

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**



**CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE  
PRECLAMPSIA- ECLAMPSIA EN GESTANTES QUE TUVIERON  
COMO ANTECEDENTE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL  
EMBARAZO, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.  
BERNALES DURANTE ENERO-JUNIO DEL 2019.**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER EN MEDICINA HUMANA  
TATIANA MARICELA GÓMEZ SILVA**

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

**DR. JHONNY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH.D., MCR, MD  
ASESOR DE TESIS**

**LIMA – PERÚ**

**2020**

## **AGRADECIMIENTO**

Primero, agradecer a Dios y a la Virgen, por iluminar siempre mi camino y llenarme de paz en todos mis días.

A mis Padres, Evelio Gómez y Maricela Silva, por su inmenso amor, dedicación e incondicional apoyo en todo momento, tomándolos siempre como mi mejor ejemplo; asimismo, también a mis 3 hermanos, Jenny, Paul y Ángel, con quienes siempre puedo contar, y quienes siempre me brindan una sonrisa en esos momentos tensos y cansados que tiene esta profesión. Y a mis 4 bellas sobrinas; Vania, Verónica, Victoria y Ema; por ser mi alegría y mi motor día a día. Para aquellos familiares que siempre estuvieron conmigo y esas amistades verdaderas que siempre me alientan.

A la Universidad Ricardo Palma por las enseñanzas para poder ser un buen profesional.

Un especial agradecimiento a mis maestros el Dr. Pablo Adán, quien fue mi maestro en la Universidad, un excelente profesional y una extraordinaria persona, agradecerle por sus consejos para que pueda ser una mejor persona y un buen profesional, al Dr. Angel Erazo, a quien tuve el honor de conocer durante el internado médico, un excelente ginecólogo, excelente docente, y sobre todo una maravillosa persona.

A todos ellos, mi mayor reconocimiento y gratitud.

## **DEDICATORIA**

*Para mis padres que son mi mejor ejemplo en la vida, ya que con sus consejos me hacen ser cada día una mejor persona, tanto en el ámbito personal como académico.*

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las condiciones asociadas a la recidiva de Preclampsia-Eclampsia, en gestantes que tuvieron como antecedente EHE, en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-junio del 2019.

**Materiales y Métodos:** Este es un estudio Observacional, Analítico, Retrospectivo y Tipo casos y controles. Se analizará la información de todos las pacientes con una EHE. La variable dependiente será haber presentado recidiva de PE-E y las independientes serían la edad, grado de instrucción, CPN, BPN, prematuridad entre otras. Se hizo un análisis descriptivo y se obtuvo frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas. Se realizó un análisis bivariado con chi cuadrado y multivariado mediante regresión logística para determinar los OR y sus intervalos de confianza al 95% con un valor de  $p < 0,005$ .

**Resultados:** Se estudió a 153 gestantes. El 32.68% presentó recidiva de PE-E dentro de todo el periodo de estudio. Se muestra que las condiciones asociadas fueron la edad con parámetros  $< 19$  y  $> 35$  (ORa: 18.75; IC95%:5.18-67.80), BPN con parámetros de  $< 2500$ mg (ORa: 198; IC95%:1.9513-113.555) Y Prematuridad  $< 37$ ss ( ORa: 62.34; IC95%: 21.9232-177.2888). Los cuales nos muestra que los valores hallados son significativos para los factores de riesgo de recidiva de PE-E.

**Conclusiones:** Se concluye que la edad presenta asociación significativa con recidiva de PE-E. Así como el BPN y la prematuridad teniendo esta última mayor significancia.

**Palabras Claves:**

Enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), Preclampsia, Bajo peso al nacer (BPN), prematuridad.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the conditions associated with the recurrence of Preclamsia-Eclampsia, in pregnant women whose antecedents were EHE, in the Department of Gynecology and Obstetrics of the national hospital Sergio E. Bernales during the period January-June 2019.

**Materials and Methods:** This is an Observational, Analytical, Retrospective and Type case-control study. The information of all patients with an EHE will be analyzed. The dependent variable is to have had PE-E recurrence and the independent ones would be age, degree of instruction, CPN, BPN, prematurity among others. A descriptive analysis was performed obtaining absolute and relative frequencies of the categorical variables. A bivariate analysis was performed with chi-square and multivariate by logistic regression to determine the OR and their 95% confidence intervals with a value of  $p < 0.005$ .

**Results:** The data of 153 pregnant women was studied. 32.68% presented PE-E recurrence within the entire study period. It is shown that the associated conditions were age with parameters  $<19$  and  $> 35$  (ORa: 18.75; 95% CI: 5.18-67.80), BPN with parameters of  $<2500$ mg (ORa: 198; 95% CI: 1.9513-113.555) and Prematurity  $<37$ ss (ORa: 62.34; 95% CI: 21.9232-177.2888). Which indicates that the values found are significant for the risk factors of PE-E recurrence.

**Conclusions:** It is concluded that age has a significant association with recurrence of PE-E. As well as the BPN and prematurity having the latter greater significance.

**Keywords:**

Hypertensive disease of pregnancy (EHE), Preclampsia, BPN, prematurity.

## INTRODUCCION

Los trastornos hipertensivos durante la gestación son muy frecuentes y afectan en más del 10 % de todos los embarazos que llegan a término, estos constituyen junto con las hemorragias y las infecciones, la tríada que origina la mayoría de las muertes maternas, en un 15 % aproximadamente, siendo una de las principales causas de morbilidad en las embarazadas con factores de riesgo muy alto, como hipertensión crónica, diabetes mellitus, obesidad, nefropatía o antecedente de PE en un embarazo previo. Ya que la probabilidad de tener una PE en las gestaciones posteriores se eleva al 10-30% aproximadamente. También es mayor su importancia como causa de niños nacidos muertos, así como la morbilidad y mortalidad neonatal. (1)

En el Perú la Preeclampsia, ocupa la segunda causa de muerte materna directa y Lima ciudad es la primera; siendo la primera causa de muerte materna en los hospitales ubicados en capitales de principales departamentos de nuestro país. Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), las enfermedades hipertensivas del embarazo constituyen el 31.5% de muerte materna directa, siendo la preeclampsia severa la de mayor número de casos. Esta enfermedad presenta una prevalencia que oscila entre 10% a 15% en Lima ciudad. Múltiples estudios mencionan los siguientes factores de riesgo: preeclampsia en la gestación anterior, nuliparidad, edad menor a 18 años y mayor a 40 años, historia familiar de preeclampsia, antecedentes patológicos: hipertensión arterial (HTA) crónica, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune, enfermedad vascular, diabetes mellitus (pregestacional y gestacional), gestación múltiple, obesidad, raza negra, hidrops fetal, una gestante que fue pequeña para su edad gestacional (PEG), RCIU, DPPNI u óbito fetal en la gestación previa, periodo intergenésico prolongado, factores relacionados con la pareja (nueva pareja, exposición limitada a esperma) y fertilización in vitro. Por lo que se tiene que tener en cuenta que la magnitud del riesgo a desarrollar preeclampsia depende del factor específico, ya que cada uno presenta diferentes grados de asociación.(2)

Las investigaciones sobre la etiología de preeclampsia inducen a pensar que en la enfermedad hay una invasión anormal de las arteriolas espirales por el citotrofoblasto, es decir, un defecto en la implantación o placentación lo que resulta en disfunción endotelial y reducción de la perfusión útero placentaria por vaso espasmo generalizado. (3)

Si bien se ha observado que entre el 20 y 50 % de las gestantes que padecieron de Preclampsia durante un embarazo anterior, sufrieron una recurrencia de esta enfermedad en las gestaciones posteriores. Se plantea que el riesgo de recurrencia estaría justificado ya que existe una susceptibilidad para padecer de PE en toda gestante que ya la padeció, y en esto jugaría un rol importante el factor genético, que utiliza como mediador el sistema inmunológico. Esta suposición tendría una explicación satisfactoria, sobre todo, en el caso de las pacientes que no llegaron a desarrollar una tolerancia inmunológica a los mismos antígenos paternos a los que ya se expusieron en gestaciones anteriores. (8)

También se han descrito otros métodos de tamizaje, entre los destacados tenemos a los factores epidemiológicos, el Doppler de arterias uterinas (DAUt) en primer y segundo trimestre, y diversos marcadores séricos como: hCG libre, PAPP-A, VEGF, PIGF, ADAM-12, sFlt-1, inhibina-A, activina-A. (13)

# ÍNDICE

AGRADECIMIENTO .....	2
DEDICATORIA .....	3
RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCION .....	6
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	10
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA .....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	11
1.4 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	11
1.5 LIMITACIONES .....	11
1.6 OBJETIVOS: .....	12
1.6 VIABILIDAD.....	12
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	13
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
2.2 BASES TEÓRICAS .....	16
2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES: .....	24
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLE.....	26
3.1 HIPOTESIS .....	26
3.2 VARIABLES .....	26
CAPITULO IV: METODOLOGIA .....	27
4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	27
4.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANALISIS.....	27
4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE SUJETOS DE ESTUDIO.....	27
4.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28



4.5 TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	28
4.6 ASPECTOS ETICOS.....	29
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION.....	30
5.1 RESULTADOS .....	30
5.2 DISCUSION DE RESULTADOS.....	34
CONCLUSIONES .....	36
RECOMENDACIONES .....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38
ANEXOS.....	41

# CPITULO I: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

## 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La preeclampsia siendo una patología obstétrica de suma importancia de nuestro país, causante de muertes y morbilidad extrema tanto maternas como perinatales, resulta imprescindible tomar medidas para diagnóstico precoz de este problema en gestantes que ya han padecido de esta patología. Debiendo ser de nuestro especial interés, mantener un seguimiento en gestaciones posteriores de la paciente con preeclampsia-eclampsia. Por ende, vigilar los controles prenatales en gestaciones posteriores. La Preeclampsia, es el desorden hipertensivo más frecuente del embarazo, variando una incidencia entre 2% y 25% en diferentes partes del mundo según la OMS. En los Estados Unidos la frecuencia está entre 6% a 7%, en el Perú su incidencia oscila entre el 10 a 15%, representando 17 a 21% de muertes; es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad, se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU).<sup>(5)</sup>

El antecedente de Preeclampsia incrementa el riesgo de realizar preeclampsia en los embarazos posteriores hasta 7 veces, también se observó relación con el desarrollo de PIP. Aproximadamente el 40 – 50% de las multíparas con diagnóstico de preeclampsia habría desarrollado la enfermedad en una anterior gestación. Esta elevación de riesgo se asociaría con polimorfismo genético, pero ninguno ha sido identificado. El riesgo de recurrencia se presentará debido a la susceptibilidad de las gestantes que han manifestado este trastorno con anterioridad debido al papel genético utilizando como mediador al sistema inmunológico menos.<sup>(11)</sup>

Por ende, la preeclampsia-eclampsia (PEE) son una de las causas principales de morbimortalidad materno fetal durante la gestación. Estos trastornos hipertensivos de la gestación frecuentemente complican el camino de este. En países desarrollados, son la principal causa de muerte materna y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por todo lo ya mencionado, nos hacemos la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las condiciones asociadas a la recidiva de Preclamsia-Eclampsia, en gestantes que tuvieron como antecedente EHE, en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales durante el periodo enero-junio del 2019?

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La Preeclampsia es un conjunto de signos y síntomas. La multivariedad de la preeclampsia, dificulta grandemente su fisiopatología, enfatizando la imposibilidad de distinguir las condiciones que contribuyen a su formación y por tanto, realizar hipótesis que permita obtener terapéuticas diseñadas basándonos en una etiología posible.

## **1.4 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

El estudio se realizó en el departamento de Ginecología y Obstetricia, siguiendo la salud materno-perinatal, comprendiendo a las gestantes que tuvieron como antecedente algún trastorno hipertensivo del embarazo y que posteriormente recidivaron en el HNSEB, durante el mes de enero a junio del 2019.

## **1.5 LIMITACIONES**

- Limitación Espacial: Este estudio se limitó al Hospital Sergio E. Bernales Av. Tupac Amaru km 4000, Collique.
- Limitación Temporal: Se efectuó en el transcurso del año 2019.
- Limitación Circunstancial: Pacientes mayores de 12 años y menores de 49 años con confirmación de Preclamsia-Eclampsia-Hellp en Ginecología y Obstetricia.

## **1.6 OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las condiciones asociadas a la recidiva de Preclamsia-Eclampsia, en gestantes que tuvieron como antecedente EHE, en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales durante enero-junio del 2019.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Establecer en que porcentaje de gestantes, que han padecido de esta patología repiten este mismo problema.

Determinar las condiciones sociales de las pacientes que hicieron recidiva de Preclamsia- Eclampsia.

Determinar los resultados perinatales de la gestación con recidiva de Preeclampsia (EG, APGAR, peso al nacer).

Determinar qué porcentaje de gestantes que recidivaron hicieron Preeclampsia leve.

Determinar que porcentajes de gestantes que recidivaron hicieron Preeclampsia con criterios de severidad.

Determinar qué porcentaje de gestantes que recidivaron hicieron Eclampsia.

## **1.6 VIABILIDAD**

La institución permitió el estudio ya que se contó con la ayuda de especialistas. Se accedió al archivero de historias del pabellón de Obstetricia, así como los registros de diagnósticos de las historias evaluadas.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Henry Nelson Mormontoy calvo realizo un trabajo sobre los Factores asociados a Preeclampsia donde el objetivo fue determinar los factores asociados a PE. En este estudio transversal analítico, se incluyeron 44 900 pacientes, 3489 presentaron PE y 41 411 no la tuvieron. En este análisis multivariado, los factores asociados a preeclampsia fueron: edad mayor a 34 años (OR 1.47 IC95% 1.33-1.62), (OR 1.52, IC95%1.38-1.69 en obesidad) y gestación múltiple (OR 2.23, IC 95% 1.72-2.88). Se obtuvo como conclusión que la identificación de las condiciones asociadas a PE es lo más característico para su diagnóstico precoz y buen tratamiento. (2)

Juan Antonio Suárez González y asociados realizaron un trabajo sobre PE anterior como factor de riesgo en la gestación actual. Este se elaboró con el objetivo de reconocer la repercusión de la preeclampsia anterior como factor de riesgo. Este estudio descriptivo retrospectivo, se seleccionó a 238 gestantes. Se realizó una encuesta donde en la mayoría de edades oscilaban desde 20 y 34 años; la obesidad; y los antecedentes patológicos fueron los predominantes factores de riesgo. En 99 pacientes, se diagnosticó PE. Por ende se concluye que haber tenido PE-E constituye un factor de riesgo para todas estas pacientes en sus gestaciones posteriores, debido a las complicaciones maternas-perinatales que surjan. (4)

Irma Claudia Heredia Capcha hizo un estudio sobre los Factores de riesgo asociados a preeclampsia, se tuvo como objetivo, la determinación de condiciones asociadas a preeclampsia. Fue un estudio observacional, caso y control; transversal y retrospectivo. Los casos eran gestantes con Preeclampsia y los controles pacientes sin diagnóstico de hipertensión. Todos los datos se recabaron en una ficha inferida de previos estudios. Se obtuvo que el 58,2% de preclámpicas tenía de 20 - 34 años, en menores de 20 años, se obtuvo un (OR 3,008; IC: 1,499 - 6,037) y en mayores de 34 años (OR 2,294; IC: 1,246 - 4,223). Por ende, se concluye como factor de riesgo a la edad menor de 20 años y mayor

de 34 años. también se concluyó a la obesidad, la edad gestacional menor de 37 semanas, DM gestacional e hipertensión arterial crónica. (5)

Sixto E. Sánchez realizó un trabajo sobre la Actualización en la epidemiología de la PE, este estudio se hizo con el objetivo de encontrar factores de riesgo a la PE, así como factores protectores. Se halló que las gestantes que realizaron PE en la gestación, tienen marcada predisposición de realizar diabetes mellitus y complicaciones cardiovasculares. Como antecedente se tiene que en un estudio se observó una recurrencia del 15% de PE en gestantes que la tuvieron en su primera gestación. En esta investigación también se encontró que, si no existía recurrencia de PE, no había interurrencias con el ponderado y estrés fetal o la prematuridad. Se hizo también un estudio de 19 811 pacientes que presentaron parto único, 3 909 volvieron a gestar entre los 2 y 10 años. Se obtuvo que la recurrencia de preeclampsia fue 9,2 veces mayor en aquellas gestantes que presentaron preeclampsia en el embarazo previo. (6)

Juan Antonio Suárez González y asociados realizaron un estudio sobre Predictores de la Preeclampsia/Eclampsia. Este estudio tuvo como objetivo, determinar los factores de riesgo en un grupo, basándose en el bienestar materno-perinatal. Este fue un estudio descriptivo, en 30 gestantes con riesgo de PE-E que van a la consulta externa. Los resultados fueron la malnutrición (80 %), edades extremas (56 %) donde predominó la edad materna avanzada (33 %). Por ende, se proponen estrategias de atención enfocándose a estas pacientes. Enfatizando en los antecedentes patológicos de la paciente. Se averiguó sobre antecedentes sobre hipertensión arterial, diabetes mellitus, antecedentes de preeclampsia/eclampsia en embarazos anteriores. Por esto la presencia de estas variables se consideró de riesgo. (9)

Vivian Asunción Álvarez Ponce y asociados realizaron un estudio acerca del BPN y su relación con la PA elevada en el embarazo donde se tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el Bajo peso al nacer (BPN) y el antecedente gestacional de preeclampsia, este estudio también enfatiza la edad, paridad, la edad gestacional al parto (prematuridad o no) así como también complicaciones maternas asociadas a la valoración nutricional del producto. Este

fue un estudio descriptivo, retrospectivo de las madres portadoras de trastornos hipertensivos en la gestación que tuvieron recién nacidos de BPN. La población fue comprendida por 75 recién nacidos de bajo peso y una muestra de 23 recién nacidos en donde las madres tenían como antecedente hipertensión arterial o un trastorno hipertensivo en la gestación. Se tuvo como resultados que La adolescencia no fue un factor de riesgo (8,7 %). El 60,9 % de los neonatos de bajo peso tuvieron restricción del crecimiento intrauterino. Se concluye que existe relación con la preeclampsia agravada y el BPN. (21)

Angélica María Martínez y asociados realizaron un trabajo acerca del principal factor de riesgo materno en BPN del prematuro donde se tenía como objetivo identificar factores de riesgo maternos con el BPN en nacidos pretérmino. Este estudio fue casos y controles se efectuó en 114 prematuros (38 casos y 76 controles). Se estudiaron las condiciones de riesgo materno sociales y biológicos que influyeron en el BPN. Se tuvo como Resultados que la preeclampsia incide como factor de riesgo para el BPN. Se concluyó que la preeclampsia influyó en el bajo peso al nacer. (22)

Guadalupe-Huamán y asociados realizaron un estudio que tuvo como objetivo hallar los Factores de Riesgo asociados a Parto Pretérmino. Este fue de tipo observacional, analítico, retrospectivo, casos y controles, tuvo a 400 gestantes. Se tuvo como Resultados que la edad, el CPN insuficiente, el número hijos, la PE, ITU y RPM tuvieron valor significativo donde se concluye que la preeclampsia es un principal factor de riesgo. (24)

Arturo Pérez de Villa y asociados realizaron una investigación acerca PE grave: características y consecuencias donde se tuvo como Objetivo: identificar los factores maternos, terapéuticos, y daños asociados a la PE grave. Esta investigación abarcó a 69 gestantes con preeclampsia grave. Se dividieron en dos grupos ambos con preeclampsia grave: con y sin asociación de factores dañinos. Las variables fueron características maternas. La mayoría osciló en las edades de 31 a 35 años. Se llegó a la conclusión que hay evidente relación de RCIU, con prematuridad y el daño materno, neonatal y fetal incrementado. (25)

## 2.2 BASES TEÓRICAS

### EPIDEMIOLOGIA DE PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA

La preeclampsia es un problema obstétrico de salud pública y una de las principales causas de mortalidad materna, su incidencia a nivel mundial oscila entre 2 a 10% de las gestaciones, siendo el precursor de la Eclampsia, su incidencia varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que, tanto la Preeclampsia-Eclampsia se presenta en países desarrollados como en vías de desarrollo, siendo su gravedad mucho mayor en el segundo caso.

En México, la muerte por preeclampsia se incrementó de 22 a 33%, por lo que aún se considera la primera causa de muerte materna, su frecuencia se aproxima a 8% siendo el 1.75% de esta cifra corresponde a eclampsia, 3.75% a preeclampsia severa y 94% a preeclampsia leve. (7)

La preeclampsia es la complicación médica más frecuente del embarazo. Se ha encontrado en 1,91%, 3,3%, 4,2% y hasta 12% de los embarazos. La incidencia de eclampsia varía entre 2 y 13 por mil partos. En el Perú, los trastornos hipertensivos tanto leves como severos han sido encontrados desde 4,11%, 4,8%, 5,36%, 6,6%, 7,9% hasta 10,8% en pacientes que acuden a hospitales peruanos. Con respecto a la Eclampsia ha sido hallada en 2,8 por mil hasta 7,9 por mil nacidos vivos. (6)

En América Latina, la cuarta parte de las muertes maternas están relacionadas con este tipo de complicaciones. Se conoce que entre los trastornos hipertensivos que complican la gestación, la Preeclampsia y Eclampsia sobresalen como causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales, la mayoría de las muertes causadas por estos síndromes pueden evitarse dando asistencia eficaz y oportuna a mujeres que acuden a la consulta. Una adecuada asistencia sanitaria para prevenir y tratar esta patología en las mujeres representa un paso vital para disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Ya que la Preeclampsia



se ha convertido en un problema de salud pública debido a que ha incrementado la tasa de morbilidad materna. (15)

## **FACTORES DE RIESGO**

Mundialmente, se ha identificado varios factores de riesgo asociados a la PE-E, los cuales se hacen mención a continuación.

- Preeclampsia previa
- Antecedentes familiares de preeclampsia
- Hipertensión arterial crónica
- Edad materna joven (< 20 años)
- Gestante añosa (>35 años)
- Elevación del IMC.

### Obesidad

Se sabe que la obesidad se relaciona con la preeclampsia, ya que esta es un factor predisponente de gran importancia para el desarrollo de la enfermedad, Sin embargo, la malnutrición por defecto fue la que reportó el mayor número de casos, lo cual se corresponde con otros en los cuales las desnutridas tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad; en lo que sí casi se coincide es en hallar relación entre los estados de mal nutrición y la entidad que nos ocupa. (9)

### Antecedente familiar de preeclampsia

Está bien establecido que la preeclampsia tiene tendencia familiar. Las gestantes nulíparas tienen 5% de riesgo de preeclampsia, pero este riesgo se incrementa 5 veces si su madre tuvo preeclampsia severa. Su riesgo se reduce a 1% en la segunda gestación del mismo esposo, si tuvo una gestación normal. El riesgo de preeclampsia es conferido de nuevo

en el embarazo con una distinta pareja. El embarazo resultado de fertilización asistida (invitro, sin eyaculación) o luego de prolongado uso de anticoncepción hormonal o en lesbianas que gestan con inseminación, incrementa el riesgo de preeclampsia. (20)

#### Antecedente de preeclampsia

Se estima que aproximadamente la PE fue 9 veces más concurrentes en pacientes que presentaron una gestación anteriormente complicada con preeclampsia. En los antecedentes se encontró que una gestación con preeclampsia obtenía mayor riesgo de preeclampsia en la gestación posterior. Se sabe también que existe una recidiva de preeclampsia en un 15% de embarazos que la tuvieron en la primera gestación. También se halló que, si no se desarrollaba PE recurrente, no había inconvenientes acerca el ponderado, distrés fetal o prematuridad. (6)

Se encontró que entre un 20 y 50 % de las gestantes que tuvieron Preeclampsia anteriormente, sufrieron una recurrencia de este trastorno en su próxima gestación. Se han realizado estudios donde las gestantes con hipertensión tienen el 31 % de probabilidad como antecedente de haber tenido una PE durante la gestación anterior. Se planteo que este problema de recurrencia estaría justificado ya que podría existir cierta susceptibilidad para tener PE en toda gestante que la sufrió. (8)

**RECURRENCIA DE PE:** El riesgo de recurrencia es alto:

- Si anteriormente la gestante tuvo preeclampsia severa, la recurrencia es de 65%.
- Si la preeclampsia severa tiene valores >160 mmHg en la presión sistólica.
- Si la preeclampsia severa presento proteinuria en más de 10 días.
- Si presentó eclampsia o síndrome Hellp. (20)

## Factores protectores de Preeclampsia-Eclampsia

### Antecedente de embarazos a término

Se estima que la incidencia de este trastorno disminuye en gestantes que tuvieron un parto a término, comparado con las que no. Se concluye que la historia de gestaciones a término (> o =37 semanas) nos da una protección consistente contra la PE en las gestaciones posteriores. (6)

### Aspirina

En estudios realizados se encontró un efecto protector de este medicamento, pero fundamentalmente en pacientes con antecedente de preeclampsia. Se sabe también que la administración de este fármaco antes de las 16 semanas va a disminuir las probabilidades de preeclampsia severa, mas no de la leve. Esta reducción de riesgo no se encontró en gestantes que iniciaron la administración de aspirina posteriormente a las 16semanas. (6)

## **CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO**

### A. HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:

Tiene como parámetro la PAS  $\geq$  de 140 mmHg o PAD de 90 mmHg, en ausencia de proteinuria, que se da después de las 20 semanas de gestación y estabilización de la PA es antes de las 12 semanas postparto. (14)

### B. PREECLAMPSIA (PE):

Ocurre cuando la hipertensión arterial se diagnostica después de las 20 semanas de gestación y con proteinuria  $\geq$  300mg/24, en el caso de una paciente con presiones normales. El daño es multiorgánico ya que compromete a placenta, riñón, hígado, cerebro entre otros. **Preeclampsia**

**con datos de severidad:** PAS > de 160 mmHg o PAD > de 110 mmHg medida en más de dos ocasiones y que se va a presentar una o más severas complicaciones. (14)

#### C. HIPERTENSIÓN CRÓNICA:

Ocurre cuando la PA es diagnosticada antes del embarazo o previa a las 20 semanas de embarazo. Es considerada también en gestantes que no tuvieron CPN, ya que la PA no es controlada después de las 12 semanas posparto. (10)

#### D. HIPERTENSIÓN CRÓNICA MÁS PREECLAMPSIA SOBREGREGADA:

Hipertensión arterial al inicio de la gestación y que desarrollara proteinuria posteriormente de las 20 ss después de la gestación, proteinuria de aparición reciente en una gestante con hipertensión crónica antes de las 20 ss, incremento súbito de la proteinuria. La preeclampsia con criterios de severidad es una indicación para culminar la gestación cuando esta es mayor de 34 ss. crecimiento (37%), muerte prenatal (7.3%) y/o desprendimiento de placenta (5.1%). Mujeres que han sufrido preeclampsia es más probable que desarrollen enfermedad cardiovascular, ya que comparten factores de riesgo incluyendo obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedad renal. Pacientes con hipertensión crónica, quienes luego de las 20 semanas de gestación presentan proteinuria, o elevación marcada de la presión arterial en relación a sus valores basales y/o compromiso de órgano blanco por preeclampsia. (14)

#### ETIOLOGÍA

Durante varios años se desconocía la etiología de la preeclampsia, sin embargo, hoy se sabe que el problema está durante la génesis placentaria, es aquí donde en un primer estadio las células trofoblásticas placentarias no logran invadirla decidua y las arterias espirales en forma

adecuada para lograr la transformación necesaria para incrementar el flujo de sangre feto-placentaria. Durante el segundo estadio existe una pobre perfusión placentaria a través de arterias transformadas inadecuadamente. La placenta no logra crecer y desarrollarse en forma normal por lo que se produce una estructura placentaria distinta en sus características anatómicas y fisiológicas como morfogénesis defectuosa del árbol vellosa. Por último, el tercer estadio es un síndrome de inflamación endotelial-leucocitario sistémico que es activado por factores liberados por la placenta isquémica<sup>3</sup>, aumenta la producción de endotelina y tromboxano, también de la sensibilidad vascular a la angiotensina II y una disminución en la formación de agentes vasodilatadores (óxido nítrico y prostaciclina). (16)

## **FISIOPATOLOGÍA**

La evidencia actualmente nos dice que la placenta es principalmente el órgano que interviene en la formación de PE. En una gestación normal la formación vascular de la placenta se da por tres formaciones: 1) Vasculogénesis, donde se forman nuevos vasos sanguíneos; 2) Angiogénesis que es el crecimiento de capilares nuevos en vasos ya existentes; y 3) Pseudovasculogénesis o remodelación de las arterias espirales uterinas. Diferentes factores angiogénicos son expresados en la placenta; sin embargo, los más importantes mediadores del desarrollo vascular placentario son el factor de crecimiento vascular endotelial (FCVE) y el factor de crecimiento placentario (FCP). La remodelación de las arterias espirales es el otro mecanismo esencial para el establecimiento de la circulación útero-placentaria. Este es caracterizado por la invasión del citotrofoblasto a la pared de las arterias espirales, donde reemplaza las células endoteliales, disminuyendo la resistencia vascular sanguínea e incrementando el flujo sanguíneo a la placenta y el transporte de nutrientes y oxígeno al feto (11)

## **MECANISMOS ASOCIADOS CON LA PREECLAMPSIA**

### **IMPLANTACIÓN ANORMAL Y VASCULOGÉNESIS**

Principalmente el mecanismo patogénico de la preeclampsia es la insuficiencia placentaria ya que existe un deficiente remodelado en la vasculatura materna. En una gestación normal, las arterias uterinas maternas serán invadidas por el citotrofoblasto y así reemplazara al endotelio. Esta complejidad resulta en el cambio de vasos de pequeño calibre y elevada resistencia vascular en vasos de poca resistencia y alta resistencia, por ende, se asegura una adecuada distribución en la sangre materna al producto útero-placentario. En la gestante con predisposición a formar preeclampsia, va a llevar a una entrega insuficiente de sangre al lugar útero-placentario, incrementando la hipoxemia, estrés oxidativo y del retículo endoplásmico. (11)

### **DIAGNOSTICO DE PRECLAMPSIA**

El diagnóstico de PE es muy sencillo, para diagnosticarla se necesita que la paciente cuente con CPN regulares, ya que en la mayoría de casos la Pe es asintomático y solo nos percatamos al momento de hacer rutinarias mediciones de la PA. Cuando el cuadro clínico se agrava, sospechamos de una condición severa y con inmediatas posibilidades de convulsionar (Eclampsia) o presentación de Sind. HELLP.

Criterios para el diagnóstico:

PA = o > a 140/90 mmHg con al menos un criterio de más.

1.- PA= o > a 140/90mmhg posteriormente de las 20 ss, asociados a algunos de estos elementos:

Con proteinuria: >300mg en 24 horas (recolección en 24h) o Índice Proteína/Creatinina > 0.3

Sin proteinuria: con reciente aparición de cualquiera de estos elementos:

\* Plaquetas < a 100.000

\* Creatinina > a 1.1 mg/dl (Insuf. renal)

\* Elevación de las transaminasas en más del doble normalmente (GPT, GOT)

\* Etiología desconocida de Edema pulmonar

Manifestaciones cerebrales (cefalea) o visuales típicas (escotomas). (12)

## TRATAMIENTO

Definitivamente es culminar la gestación extrayendo al feto y placenta, y así los síntomas se resuelven en 48 - 72 horas, si existiese trastorno hipertensivo grave, la conducta se determina por la edad gestacional. (16)

**Embarazos de  $\geq$  37 semanas:** No existe estudios que la continuación de la gestación produzca beneficios perinatales; muy por el contrario, el riesgo se mantiene o empeora si no se culmina la gestación, por esto, el paso más adecuado es la culminación del embarazo en gestantes con trastornos hipertensivos y con edades gestacionales  $\geq$  37 ss. (16)

**Embarazos de 34-36 semanas con 6 días:** No se sabe exactamente cuál es el paso más adecuado. Si la madre esta estable y se tiene controlado la elevación de la PA, se puede esperar más para la interrupción; ya que esto sería muy beneficioso para el producto (16)

**Embarazos con 24-34 semanas:** En estos casos se sugiere el manejo expectante (no interrupción) ya que tanto la madre como el feto salen beneficiados.

Toda gestante con un trastorno hipertensivo severo y con edades gestacionales como estas recibirán la terapia de corticoides para la maduración fetal con betametasona (12 mg IM principalmente, luego se

repite en 24 horas) o dexametas0na (6 mg IM c/ 6 horas, por 4 dosis) y después de 24 horas de la última dosis se programara la interrupción.

**Embarazo ≤ 24 semanas:** En estos casos la mortalidad perinatal es alta. Por lo que se recomienda la interrupción de la gestación c0n trastorn0 hipertensivo grave en edades =o< de24 ss. No olvidar que esta decisión debe ser en conjunto con la gestante y los familiares. (16)

## TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA

En estos casos el sulfato de magnesio está asociada a una disminución notoria de la recurrencia de convulsiones. El nivel de toxicidad y depresión ventilatoria es poca. Por lo mismo, que este medicamento es de bajo costo, por lo que es accesible. (17)

## PRONÓSTICO

El riesgo se eleva notoriamente en las pacientes hipertensas o con antecedente de trastornos cardiovasculares, renales o de patologías asociadas, entre ellas las Trombofilias y Lupus. (16)

## PREVENCIÓN

1. Reposo.
2. Dieta hiposódica.
3. Suplementos de calcio, ya que entre 1.5 - 2 g c/día disminuye en la mitad la probabilidad de hacer preeclampsia.
4. Aspirina, 75 mg/día que se inicia antes de las 20 ss tendrá mejor efecto protector de mortalidad neonatal. (16)

## 2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES:

Las variables utilizadas fueron:



- Edad: parámetro que se toma entre los 19 y 35 años, ya que saliendo de estos límites se toma como factor de riesgo para la recidiva.
- Antecedentes obstétricos: gestante, que cuenta con un antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo.
- BPN: peso menor a 2500 mg
- Prematuridad: edad gestacional medida por Capurro, menor a 37 semanas.
- CPN: evaluaciones periódicas y constantes de la gestante, tomándose como parámetro a menos de 7 como factor de riesgo.
- Grado de Instrucción: nivel académico de la gestante.

## **CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLE**

### **3.1 HIPOTESIS**

#### **HIPOTESIS GENERAL**

1) Existe la presencia de condiciones asociadas a la recidiva de Preclamsia- Eclampsia, en gestantes que tuvieron como antecedente EHE, en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital nacional Sergio e. Bernales durante el periodo enero-junio del 2019.

#### **HIPOTESIS ESPECIFICAS**

1) El porcentaje de gestantes, que han padecido de esta patología repiten este mismo problema, en pacientes del servicio de ginecología y obstetricia del HNSEB.

2) Existe la relación con las características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, CPN) de las pacientes que hicieron recidiva de Preclamsia-Eclampsia.

3) Se evaluaron los resultados perinatales de gestación con PE repetido (EG, peso al nacer).

### **3.2 VARIABLES**

Ver cuadro de Operacionalización de variables (**Anexo A**)

## **CAPITULO IV: METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Este es un estudio:

Retrospectivo: Debido a que las gestantes con preeclampsia fueron diagnosticadas antes de empezar el estudio.

Observacional: Ya que se recolecto datos y se correlaciono. No existió intervención del investigador, solo se midió las variables estudiadas.

Analítico: Ya que se demostró una asociación entre factores clínicos y socioculturales; cuantitativo ya que se expresará numéricamente y habrá uso de las estadísticas, ya que utilizará la prueba de chi-cuadrado y OR.

Casos y control: Ya que se compararon grupos poblacionales para poder plasmar diferencias y relaciones.

### **4.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y UNIDAD DE ANALISIS**

El universo estudiado en los casos fueron todas las gestantes que estuvieron en hospitalización con el diagnóstico de EHE durante el periodo enero – junio 2019.

#### **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE SUJETOS DE ESTUDIO**

Historias clínicas de gestantes con PE, en donde el parto se atendió en el departamento de Obstetricia y que cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión.

### **4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE SUJETOS DE ESTUDIO**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Edad 12-49 años.
- Antecedentes obstétricos (de diagnóstico de PE-E en una gestación anterior).

- Síntomas y signos de PE en gestación actual.
- Síntomas y signos de Eclampsia en gestación actual.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Toda gestante con una incompleta historia clínica, que no estuvo bien llenada y que no cumplen con los criterios de diagnóstico de este trastorno hipertensivo de la gestación y/o embarazo normal.

### **4.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Las técnicas utilizadas fueron; un cuestionario estructurado de los instrumentos y la observación documental de las historias clínicas. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos (Anexo A), que fue elaborada en base a estudios previos, y reajustado de acuerdo a las variables encontradas.

### **4.5 TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de gestantes con preeclampsia (casos) e historias clínicas de gestantes con recidiva de preeclampsia (controles), previa solicitud y autorización de la Oficina de Docencia e Investigación y al jefe de Departamento de Ginecología y Obstetricia del HNSEB, para lo cual se realizaron las siguientes actividades:

Primero, en cada historia clínica se verifico que el diagnóstico sea preeclampsia leve, severa o no especificada.

Luego se registró el número de historia clínica, la edad de la paciente y los factores de riesgo consignado en la ficha de recolección de datos.

Además, se tomó en cuenta que las historias cumplan con todos los criterios de inclusión.

#### **4.6 ASPECTOS ETICOS**

Por la naturaleza del estudio no se requirió consentimiento informado alguno. Se solicitó las autorizaciones respectivas en la Oficina de Capacitación y Docencia, Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales para la realización del estudio y acceso a las historias clínicas. Se obtuvo la autorización y aprobación del hospital para la realización de estudio de investigación con Registro de Referencia.

## CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION

### 5.1 RESULTADOS

**TABLA 1.** TABLA DE FRECUENCIAS SEGÚN CARACTERISITCAS DE INTERES EN CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA, EN GESTANTES QUE TUVIERON COMO ANTECEDENTE EHE, EN EL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL H0SPITAL SERGIO E. BERNALES DURANTE ENERO-JUNIO DEL 2019.

VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
<b>EDAD</b>	N°	%
<b>0: 19-35</b>	132	86.27
<b>1: &lt;19 - &gt;+35</b>	21	13.73
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
<b>0: sec. completa</b>	13	8.5
<b>1: sec. Incompleta</b>	140	91.50
<b>CPN</b>		
<b>0: &gt; o = a 7</b>	25	13.34
<b>1: &lt;7</b>	128	86.66
<b>PREMATURIDAD</b>		
<b>0: 37ss a mas</b>	103	67.32
<b>1: &lt;37ss</b>	50	32.68
<b>BPN</b>		
<b>0: &gt; o= 2500gr</b>	119	77.78
<b>1: &lt;2500gr</b>	34	22.22
<b>RECIDIVA DE PE LEVE</b>		

<b>0: NO</b>	121	79.08
<b>1: SI</b>	32	20.92
<b>RECIDIVA DE PE SEVERA</b>		
<b>0: NO</b>	139	90.85
<b>1: SI</b>	14	9.15
<b>RECIDIVA DE ECLAMPSIA</b>		
<b>0: NO</b>	149	97.39
<b>1: SI</b>	4	2.61
<b>RECIDIVA DE PE-E</b>		
<b>0: NO</b>	103	67.32
<b>1: SI</b>	50	32.68

**TABLA 1.** De la siguiente tabla podemos observar que aproximadamente un 86% de la población de gestantes se encuentra en un rango de edad 19 a 35 años. Así mismo un 91 % presento grado de instrucción incompleto. Se describe un porcentaje de CPN menores a 7 en un 86%. Un 32% de pacientes presento prematuridad. El porcentaje de productos con Bajo peso al nacer fue 22%.por último la recidiva de Preeclampsia-Eclampsia fue en un 32%.

**TABLA 2.** ANALISIS BIVARIADO DE LAS CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE PRECLAMPSIA- ECLAMPSIA, EN GESTANTES QUE TUVIERON COMO ANTECEDENTE EHE, EN EL DEPARTAMENTO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DURANTE ENERO-JUNIO DEL 2019.

VARIABLE	CASOS	CONTOLES	TOTAL	OR	I.C 95%	P
<b>EDAD</b>						
<b>1:&lt;19-&gt;35</b>	32 24 %	100 75%	132		5.18-67.80	0.000
<b>0: 19-35</b>	18 85%	3 14%	21	18.75		
<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>						
<b>1: Sec. incompleta</b>	4 30%	9 69%	13		.32-3.76	0.878
<b>0: Sec. completa</b>	46 32.%	94 67%	140	1.10		
<b>CONTROL PRE NATAL</b>						
<b>1: menos o = a 7</b>	1 4 %	24 96%	25		1.95-113.51	0.009
<b>0: más de 7</b>	49 38%	79 61%	128	14.88		
<b>BAJO PESO AL NACER</b>						
<b>1: &lt;2500mg</b>	17 14%	102 85%	119		25.37- 1545.1	0.000
<b>0: &gt;2500mg</b>	33 97%	1 2%	34	198		
<b>PREMATURIDAD</b>						
<b>1: menos de 37ss</b>	8 7.77	95 92.23%	103		21.92-177.28	0.000
<b>0: más o = 37ss</b>	42 84%	8 16.00%	50	62.34		



**TABLA 2.** Se muestra a las condiciones asociadas a recidiva de PE-E, en gestantes con antecedentes de EHE fueron, la edad con parámetros < 19 y > 35 (OR: 18.75; IC95%:5.18-67.80) , BPN con parámetros de <2500mg( OR: 198; IC95%:1.9513-113.555) Y Prematuridad <37ss ( OR: 62.34; IC95%: 21.9232-177.2888), en CPN, con parámetro de menos de 7 ( OR:14.88; IC95%:1.95-113.51). Los cuales nos indica que los valores hallados son significativos para las condiciones asociadas a recidiva de PE-E. También muestra que el grado de instrucción incompleto no tuvieron significancia, presentando un (OR: 1.10; IC:95%: .32-3.76).

**TABLA3.** TABLA MULTIVARIADA DE DE LA RECIDIVA DE PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN GESTANTES QUE PRESENTARON ENFERMEDAD HIPERETENSIVA EN EL EMBARAZO ANTERIORMENTE.

VARIABLE	ORa	I.C 95%	P
<b>EDAD</b>			
0: 19-35		2.72-92.92	0.002
1:<19->35	15.92		
<b>CONTROL PRE NATAL</b>			
0: más o igual 7		.66-249.48	0.092
1: menos de 7	12.83		
<b>BAJO PESO AL NACER</b>			
0: >2500mg			
1: <2500mg	21.48	1.91-241.63	0.013
<b>PREMATURIDAD</b>			
0: más o igual de 37ss			
1: menos de 37ss	19.91	4.85-81.73	0.000

**TABLA 3.** Se muestra que la edad la edad con parámetros < 19 y > 35 (ORa: 15.92; IC95%:2.72-92.92) , BPN con parámetros de <2500mg( ORa: 21.48 ; IC95%:1.91-241.63) Y Prematuridad <37ss ( ORa: 62.34; IC95%: 21.92-177.28), en CPN, con parámetro de menos de 7 ( OR: 12.83; IC95%:.66-249.48). Los cuales nos indica que los valores hallados son significativos para las condiciones asociadas a recidiva de PE-E.

## 5.2 DISCUSION DE RESULTADOS

En esta investigación los resultados hallados demostraron que hay factores de riesgo que se encuentran asociados a la recidiva de PE-E en gestaciones con antecedente de EHE.

La variable edad fue una de las principales condiciones asociadas a riesgo de recidiva encontradas, el cual nos indica que el valor encontrado fue significativo para un factor de riesgo de recidiva de PE-E. Henry Nelson Mormontoy calvo y asociados realizaron un estudio sobre los factores de riesgo asociados a esta patología, donde obtuvieron como resultado que la edad > a 34 años era factor de riesgo (2). Irma Claudia Heredia Capcha y asociados también describieron en su estudio que la edad < a 20 años y la edad > a 34 años es significativa (5). Al igual que Juan Antonio Suárez González y asociados describieron que la avanzada edad materna es factor de riesgo para la enfermedad y recidiva de esta misma patología (9).

Con respecto al BPN se obtuvo que de las pacientes que recidivaron el porcentaje fue muy significativo de los productos que fueron Bajo peso al nacer, a diferencia de los que no recidivaron. Vivian Asunción Álvarez y asociados en su estudio obtuvieron resultados donde se plasma que existe relación entre el BPN y la Preeclampsia-Eclampsia (21). Angélica María Martínez Contreras y asociados también realizaron un estudio sobre la PE y la relación con el BPN donde se encontró un resultado significativo (22). A diferencia del estudio de Sixto E. Sánchez y asociados donde se tomó el BPN como variable y no se encontró asociación con respecto a la recidiva de este trastorno de presión en las gestantes (6).

Asimismo, la variable de prematuridad también tuvo alta significancia en las pacientes que recidivaron con PE-E. Esto es debido en su mayoría a muchos factores de riesgo y a su vez protectores tanto como para la gestante y el producto respectivamente. Shessira Miluzka Guadalupe-Huamán y asociados en un estudio que realizaron sobre la relación entre prematuros y factores de riesgo, se observa que la preeclampsia está asociada a la prematuridad (24). Así como también Arturo Pérez de Villa y asociados en su estudio plasmaron que por la necesidad de culminar la gestación por factores protectores de la madre, esta se termina antes de una fecha a término(>37ss) (25).

Por último, sobre la cantidad de gestantes que recidivaron con PE-E, se encuentra similitud con los artículos revisados sobre el tema. Juan Antonio Suárez González y asociados encontraron que tener preeclampsia en una gestación anterior es factor de riesgo. (4)

## **CONCLUSIONES**

En este estudio podemos concluir que la edad si presenta asociación significativa con recidiva de preeclampsia-eclampsia. Así mismo el BPN si está asociado en la reaparición de preeclampsia-eclampsia en nuestra población de estudio. Con respecto a la prematuridad, esta represento un factor altamente significativo en el desarrollo de preeclampsia-eclampsia como recidiva.

También se concluye que estos trastornos hipertensivos del embarazo no engloban solo la parte patología, sino también están inmersos distintos parámetros sociales, mencionados antes.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios aplicados a seguimiento de pacientes con preeclampsia y falla de órgano diana. Así mismo sería ideal realizar estudios que informen sobre la afectación de poblaciones vulnerables, en específico en menores de edad. Sería importante incentivar estudios en los que se demuestre que un periodo intergenésico tanto corto como largo puede conllevar al desarrollo de esta patología hipertensiva y otras. Así como también enfatizar a las gestantes la importancia del CPN oportuno y completo, ya que si esta patología se detecta precozmente no causara daños tanto maternos como neonatales plasmados en este estudio. Por último, es importante determinar el costo beneficio del seguimiento de esta población en específico ya que muchas de las pacientes del presente estudio no contaban con seguimiento completo, como ya se mencionó.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jorge Antonio Gutiérrez Ramírez, Juan Carlos Díaz Montiel, Acela Marlen Santamaría Benhumea, Paloma Adriana Sil Jaimes, Hugo Mendieta Zerón, Javier Edmundo Herrera Villalobos. Asociación de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres mexiquenses. Rev Nac (Itauguá) 2016;8(1):33-42
2. Enrique Eduardo Soto Osorio. Factores asociados a Preeclampsia hospital María Auxiliadora Lima, Peru 2010-2015. Universidad San Martín de Porres.
3. José Pacheco. Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Acta méd. peruana v.23 n.2 Lima mayo/agos. 2006.
4. MSc. Dr. Juan Antonio Suárez González, MSc. Dr. Mario Gutiérrez Machado, MSc. Dra Vivian Cairo González, MSc. Dra. Yoani Marín Tapanes, Dra. Lourdes Rodríguez Róelo, Dra. Maydelis Veitía Muñoz. Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.40 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2014
5. Irma Claudia Heredia Capcha. Factores de riesgo asociados a Preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto, 2010-2014. Universidad Privada Antenor Orrego.
6. Sixto E. Sánchez. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Rev. Perú.ginecol. obstet. vol.60 no.4 Lima oct./dic. 2014.
- 7. Víctor Manuel Vargas H., Gustavo Acosta A., Mario Adán Moreno. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev. chil. obstet. ginecol. vol.77 no.6 Santiago 2012.**
8. Jeddú Cruz Hernández, Pilar Hernández García, Marelis Yanes Quesada y Ariana Isla Valdés. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Rev Cubana Med Gen Integr v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007
9. Juan Antonio Suárez González, Mario Gutiérrez Machado, María Rosa Cabrera Delgado, Alexis Corrales Gutiérrez, María Elena Salazar. Predictores de la Preeclampsia/Eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol v.37 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2011.

10. John Apaza Valencia, Mónica Sotelo Hanco, María Tejada Zúñiga. Propuesta de un puntaje de riesgo para detectar gestantes preeclámpticas. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.62 no.4 Lima oct. 2016.
11. Yuver Paul Castillo Apaza. Factores de riesgo asociados con Preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital regional Manuel Nuñez Butrón en el periodo enero – diciembre 2017. Universidad Nacional del Altiplano.
12. Lopez, Nidia – Sahe Malamud, Julio – Rosario Nores Fierro, José – Córdoba, Sara Inés – Mendoza. "Estados hipertensivos y embarazo. Consenso de Obstetricia FASGO, 2017.
- 13. Nicolás Sáez O, Jorge Carvajal C. Tamizaje y prevención de Preeclampsia guiado por Doppler de arterias uterinas: revisión sistemática de la literatura.** Rev. chil. obstet. ginecol. vol.77 no.3 Santiago 2012.
14. Dra. Paulina González-Navarro, Dr. Guillermo Genaro Martínez-Salazar, Dr. Omar García-Najera, Dr. Oswaldo Israel Sandoval-Ayala. Preeclampsia, eclampsia y HELLP. Hospital General de México. Rev mexicana. Vol. 38. Abril-junio 2015- Instituto Nacional de Perinatología.
15. Carlos Danilo Noroña Calvachi. Preeclampsia: la Era de los Marcadores Bioquímicos. Rev Cient Cienc Méd v.17 n.2 Cochabamba 2014.
16. Luis Alberto Camacho Terceros<sup>1</sup>, Mary Carmen Berzaín Rodríguez. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. Rev Cient Cienc Méd vol.18 no.1 Cochabamba 2015.
17. Guía de practica clínica. Instituto nacional materna perinatal. Guía practica clinica para la prevencion y manejo de preclamsia- eclampsia. Lima-Perú. Junio 2017.
18. Dr. C. Danilo Nápoles Méndez. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN vol.20 no.4 Santiago de Cuba abr.-abr. 2016
19. Juan Antonio Suárez Gonzalez, Maydelis Veitía Muñoz, Mario Gutierrez Machado, Isdekis Milián Espinosa, Arlyenis López Hernández, Fernando Machado Rojas. Condiciones maternas y resultados perinatales en gestantes

con riesgo de preeclampsia – eclampsia. Rev. cubana Obstet Ginecol. vol.43 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2017

20. Eduardo Malvino, Segunda edición 2018, Buenos Aires, Argentina, disponible en <file:///C:/Users/User/Desktop/articulos/A07V52N4.pdf>

21. Vivian Asunción Álvarez Ponce<sup>I</sup>, Rosa María Alonso Uría<sup>II</sup>, Irka Ballesté López<sup>III</sup>, Milagros Muñiz Rizo. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2011

22. Angélica María Martínez Contreras,\* Carmen Gorety Soria Rodríguez,\*\* Roberto Prince Vélez,\*\*\* Isadora Clark Ordoñez,\*\*\*\* María Concepción Rosa Medina Ramírez. Preeclampsia: principal factor de riesgo materno para bajo peso del recién nacido pretérmino. Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):398-403

23. Vicente Jose cCarmona pertuz. características maternas y resultado neonatal en pacientes con preeclampsia. Lima peru, julio 2011-junio 2013.

24. Shessira Miluzka Guadalupe-Huamán, Susana Oshiro-Canashiro. actores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes del servicio de gineco-obstetricia. Rev. Fac. Med. Hum. 2017;17(1):32-42

25. Pérez-de-Villa-Amil-Álvarez A, Prieto-Clavero E, Hernández-Placia R. Preeclampsia grave: características y consecuencias. Revista Finlay [revista en Internet]. 2015 [citado 2015 Ago 25]; 5(2):[aprox. 11 p.]



# ANEXOS

## ANEXO A: MATRIZ DE CONTINGENCIA

PREGUNTA DE LA INVESTIGACION	OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuáles son las condiciones asociadas a la recidiva de Preclamsia-Eclampsia, en gestantes que tuvieron como antecedente EHE, en el departamento de Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales durante enero-junio del 2019?	Determinar las condiciones asociadas a la recidiva de Preclamsia-Eclampsia, en gestantes que tuvieron como antecedente EHE, en el departamento de Obstetricia del hospital Sergio E. Bernales durante enero-junio del 2019.	Ha: Existen condiciones asociadas a la recidiva de Preclamsia-Eclampsia, en gestantes que tuvieron como antecedente EHE, en el departamento de Obstetricia del hospital Sergio E. Bernales durante enero-junio del 2019.	Dependientes: recidiva de PE-E. Independientes: -Edad -Grado de instrucción -CPN -BPN -Prematuridad	Estudio Observacional, Analítico, Retrospectivo y Tipo Casos y controles.	La población estuvo comprendida por las gestantes que tuvieron EHE en el departamento de Obstetricia del hospital Sergio E. Bernales durante enero-junio del 2019	Se recolectaron datos según la ficha de recolección de datos.	Se creó una base de datos en base a las fichas de recolección de datos en el programa Excel. El análisis descriptivo se realizó con StataMP64.

## ANEXO A2: OPERACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Preeclampsia	Gestante con presiones de 140/90 mmhg asociado a 2 o más síntomas	Nominal Dicotómica	Independ. Cualitativo	0= No 1= Si
Recurrencia de PE	Gestante que recurre con esta trastorno hipertensivo en cualquiera de sus gestaciones posteriores.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativo	0= No 1= Si
Eclampsia	Gestante con antecedente de trastornos hipertensivos asociados a convulsiones.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativo	0= No 1= Si
BPN	Peso del neonate menor a 2500 mg	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativo	0= No 1= Si
Prematuridad	Edad gestacional medida por Capurro, menor a 37 semanas.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativo	0= No 1= Si
CPN	Evaluaciones periódicas y constantes de la gestante, tomándose como parámetro a menos de 7 como factor de riesgo.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativo	0= No 1= Si
Grado de instrucción	Nivel académico de la gestante	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativo	0= No 1= Si

**ANEXO A3: Fichas de recolección de datos.**

CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA,  
EN GESTANTES QUE TUVIERON COMO ANTECEDENTE ENFERMEDAD  
HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

**A. RECURRENCIA DE PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA:**

1. Sí ( )

2. No ( )

**B. GRADO DE INSTRUCCION:**

1. Primaria. ( )                      2. Secundaria ( )                      3. Superior ( )

**C. CPN**

1. Menos de 7 ( )

2. Mas o igual a 7 ( )

**D. COMPLICACIONES PERINATALES:**

1. Prematuridad:                                      Sí ( )                      No ( )

2. BPN(bajo peso al nacer)      Sí ( )                      No ( )

**E. REALIZARON PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE VERIDAD**

1. SI ( )

2. NO ( )

**F. REALIZARON ECLAMPSIA**

1. SI ( )

2. NO ( )

## **ANEXOS B**

1. ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS
2. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR
3. CARTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO FIRMADO POR SECRETARÍA ACADÉMICA
4. CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA
5. ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS
6. IMPRESIÓN DEL ÍNDICE DE SIMILITUD: TURNITIN
7. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
**Manuel Huamán Guerrero**  
Oficina de Grados y Títulos

---

### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis Condiciones asociadas a la recidiva de Preclamsia-Eclampsia, en gestantes que tuvieron como antecedente enfermedad hipertensiva del embarazo, en el departamento de Ginecología y obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales durante el periodo enero-junio del 2019, que presenta la Srta. Tatiana Gómez Silva, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

---

**Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas**  
**ASESOR DE LA TESIS**

---

**Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas**  
**DIRECTOR DEL CURSO-TALLER**

Lima, 29 de enero del 2020



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

Manuel Huamán Guerrero

**Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas  
Oficina de Grados y Títulos**  
Formamos seres para una cultura de paz

**Carta de Compromiso del Asesor de Tesis**

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del Bachiller de Medicina Humana, Srta. Tatiana Gómez silva de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas, Phd, MCR, MD

Lima, 29 de enero del 2020



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO Nº 040-2016-SUNEDU/CD



Facultad de Medicina Humana  
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N° 0601-2020-FMH-D

Lima, 10 de febrero de 2020

Señorita  
**GÓMEZ SILVA TATIANA MARICELA**  
Presente. -

**ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis**

De mi consideración:


Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE PRECLAMPSIA-ECLAMPSIA EN GESTANTES QUE TUVIERON COMO ANTECEDENTE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE ENERO-JUNIO DEL 2019", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 06 de febrero de 2020.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



  
Mg. Hilda Jurupe Chico  
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

*"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"*

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Central: 708-0000  
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexos: 6010  
E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Telefax: 708-0106



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Estadística y Asesoramiento en Salud

Hospital Nacional Sergio E. Bernales



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres  
"Año de la Universalización de la Salud"

### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del experto: PÉREZ VALLE, ALEJANDRO VÍCTOR
- 1.2. Cargo e institución donde labora: Médico Jefe del Departamento de Pediatría HNSEB
- 1.3. Tipo de experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico
- Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autor del instrumento: GÓMEZ SILVA, TATIANA MARICELA

#### II. ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuesta.					85
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances de la teoría					90
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				75	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los determinantes condicionantes.					85
CONSISTENCIA	Basado en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					90

#### III. OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del Juez experto al instrumento)

#### IV. PROMEDIO DE VALORACION: 85% (Excelente)

Comas, 14 de Febrero de 2020

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NAC. SERGIO E. BERNALES

MCS. ALEJANDRO V. PÉREZ VALLE  
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigaciones-HNSEB  
CMP 22515 RNE 9502





**MEMORANDO N° 057 - CIEI -HSEB-2020**

A : Srta. Tatiana Maricela Gómez Silva  
ASUNTO : Autorización para aplicar instrumento de Tesis  
FECHA : Comas, 14 de febrero de 2020

Mediante el presente me dirijo a usted, para comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación del HSEB, luego de revisar su trabajo de investigación titulado: CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE PRECLAMPSIA – ECLAMPSIA, EN GESTANTES QUE TUVIERON COMO ANTECEDENTE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HSEB – ENERO A JUNIO 2019; se le brinda la autorización para la aplicación del instrumento de investigación.

Es todo cuanto comunico a usted según lo solicitado.

Atentamente

  
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NAC. SERGIO E. BERNALES  
M.O. ALEJANDRO V. PÉREZ VALLE  
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigaciones-HSEB  
CNP 22525 RNE 9502

Cc.  
archivo  
APV/ABC



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Oficina de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

**ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS**

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE PRECLAMSIA- ECLAMPSIA, EN GESTANTES QUE TUVIERON COMO ANTECEDENTE EHE, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2019”, que presenta la Señorita **TATIANA MARICELA GÓMEZ SILVA** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE PRECLAMSIA- ECLAMPSIA, EN GESTANTES QUE TUVIERON COMO ANTECEDENTE EHE, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2019.

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

**Dr. VICTOR LOZA BECERRA.**  
PRESIDENTE

**Dr. RUBEN ROZAS LLERENA**  
MIEMBRO

**Dr. ARTURO ORELLANA VICUÑA**  
MIEMBRO

**Dr. Jhony De La Cruz Vargas, PH.D., MCR, MD**  
Diretor y asesor de tesis

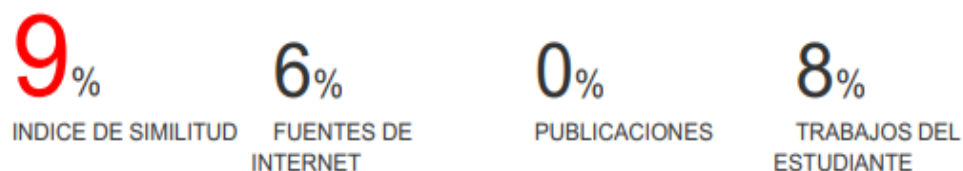
---

## CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE PRECLAMPSIA- ECLAMPSIA, EN GESTANTES QUE TUVIERON COMO ANTECEDENTE EHE, EN EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES D

---

### INFORME DE ORIGINALIDAD

---



### FUENTES PRIMARIAS

---

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad Ricardo Palma</b> Trabajo del estudiante	<b>2%</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martín de Porres</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad de San Martín de Porres</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.unap.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>Submitted to Universidad Católica De Cuenca</b> Trabajo del estudiante	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>Submitted to Universidad Autónoma de Ica</b> Trabajo del estudiante	<b>&lt;1%</b>

---

repositorio.upao.edu.pe



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**MANUEL HUAMÁN GUERRERO**

**V CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS**

**CERTIFICADO**

Por el presente se deja constancia que la Srta.

**GÓMEZ SILVA TATIANA MARICELA**

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses marzo, abril, mayo, junio y julio del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“CONDICIONES ASOCIADAS A LA RECIDIVA DE PRECLAMPSIA-  
ECLAMPSIA EN GESTANTES QUE TUVIERON COMO ANTECEDENTE  
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO, EN EL  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DURANTE ENERO-  
JUNIO DEL 2019”**

Se extiende el presente certificado con valor curricular y válido por **06 conferencias académicas** para el Bachillerato, que considerándosele apta para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° del Reglamento vigente de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018

Lima, 11 de julio del 2019



Dr. Jhon De La Cruz Vargas  
Director del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alvarado Gutiérrez Vda. de Bambarén  
Decana