)

N°	ORDEN	HC	EDAD	PI
171	29 SET	293667	34	4
172	28 SET	294654	31	7
173	24 ENE	295168	26	6
176	18 ENE	298910	30	8
178	28 JUL	300301	33	3
183	16 MAR	304632	34	5
185	7 SET	305964	32	1
186	1 DIC	306176	31	5
188	27 FEB	306717	32	2
189	17 ENE	307751	33	10
193	21 DIC	311668	32	5
194	4 FEB	315090	32	5
195	5 JUL	315934	31	3
196	18 MAY	317064	30	4
200	18 SET	322793	26	4
207	4 OCT	333551	31	3
210	29 MAY	334719	29	1
212	22 NOV	336053	26	3
215	11 DIC	337203	35	3
220	20 MAR	340325	35	3
221	4 ENE	340552	26	8
222	1 SET	340693	27	3
223	7 ENE	342364	28	7
226	1 MAY	344879	28	2
227	23 ENE	345074	32	7
229	25 ENE	348106	35	2
233	16 JUL	351846	23	2
234	10 SET	352189	28	2
238	5 AGO	353901	30	4
239	12 ABR	354609	28	5
245	21 JUN	357096	26	4
248	5 ENE	362673	29	7
252	19 NOV	365487	33	5

255	4 MAR	367669	35	4
259	20 AGO	368567	25	4
262	12 ENE	369259	33	9
264	2 MAR	369505	35	4
267	24 FEB	370737	27	2
268	14 JUN	370739	33	7
269	18 FEB	370804	35	6
271	7 MAR	371207	34	2
276	22 ABR	371685	25	4
281	27 ENE	372152	31	6
283	6 FEB	372362	28	6
284	5 MAR	372443	29	10
285	14 MAY	372524	29	10
288	13 ABR	373064	24	2
289	30 JUN	373288	25	6
290	24 AGO	373449	31	7
292	20 DIC	373897	31	4
293	7 MAY	373955	25	1
301	15 ABR	374673	35	6
303	27 ABR	375011	22	3
306	17 ABR	375815	34	10
312	24 JUL	376708	25	3
323	23 JUL	378545	30	1
335	17 OCT	380098	27	7
341	14 NOV	380963	33	10
343	17 NOV	381065	23	1
344	18 NOV	381095	32	7
346	27 NOV	381537	30	5
348	6 OCT	381812	29	3
349	19 DIC	382004	33	2
350	28 OCT	382049	26	2
355	26 NOV	383470	30	6
356	8 DIC	383631	32	4
358	7 DIC	384103	31	5
359	22 DIC	384320	33	6

7.4. ANEXO N°04

ACTA DE COMPROMISO DE ASESORAMIENTO DE TESIS

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

ACTA DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TESIS

Mediante la presente Acta, yo HUGO AURELIO ALPACA SALVADOR, Docente adscrito al Departamento Académico de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias, me comprometo a asesorar a las alumnas: CLARITA FLOR NÚÑEZ PRETELL y MISHELLE ANGIE ROMERO SALAZAR, pertenecientes a la Escuela Profesional de Medicina Humana, durante el proceso de investigación que incluye la elaboración del informe final de su tesis de investigación intitulado:

"PREECLAMPSIA Y PERIODO INTERGENÉSICO DE 5 A 10 AÑOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD - CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2018"

En fe de la cual firma la presente Acta a los 20 días del mes de mayo del año 2021.


Firma del Profesor Asesor
Dr. Hugo Aurelio Alpaca Salvador
Instituto de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias y AP
C.N.P. 51001 R.N.E. 33270
HOSPITAL III ESSALUD
CHIMBOTE

Nombre y Apellidos del asesor: HUGO AURELIO ALPACA SALVADOR

7.5. ANEXO N°05

SOLICITUD PARA ACCESO A LOS DATOS ESTADÍSTICOS



CARGO

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"

Nuevo Chimbote, 12 agosto 2019

OFICIO N° – 2019 - UNS-FC-EPMH

DR. RAMÓN DE LA CRUZ CASTILLO
GERENTE DE LA RED ASISTENCIAL ANCASH
CHIMBOTE



Asunto: SOLICITO AUTORIZACIÓN DE ACCESO DE ALUMNO A DATOS ESTADÍSTICOS PARA FINES DE INVESTIGACION.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted para saludarle cordialmente y asimismo solicitarle encarecidamente la autorización para que el estudiante **estudiante CLARITA FLOR NÚÑEZ PRETELL** Código N° 0201424012 y **MISHELLE ANGIE ROMERO SALAZAR** Código N° 0201424011 del sexto año, de nuestra Escuela Profesional de Medicina Humana, acceda a información estadística con fines de elaborar un proyecto de investigación titulado: **"PREECLAMPSIA Y PERIODO INTERGENÉSICO DE 5 A 10 AÑOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NIVEL III ESSALUD-CHIMBOTE DURANTE EL AÑO 2018"**.

Agradeciendo su atención al presente, renuevo a usted mi consideración y estima personal.

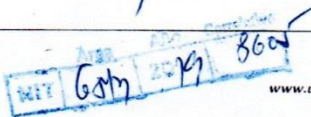
Atentamente,



M.C. 
DIRECTOR DE LA EPMH

📁 Archivo.

Campus Universitario: Urb. Bellamar S/N.
Teléfono: 310445- anexo 1127
Nuevo Chimbote- Ancash- PERÚ



www.uns.edu.pe

7.6. ANEXO N°06

ACEPTACIÓN PARA ACCESO A DATOS ESTADÍSTICOS –
ESSALUD



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"



CARTA N° 289 -UCID-GRAAN-ESSALUD-2019

Chimbote, 09 de Setiembre del 2019

Señor.

DR. OSWALDO GARCIA TORRES
Director del Hospital III Chimbote
Red Asistencial Ancash.
Seguro Social de Salud – EsSalud
Presente.-



ASUNTO: BRINDAR FACILIDADES PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

REF. : OFICIO N°213-2019-UNS-FC-EPMH

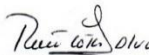
De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y a la vez para informar que con documento de la referencia el Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Santa, solicita se le brinde las facilidades del caso a las alumnas: CLARITA FLOR NUÑEZ PRETELL y MISHELLE ANGIE ROMERO SALAZAR, con la finalidad de realizar su trabajo de investigación titulado: "PREECLAMPSIA Y PERIODO INTERGENESICO DE 5 A 10 AÑOS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NIVEL III CHIMBOTE ESSALUD, DURANTE EL AÑO 2018".

En virtud a lo expuesto, solicitamos brindar las facilidades, a fin de que pueda recopilar información de historias clínicas y datos estadísticos sin contratiempos su respectiva investigación, salvaguardando la integridad de nuestros pacientes y respetando las normas institucionales.

Agradeciendo la atención a la presente, me suscribo de usted.

Atentamente,


Dra. Eni Ruth Marisol Cotos Arco
UNIDAD DE CARACTERIZACIÓN
INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA
RED ASISTENCIAL ANCASH
EsSalud

RCA/
CC. División de Inteligencia Sanitaria, División Admisión-Registros Médicos
Archivo.

NIT N°6543-2019-8605

www.essalud.gob.pe

Av. Circunvalación N° 119
Urb. Laderas del Norte
Chimbote - Perú
Tel.: (043) 483830