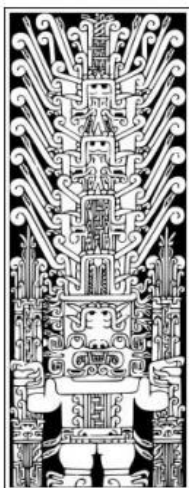


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “HIPÓLITO UNANUE”

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA QUE TERMINARON EN CESÁREA EN
GESTANTES DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA ENTRE EL
PERIODO DE ENERO – JUNIO 2017**

**PREVALENCE OF PREECLAMPSIA THAT ENDED IN CESAREAN DELIVERY
IN PREGNANT WOMEN OF THE “NATIONAL HOSPITAL ARZOBISPO
LOAYZA” BETWEEN THE PERIODS OF JANUARY- JUNE 2017**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

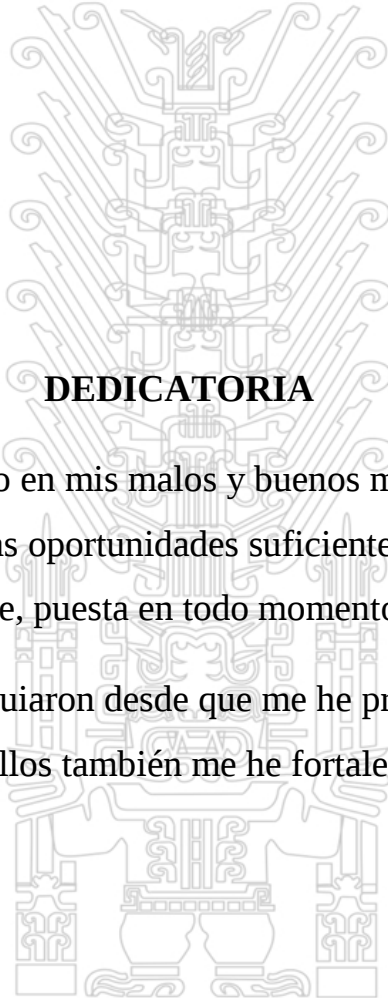
SILVESTRE BAUTISTA JHOSEP JESUS

ASESOR:

Dr. REYES ZACARÍAS VÍCTOR

LIMA – PERÚ

2018



DEDICATORIA

A Dios, porque él estuvo en mis malos y buenos momentos; y lo seguirá estando, ya que él me dio las oportunidades suficientes para la perseverancia, y la fe, puesta en todo momento.

A mis padres, que me guiaron desde que me he propuesto a ser Médico Cirujano. Gracias a ellos también me he fortalecido desde el alma.



AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por darme los instrumentos necesarios para cumplir mis metas; además de su apoyo en los diferentes momentos a lo largo del trayecto de mi vida.

A los asesores que he tenido para realizar la tesis presente, ya que, gracias a su paciencia y apoyo, se logró el desarrollo completo de la misma.

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Antecedentes	8
1.2 Marco conceptual	10
1.3 Planteamiento del problema	14
1.4 Formulación del problema	14
1.5 Justificación	14
1.6 Objetivo General.	14
1.7 Objetivos específicos	14
2. METODOLOGÍA	
2.1 Diseño y tipo de estudio	15
2.2 Población, muestra y muestreo	15
2.3 Criterios de inclusión y exclusión	15
2.4 Operacionalización de variables	16
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos	17
2.6 Presupuesto y financiamiento	18
2.7 Aspectos Éticos	18
3. RESULTADOS	18
4. DISCUSIÓN	33
5. CONCLUSIONES	35
6. RECOMENDACIONES	36
7. BIBLIOGRAFÍA	37

Resumen

La preeclampsia es una de las principales causas de mortalidad materna y morbimortalidad perinatal, por lo que muchas veces se indica parto por cesárea como medida de emergencia.

Objetivo: Determinar la prevalencia de pre eclampsias que terminaron en cesárea en gestantes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre el periodo de enero – junio 2017. **Material y**

métodos: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional y retrospectivo. El estudio tuvo como fuente de datos el libro de reporte operatorio del servicio de ginecología obstetricia, el cual se analizó 774 reportes operatorios de cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL, y que 59 de ellos cumplían con los criterios inclusión. **Resultados:** La

prevalencia de gestantes con el diagnostico de preeclampsia que terminaron en cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL, fue de 7,6% por cada 100 personas. Solo el 3,4% (2 casos de óbito) representan la muerte perinatal provocada por preeclampsia. La frecuencia de la preeclampsia con criterios de severidad fue del 54,1% del total de la población estudiada. La edad avanzada materna represento el 31,1% en relación a la población de estudio con el diagnostico de trastorno hipertensivo del embarazo. El estudio obtuvo que el 59,5% representa a las gestantes sin cesárea previa y 40,5% las que si tenían cesárea anterior de la población estudiada. El estudio encontró que 83.1% de los recién nacidos, provenientes de la población con el diagnostico de trastorno hipertensivo del embarazo que terminaron cesárea, tenían un adecuado peso al nacer. **Conclusiones:** 7 u 8 personas que se operaron por cesárea cada 100 personas, son debido a preeclampsia, dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL.

Abstract

Preeclampsia is one of the main causes of maternal mortality and perinatal morbidity and mortality, which is why cesarean delivery is often indicated as an emergency measure.

Objective: To determine the prevalence of preeclampsia that ended in cesarean delivery in pregnant women of the “Arzobispo Loayza National Hospital” between the periods of January-June 2017.

Material and methods: A descriptive, observational and retrospective study was carried out. The study had as a source of data the operative report book of the obstetrics gynecology service.

Results: The prevalence of prevalence of preeclampsia that ended in cesarean delivery in pregnant women of the “Arzobispo Loayza National Hospital” between the periods of January- June 2017, was of 7,6% for each 100 persons. Only the 3,4% (two cases of obito), represents the perinatal Death due to preeclampsia. The frequency of the preeclampsia with severity criteria's was of the 54, 1% of the total of the studied population. The advanced maternal age represented the 31, 1% in relation with the population studied with the diagnosis of hypertensive disorder pregnancy. The study got that the 59,5% represents to the pregnant women without previous cesarean and the 40,5% with this antecedent. Furthermore the 83,1% of the newly born had an adequate birth weight. **Conclusions:** 7 or 8 people who underwent to surgery, are due to preeclampsia, within the period of January – June of the 2017 in the HNAL

Key words: Preeclampsia, cesarean delivery

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNEV

VI

1. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia está incluida dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo, que puede terminar en graves consecuencias, tales como la muerte de la madre y/o el hijo. (Cunningham, 2011, pp. 761 - 748)

A pesar de que existen mejoras en la identificación oportuna de la preeclampsia, la incidencia de la preeclampsia en promedio bordea el 6,5%, globalmente. (Roberts J. 2013, pp. 1122 – 1131). Según la OMS la tercera causa de mortalidad materna es la hipertensión gestacional (preeclampsia o eclampsia). (OMS, 2016)

En el Perú, la preeclampsia, ocupa el segundo lugar de causa de muerte materna, después de la hemorragia obstétrica. Además es una de las causas sustanciales de muerte entre la semana 22 de gestación hasta los 7 primeros días de nacido del bebé; y del retardo del crecimiento intrauterino (RCIU). (Heredia I. 2015, pp 9 - 10)

La base fisiopatológica de la preeclampsia está ubicada en el endotelio, que conlleva a la reducción del flujo de oxígeno entre la madre y el feto. Si una gestante con el diagnóstico de preeclampsia severa es sometida a parto por cesárea, esto aumenta la demanda de oxígeno por parte del feto, provocando complicaciones en la madre o el feto. Moodley J, (2008; pp. 559-567) en un estudio, refiere que la muerte materna debida a preeclampsia, puede ser aminorada impulsando el cuidado antenatal, educando a los profesionales de salud mediante guías de manejo clínico e informando al público en general sobre las complicaciones asociadas con la preeclampsia/eclampsia.

Ludmir J. y La Rosa M. (2014, pp. 373-378) Realizó un estudio en gestantes con el diagnóstico de preeclampsia severa, pertenecientes del Hospital Pensilvania. Su estudio encontró que los

recién nacidos provenientes de las gestantes de su investigación, presentaron menor incidencia

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

de asfixia neonatal e ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales; por el contrario, Pinedo A. y Orderique I. (2001, pp. 373-378) reportaron que en el Hospital María Auxiliadora de Lima – Perú, hubo mayor porcentaje de asfixia neonatal y mortalidad neonatal en los partos por cesárea. Por lo que la existe la polémica entre autores de los que apoyan la cesárea y otros la vía vaginal.

1.1 Antecedentes

A nivel mundial, la enfermedad hipertensiva del embarazo afecta a la décima parte de las embarazadas. En Asia y África, alrededor de una décima parte de la mortalidad materna se asocian con trastornos hipertensivos; en cambio en América latina, es la cuarta parte. (OMS 2014)

En los Estados Unidos, la incidencia se incrementó en una cuarta parte más en los últimos años (Lapidus A. López, FASGO 2017, p. 1)

Nakimuli A. et al. (2014, pp. 510 - 520). Reporta que, a nivel mundial, más del 90% de la mortalidad materna, sucede en el África subsahariana (SSA) y en el Asia del sur, esto debido a las complicaciones de la preeclampsia, las cuales son mal tratadas por no haber servicios de emergencia.

Como lo describe Vélez E. et al. (2012, pp. 58 - 64), a lo largo del tiempo, la cesárea se ha realizado con más frecuencia alrededor del mundo, por lo que la tasa de cesárea realizada en cada país fue incrementándose.

Vélez E. et al. (2012, pp. 58 - 64), realizaron un estudio analítico y descriptivo en el hospital de Ginecopediatria del IMSS, en Hermosillo, Sonora – México, durante el periodo del 1° de

Enero de 1997 al 31 de Diciembre del 2006, donde se analizó 331 expedientes clínicos de

aumento paralelo en casi todo el mundo, debido a que se observó en el estudio un incremento del 9%, desde 1997 al año del 2006, de la operación cesárea. El estudio refiere que este incremento puede ser explicado por factores tales como: la negligencia e impericia, el sobre diagnóstico y por los actuales principios de bioética.

En el Caribe y en América Latina, la mortalidad materna por causa de preeclampsia asciende casi el 26% del total de muertes maternas. (Nápoles, 2016, pp. 516-529)

Stanton C. et al. (2008, pp. 204-211) Reportaron en un estudio realizado en algunos países de Latinoamérica, que la indicación principal para cesárea, era la cesárea previa, mientras que la preeclampsia se incluyó dentro de otras enfermedades que tenían poca frecuencia.

En el Perú, durante el periodo 2002-2011, la preeclampsia permanecía como segunda causa de mortalidad materna, aunque sobrepasó como causa a la hemorragia obstétrica en zonas urbanas. (MINSA. Perú Mayo - 2013).

Morales R. (2011, p. 2) En el Perú, la prevalencia en promedio asciende 12,5%, además integra el segundo puesto de causa de mortalidad materna.

Según el reporte del sistema de registro del certificado de nacido vivo en línea - MINSA, durante « el año del 2015, de los 417 414 nacimientos registrados en ese año, solo el 35.5% nacieron por medio de la cesárea ». (MINSA – Perú, Abril 2016)

Echais J. (2008, pp. 106 – 110) realizó un estudio en el Hospital General de Oxapampa en el año 2001 - 2002, estudiando a una población de 109 pacientes que tuvieron parto mediante cesárea. Obtuvo una tasa de cesárea que ascendía casi al 26% dentro del periodo estudiado; además encontró que las principales indicaciones para el parto por cesárea fueron: desproporción céfalo-pélvica y sufrimiento fetal agudo.

Patiño G. (2011, pp. 4 - 6) en su estudio.: Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes del 2011, reporta que en el hospital de apoyo I-2 José Alfredo Mendoza Olavarría, tuvo una tasa de cesárea que se incrementó en un 15%, en 3 años.

Gálvez L. (2014, pp. 37 - 52), evaluó la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao en el periodo de enero hasta diciembre en el año 2013, donde encontró un aumento del 2% de la tasa, comparado con el año anterior. Además, reportó que la preeclampsia fue indicación de cesárea, pero con frecuencias bajas.

1.2 Marco conceptual

Inicialmente fue Rousste, en 1581, quien sugirió la operación cesárea en mujeres. Lamentablemente para esas fechas estas operaciones resultaban mortales para el lado materno o fetal. Se tuvo ejemplos de alta tasa de mortalidad materna, tales como, en Gran Bretaña e Irlanda, donde la tasa ascendía el 85% en el año 1865. (Alvarez, 2016, p. 22)

La introducción de la sutura a nivel de la pared abdominal, por Max Sänger y la aparición de la anestesia, mejoró la supervivencia post operatoria, Hoy en la actualidad, aún existe diversas complicaciones en relación a la cesárea, comparada con el parto vaginal. La intervención quirúrgica cesárea comparada con el parto vaginal tiene un riesgo de mortalidad materna, de 3 veces superior, mientras si es que la cesárea es de emergencia este riesgo se incrementa a 9 veces. (Alvarez, 2016, p. 22)

La preeclampsia se caracteriza por presentar, en una gestante, presión arterial por encima de sus valores normales asociado o no al aumento de proteínas en la orina luego de las 20 semanas de gestación; caracterizado además de afectar a diversos órganos. (Guevara y Meza, 2014, pp. 385 - 391)

Factores de riesgo

Se describe algunos de los más importantes:

- Antecedente de preeclampsia.- Una gestante que anteriormente tuvo una gestación asociada a preeclampsia (Suarez G. et al. 2014, pp. 368-377)
- Primer embarazo. - En las primigestas, existe la teoría de que la mujer experimentó una reciente exposición a los antígenos provenientes del lado paternal (Gutierrez, 2016, p. 29).
- Antecedentes familiares: Los hijos que provienen de una gestación con preeclampsia, tienen un grado de riesgo de que sean padres de embarazos con trastornos hipertensivos. (Quiroga, 2014, pp. 345 - 348)

Los siguientes estados patológicos se asocian al desarrollo de preeclampsia, tales como: (Morales, 2013, pp. 15 - 17)

- Diabetes pregestacional: Producto de las anomalías de los lípidos que son generados por la diabetes, esto se relaciona en gran medida con el desarrollo de la preeclampsia a través de varios mecanismos fisiopatológicos.
- La presencia de anticuerpos antifosfolípidicos: Por ejemplo: síndrome anti fosfolípido primario y el lupus eritematoso sistémico.
- Embarazo gemelar: Debido a la sobre distensión del miometrio, disminuye la perfusión placentaria, causando hipoxia trofoblástica favoreciendo a la aparición de la preeclampsia.
- Edad materna: Mujeres por encima de los 35 años, en una determinada frecuencia, adolecen de enfermedades arteriocardiovasculares, que podrían

facilitar la aparición de la preeclampsia; mientras que, en mujeres con edades

inferiores a 20 años, las placentas que se forman tienen una probabilidad de ser anormales (Soto, 2016, p. 14)

Etiología y fisiopatología de la preeclampsia

La hipertensión y la proteinuria afectan al endotelio. La hipertensión en la patología de estudio se caracteriza por vasoconstricción periférica y disminución de la elasticidad arterial. Al parecer el tejido placentario es el que desencadena los mecanismos fisiopatológicos propios de la enfermedad de la preeclampsia. (Pacheco R. 2017, pp. 199 - 206)

En el desarrollo de la preeclampsia existe un desarrollo uterovascular anómalo, que genera que el trofoblasto invada el lecho del miometrio. Esto ocasiona que las arterias espirales, ramas finales de la arteria uterina, respondan a sustancias vasoactivas. A esto se agrega que la liberación de radicales libres, las reacciones inflamatorias sistémicas aumentan más el daño endotelial, provocando disfunción endotelial vascular, que a su vez generaría la permeabilidad y el edema capilar que provocarían en el feto: hipoxia cerebral y en la gestante: eclampsia y disfunción multiorgánica. (Pacheco R. 2017, pp. 199 - 206)

Diagnóstico

Como todavía no tenemos predictores tempranos para el desarrollo de la preeclampsia, la anamnesis es una de las consideraciones más importantes en el cuidado prenatal, y las preguntas relacionadas a los factores de riesgo ya mencionados anteriormente.

Según las guías clínicas para el diagnóstico de preeclampsia, en general es dada a aquella gestante con o más de 20 semanas de gestación, que cursan con presiones elevadas asociadas o no al aumento de proteínas en la orina. Se tienen los siguientes criterios: (Guzmán, 2016, p.

42)

- En relación a la presión arterial, se debe tener una presión sistólica por encima de 140 mmHg o presión diastólica superior a 90 mmHg, asociadas o no a proteínas en orina superiores a 0,3 gramos durante 24 horas.
 - Un recuento plaquetario inferiores a 100 000, creatinina sérica por encima de los 1,1 mg/dl y/o el aumento de las transaminasas, son criterios de gravedad o daño orgánico.
- (Minassian et al. 2013, p. 2)

En relación a la proteinuria, existe diversas maneras para ser diagnosticado, una de ellas es cuantificándolo mediante tiras reactivas desde muestras de orina o mediante la recolección de la orina en 24 horas, para obtener un dato más significativo de la proteinuria. (Cenetec, 2017, p. 19)

En aquellas gestaciones tempranas deben ser evaluados las presencias de proteínas en orina, para prescindir de las enfermedades renales previas; mientras que en aquellas con más de 20 semanas de gestación se debe evaluar los factores de riesgo de preeclampsia. Además de realizar un adecuado diagnóstico diferencial con diferentes enfermedades benignas. (Cenetec, 2017, p. 19)

En los casos de preeclampsia leve con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal, pero en pacientes con el diagnóstico de preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, debido a que el manejo expectante suele estar asociado a la disminución de la morbilidad del feto o recién nacido (Churchill et al. 2013, pp. 8 - 13).

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.3 Planteamiento del problema

En nuestro país, Perú, existe la desinformación sobre los métodos anticonceptivos y la planificación familiar, generando embarazos no planificados, siendo el grupo etario más afectado el del adolescente. (Glenda, 2016, p. 3)

La cesárea en muchos casos suele ser indicación de emergencia, donde la vida del feto o la madre están comprometidos; pero hacerlo de manera habitual, conlleva también a grandes complicaciones. (Erika, 2011, pp. 128 - 133)

1.4 Formulación del problema

¿Cuál es la prevalencia de pre eclampsias que terminaron en cesárea en gestantes del HNAL entre el periodo de enero – junio 2017?

1.5 Justificación

La preeclampsia es una principal causa de mortalidad materna en el Perú. (Pacheco R. 2014, pp. 279-290). En este sentido, este trabajo busca determinar la prevalencia de los casos de preeclampsia que culminaron en cesárea, debido a que no se encuentran estudios que nos den esa información.

1.6 Objetivo general

- Determinar la prevalencia de pre eclampsias que terminaron en cesárea en gestantes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre el periodo de enero – junio 2017

1.7 Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia y porcentaje de antecedente de cesárea previa en gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo que terminaron en cesárea en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre el periodo de enero – junio 2017
- Describir las características del recién nacido, por medio de frecuencias y porcentajes, según el peso al nacer, el sexo, el test Apgar y según la edad gestacional, procedentes de gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo que terminaron en cesárea en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre el periodo de enero – junio 2017.
- Obtener la frecuencia y porcentaje de cesárea debido a trastorno hipertensivo del embarazo en gestantes que terminaron en cesárea, según cada mes, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre el periodo de enero – junio 2017

2. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

2.1 Diseño y tipo de estudio

Debido a que la finalidad del estudio es de tipo descriptivo, por la secuencia temporal es de tipo transversal, por la no intervención es observacional y finalmente, por el inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos, es retrospectivo

2.2 Población, muestra y muestreo:

La población estudiada fue de 59 participantes que cumplían los criterios de inclusión. Se revisó por el cual a 774 cesáreas realizadas en el periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL. Para este estudio no se realizó un muestreo, ya que se consideró toda la población que cumplieron con los criterios de inclusión.

2.3 Criterios de inclusión:

- ❖ Gestantes con el diagnóstico de pre eclampsia que fueron cesareadas entre el

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis periodo de enero – junio 2017 en el HNAL.

UNFV

2.3 Criterios de exclusión:

- ❖ Gestantes con el diagnóstico de pre eclampsia que fueron cesareadas fuera del periodo de enero – junio 2017 en el HNAL.
- ❖ Todos los casos de preclampsia que no terminaron en cesárea en el periodo de enero – junio 2017 del HNAL

2.4 Operacionalización de las variables de investigación

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
Pre eclampsia	Síndrome caracterizado por la aparición de la hipertensión con o sin proteinuria después de 20 semanas de gestación arterial, proteinuria, o disfunción orgánica	Cualitativa ordinal	Leve severa	Libro de reporte de cesáreas del servicio obstétrico Materno infantil (SOMI)
Semanas de gestación (SG)	Tiempo en semanas de gestación transcurrido desde el periodo de la última menstruación o ecografía de primer Trimestre.	Cuantitativa discreta	<37 ≥37 - 42≤ >42	Libro de reporte de cesáreas del servicio obstétrico Materno infantil (SOMI)
Cesárea	Intervención quirúrgica que conlleva a extraer el feto vía abdominal	Cualitativa nominal	- Segmento Transversal - Corporal	Libro de reporte de cesáreas del servicio obstétrico Materno infantil (SOMI)
Antecedente de cesárea	Gestante que tuvo una o más cesáreas previas	Cualitativa ordinal	- Primaria - Iterativa	Libro de reporte de cesáreas del servicio obstétrico Materno infantil (SOMI)
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente	Cuantitativa discreta	10 – 20 21 – 34 ≥35	Libro de reporte de cesáreas del servicio obstétrico

				Materno infantil (SOMI)
Peso del Recién nacido	Es el peso que le toman inmediatamente después de haber nacido	Cuantitativo continuo	<1000 1000 – 1500 < 1500 – 2500 < 2500 -4000 >4000	Libro de reporte de cesáreas del servicio obstétrico Materno infantil (SOMI)
Test del apgar del recién nacido	Test que evalúa el grado de depresión neonatal	Cuantitativo ordinal	7 – 10 4 – 6 1 - 5	Libro de reporte de cesáreas del servicio obstétrico Materno infantil (SOMI)
Sexo del Recién nacido	Característica biológica que diferencia entre hombre y mujer	Cualitativo nominal	Masculino Femenino	Libro de reporte de cesáreas del servicio obstétrico Materno infantil (SOMI)

2.5 Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

Se utilizó por tal motivo reportes de cesárea, que se obtuvieron del registro de libro de sala de operaciones del servicio de obstetricia Materno Infantil, que se encontró en la oficina de Estadística del HNAL.

Se registró los datos en hojas en blanco, datos tales como: el diagnóstico pre y post operatorio de las gestantes cesareadas, la edad de la gestante, la edad gestacional según el test de capurro, otros diagnósticos asociados como el antecedente de cesárea previa, además se obtuvo datos del recién nacido como cuales: Peso al nacer, apgar al nacimiento y sexo; los cuales también fueron variables de estudio. Estos datos se registraron en el programa estadístico de IBM SPSS versión 23, para obtener las frecuencias y porcentajes. Igualmente se utilizó el programa Excel 2013 para el registro de las mismas.

2.6 Presupuesto de la tesis de investigación:

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Cuadro Nro°2

Artículo	Costo (soles)
Impresión del proyecto de investigación	4.30
Impresión de formato para la recolección de datos	1.50
Movilidad	56.0
Carta de presentación de aprobación de proyecto de investigación dada por la UNFV – Oficina de Grados y títulos	6.00
Total	67.80

2.6 Financiamiento:

El costo total de la tesis de investigación fue financiado con recursos propios del autor del proyecto.

2.7 Aspectos Éticos:

Para acceder a los reportes operatorios del servicio de obstetricia Materno Infantil (SOMI) del periodo de enero – junio del 2017 del HNAL, se solicitó la ejecución del proyecto de investigación por la Dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, previa evaluación por la jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia y el Comité de Investigación Institucional (informe N° 001 – CII- HNAL – 2018 De fecha de enero del 2018); así mismo el proyecto de investigación fue evaluado por el Comité de Ética de la facultad de Medicina Hipólito Unanue de la UNFV, el mismo que cuenta con Resolución Decanal N°1876 – 2012 – SA – FMHU – UNFV.

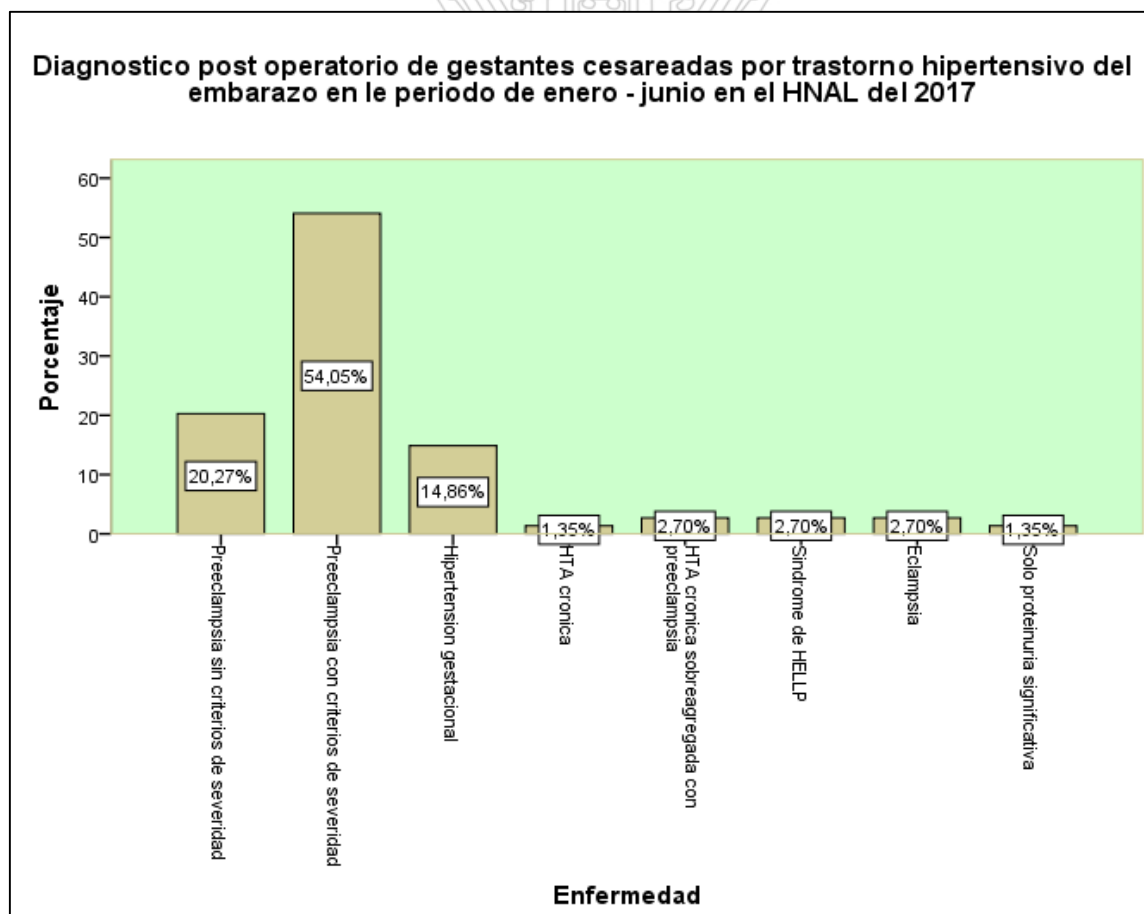
3. RESULTADOS

Tabla N°1 Frecuencias y porcentajes según diagnostico post operatorio de gestantes con
Tesis publicada con autorización del autor
No cruce citarse tesis

UNFV

Diagnostico Post operatorio	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Preeclampsia sin criterios de severidad	15	20,3	20,3
Preeclampsia con criterios de severidad	40	54,1	74,3
Hipertensión gestacional	11	14,9	89,2
HTA crónica	1	1,4	90,5
HTA crónica sobre agregada con preeclampsia	2	2,7	93,2
Síndrome de HELLP	2	2,7	95,9
Eclampsia	2	2,7	98,6
Solo proteinuria significativa	1	1,4	100,0
Total	74	100,0	

Fuente. Datos obtenidos por el investigador



En la tabla N°1 se tiene que el 20,3% correspondieron a pacientes con el diagnostico de preeclampsia sin criterios de severidad, el 54,1% con preeclampsia con criterios de severidad, el 14,9% con hipertensión gestacional, el 1,4% con HTA crónica, el 2,7% con HTA crónica sobre agregada con preeclampsia, el 2,7% con el síndrome de HELLP, el 2,7% con eclampsia y el 1,4% con solo proteinuria significativa.

Prevalencia de pacientes gestantes con preeclampsia que terminaron en cesárea entre el periodo enero – junio del 2017 del HNAL:

Según la tabla N°1 los pacientes con el diagnostico de preeclampsia son: 59. La población total de gestantes cesareadas dentro del periodo de enero- junio del 2017 fue de: 774.

$$Prevalencia = \frac{\text{Casos nuevos y preexistentes en el periodo}}{\text{poblacion total en el periodo}} \times 100$$

$$Prevalencia = \frac{59}{774} \times 100$$

$$Prevalencia = 7,62 \%$$

Según la ecuación realizada, la prevalencia de gestantes con el diagnostico de preeclampsia que terminaron en cesárea en el periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL, fue de 7,62%.

Tabla N°2: Frecuencia y porcentaje de las edades que tuvieron las gestantes con el diagnostico de preeclampsia que terminaron en cesárea durante enero – junio del 2017 en el HNAL.

Diagnostico		edad			Total
		10 – 20	21 – 34	≥35	
Preeclampsia sin criterios de severidad	N° casos	3	7	5	15
	% dentro de la enfermedad	20,0%	46,7%	33,3%	100,0%
	% dentro de la edad	50,0%	15,6%	21,7%	20,3%
	% of Total	4,1%	9,5%	6,8%	20,3%
Preeclampsia con criterios de severidad	N° casos	0	31	9	40
	% dentro de la enfermedad	0,0%	77,5%	22,5%	100,0%
	% dentro de la edad	0,0%	68,9%	39,1%	54,1%

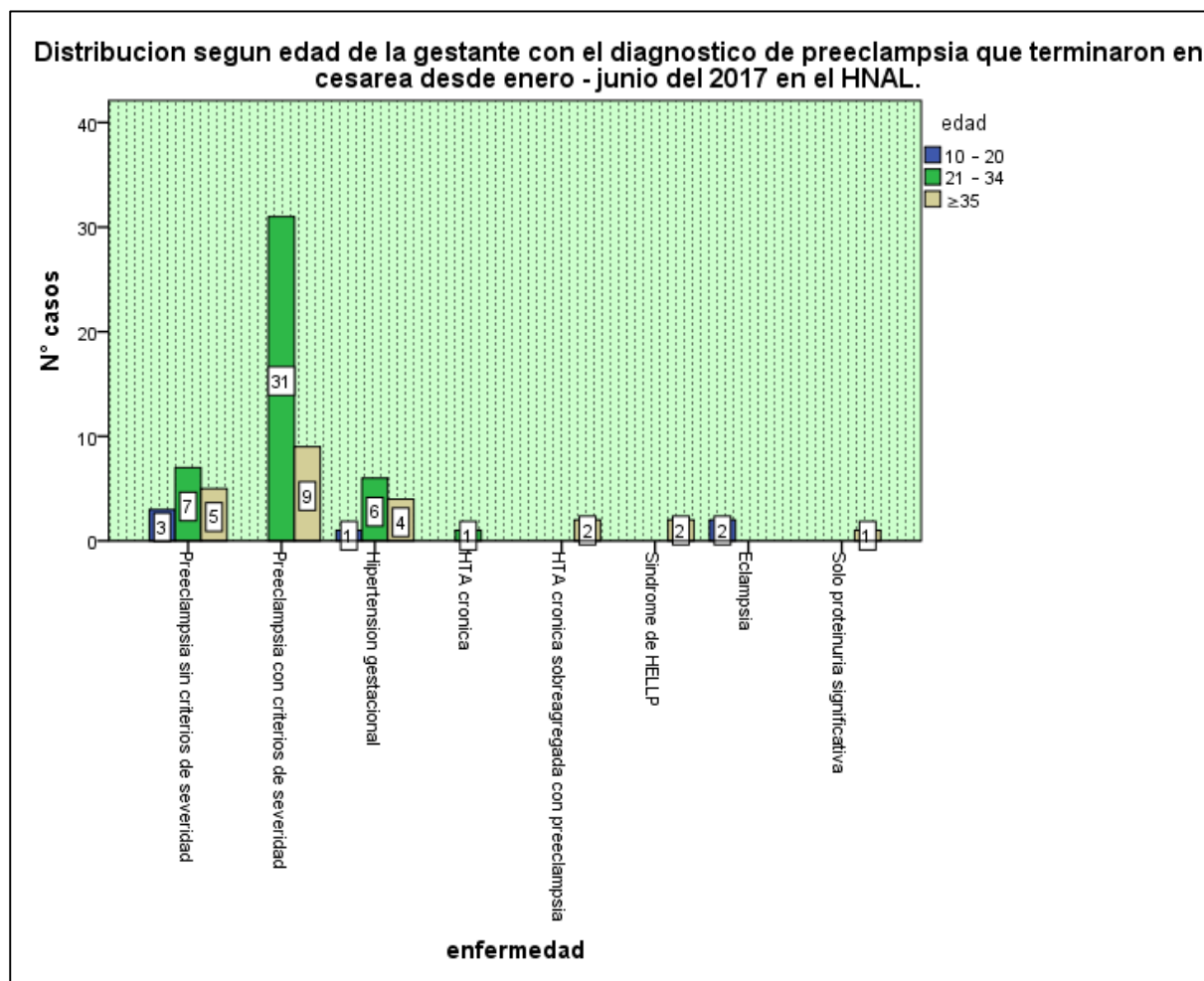
	% of Total	0,0%	41,9%	12,2%	54,1%
Hipertensión gestacional	N° casos	1	6	4	11
	% dentro de la enfermedad	9,1%	54,5%	36,4%	100,0%
	% dentro de la edad	16,7%	13,3%	17,4%	14,9%
	% of Total	1,4%	8,1%	5,4%	14,9%
HTA crónica	N° casos	0	1	0	1
	% dentro de la enfermedad	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de la edad	0,0%	2,2%	0,0%	1,4%
	% of Total	0,0%	1,4%	0,0%	1,4%
HTA crónica sobre agregada con preeclampsia	N° casos	0	0	2	2
	% dentro de la enfermedad	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de la edad	0,0%	0,0%	8,7%	2,7%
	% of Total	0,0%	0,0%	2,7%	2,7%
Síndrome de HELLP	N° casos	0	0	2	2
	% dentro de la enfermedad	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de la edad	0,0%	0,0%	8,7%	2,7%
	% of Total	0,0%	0,0%	2,7%	2,7%
Eclampsia	N° casos	2	0	0	2
	% dentro de la enfermedad	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de la edad	33,3%	0,0%	0,0%	2,7%
	% of Total	2,7%	0,0%	0,0%	2,7%
Solo proteinuria significativa	N° casos	0	0	1	1
	% dentro de la enfermedad	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de la edad	0,0%	0,0%	4,3%	1,4%
	% of Total	0,0%	0,0%	1,4%	1,4%
Total	N° casos	6	45	23	74
	% dentro de la edad	8,1%	60,8%	31,1%	100,0%
	% dentro de la edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	8,1%	60,8%	31,1%	100,0%

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Figura N°2: Frecuencia y porcentaje de las edades que tuvieron las gestantes con el diagnostico de preeclampsia que terminaron en cesárea durante enero – junio del 2017 en el HNAL.



Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Según la tabla N°2, las gestantes con el diagnóstico de preeclampsia sin criterios de severidad y que tuvieron edades dentro de los 10 – 20 años son el 20% dentro de la enfermedad, 50% dentro del rango de edad y el 4,1% en relación a la población total (74). Así mismo en el rango de 21 – 34 años, el 46,7% dentro de la enfermedad, el 15,6% dentro del rango de la edad y 9,5% en relación a la población total: y por último se obtuvieron que las gestantes ≥ 35

conformaron el 33,3% dentro de la enfermedad, el 21,7% en relación a la edad y 6,8% en

Por el otro lado, las gestantes con el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad dentro del rango de edad de 21 – 24 años fue de 77,5% dentro de la enfermedad, el 68,9 dentro del rango de edad y el 41,9% en relación a la población total evaluada. Además, se tiene que aquellas gestantes con el mismo diagnóstico y que tienen ≥ 35 años representaron el 22,5% dentro de la enfermedad, el 39,1% en relación a la edad y el 12,2% en relación a la población total. Mientras tanto las gestantes con el diagnóstico de Hipertensión gestacional y que tuvieron edades dentro del rango de 21 – 24 años fueron el 54,5% dentro de la enfermedad, el 13,3% dentro del rango de edad y el 8,1% en relación a la población total.

Según la misma tabla N°2, se obtuvieron que las gestantes con el diagnóstico de HTA crónica sobre agregada a preeclampsia y que tuvieron ≥ 35 años, representaron el 100% dentro de la enfermedad, el 8,7% en relación a la edad y el 2,7% en relación a la población total. Además, se determinó que las gestantes con el diagnóstico de eclampsia que terminaron en cesárea, solo representaron 2 casos (2,7% del total de la población) dentro del periodo de enero – junio del 2017.

Tabla N°3: Frecuencias y porcentajes de tipos de cesárea según antecedente obstétrico de gestantes con el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL.

Tipos de Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	44	59,5	59,5
Iterativa	30	40,5	100,0
Total	74	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Distribucion segun tipo de cesarea segun antecedente obstetrico en gestantes con el diagnostico de trastorno hipertensivo del embarazo desde enero - junio del 2017 en el HNAL.

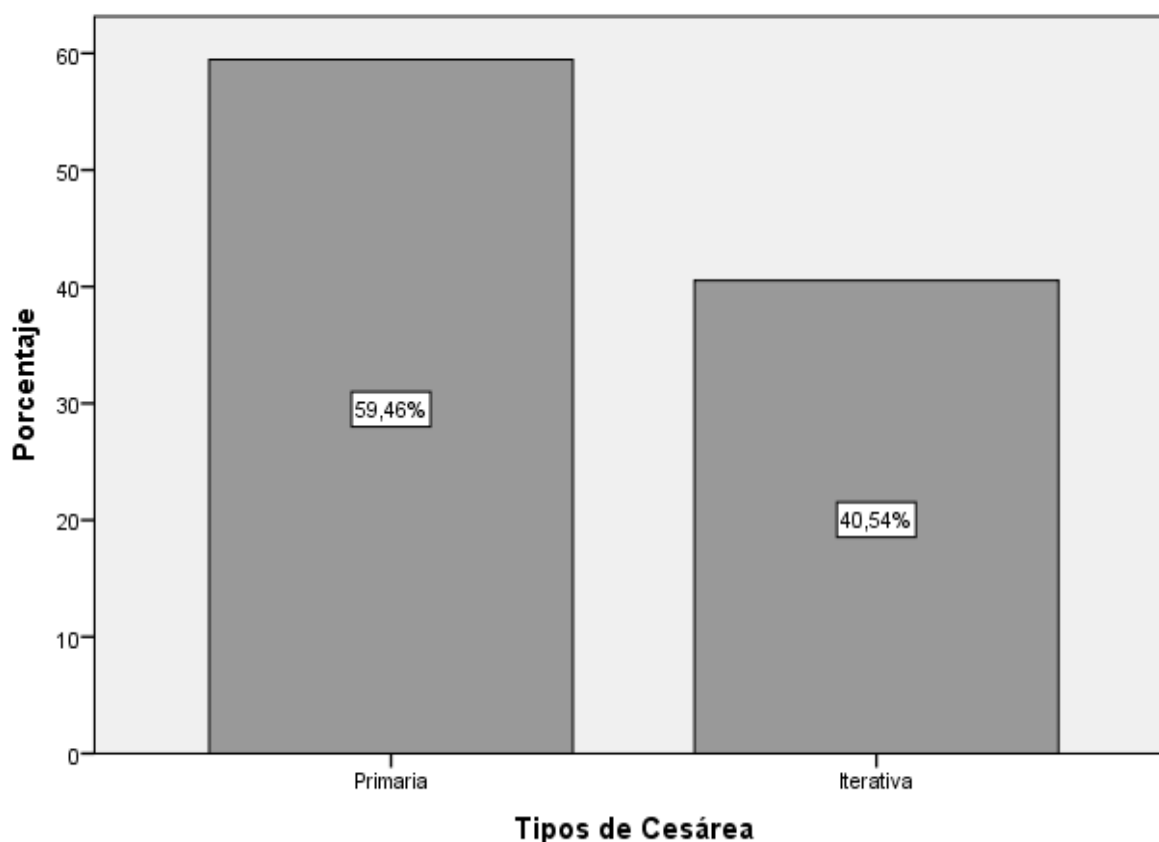


Figura N°3

Según la tabla N°3, las gestantes con el diagnostico de trastorno hipertensivo del embarazo que terminaron en cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL y que no tuvieron cesáreas anteriores, fueron el 59,5%; mientras las que sí tuvieron antecedente de cesárea representaron el 40,5% del total de la población. En otro análisis estadístico se obtuvieron que las gestantes con el diagnostico de preeclampsia sin criterios de severidad que terminaron en cesárea y que no tuvieron cesárea previa, representaron el 53,3% dentro de la enfermedad y el 10,8% en relación a la población total; en cambio las que sí tuvieron cesárea previa, representaron el 46,7% dentro de la enfermedad y el 9,5% en relación a la población total. Mientras tanto en las gestantes con el diagnostico de preeclampsia con criterios de

severidad que terminaron en cesárea dentro del mismo periodo de estudio, y que no tuvieron
 No olvide citar esta tesis

UNFV

antecedentes de cesárea previa, representaron el 60% dentro de la enfermedad y el 32,4% del total de la población, comparado con el 40% dentro de la enfermedad, de los que sí presentaron cesárea previa (Tabla N°4).

Tabla N°4: Frecuencias y porcentajes de tipos de cesárea según antecedente obstétrico de gestantes que tuvieron el diagnostico de preeclampsia con o sin criterios de severidad que terminaron en cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en le HNAL-

Diagnostico		Antecedente		Total
		Primaria	Iterativa	
Preeclampsia sin criterios de severidad	n°	8	7	15
	dentro de la enfermedad	53.3%	46.7%	100.0%
	del total	10.8%	9.5%	20.3%
Preeclampsia con criterios de severidad	n°	24	16	40
	dentro de la enfermedad	60.0%	40.0%	100.0%
	del total	32.4%	21.6%	54.1%
Total de la población en general				74

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

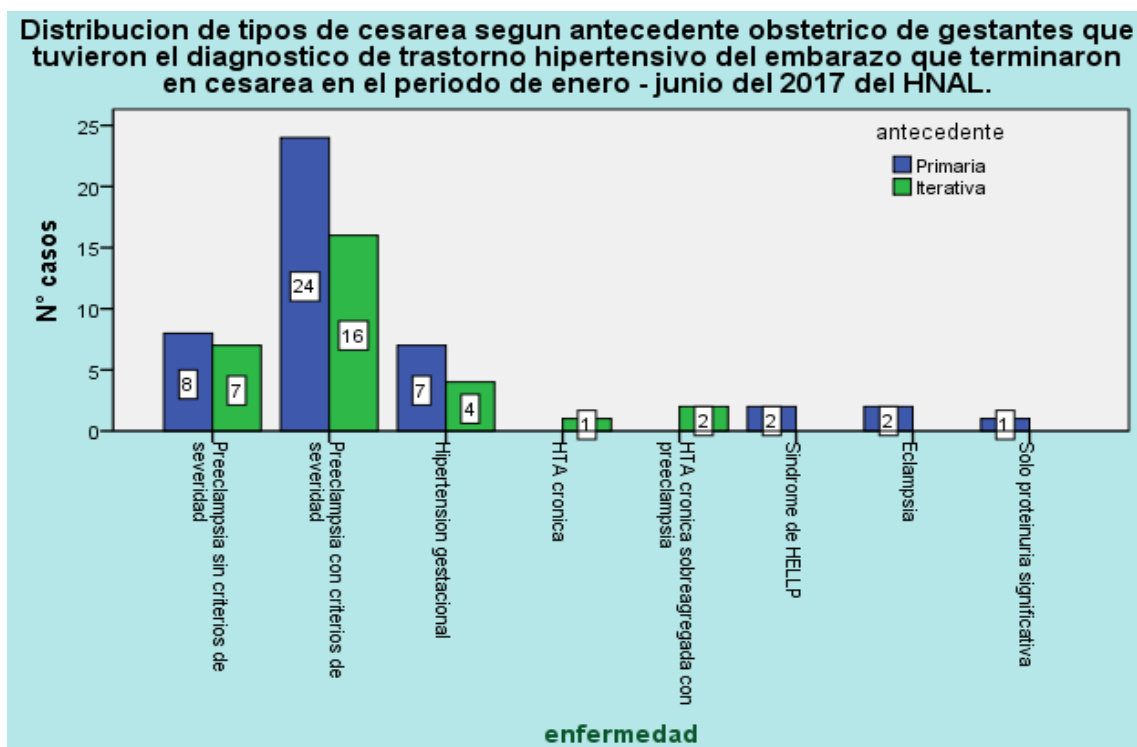


Figura N°4

Según la gráfica N° 4, se obtuvo 24 casos de preeclampsia con criterios de severidad sin antecedentes de cesárea previa; mientras que fueron 16 casos con cesárea iterativa. Por el otro lado, tenemos que aquellas con el diagnostico de preclampsia sin criterios de severidad, pero sin antecedentes de cesárea previa, fueron 8 casos y con cesárea iterativa fueron 7 casos reportados en el libro de reporte operatorio del servicio de obstetricia Materno Infantil del HNAL.

Tabla N°5: Frecuencia y porcentaje de la edad gestacional según el Test de Capurro de los recién nacidos, provenientes de gestantes con el diagnostico de trastorno hipertensivo del embarazo durante el periodo de enero – junio del 217 en el HNAL.

Semanas de Gestación según el Test de Capurro	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<37	11	14,9	14,9
$\geq 37 - 42 \leq$	63	85,1	100,0
Total	74	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Frecuencia y porcentaje de la edad gestacional según el Test de Capurro de los recién nacidos, provenientes de gestantes con el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo durante el periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL.

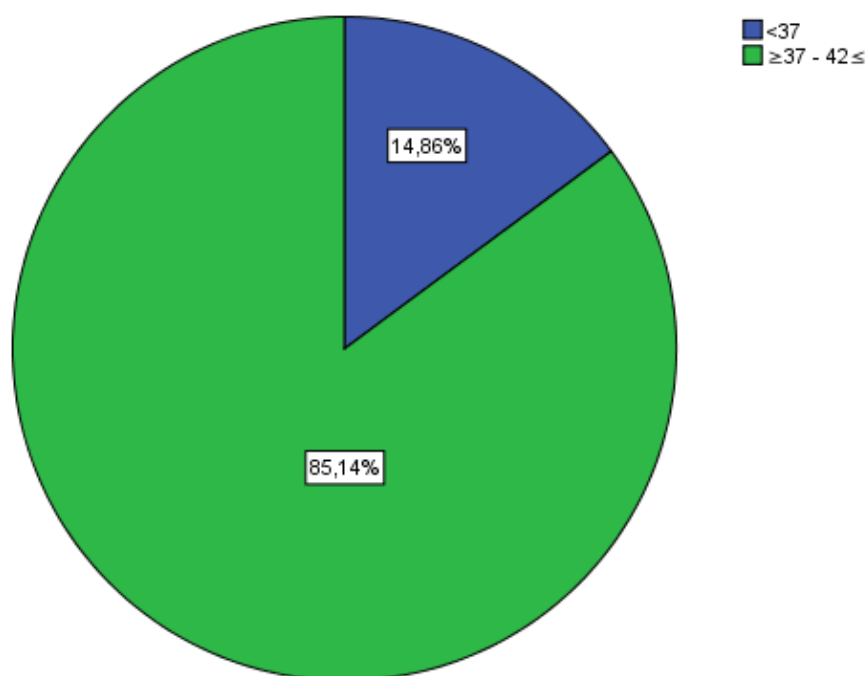


Figura N°5

Según la Tabla N°5 y la Figura N°5, se obtuvieron que el 85,1% de la población total, representaron a recién nacidos a término, que fueron producto de gestantes con el diagnóstico de algún trastorno hipertensivo del embarazo que terminaron en cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL; mientras el 14,9% representaron a recién nacidos

premáturos provenientes del mismo grupo de estudio.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Tabla N°6 Frecuencias y porcentajes según el sexo del recién nacido provenientes de gestantes con el diagnostico de trastorno hipertensivo del embarazo que culminaron en cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL-

Sexo del recién nacido	frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
masculino	33	44,6	44,6
femenino	41	55,4	100,0
Total	74	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

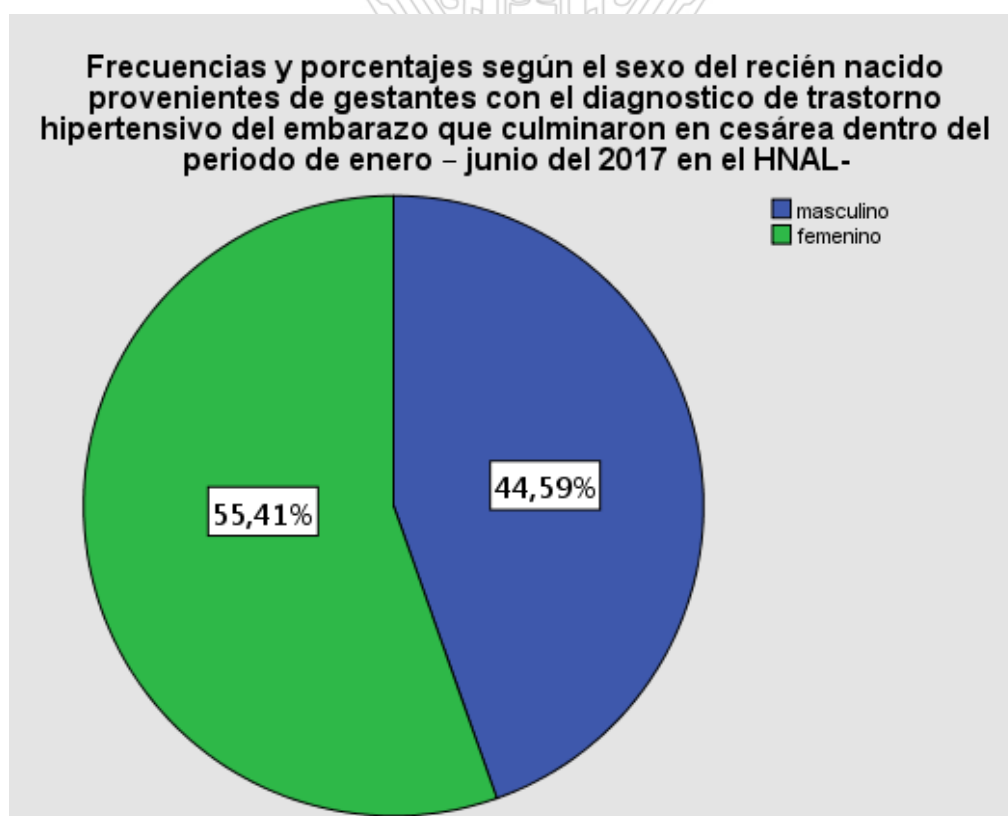


Figura N°6

Según la Tabla N°6 y el Figura N°6, se obtuvo que el 55,41% representaron a recién nacidos con sexo femenino, provenientes de gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del

embarazo (el cual incluye: preeclampsia, hipertensión gestacional, eclampsia, etc.) que terminaron en cesárea en el periodo de enero – junio del 2017 del HNAL.

Tabla N°7: Frecuencias y porcentajes de los puntajes de test de apgar al minuto 5, que obtuvieron los recién nacidos, provenientes de gestantes con el diagnostico de preeclampsia que terminaron en cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL.



Test de Apgar (A) al minuto 5		Enfermedad (E)				
		Preeclampsia sin criterios de severidad	Preeclampsia con criterios de severidad	Hipertensión gestacional	HTA crónica sobre agregada con preeclampsia	Eclampsia
Apgar5	N°	15	38	11	2	2
	A	20,8%	52,8%	15,3%	2,8%	2,8%
	E	100,0%	95,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	20,3%	51,4%	14,9%	2,7%	2,7%
1-3	N°	0	2	0	0	0
	A	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	E	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	% of Total	0,0%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	N°	15	40	11	2	2
	A	20,3%	54,1%	14,9%	2,7%	2,7%
	E	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	20,3%	54,1%	14,9%	2,7%	2,7%

Fuente: Datos obtenidos por el investigador
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Según la tabla N°7, el 2,7% del total de la población de estudio, representó el número de recién nacidos con depresión severa, provenientes de gestantes con preeclampsia con criterios de severidad que terminaron en cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL. Así mismo se obtuvo que el 95% de los recién nacidos, provenientes de gestantes con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad, representaron a recién nacidos normales. Mientras el 100% de los recién nacidos provenientes de gestantes con los diagnósticos de preeclampsia sin criterios de severidad, hipertensión gestacional, HTA crónica sobre agregada a preeclampsia y eclampsia que terminaron en cesárea, obtuvieron puntajes de apgar entre 7 – 10 al minuto 5.

Tabla N°8: Frecuencias y porcentajes de los pesos al nacer de le recién nacidos, provenientes de gestantes con el diagnostico de trastornos hipertensivos del embarazo que terminaron en cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL.

Pesos al nacer	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido
EMBP <1000	1	1,4	1,5
MBP 1500 - 2500 <	7	9,5	10,8
AP 2500 - 4000	54	73,0	83,1
M >4000	3	4,1	4,6
Total	65	87,8	100,0
Datos faltantes	9	12,2	
Total	74	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por el investigador. EMBP: Extremadamente muy bajo peso, MBP: muy bajo peso, AP: adecuado peso, M: macrosómico.

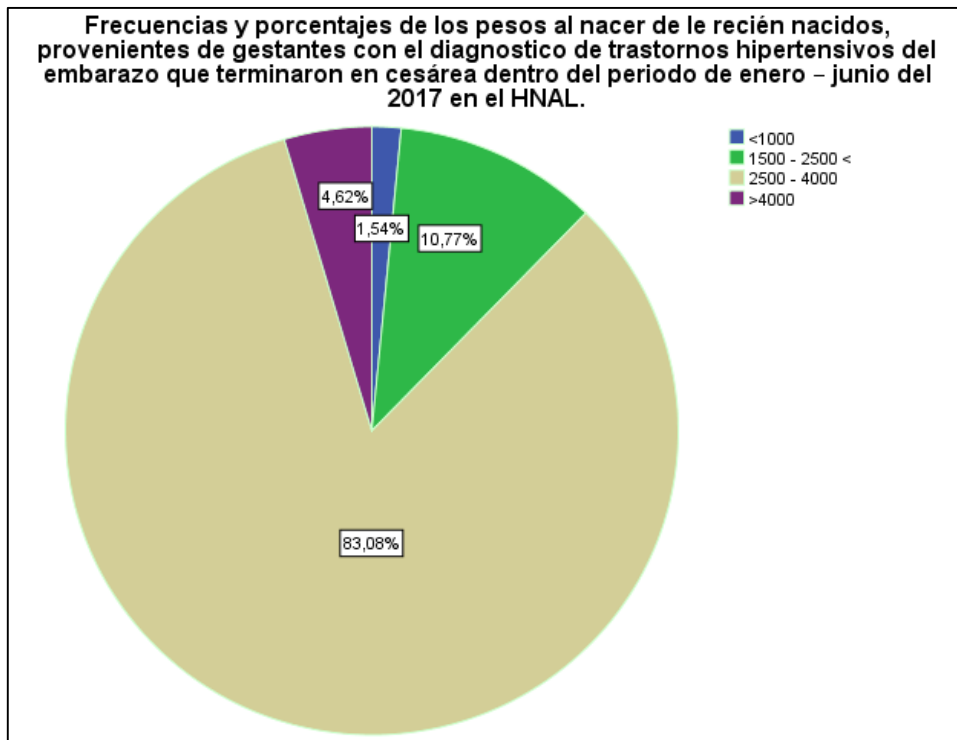


Figura N°7

Según la Tabla N°8, se obtuvo que el 83,1% de los recién nacidos, provenientes de gestantes con el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL, tuvieron un peso adecuado (2500 – 4000); además, hubo 1 caso de EMBP (1,5%), 7 casos de MBP (10,8%) y 3 casos de macrosomía (4,6). Teniendo en cuenta que hubo 9 casos, en el cual no estuvo registrado el peso en el libro de reportes de cesárea; estos casos incluían a 2 casos de óbito.

Tabla N°9 Frecuencia y porcentaje de cesárea debido a trastorno hipertensivo del embarazo en gestantes que terminaron en cesárea, según cada mes, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre el periodo de enero – junio 2017

Mes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
enero	23	31,1	31,1
febrero	6	8,1	39,2
marzo	9	12,2	51,4
abril	11	14,9	66,2
mayo	11	14,9	81,1
junio	14	18,9	100,0
Total	74	100,0	

Fuente: Datos obtenidos por el investigador

Frecuencia y porcentaje de cesárea debido a trastorno hipertensivo del embarazo en gestantes que terminaron en cesárea, según cada mes, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre el periodo de enero – junio 2017

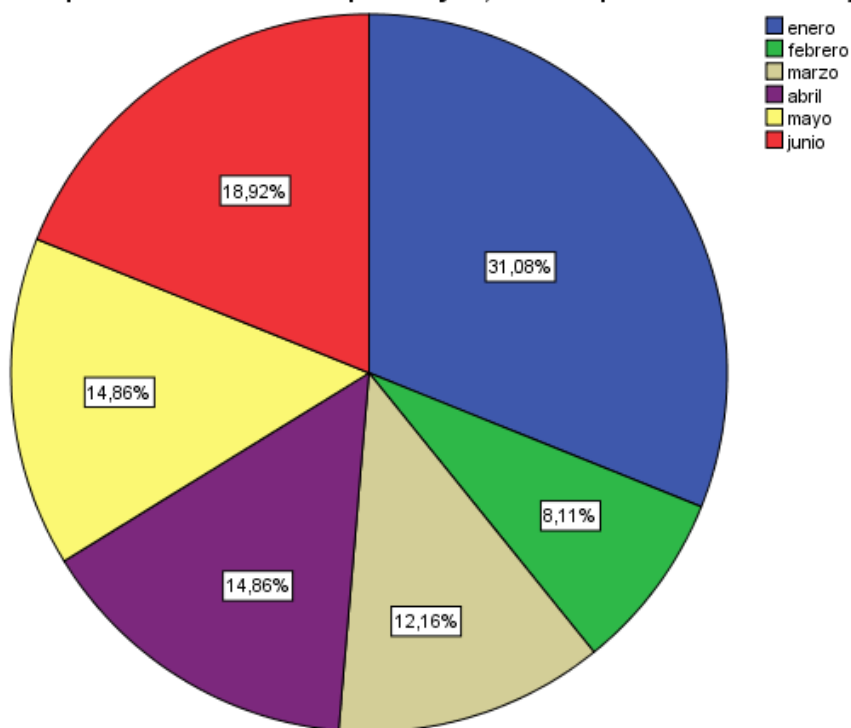


Figura N°8

Según la tabla N°9 y el Grafico N°8, en enero del 2017 se reportó que el 31,1% del total de la población en estudio, representaron a las gestantes con el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo que culminaron en cesárea en el periodo de enero - Junio del 2017 en el HNAL, y el 8,1% lo fue en febrero.

Frecuencia y porcentaje de cesárea debido a trastorno hipertensivo del embarazo en gestantes que terminaron en cesárea, según cada mes, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre el periodo de enero – junio 2017

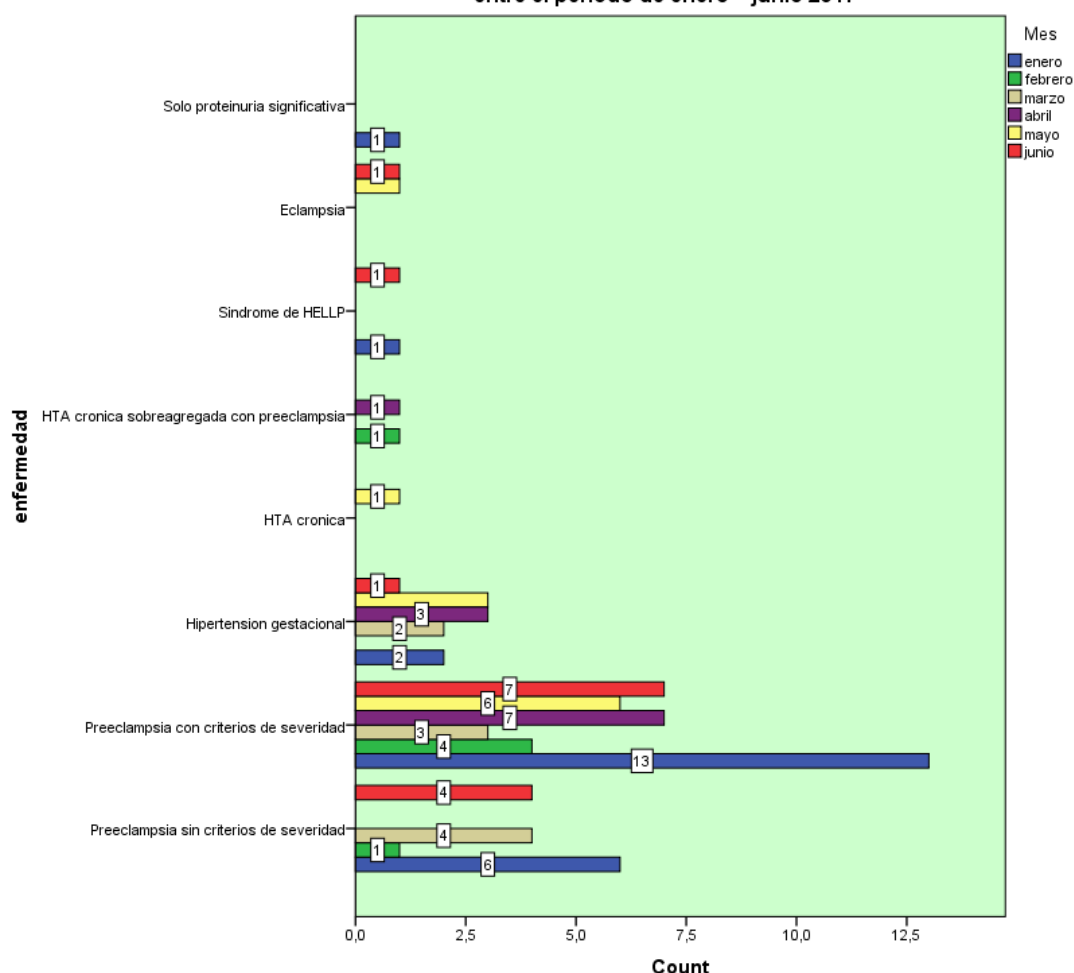


Figura N°9

Según la Figura N°9 enero fue el mes donde hubo más cesáreas, debido a gestantes que tuvieron el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, el cual incluye a la preeclampsia.

4. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima – Perú, en el cual se revisó 774 registros reporte operatorio de cesáreas, ejecutadas durante el periodo de enero – junio del 2017 en el servicio de obstetricia Materno Infantil. Se obtuvo que 59 reportes operatorios cumplían con los criterios de inclusión. De esta manera se obtuvo la prevalencia de

gestantes con el diagnóstico de preeclampsia que terminaron en cesárea, y fue de: 7,6% por cada 100 personas, para el periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL.

Del estudio de Gálvez L. (2014), donde se reportó que la preeclampsia fue indicación de cesárea en el 9%, en un periodo de enero – diciembre del 2013 en el Hospital San José del Callao, pero en el HNAL fue de 7,6%, aclarando que el estudio presente analizó reportes operatorios de enero - junio del 2017. (pp. 37 - 52)

Según lo que se encontró en los reportes operatorios de cesárea en el HNAL en el periodo de enero – junio del 2017, solo el 3,4% (2 casos de óbito) representan la muerte perinatal provocada por preeclampsia, según el reporte operatorio estudiado. Recalcando que no se hizo revisión de las historias clínicas, para buscar más muertes perinatales posterior a la cesárea.

Según la Tabla n°1 se obtuvieron que dentro de la población de estudio el tipo de preeclampsia con más frecuencia y porcentaje, fue la preeclampsia con criterios de severidad con 54,1% del total de la población estudiada. Esto corrobora lo afirmado por Guevara y Meza (2014, pp. 385 - 391) y Pacheco R (2017, pp. 199-206) de que la preeclampsia es una enfermedad dinámica y progresiva, a pesar de que la eclampsia solo representó el 2,7% (2 casos).

Se sabe que la edad materna avanzada (≥ 35 años) representa un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia; en nuestro estudio solo representaron el 31,1% en relación a la población de estudio con el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, dentro de esta patología que incluye preeclampsia sin signos de severidad conformaron el 33,3% dentro de la enfermedad. Por el otro lado las gestantes que tuvieron el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad y con más de 35 años fueron solo el 22,5% dentro de la enfermedad. Pero aun así existe tal relación, como describe Soto (2016, p. 14)

El aumento de la tasa de cesárea como lo describe Patiño G. (2011, pp. 4 - 6) o Vélez E. (2012, pp. 58 - 64), se debe también a que una gestante tenga antecedente de una cesárea anterior o previa. Nuestro estudio obtuvo que el 59,5% representó a las gestantes sin cesárea previa y 40,5% las que si tenían cesárea anterior.

La prematuridad o la muerte perinatal son complicaciones de la preeclampsia, tal cual como lo describe Pacheco R (2017, pp. 199-206). En nuestro estudio se evidenció tales complicaciones como la prematuridad, aunque solo fue representado por el 14,9%. El resto de los recién nacidos fueron a término. Otra complicación es en relación al peso del recién nacido, pero en nuestro estudio se encontró que 83.1% de los recién nacidos, provenientes de la población con el diagnostico de trastorno hipertensivo del embarazo que terminaron cesárea, tenían un adecuado peso al nacer y solo hubo 7 casos (10,8%) de Muy Bajo Peso (MBP), 1 caso (1,5%) de extremadamente muy bajo peso (EMBP) y 3 casos de macrosomia (4,6%).

5. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la preeclampsia en gestantes con el diagnostico de preeclampsia que terminaron en cesárea dentro del periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL fue de 7,6% por cada 100 personas, lo que podría decirse que 7 u 8 personas que se operaron por cesárea de cada 100 personas, fueron debido a preeclampsia.
2. La edad materna avanzada fue frecuente con el desarrollo de la preeclampsia, ya que represento el 31,1%, que es la tercera parte de las evaluadas.
3. El antecedente de cesárea previa en una gestante con el diagnostico de trastorno hipertensivo del embarazo, que incluye a la preeclampsia, fue frecuente ya que represento el 40,5% de las estudiadas.
4. El sexo femenino del recién nacido fue más frecuente que el masculino.

5. El adecuado peso al nacer del recién nacido fue más frecuente, ya que representó el 83,1% de la población estudiada. Así mismo fue menos frecuente la prematuridad, ya que represento solo el 14,9%.
6. Fue más frecuente los resultados de recién nacidos normales, por el test de Apgar a los 5 minutos, representando el 95% de todos los recién nacidos provenientes de gestantes con el diagnostico de trastorno hipertensivo que incluye la preeclampsia, que terminaron en cesárea, en el periodo de enero – junio del 2017 en el HNAL.
7. Enero del 2017, fue el mes con más cesáreas producto de preeclampsia u otro trastorno hipertensivo del embarazo; dentro del periodo de enero – junio del 2017.

6. RECOMENDACIONES

1. Realizar más estudios sobre la prevalencia o incidencia de la preeclampsia en gestantes que son sometidas a cesárea, para realizar estudios comparativos de diferentes hospitales.
2. Realizar estudios que abarque más población de estudio en relación al tema de investigación. Por ejemplo: aumentar el periodo del tiempo.
3. Hacer trabajos de investigación que incluyan historias clínicas y reportes operatorios de cesárea, para tener más información y evitar los datos ausentes.
4. Incentivar el uso de guías de práctica clínica sobre el tratamiento o manejo de preeclampsia, para evitar las complicaciones en el feto o la madre, y de esta manera reducir la mortalidad materna o perinatal.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez S. et al. (2016) Principales indicaciones de cesárea en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del callao durante el periodo julio del 2014 – julio del 2015. Lima, p. 22. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/475>
2. Cenetec (2017) Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención, Secretaría de Salud, 09/03/2017. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/S-020-08/ER.pdf>
3. Churchill D. et al. (2013) Intervetionist versus expectant care for severe preeclampsia between 24 and 34 weeks gestation. Published in Cochrane 26 july 2013. pp. 8 - 13 http://www.cochrane.org/CD003106/PREG_interventionist-versus-expectant-care-for-severe-pre-eclampsia-before-term
4. Cunningham et al. (2011). Williams obstetrics. 23th ed. EEUU Texas: Mc Graw Hill. pp. 761 – 748.
5. Echais J. (2004) Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapampa. Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; pp. 106 – 110. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50_n2/a05.htm
6. Erika T. (2011) Principales indicaciones de cesárea en primigestas adolescentes, Hospital San Juan de Lurigancho. Revista Peruana Obstétrica y Enfermería, pp. 128 - 133
7. Gálvez L. (2014) Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del callao, periodo enero – diciembre 2013. Lima, pp. 37 – 52. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3512>
8. Guevara R. y Meza L. (2014) Manejo de la Preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, pp. 385 – 391.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-

51322014000400015

9. Glenda N. (2016) Preeclampsia En Pacientes Adolescentes Embarazadas En La Maternidad Mariana De Jesús, Durante El Periodo 2014_ Universidad de Guayaquil. Ecuador, p. 3. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/20804>
10. Guía de práctica clínica (2014) Servicio de obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima – Perú
11. Gutierrez D. (2016) Exposición al semen paterno como factor de riesgo de preeclampsia en pacientes obstétricas del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero - marzo 2016, p. 29.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5190/Gutierrez_nd.pdf;jsessionid=63125D0438724DAFDB33A82580201AC6?sequence=1
12. Guzmán M. (2016) Perfil clínico y laboratorio de las pacientes gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante octubre 2014 – octubre 2015. Lima, p. 42.
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/525>
13. Heredia I. (2015) Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el hospital regional de Loreto de enero 2010 a diciembre 2014. Trujillo –Perú. pp 9 - 10
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1262>
14. Ludmir J. & La Rosa M. (2014). Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 60, pp. 373-378.
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/161/143>
15. Lapidus A. Lopez N. y col. (2017) “Estados hipertensivos y embarazo” .Consenso de

Obstetricia-FASGO, p. 1.

http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf

16. Minassian C. et al. (2013) Acute maternal infection and risk of preeclampsia: a population-based case control study. p. 2.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24019891>

17. MINSA (2013). La mortalidad materna en el Perú 2002 – 2011 Disponible en:

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>

18. MINSA (2016). Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015. Disponible en:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf

19. Moodley J, (2008) Maternal deaths due to hypertensive disorders in pregnancy. Best practres Clin Obstet Gynaecol; 22:559-567.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18282811>

20. Morales C. (2013). Prevalencia en adolescentes y protocolo para prevención. Guayaquil – Ecuador, pp. 15 - 17).

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1852/1/TESIS%20DE%20GLADYS%20MORALES%20PDF.pdf>

21. Morales R. (Abril, 2011) Factores de riesgo asociados a preclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril – Junio del 2010. Revista Peruana de Epidemiologia, vol. 15, núm. 2, p. 2

22. Nakimuli A. et al (junio, 2014) Pregnancy, parturition and preeclampsia in women of African ancestry. American Journal of Obstetrics and Gynecology. pp. 510 – 520.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046649/>

23. Nápoles M. (abril, 2016) Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013&lng=es.

24. OMS (2014). Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138405/1/9789243548333_spa.pdf?ua=1&ua=1

25. OMS (2016). Nota descriptiva, setiembre Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

26. Pantoja D. (2016) “Eficacia del parto por cesárea comparado con parto vaginal en gestantes con preeclampsia severa según complicaciones maternas y neonatales “. Trujillo. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2066>

27. Patiño G. (2011) Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes, pp. 4 – 6. http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf

28. Pacheco R. et al. (2014). Repercusión de la preeclampsia/eclampsia en la mujer peruana y su perinato.2000-2006. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia. 60(4), pp. 279-290. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400003&script=sci_arttext

29. Pacheco R. (2017) Introducción al Simposio de preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y obstetricia; 63(2): pp. 199-206. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000200007&lng=es

30. Pinedo A. Orderique L. (2001) Complicaciones materno perinatales de la preeclampsia-eclampsia. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, pp. 41-46.

<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/viewFile/473/440>

31. Quiroga M. y Diaz K. (2014) Genética y preeclampsia. Simposio. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, pp. 345 – 348.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a10v60n4.pdf>
32. Roberts J. et al. (noviembre 1, 2013). Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Enero 5, 2018, de American College of Obstetricians and Gynecologists. pp 1122 – 1131. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=24150027>
33. Stanton C, et al (2008) Recommendations for Routine Reporting on Indications for Cesarean Delivery in Developing Countries. pp. 204-21.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18844646>
34. Soto M. Luis. (2016) Factores de riesgo de preeclampsia en mujeres de 16 – 20 años atendidas en consultorio externo del Hospital Nacional Hipólito Unanue agosto – noviembre del 2015, p. 14. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/553>
35. Suarez G. et al. (2014). Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 40(4), pp. 368-377.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000400003&lng=es&tlng=es.
36. Vélez E. et al. (2012) Incidencia, indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el hospital de Ginecopediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora. pp. 58 – 64. <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2012/bis122d.pdf>