



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
Escuela de Postgrado**

Tesis:

**FACTORES DE RIESGO MATERNO Y SU RELACIÓN CON
EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES
ATENDIDAS ENTRE, MAYO 2014 – DICIEMBRE 2015 EN
EL HOSPITAL ALBERTO BARTON THOMPSON- CALLAO,**

Para optar el grado académico de:

MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

Presentada por:

PEREZ PANTA, Melissa Giannina

RODRÍGUEZ QUIROZ, Fiorella Lisbeth

Lima – Perú
2018

Tesis

**FACTORES DE RIESGO MATERNO Y SU RELACIÓN CON
EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES
ATENDIDAS ENTRE, MAYO 2014 – DICIEMBRE 2015 EN
EL HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON
THOMPSON CALLAO.**

Asesor

Mg. Alexis García Domínguez

Dedicatoria

Con todo cariño a nuestro creador, quien nos ha bendecido con una hermosa familia, amistades únicas y con la satisfacción de desempeñar una de las labores más nobles en esta vida.

Melissa Pérez - Fiorella Rodríguez.

Agradecimientos

Al finalizar la elaboración de la presente Tesis de Maestría, un trabajo de investigación tan arduo y laborioso, es importante para nosotras reconocer que este trabajo no hubiese podido ser posible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado su desarrollo.

Nuestro agradecimiento en primer lugar a la Institución educativa Universidad Norbert Wiener, al permitirnos ser parte de la misma.

Un agradecimiento muy especial al Mg: Alexis García Domínguez por su constante preocupación y asesoramiento, así como su guía personalizada en el desarrollo de esta tesis.

De la misma manera un agradecimiento al Dr. Dante, Director del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson, nuestro centro laboral; por haber aceptado que se ejecute nuestra tesis en este prestigioso Hospital.

Declaratoria de autenticidad

Quienes suscribimos, Melissa Perez y Fiorella Rodríguez identificadas con DNIS N° 40230315 y 32962383, declaramos que la presente Tesis: FACTORES DE RIESGO MATERNO Y SU RELACIÓN CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS ENTRE, MAYO 2014 – DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON LOCALIZADO EN EL CALLAO- PERU, ha sido íntegramente elaborado por nosotras y no existe plagio de ninguna naturaleza.

Asimismo, los resultados presentados son reales, obtenidos de fuentes primarias y confiables

En caso de incumplimiento de esta declaración, nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad Norbert Wiener.

Lima, 07 de Mayo del 2018

Melissa Giannina, Perez
Panta DNI N°. 40230315

Fiorella Lisbeth, Rodríguez Quiroz
DNI N°. 32962383

Índice general

	Página
Caratula.....	i
Hoja de presentación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
Índice general.....	vi
Índice de tablas	ix
Índice de gráficos	xiv
Resumen.....	xviii
Abstract.....	xx
Introducción.....	- 17 -
Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	19
1.2 Identificación y Formulación del problema	22
1.2.1 Problema general.....	22
1.2.2 Problemas Específicos.....	22
1.3 Objetivos de la investigación	23
1.3.1 Objetivo general:	23
1.3.2 Objetivos específicos:	23
1.4 Justificación de la Investigación	23
1.5 Limitaciones de la Investigación	24
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	26
2.1 Antecedentes de la investigación	26
2.1.1 Antecedentes internacionales	26
2.1.2 Antecedentes nacionales:	28
2.2 Bases Legales:.....	32
2.2.1 Normas nacionales:.....	32

2.2.2	Normas Internacionales:	34
2.3	Bases teóricas:.....	34
2.3.1	Riesgo	34
2.3.2	Factores de riesgo.....	35
2.3.3	Factores de riesgo maternos	36
2.3.4	Manejo de Clave Azul.....	38
2.3.3	ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO.....	42
2.4	Formulación de Hipótesis:	49
2.4.1	Hipótesis general:.....	49
2.4.2	Hipótesis específicos:.....	49
2.5	Variables del estudio	50
2.5.1	Identificación de variables:	50
2.5.1	Operacionalización de variables:.....	50
2.5	Definición de términos básicos: (16-22)	55
Capítulo III: METODOLOGIA		57
3.1	Tipo y nivel de la Investigación.....	57
3.2	Diseño de la investigación.....	58
3.3	Población y Muestra.....	59
3.4	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	60
3.4.1	Descripción de Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	60
3.4.2	Validación de Instrumento	61
3.5	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	64
Capítulo IV: PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....		66
4.1	Procesamiento de datos: resultados	67
4.2	Prueba de hipótesis:.....	128
4.3	Discusión de resultados:	137
Capítulo IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		139

CONCLUSIONES	140
RECOMENDACIONES	143
4.3 Discusión de resultados:	145
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
ANEXOS	153
ANEXO:1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	145
ANEXO:2 - INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	148
ANEXO 3: CODIFICACION DE VARIABLES COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD	151
ANEXO 4: CODIFICACION DE LA BASE DE DATOS.....	151

Índice de tablas

Tabla 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.....	50
Tabla 2: Lista de expertos que certificaron la validez del contenido del instrumento de recolección de datos	60
Tabla 3: Estadísticos de fiabilidad	62
Tabla 4 - Perfil comparativo normal (Factores de riesgo maternos & Manejo de Clave Azul)	64
Tabla 5 - R de Pearson (Aplicación del programa “previniendo incendios” & Competencias profesionales)	64
Tabla 6 GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN EDAD (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015).....	67
Tabla 7: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	69
Tabla 8: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN ESTADO CIVIL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015).....	71
Tabla 9: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN OCUPACIÓN (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015).....	73
Tabla 10: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015).....	75
Tabla 11: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN GRADO DE PARIDAD (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015).....	77

Tabla 12: NUMERO DE ABORTOS PREVIO AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	79
Tabla 13: NÚMERO DE CONTROLES PRE NATALES EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	81
Tabla 14: EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL PRENATAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	83
Tabla 15: PERIODO INTERGENÉSICO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	85
Tabla 16: ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREVIO A LA GESTACIÓN EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	87
Tabla 17: EMBARAZO PREVIO CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	89
Tabla 18: EMBARAZO PREVIO CON DIABETES MELLITUS EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	91
Tabla 19: HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	93
Tabla 20: RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO ASOCIADO AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	95

Tabla 21: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015).....	97
Tabla 22: NÚMERO DE FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015) 99	99
Tabla 23: ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	101
Tabla 24: TIPO DE PARTO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014• DICIEMBRE 2015).....	103
Tabla 25: NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	105
Tabla 26: COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015).....	107
Tabla 27: OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015).....	109
Tabla 28: COMPLICACIONES MATERNAS HELLP EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	111
Tabla 29: NÚMERO DE COMPLICACIONES FETALES O NEONATALES DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO	

DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	114
Tabla 30: APGAR AL NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS DE GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	116
Tabla 31: PESO AL MOMENTO DE NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	118
Tabla 32: EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015).....	120
Tabla 33: RELACIÓN DE EDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	122
Tabla 34: RELACIÓN ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO E INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	124
Tabla 35: RELACIÓN ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO Y OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015).....	126
Tabla 36: Resumen de correlación de Ch2 (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos & Manejo de Clave Azul)	129
Tabla 37: Medidas simétricas de correlación (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos & Manejo de Clave Azul)	129

Tabla 38: Resumen de correlación de Ch2 (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos preconceptionales & Manejo de Clave Azul)	132
Tabla 39: Medidas simétricas de correlación (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos preconceptionales & Manejo de Clave Azul)	132
Tabla 40: Resumen de correlación de Ch2 (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos asociados al embarazo & Manejo de Clave Azul). .	135
Tabla 41: Medidas simétricas de correlación (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos asociados al embarazo & Manejo de Clave Azul). .	135

Índice de gráficos

Gráfico 1: Flujogramas -manejo de pre eclampsia	40
Gráfico 2: Flujogramas -manejo de pre eclampsia	41
Gráfico 3: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN EDAD (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	68
Gráfico 4: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	70
Gráfico 5: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN ESTADO CIVIL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015).....	72
Gráfico 6: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN OCUPACIÓN (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	74
Gráfico 7: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	76
Gráfico 8: GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN GRADO DE PARIDAD (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015).....	78
Gráfico 9: NUMERO DE ABORTOS PREVIO AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	80
Gráfico 10: NÚMERO DE CONTROLES PRE NATALES EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	82

Gráfico 11: EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL PRENATAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	84
Gráfico 12: PERIODO INTERGENÉSICO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	86
Gráfico 13: ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREVIO A LA GESTACIÓN EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	88
Gráfico 14: EMBARAZO PREVIO CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	90
Gráfico 15: EMBARAZO PREVIO CON DIABETES MELLITUS EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	92
Gráfico 16: HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	94
Gráfico 17: RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO ASOCIADO AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015).....	96
Gráfico 18: INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	98

Gráfico 19: NÚMERO DE FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	100
Gráfico 20: ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	102
Gráfico 21: TIPO DE PARTO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	104
Gráfico 22: NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUES DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015).....	106
Gráfico 23: COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	108
Gráfico 24: OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	110
Gráfico 25: COMPLICACIONES MATERNAS HELLP EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	113
Gráfico 26: NÚMERO DE COMPLICACIONES FETALES O NEONATALES DURANTE O DESPUES DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	115

Gráfico 27: APGAR AL NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS DE GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	117
Gráfico 28: PESO AL MOMENTO DE NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS DE GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)	119
Gráfico 29: EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	121
Gráfico 30: RELACIÓN DE EDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	123
Gráfico 31: RELACIÓN ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO E INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	125
Gráfico 32: RELACIÓN ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO Y OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)	127
Gráfico 33: Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos & Manejo de Clave Azul.	130
Gráfico 34: Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos preconcepcionales & Manejo de Clave Azul.....	133
Gráfico 35: Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos asociados al embarazo & Manejo de Clave Azul)	136

Resumen

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado los Estados Hipertensivos del Embarazo (EHE) como un problema de Salud Pública, por su alta morbimortalidad materna y perinatal. La presente tesis contribuirá en generar un Modelo de Atención con un enfoque preventivo en beneficio de nuestras gestantes; a través del diagnóstico temprano con la identificación y manejo multidisciplinario de los factores de riesgo desde el nivel primario (Centro Atención Primaria—Policlínico Barton); hasta el nivel secundario (Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson), a través de la aplicación de la Guía de Práctica Clínica: Clave Azul; el objetivo principal de nuestra tesis fue determinar los factores de riesgo maternos que se relacionan con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas entre MAYO 2014- Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson- Callao.

Los datos se obtuvieron de las historias clínica digitales, en el área de Ginecoobstetricia del Hospital, previa autorización en una población Censal, donde se aplicó un formulario que midió las variables en estudio. La base de datos obtenida se analizó en el programa SPSS 18.0, cuyos resultados fueron de análisis estadístico en una investigación de tipo aplicada y de nivel correlacional. El diseño empleado fue tipo no experimental, con una población censal de 115 gestantes, cuya Unidad Básica de estudio fue una gestante atendida en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON que recibió manejo de Clave Azul, desde MAYO 2014 a Diciembre 2015.

Los resultados obtenidos muestran que los factores de riesgo maternos se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde Mayo 2014 a – Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao, como se aprecia del resultado de la aplicación del estadístico de prueba R de Chi² el resultado de correlación, con un índice de, un índice de 0,972, con un índice de libertad de 0,028 ptos, es decir a mayor valor de chi², menor valor de p (relación inversa). Se concluye que los factores de riesgo

maternos se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON lo cual refleja la realidad epidemiología a nivel local.

Palabras Claves:

Factores de riesgo, clave azul, estados hipertensivos.

Abstract

The World Health Organization (WHO) has considered the Hypertensive Pregnancy States (EHE) as a Public Health problem, due to its high maternal and perinatal morbidity and mortality. This thesis will contribute to generate a Model of Care with a preventive approach for the benefit of our pregnant women; Through the early diagnosis with the identification and multidisciplinary management of the risk factors from the primary level (Centro Atención Primaria-Policlínico Barton); To the secondary level (Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson), through the application of the Guide of Clinical Practice: Blue Key; The main objective of our thesis was to determine the maternal risk factors that are related to the management of Clave Azul in pregnant women attended between MAY 2014 - December 2015 at the Alberto Leopoldo Barton Thompson-Callao Hospital.

The data were obtained from the digital clinical records, in the Gynecological Obstetrics area of the Hospital, after authorization in a Censal population, where a form was applied that measured the variables under study. The obtained database was analyzed in the program SPSS 18.0, whose results were of statistical analysis in an investigation of applied type and correlational level. The design used was non-experimental, with a census population of 115 pregnant women, whose Basic Unit of study was a pregnant woman attended at the Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON who received management of Clave Azul, from MAY 2014 to December 2015.

The results obtained show that maternal risk factors are significantly related to the management of Blue Code in pregnant women attended from MAY 2014 to December-December at the Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao, as shown by the results of the application of the test statistic R Of Chi² the correlation result, with an index of 0,972, and a freedom index of - 0.028 points, that is to say Greater value of chi², smaller value of p (inverse relation). It is concluded that maternal risk factors are significantly related to the management of Blue Claw in pregnant women treated at the Hospital ALBERTO

LEOPOLDO BARTON THOMPSON which reflects reality epidemiology at the local level.

Keywords:

Risk factors, blue key, hypertensive states.

Introducción

En América Latina la Razón de Mortalidad Materna es de 74.3 por cien mil nacidos vivos y en el Perú según ENDES (2010) es de 93 por cien mil nacidos vivos. (4) (6).

En el año 2015 la Red Nacional de Epidemiología (RENACE)-Ministerio de Salud (MINSA) registró 58 muertes maternas en Lima, de un total de 411, lo que representa una reducción del 10% en relación al 2010. (457 a 411)

Dentro de las patologías más frecuentes, los Estados Hipertensivos del Embarazo (EHE) representan la primera causa de mortalidad materno perinatal, complicando el: 2 -10% de todos los embarazos a nivel mundial (7)

En el Perú, los EHE representan para MINSA y Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD) la segunda y primera causa de muerte materna directa respectivamente, es por ello que en el año 2006 se aplicó el manejo de Clave Azul en los EHE lo que disminuyó la Mortalidad Perinatal por EHE (9)

La investigación titulada: Factores de riesgo materno y su relación con el Manejo de Clave azul en gestantes atendidas entre, MAYO 2014 – Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , se planteó ante la necesidad de generar un Modelo de Atención con un enfoque preventivo en beneficio de nuestras gestantes; en los diferentes niveles de atención.

El proceso de recolección de la Información se dió a través de la búsqueda bibliográfica física y virtual en investigaciones de distintas Universidades y Hospitales de nuestro medio y extranjeros, así como la revisión bibliográfica en instituciones como: MINSA.

Se elaboró una ficha de recolección de datos, instrumento validado a través de Juicio de Expertos con Índice de Confiabilidad de 0.98%., la Confidencialidad del estudio se dio a través de la Autorización brindada por Comité de Etica e Investigación del hospital, instrumento que se empleó en las gestantes que

Manejo de Clave Azul en el periodo MAYO 2014 – Diciembre 2015.

Finalmente se obtuvo que los factores de riesgo maternos se relacionan significativamente con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos:

En el Capítulo I se aborda la Realidad Problemática acerca de los factores de riesgo asociados al Embarazo en gestantes que recibieron Manejo de Clave Azul, asimismo los objetivos, justificación y limitaciones de la misma.

En el Capítulo II se abordan los aspectos teóricos relacionados a los factores de riesgo materno y su relación con los diferentes Estados Hipertensivos en el Embarazo, bases legales nacionales e internacionales, hipótesis, operacionalización de variables e indicadores y definición de términos básicos.

En el Capítulo III se plantea una investigación tipo aplicada, nivel correlacional y diseño no experimental, con una población censal de 115 gestantes,

En el Capítulo IV se ofrece la discusión e interpretación de los resultados y finalmente, las conclusiones y recomendaciones de esta tesis en el Capítulo V

A continuación, los detalles de la investigación y nuestros resultados se presentan de forma organizada y sistemática siguiendo los lineamientos de la Escuela de Postgrado de la Universidad Privada Norbert Wiener.

Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.

La salud es una realidad que siempre ha preocupado al ser humano, concepto que ha ido variando a lo largo del devenir histórico de la humanidad, el concepto "salud" como señala Lydia Feito, es un concepto múltiple, (porque permite distintas visiones del mismo, ya sean grupales o individuales), relativo (porque dependerá de la situación, tiempo y circunstancias de quien lo defina y para quien lo aplique), complejo (porque implica multitud de factores, algunos de los cuales serán esenciales o no dependiendo del punto de vista que se adopte), dinámico (porque es cambiante y admite grados) y abierto (porque debe ser modificable para acoger los cambios que la sociedad imponga a su concepción)"

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Nueva York el 22 de julio de 1946, en su Carta Constitucional o Carta Magna firmada por 61 Estados, definió en su preámbulo a la salud, como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia, al que tiene derecho toda persona sin distinción de raza, credo." (37)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona en su informe "que, a comienzos del nuevo milenio, los líderes mundiales de la Naciones Unidas se reunieron para combatir la pobreza en múltiples dimensiones,

visión traducida en 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre ellos; reducir en un 75% la Razón de Mortalidad Materna (RMM) para 2015 y lograr el acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5). Esto continuó siendo el marco de desarrollo predominante para el mundo en el curso de los últimos 15 años” (1,2)

Como vemos el planteamiento de los ODM reflejan el interés de nuestros líderes de combatir la pobreza a nivel mundial a través de indicadores como la RMM.

La OMS sobre la Salud Materna indica “que la mortalidad materna mundial se ha reducido en 44% entre 1990 y 2015; sin embargo cada día mueren 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, de las cuales 99% corresponde a países en desarrollo, más de la mitad ocurrieron en África Subsahariana, siendo la RMM en países en desarrollo durante el año 2015 de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de 12(OMS, Noviembre 2015); la meta de la Agenda de Desarrollo Sostenible fué reducir la RMM a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030”. (3)

Según lo establecido por la OMS, se ha dado una reducción importante de los indicadores; sin embargo, en países en vías de desarrollo debemos poner Mayor énfasis en el manejo de causas prevenibles.

En América Latina la RMM es de 74.3 por cien mil nacidos vivos, en el Perú ha ido disminuyendo, es así que ENDES 2010 refiere que la RMM de 185 para el 2000, se redujo a la cifra de 93 por cien mil nacidos vivos. (4) (6) De acuerdo a lo planteado en nuestro país, la RMM persiste aun alta en comparación a estadísticas mundiales.

Según el informe de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE)- MINSA (2015) “se registró 58 muertes maternas en Lima, de un total de 415 para el año 2015, seguido por los departamentos de Piura, Cajamarca, La Libertad, Loreto y Puno. De igual manera “mencionó que el grupo etario de

gestantes de 25-29 años representó el 20.8 % de muertes maternas registradas”. (5) De acuerdo a lo planteado 6 departamentos reunieron alrededor de la mitad de los decesos relacionados con el embarazo, parto y puerperio registrados para el 2015.

La OMS ha considerado los Estados Hipertensivos del Embarazo (EHE) como un problema de Salud Pública, por su alta Morbimortalidad materna y perinatal, estados que afectaron entre el 2 – 10 % de todos los embarazos, a nivel mundial y constituyen la primera causa de mortalidad materno perinatal. (7)

Para el año 2012, las causas de muertes directas registradas por el Ministerio de Salud fueron: Hemorragias (40.2%), Transtornos Hipertensivos (32%), Aborto (17.5%), Infecciones durante el Puerperio (4.1%) (4) (8) Los datos planteados consideraron los EHE como una de las principales causas de Morbimortalidad Materna Perinatal. En el Perú los EHE, son la segunda causa de mortalidad materna, siendo la primera causa en ESSALUD.

El costo social de EHE y sus complicaciones, es muy alto por la elevada mortalidad y morbilidad materna y perinatal lo que significa inversión de recursos económicos, humanos, de infraestructura, etc. en el manejo de esta patología y lo más importante la desintegración familiar en nuestra sociedad.

El Hospital” Alberto Leopoldo Barton Thompson”, de nivel hospitalario II -2, perteneciente a la RED SABOGAL de ESSALUD DISA I Callao; con una población adscrita de 3 ‘000, 000 habitantes cuya población femenina es de 1 ‘048, 092 (50,2%); se observó que la Mayoría está en periodo reproductivo (50.5%), siendo los EHE una de las patologías más frecuentes que conllevan al Manejo de Clave Azul. (8, 9, 10). Según los datos investigados los EHE, representan la primera de causa de morbilidad materna y mortalidad perinatal en nuestro establecimiento.

La implementación de la Clave Azul se constituyó como una estrategia en el manejo de EHE desde el año 2006, desde entonces se ha dado una disminución de la letalidad en un 50% de 2 a 1 por mil casos, mientras que la Mortalidad Perinatal por EHE ha disminuido de 31.5 a 19.9 por mil nacidos vivos. (9)

Nuestra continua preocupación por elevar la calidad y garantizar la atención oportuna y adecuada a la población gestante atendida en nuestra institución, en el afán de obtener estrategias en la detección y manejo oportuno de los EHE nos ha motivado a plantear este estudio de investigación y conocer la realidad de la población gestante que se atendió en el hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson.

De acuerdo a los datos investigados es que se planteó la siguiente investigación: Factores de riesgo materno y su relación con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas entre, MAYO 2014 –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson . Callao.

1.2 Identificación y formulación del problema

1.2.1 Problema general.

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos que se relacionan con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas entre mayo 2014 a Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson, Callao?

1.2.2 Problemas específicos.

* ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos pre-concepcionales que se relacionan con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde mayo 2014 a Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson, Callao?

- * ¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados al embarazo que se relacionan con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde mayo 2014 a Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson, Callao?

1.3 Objetivos de la investigación:

1.3.1 Objetivo general:

Determinar los factores de riesgo maternos que se relacionan con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas entre mayo 2014 a Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson, Callao.

1.3.2 Objetivos específicos:

- * Identificar los factores de riesgo maternos pre concepcionales que se relacionan con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde mayo 2014 a Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , Callao.
- * Identificar los factores de riesgo maternos asociados al embarazo que se relacionan con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde mayo 2014 a Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Barton Thompson, Callao.

1.4 Justificación de la Investigación:

De acuerdo a los informes de la OMS, los Estados Hipertensivos en el Embarazo, son considerados un problema de Salud Pública, por su alta morbimortalidad materna perinatal. (9),

Los Estados Hipertensivos del Embarazo son una patología asociada al embarazo de prevalencia sostenida, la cual, a pesar de los grandes esfuerzos para su control, su pronóstico es susceptible de modularse (11)

De acuerdo a lo planteado la presente Tesis contribuirá en generar un

Modelo de Atención con un enfoque preventivo en beneficio de nuestras gestantes atendidas; a través del diagnóstico temprano con la identificación y manejo multidisciplinario de los factores de riesgo desde el nivel primario (Centro Atención Primaria—Policlínico Barton); hasta el nivel secundario (Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson), con la aplicación del tratamiento oportuno para disminuir y evitar complicaciones y muerte por Enfermedad Hipertensiva del Embarazo a través de la aplicación de la guía Clave Azul: “Enfermedad Hipertensiva del Embarazo” Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencias.

Asimismo, los resultados del estudio ayudarán a crear una mayor conciencia y la generación de un pensamiento crítico para los profesionales que se encuentran en contacto directo con la población materna en riesgo.

1.5 Limitaciones de la Investigación:

Durante los procesos de recolección de datos y recopilación de la información de los primeros tres meses, algunos datos estuvieron incompletos; siendo necesaria la revisión personalizada de cada historia clínica materna y fetal, hecho que necesitó mayor tiempo para la corroboración de información.

En el estudio se encontraron registro de datos incompletos, datos errados con respecto a la información brindada por el usuario y registrada en la historia clínica digital, para ello se verificó y se realizó el seguimiento a las usuarias atendidas corroborando y detectando datos faltantes a través de comunicaciones telefónicas y visitas domiciliarias.

Durante el proceso de investigación se presentaron dificultades en cuanto al tiempo para el proceso de planteamiento; el cual se logró superar a través de coordinaciones con nuestra Institución educativa y la asignación de docentes especializados en el tema de investigación.

La investigación se limitó al estudio de factores preconceptionales y

asociados al embarazo en gestantes que tuvieron Manejo de Clave Azul, con excepción de los siguientes factores: exposición limitada al esperma, varón que tuvo pareja anterior con Hipertensión Inducida por el Embarazo, Gestación con Donación de Ovocitos, Hipertensión Crónica y/ o Enfermedad Renal, Anomalías Congénitas estructurales, Anomalías cromosómicas, Hidropesía fetal, Enfermedad del Trofoblasto; debido a la falta de datos registrados y la limitada capacidad resolutoria de la Institución. (Nivel II- 1) pero se aceptó y no se discutió otras.

Los gastos utilizados en nuestra investigación excedieron el presupuesto del proyecto de Investigación; para ello los investigadores aportaron lo necesario a través de recursos propios.

Se utilizó método Vancouver en la redacción bibliográfica, de acuerdo a la normativa de la Universidad en Investigaciones de áreas médicas.

Capítulo II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación:

2.1.1 Antecedentes internacionales:

Vinueza Aguay Henry, en la tesis para optar el grado de Especialidad en Gineco Obstetricia titulada **Prevalencia de Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Factores epidemiológicos asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, Enero —Junio 2012, Cuenca – Ecuador 2013** tuvo como objetivo: Determinar la prevalencia de los Transtornos Hipertensivos del Embarazo y su asociación con edad menor de 19, Mayor a 34 años, obesidad, nuliparidad, periodo intergenésico largo, antecedentes personales y/o familiares de hipertensión arterial crónica o preeclampsia; estudio transversal en 940 mujeres. Se halló que el trastorno hipertensivo se presentó en el 13.8%, la prevalencia fue Mayor entre gestantes de 20 a 34 años. La vía de terminación fue Cesárea (61%), los factores asociados fueron: antecedente familiar y/o personal de hipertensión crónica, síndrome antifosfolípídico, cambio de pareja, periodo intergenésico largo, edad Mayor de 34 años, sobrepeso con una prevalencia 1.63 (IC 95%:1.10 – 2.40) con un valor de p de 0.017., nuliparidad y obesidad con una prevalencia 1.89 (IC 95%:1.27- 2.78) con un valor de p de 0.003. (12)

Los investigadores Garcés Hernández, Yuniel Clavel y Bandera Eduardo, en el estudio titulado **Factores de Riesgo y condiciones perinatales de la Preeclampsia- Eclampsia durante el primer trimestre 2013 en el Hospital de Zaya- España (Tesis de Especialidad)**, tuvieron como objetivo, describir los factores de riesgo más frecuentes en las gestantes que desarrollaron pre- eclampsia - eclampsia y su repercusión en las condiciones perinatales, estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, en 20 pacientes, seleccionadas por muestreo aleatorio simple, en donde, el 50% de los casos presentaron pre-eclampsia agravada, con un 80% en edades 18-25 años. El 60% de las nulíparas presentaron preeclampsia agravada, se concluyó que la existencia de factores de riesgo estimuló la aparición de un número mayor de condiciones perinatales desfavorables. (13)

González Ruiz Gisela Esther, Reyes, Dorian Luz Ángela Camacho Rodríguez, cls, en el artículo de investigación **Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en mujeres atendidas en una entidad de salud de Santa Marta-Colombia 2013**, tuvieron como objetivo Identificar los factores de riesgos que determinan la aparición de los trastornos hipertensivos, en gestantes atendidas en una entidad de salud de Santa Marta, Colombia estudio descriptivo, cuantitativo retrospectivo, en 51 gestantes que presentaron trastornos hipertensivos. Se halló que la prevalencia por edad se ubicó entre 26 a 34 años (54.8%), los factores de riesgo fueron: bajo peso (45.0%), no control prenatal (11,8%), multiparidad (56.9%), nivel socioeconómico medio-alto (45%), antecedentes familiares (39.2%), infecciones urinarias (83.3%) y consumo de alcohol (58.8%). Se concluyó que el consumo de alcohol, multiparidad y antecedentes familiares, ocuparon un lugar importante; mientras la asistencia a controles prenatales, no evitó la aparición del trastorno hipertensivo. (14)

Este trabajo consideró factores de riesgo en relación Estados Hipertensivos asociados al Embarazo (Preeclampsia- Eclampsia) muy similares a los que se consideró en la presente tesis.

Diago Caballero Diego, Vila Vaillant Flora, Msc. Ramos Guilarte Elsy. Garcia Valdés Roberto, en la Investigación **Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo en el Hospital Docente Materno Infantil 10 de octubre. La Habana, Cuba 2010**, tuvieron como objetivo identificar los factores de riesgo de las embarazadas con hipertensión inducida por el embarazo, investigación retrospectiva, transversal, de 40 pacientes, analizaron tipo de hipertensión, edad, paridad, antecedentes patológicos familiares de hipertensión, preeclampsia previa, enfermedad renal, embarazo gemelar, más del 50 % tenían factores de riesgo, los antecedentes patológicos familiares y la obesidad ocuparon los primeros lugares. Concluyeron Insistir en la identificación de factores de riesgo que conlleven a desencadenar esta enfermedad. (15)

2.1.2 Antecedentes nacionales:

Bravo Espinoza Cristina Maria, en la tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia titulada **Factores predictores de preeclampsia 2014** tuvo como objetivo determinar los factores predictores para el desarrollo de preeclampsia, estudio observacional, analítico de casos y controles con una población constituida por 135 casos y 135 controles de gestantes atendidas en el Hospital Sergio Bernales año 2012, obtuvo como resultado que el perfil sociodemográfico de los 270 pacientes con y sin preeclampsia fueron de edad promedio 27.5 ± 7.5 años, siendo la Mayoría entre los 19 a 34 años (65.6%). El 75.2% de las pacientes eran convivientes con educación secundaria (54.8%). Se observó que la nuliparidad se relaciona con la presencia de preeclampsia ($p < 0.001$, $OR=2.78$ (2.32 – 3.32) y consumo de sustancias nocivas $p=0.014$, $OR=1.98$. Se concluyó que los factores predictores para el desarrollo

de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2012 fueron: nuliparidad, hipertensión arterial crónica, trastorno de hipertensión antes de las 20 semanas y consumo de sustancias nocivas. (16)

Chuquispuma Torres Ana en la tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia titulada **Resultados Perinatates en los manejos expectante e intervencionista de la Preeclampsia Severa, 2014**; tuvo como objetivo Determinar los resultados perinatales en el manejo expectante frente al manejo intervencionista de la Preeclampsia severa en gestantes entre las 24 – 34 semanas atendidas en el Instituto Materno Perinatal Abril 2012 – Marzo 2013, estudio observacional transversal retrospectivo de casos. (175) cuyos resultados fueron que la edad promedio era 29.1 +/-7.2 años. La edad gestacional promedio era 31.2 +/- 2.3 semanas. El peso del recién nacido fue 1782+/- 416.4 gr, concluyendo que el manejo expectante obtiene mejores resultados perinatales frente al manejo intervencionista. (17)

Ponce Vega Eli en su tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia titulada **Factores de Riesgo Maternos para Síndrome de Hellp en Preeclámpticas Severas 2014**, cuyo objetivo fue Determinar los factores de riesgo materno para el síndrome de Hellp en gestantes preeclampticas severas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo 2011- 2013, estudio analítico transversal, observacional de 54 casos y 70 controles, cuyos resultados fueron: la edad media de 27.2 +/- 7.2 años, el 4.8% de gestantes tuvo el antecedente de diabetes, el 14.5% antecedente de hipertensión, el 4% tuvo el antecedente de eclampsia. Se concluyó que los factores de riesgo para Síndrome de Hellp en mujeres preeclámpticas severas fueron la edad, multiparidad y antecedente de preeclampsia. ($P < 0.05$) (18)

Incacari Condori Bertha Victoria en su tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia titulada **Morbimortalidad materno perinatal en madres preeclámpticas atendidas en el Instituto Materno Perinatal (IMP) (Enero- Diciembre 2011)**, cuyo objetivo fue: Describir la morbilidad materno perinatal que se presentan en madres preeclámpticas, muestra constituida por 120 gestantes por medio de ficha de recolección de datos, ordenados en el programa SPSS 18.0 , obtuvo como resultado que el 68.3% tuvieron entre 19 a 34 años, el 64.2% tenían grado de instrucción secundaria, el 72.5 % eran de estado civil conviviente, la complicación materna más frecuente fue insuficiencia renal aguda en el 15 %, seguido de oligoamnios en el 14.2 % de casos, El tipo de parto más frecuente fue cesárea en el 85.8% de casos. Hubo una mortalidad neonatal del 3.3%, El 53.3% de los neonatos tuvieron un peso de 2500 gr. a más. El 52.5% de las gestantes fueron primíparas, el síntoma más frecuente fue cefalea en el 55% de casos seguidos de edema (29.2%), Concluyendo que la Preeclampsia fue de 2.8%, la complicación más frecuente fue insuficiencia renal y oligoamnios.(19)

Ruiz Morales Carlomagno en su tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia titulada **Factores de Riesgo asociados a la Preeclampsia**, tuvo como objetivo Identificar los factores de riesgo asociados al diagnóstico de Preeclampsia, estudio de casos y controles en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) , Abril- Junio 2010, en un grupo de 132 gestantes, la incidencia de Preeclampsia fue de 10.8%, los factores de riesgo fueron: Antecedente de violencia física (OR:1.32, IC:1.19- 4.8, P< 0.05), no planificación del embarazo (OR:1.54, IC:1.03- 8.72, P< 0.01) e Índice de masa corporal (OR:3.2, IC:2.25- 7.35 P< 0.01) quien concluyó que la Preeclampsia es un fenómeno frecuente en el HNDAC, con una fuerte asociación con el fenómeno psicosocial.(20)

Baltazar Anguis Fredy en su tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia titulada **Factores de riesgo maternos para eclampsia. Instituto Nacional Materno Perinatal (IMP) 2009-2010** tuvo como objetivo Determinar los principales factores de riesgo maternos para desarrollar Eclampsia, estudio de tipo retrospectivo transversal, observacional, analítico de tipo casos y controles en un total de 99 pacientes. Los principales factores de riesgo materno para Eclampsia fueron: Infección Urinaria (OR 2,20; IC al 95% 1,49 – 3,28), Bajo peso materno (OR 2,14; IC al 95%: 1,63 – 2,79), presencia de signos de irritación cortical (OR 2,65; IC al 95%: 1,88 – 3,75) y control prenatal insuficiente o ausente (OR 1,96; IC al 95%: 1,21 – 3,19). (21)

Mallma Canchaya Angel Wilfredo en su tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia titulada. **Factores de riesgo asociados a Preeclampsia Severa en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo Enero – Diciembre 2009**, tuvo como Objetivo Determinar los factores de riesgo asociados a Preeclampsia Severa en el IMP, estudio de tipo analítico, observacional de casos y controles, retrospectivo. Se revisaron Historias clínicas maternas en un total de 218 (109 casos y 109 controles), se determinó que los factores asociados a preeclampsia severa en el IMP fueron: antecedentes personales de preeclampsia OR= 2.36 (1.15 – 4.90) (p= 0.11), antecedentes familiares OR= 2.06 (1.05 – 4.06) (p= 0.024) y de la hipertensión arterial crónica como antecedente OR= 2.86 (1.26 – 6.60) (p= 0.006). El perfil sociodemográfico de las pacientes gestantes con preeclampsia severa, era de edad promedio de 25.8 +/- 7.4 años, estado civil conviviente 66.1%, grado de instrucción secundaria 77.1 % en su Mayoría .

Concluyendo que las gestantes atendidas con antecedentes personales de preeclampsia tienen 2.36 veces más riesgo de tener Preeclampsia Severa; las gestantes con antecedentes familiares

tienen 2.06 veces más riesgo de tener Preeclampsia Severa y las gestantes con Hipertensión arterial crónica tienen 2.86 veces más riesgo de tenerla. (22)

2.2 Bases Legales:

2.2.1 Normas nacionales:

La Constitución Política del Perú del año 1993, Artículo 1º establece que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado, los artículos 44º de la Constitución Política del Perú señala como uno de los deberes primordiales del estado es garantizar la plena vigencia de los Derechos Humanos, como expresión de la supremacía de la persona humana como fin y objetivo de todo sistema democrático.

Resolución Ministerial N° 44- 2011/MINSA, Documento técnico de modelo de atención integral de salud, basado en la familia y comunidad, en donde se reconoce el derecho a una atención de salud integral equitativa y con garantías explícitas de calidad y oportunidad. Este modelo está centrado en la atención integral de la familia, prioriza actividades de atención de la salud y prevención de la enfermedad

Ley N° 26842 Ley General de Salud.

Título Preliminar- I.- La salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo

II- La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es el Estado responsable de regularla, vigilarla y protegerla, además señala que toda persona tiene el derecho a elegir el sistema previsional de su preferencia, el cual debe estar sustentado en la historia clínica como documento médico legal.

Ley N°27604 Ley que modifica Ley N° 26842. Ley General de Salud respecto a la obligación de los establecimientos de Salud de brindar atención en casos de Emergencia y partos.

Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud, que garantiza el derecho pleno de todo residente en el territorio nacional a las prestaciones esenciales de cobertura de Salud.

Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios públicos incluyendo la atención psiquiátrica.

Política Nacional de salud sexual y reproductiva, creada en Julio del 2004, la cual define la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social de las personas y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en la esfera sexual y reproductiva, la cual también incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria para reproducirse con la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo

De acuerdo a lo presentado, el concepto de Salud ha venido modificándose a lo largo del tiempo y de acuerdo a las necesidades del individuo en la sociedad, considerando que la SALUD no es solo la ausencia de enfermedad, sino que engloba diferentes aspectos; como es el tema de **salud** mental y su influencia en la familia y comunidad; lo que conlleva la implementación de Políticas de Salud y estrategias sanitarias en beneficio de nuestra población vulnerable. (gestantes).

Guía de Práctica Clínica Basada en evidencias: Clave Azul: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, aprobada por ESSALUD, el 19 de Julio del 2013 con el fin de Estandarización y Manejo de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.

2.2.2 Normas Internacionales:

Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal, aprobado en el año 2009 con el fin de orientar decisiones y optimizar recursos, así como consolidar acciones hacia el objetivo de reducir la tasa de mortalidad materna y perinatal, la cual fué fijada como meta de acuerdo a los Objetivos del Milenio (reducir en 75 % la tasa de mortalidad materna), según la reunión de los Estados miembros de las Naciones Unidas integrada por 191 Estados y firmada en Septiembre 2000.

Se concluyó que para el año 2015 no habíamos llegado a la meta, por lo que en la Reunión países miembros de la ONU, ONG y otros agentes en Setiembre del 2015 con 193 representantes se fijaron los Objetivos del Desarrollo sostenible el cual fijó como Objetivo N 3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y se propuso reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2030. (3)

Declaración Universal de los Derechos Humanos, El Estado tiene como obligación garantizar el derecho a la salud de todas las personas, la misma que es reconocida en los demás derechos del artículo 21 al 30.

2.3 Bases teóricas:

2.3.1 Riesgo

El riesgo es la medida que refleja la posibilidad de que se produzca, un hecho o daño a la salud. (3) (34)

2.3.2 Factores de riesgo

Toda característica, circunstancia observable o exposición de un individuo, con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a su salud.

El término factor de riesgo fue utilizado por primera vez por el investigador de enfermedades cardíacas Thomas Dawber en un estudio publicado en 1961, donde atribuyó a la cardiopatía isquémica determinadas situaciones como son la presión arterial, el colesterol o el hábito de fumar.

Los factores de riesgo son identificables, implica la posibilidad de que consecuencias adversas aumenten con la presencia de más características o factores determinantes.

La identificación de los factores de riesgo en el área de salud, permite al profesional la posibilidad de prevenirlos, disminuyendo así la asociación con el daño a la salud del individuo y la frecuencia en la comunidad.

El grado de asociación se determina mediante el llamado riesgo relativo, que es la posibilidad que tiene un individuo o un grupo de población con unas características epidemiológicas de persona, lugar y tiempo definidas, de ser afectado por la enfermedad y el riesgo individual que es la consecuencia entre la frecuencia de la enfermedad en los sujetos expuestos al probable factor causal y la frecuencia en los no expuestos.

La frecuencia del factor de riesgo en la comunidad sirve de base para la determinación del riesgo atribuible, que tiene en cuenta no solo el riesgo relativo del factor de riesgo sino, además, su frecuencia. ⁽³⁾ ⁽³⁴⁾

2.3.3 Factores de riesgo maternos

Según la OMS, un factor de riesgo materno es cualquier rasgo, característica o exposición de un gestante que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión disminuyendo su calidad, esperanza de vida o la muerte. (32)

La Morbimortalidad materna y perinatal es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Mundialmente el 80 % de muertes maternas se deben a causas directas, siendo uno de las principales, los estados hipertensivos del embarazo.

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para Enfermedad Hipertensiva del Embarazo- Clave Azul, un solo factor no es suficiente para iniciar la cadena de alteraciones fisiopatológicas de los Estados Hipertensivos, pero la combinación de varios. (9)

Estos son:

Factores preconceptionales:

- Edad: Los estados hipertensivos se incrementa en mujeres con menos de 21 años y en aquellas con más de 35 años, así mismo en primigestas jóvenes y en primigestas tardías.
- Nuliparidad: aproximadamente el 75 % de los casos de preeclampsia ocurre en el primer embarazo. El antecedente de gestaciones previas disminuye el riesgo de preeclampsia, las mujeres con dos o más embarazos tienen una incidencia de 1,8%.
- Enfermedad crónica preexistente, quintuplica el riesgo de presentar pre-eclampsia, se ha descrito una Mayor incidencia de preeclampsia en embarazadas diabéticas.

- Embarazo previo con Hipertensión Inducida por el Embarazo
 - Antecedente familiar de hipertensión, preeclampsia en madre-hermana
- Gestación con donación de ovocitos.
 - Peso: Cuando el Índice de Masa Corporal previo al Embarazo esta aumentado hay mayor riesgo de presentar Estados Hipertensivos asociados al mismo.
 - Tiempo entre gestaciones, cuando este intervalo es de diez años, el riesgo se iguala a una paciente nulípara.
 - Mujeres con anticuerpos anti fosfolipídicos, debido a que se presenta una inhibición de la síntesis de PGI₂, dando alteraciones vasculares de la placenta y en las arterias espirales, que las predispone a abortos y preeclampsia.
 - Mujeres de raza negra, Ruralidad.
- Controles prenatales deficientes. (12- 22)

Factores asociados al Embarazo:

- Abundancia de vellosidades coriónicas, debido a la mayor demanda de flujo uterino. La incidencia es 5 veces mayor en embarazos múltiples.
- Restricción de Crecimiento Intrauterino.
- Anomalías congénitas, cromosómicas.
- Infección de tracto urinario.
- Diabetes gestacional. (9, 12 – 22)

2.3.4 Manejo de Clave Azul

Con frecuencia, observamos casos en que se cuestiona la asistencia oportuna y eficaz a un paciente que concurre a un establecimiento de salud, y que sufre alguna complicación mientras esperaba ser atendido.

Para evitar este tipo de situaciones, los establecimientos de salud elaboran estrategias e implementan procedimientos para reaccionar en forma rápida y coordinada, frente a cualquier emergencia con riesgo vital, cada minuto de atraso en la atención puede disminuir un 10% o más la posibilidad de sobrevivir.

The Joint Commission, una de las más importantes entidades acreditadoras en Salud, requiere a los hospitales tener sistemas para detectar a los pacientes que se agravan o tienen una emergencia vital, y que respondan en forma inmediata frente a ellos.

Es por ello que el Dr. Raúl Estuardo Arroyo Tirado y el equipo técnico del Centro Materno Perinatal de Tarapoto- Región San Martín diseñaron en el año 1997, la Estrategia de Clave Azul, el cual surgió como respuesta a problemas en cuanto al manejo de Emergencias Obstétricas – EHE, que constituyen las causas más frecuentes de muerte materna en nuestro país.

En el año 2000 se terminó de implementar a toda la región de San Martín, ⁽³³⁾

La implementación de este protocolo comprendió diferentes momentos

1. Estandarización de procedimientos: Se refiere al diseño del protocolo, el cual pasó por diversas versiones.
2. Desarrollo de competencias: (talleres de capacitación)
3. Abastecimiento de medicinas e insumos

4. Mercadeo Se diseñaron carteles, que fueron distribuidos en todos los establecimientos de la región para facilitar su aplicación.
5. Normatización: Aprobación del protocolo con la respectiva Resolución Directoral o Jefatural.

Se implementó además una ficha de notificación que permitió registrar datos para contar con información de incidencia de emergencias obstétricas, número de muertes maternas y muertes evitadas.⁽³⁵⁾

El Manejo de Clave Azul ha logrado a través del diagnóstico y estandarización en el diagnóstico y manejo de la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo, una disminución de la letalidad por esta Enfermedad en 50 %, de 2 a 1 por mil casos; Mayor número de muertes maternas evitadas por EHE; mientras que la mortalidad perinatal por EHE ha disminuido de 31.5 a 19.9 por mil nacidos vivos.⁽⁹⁾

El Sulfato de Magnesio (SO₄Mg) sigue siendo el medicamento de primera elección para prevenir la eclampsia, el efecto anticonvulsivante parece que se produce a nivel periférico, bloqueando la transmisión neuromuscular por disminuir la liberación de acetilcolina en respuesta a los potenciales de acción neuronales. Es muy efectivo como anticonvulsivante, previniendo nuevos ataques y manteniendo el flujo fetal. Se administra 4 a 6 g de inicio en 100 cc de solución salina en un lapso de media hora, seguido de 1 a 2 g IV cada hora. En la preeclampsia severa se emplea durante el trabajo de parto y el parto y por un mínimo de 24 horas en el puerperio. Una alternativa para la hipertensión severa aguda es la solución de SO₄Mg al 20%, 4 g IV, en un lapso de 5 minutos, y seguir con la dosis de mantenimiento indicada. El parto deberá ocurrir de inmediato si el estado materno o fetal no se estabiliza. Hay que hacer un seguimiento posparto por otras enfermedades hipertensivas o cardiovasculares coexistentes.^(9, 23)

Gráfico 1:
Flujogramas -manejo de pre eclampsia

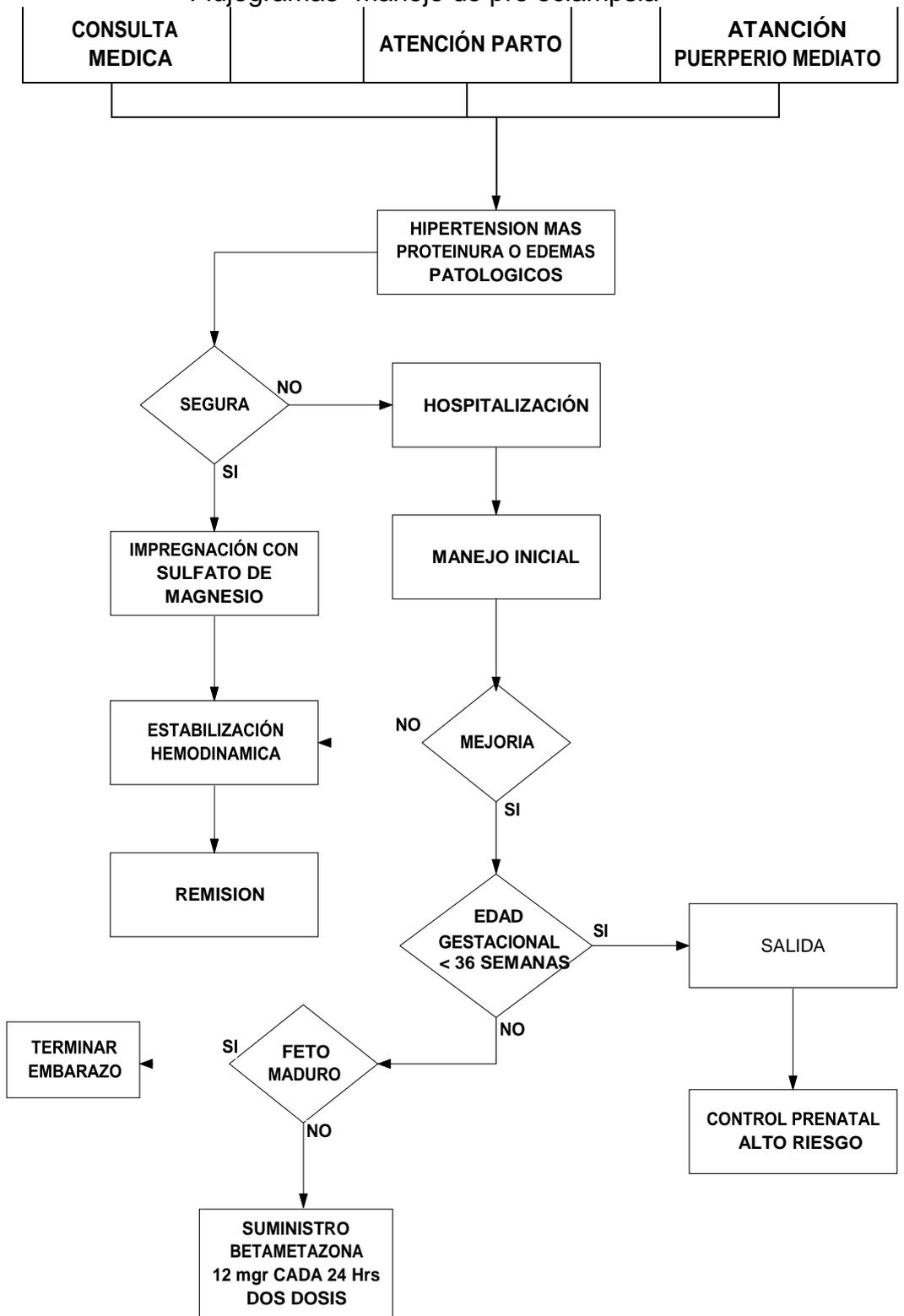
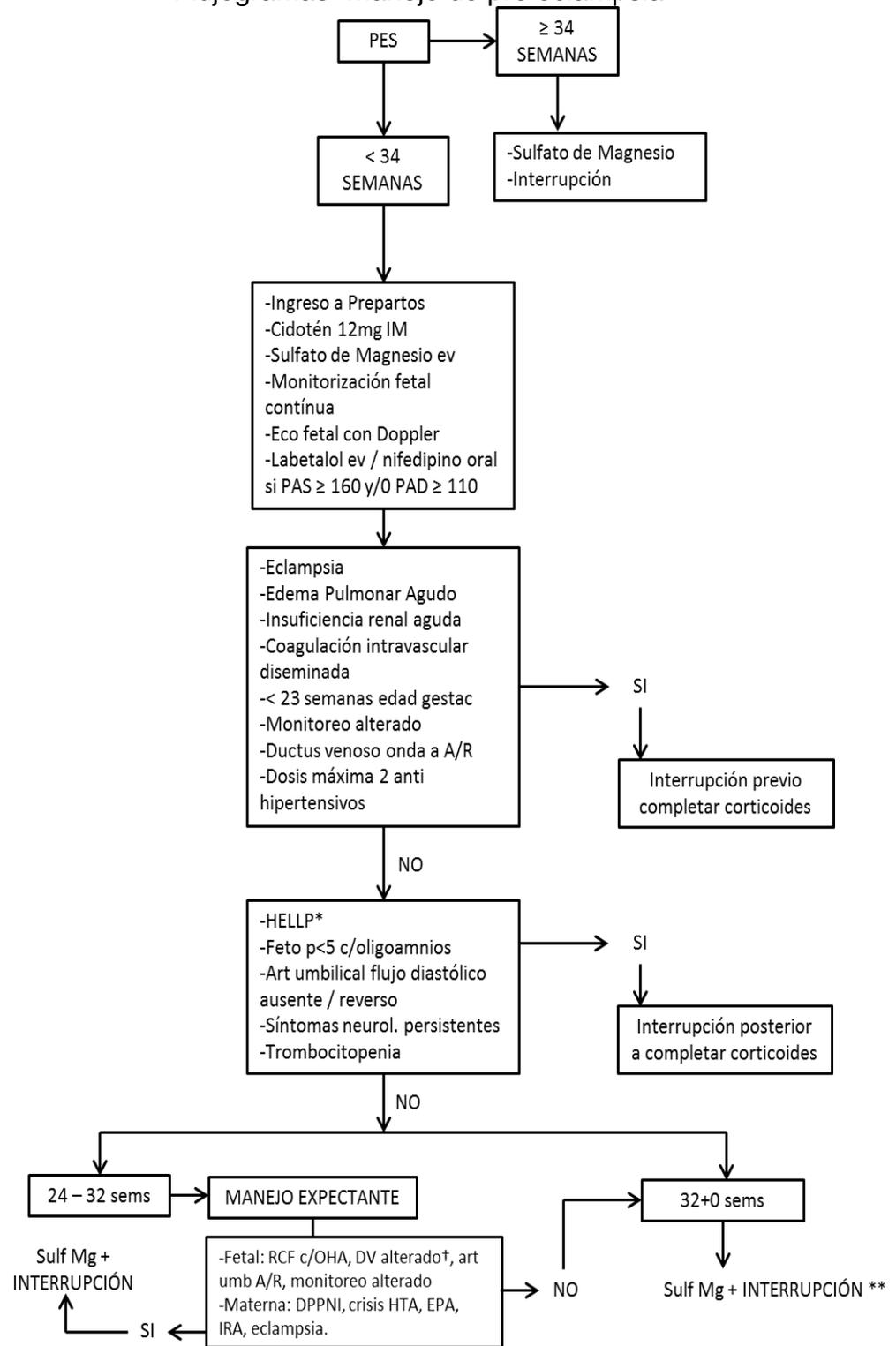


Gráfico 2:
Flujogramas -manejo de pre eclampsia



*SÓLO SI ESTÁ ESTABLE; ** excepto PES por proteinuria y resto normal, en ese caso manejo expectante hasta las 34 semanas.
† 24 – 28 sems: DV ausente o reverso; 28-32 semanas: DV IP p99.

2.3.3 ESTADOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO.

Etiología:

En el embarazo normal ocurren cambios fisiológicos, hormonales y adaptaciones bioquímicas que implican modificaciones de diferentes sustancias bioquímicas, como. prostaglandinas, prostaciclina, sistema renina-angiotensina-aldosterona, sistema kalikreina- kinina

Se puede llegar a los estados hipertensivos del embarazo, por la existencia de múltiples y diferentes teorías causantes, sin embargo, su verdadera causa aún es desconocida, estas teorías concluyen que existe un daño endotelial a nivel vascular y una implantación placentaria deficiente, junto con la existencia de uno o más factores predisponentes en la madre provocando finalmente la enfermedad generalizada

A continuación, se mencionará algunas teorías que tratan de explicar su origen.

Teoría de la isquemia placentaria:

En el embarazo normal se produce entre las semanas 10 y 16 una primera etapa de migración del trofoblasto, en donde la parte decidua de las arterias espirales es reemplazada por trofoblasto y entre las semanas 16 y 22 ocurre una segunda etapa de migración en la cual el trofoblasto invade la capa muscular de las arterias espirales, lo que convierte al lecho arterial uteroplacentario en un sistema de baja resistencia, baja presión, y elevado flujo sanguíneo, debido a la capacidad del trofoblasto de destruir la capa muscular y la inervación autónoma de estos vasos.

El trofoblasto sintetiza Prostaciclina, de esta manera los vasos se transforman en conductos dilatados, rígidos y de paredes delgadas, que facilitan el paso de la sangre hacia la placenta y proveen al feto

de mayor irrigación sanguínea.

Al considerar que la placentación es un prerrequisito indispensable en la patogénesis de los EHE. Se cree que el grado de severidad de los mismos es proporcional a la masa placentaria (como ocurre en embarazos gemelares, mola hidatiforme, y enfermedad hemolítica del recién nacido).

En las mujeres con preeclampsia, la segunda etapa de migración trofoblástica no se lleva a cabo y las células trofoblásticas no pasan más allá de la decidua, (porción decidual de las arterias espirales), manteniéndose el miometrio intacto anatómicamente, sin sufrir dilatación,

El resultado es que las arterias aumentan su diámetro solo un 40 % del que tenían antes del embarazo, lo que conlleva a una inhibición de la migración trofoblástica a los segmentos miometriales de las arterias uteroplacentarias, lo que ocasiona isquemia placentaria y mala perfusión con la consiguiente producción por parte de la placenta de sustancias hipertensógenas y endoteliotóxicas, que aumentan la reactividad vascular a través de la menor generación de vasodilatadores de Mayor síntesis de endotelina, de agregación placentaria y de daño oxidativo. (24, 25)

Se han considerado las siguientes causas.

+ Elevada incidencia de esta enfermedad en primigestas, debido al menor desarrollo de la vasculatura uterina, por su menor calibre.

+ El déficit de PGI₂ (protaciclina), potente vasodilatador y antiagregante plaquetario, sería responsable de la vasoconstricción y de las alteraciones de la coagulación

+ Exceso de tromboxano

Teoría inmunológica:

Esta teoría sostiene que existe una respuesta anormal de la madre hacia los antígenos feto-placentarios. (aloinjerto fetal -paterno)

El concepto de aloinjerto fetal indica que la reacción inmunitaria materna contra el feto es destructiva, y que el reconocimiento inmunitario del embarazo es indispensable para su éxito

En el embarazo normal existe un mecanismo de adaptación que actúa a tres niveles.

a) "Nivel trofoblástico": los antígenos linfocitarios humanos (HLA), ABO, y placentarios específicos, tienen un bajo grado de antigenicidad

b) "Nivel fetal": disminución de la respuesta inmune basada en un déficit de sus componentes.

c) "Nivel materno": disminución de la respuesta inmunológica, por las hormonas gestacionales (gonadotrofina coriónica, lactógeno placentario, progesterona, y prolactina), o por la mediación de otras sustancias con propiedades inmunosupresoras.

Actualmente existen dos teorías del reconocimiento inmunitario del embarazo que se relacionan con importantes cambios morfológicos y bioquímicos en la circulación sistémica y uteroplacentaria materna.

Teoría 1. Debe ocurrir reconocimiento para que se presente una respuesta inmunosupresora adecuada y se evite el rechazo inmunitario.

Teoría 2. El reconocimiento inmunitario actúa como estímulo para la secreción localizada de citocinas en el lecho placentario, que promueven la producción de factores que favorecen el crecimiento de la placenta.

Se ha identificado un antígeno de histocompatibilidad HLA-G, el cual se expresa en el citotrofoblasto y podría proteger a la placenta del

rechazo.

Estudios han reportado que los EHE aparecen con más frecuencia durante el primer embarazo, es Mayor su incidencia cuando ocurre cambio de paternidad y disminuye su incidencia mientras Mayor sea la actividad sexual que antecede a la concepción, por lo que algunos investigadores han propuesto que el reconocimiento inmunológico en el embarazo es esencial para el éxito del mismo, pues además de permitir prevenir el rechazo del hemialoinjerto (mitad de la carga genética es paterna), faculta el estímulo para la descarga de citokinas y factores de crecimiento, los cuales promueven la progresión y desarrollo del producto de la concepción.

Los factores inmunitarios tendrían un papel importante en la aparición de EHE por la ausencia de anticuerpos bloqueadores, disminución de la reacción inmunitaria mediada por células, activación de neutrófilos, participación de citokinas, anticuerpos bloqueadores y de las fracciones del complemento C3 y C4^(24,25)

Teoría genética:

Se ha reconocido que una historia familiar de EHE está asociada a un riesgo tres veces Mayor de desarrollar preeclampsia leve y cuatro veces Mayor de desarrollar preeclampsia severa, ya que se conoce que hay un aumento en la frecuencia en hermanas e hijas de mujeres que han padecido la enfermedad.

Se cree que el desarrollo de Preeclampsia estaría asociado con la presencia de un gen recesivo único o de un gen dominante, con penetración incompleta, en los cromosomas 1, 3, 9, ó 18 como implicado.

Se ha propuesto que esta susceptibilidad genética, tanto materna como fetal podría facilitar la alteración de la respuesta inmune.

El equilibrio entre las respuestas inmunitarias maternas y el genotipo fetal quizás regulan el proceso de invasión trofoblástica (placentación normal).

Una alteración en este equilibrio por factores maternos o fetales podría provocar los EHE.

Otra hipótesis atractiva sería la existencia de una variante anormal de la molécula de angiotensinógeno, que se da en algunas hipertensas no embarazadas. (24, 25)

Factores nutricionales:

La Preeclampsia se ha atribuido a diversos excesos y deficiencias de la dieta, la obesidad en ausencia de embarazo, causa activación endotelial y una reacción inflamatoria sistémica relacionada con aterosclerosis.

Estrés oxidativo:

La Peroxidación Lipídica es un proceso que ocurre normalmente a bajos niveles en todas las células y tejidos, existiendo en nuestro organismo una gran variedad de sistemas antioxidativos, entre los cuales está las enzimas superoxidodismutasa, catalasa y glutatión peroxidasa, así como otros sistemas no enzimáticos que incluyen la vitamina C, tocoferol y ceruloplasmina, entre otros.

En los embarazos normales, se producen incrementos en el grado de peroxidación lipídica y en el total de lípidos circulantes en sangre, aunque también aumenta la actividad de los sistemas antioxidantes. En la preeclampsia existe Mayores radicales libres e hidroperóxidos que los encontrados en embarazos normales, haciendo insuficiente la acción de los mecanismos antioxidativos.

Otro mecanismo es el de la activación de neutrófilos, con lo que se aumenta la secreción de sustancias como elastasas, proteasas y radicales libres, los cuales pueden causar daño tisular, al promover peroxidación lipídica, lisis de células endoteliales y disrupción. (24, 25)

Vasoespasmos:

La constricción de las arteriolas causa aumento de la resistencia vascular e hipertensión arterial subsiguiente. Al mismo tiempo el daño de las células endoteliales causa escape intersticial a través de los cuales componentes de la sangre, plaquetas y fibrinógeno se depositan en el sub endotelio, lo que provocan hemorragia y necrosis. Esta lesión endotelial se ve en todos los vasos del cuerpo: glomérulo, placenta, hígado, etc. (24, 25)

Activación de células endoteliales:

Las células endoteliales sanas se unen a la pared del vaso sanguíneo por medio de colágeno y de diversos glucosamino- glucanos, incluyendo la fibronectina, mantienen la integridad vascular, evitan la adhesión plaquetaria (PGI₂) e influyen en el tono del músculo liso de la pared arterial.

El endotelio está en contacto directo con la sangre, lo cual le permite participar en el equilibrio homeostático del organismo. y regula la reactividad del músculo liso vascular.

Se considera a la Prostaciclina (PGI₂) y el Óxido Nítrico (NO) como los mediadores más importantes de la vasodilatación vascular,

En los EHE, las células endoteliales son incapaces de mantener estas funciones, lo que conduce a un incremento de la permeabilidad capilar, trombosis plaquetaria e incremento del tono vascular. Por lo tanto, el plasma en la preeclampsia induce lesión endotelial a través de un mecanismo inicial de hiperestimulación y

finalmente agotamiento del endotelio.

En el embarazo normal existe una Mayor producción de prostaglandinas como PGE 2 que se supone es natriurética y PG I2 principalmente prostaglandina del endotelio, que participa en la regulación de la presión arterial, coagulación. En la preclampsia la producción de PG I2 esta disminuida, mientras que la producción de tromboxano por las plaquetas esta aumentada, como resultado se produce una sensibilidad aumentada a la angiotensina II y vasoconstricción. (24, 25)

Óxido nítrico:

Se sintetiza a partir de la L- Arginina en las células endoteliales, mantiene el estado vasodilatado, con presión baja normal, característica del riego fetoplacentario. (24, 25)

Endotelina:

Se produce endotelina I y su forma primaria en células endoteliales y en el músculo liso vascular, es un potente vasoconstrictor que regula el tono vascular local. Su producción es estimulada por la angiotensina II, la Arginina- Vasopresina y la Trombina. Esta aumentada en embarazadas normotensas pero las mujeres con preeclampsia tienen concentraciones más altas. (24, 25)

Estados hipertensivos: (24,25, 26)

Hipertensión gestacional; Se presenta después de las 20 semanas de gestación, en mujeres cuya presión arterial alcanza 140/90mmHg o más en ausencia de otro signo o síntoma, en dos mediciones con intervalo de seis horas.

Preeclampsia; Se caracteriza por un aumento de la tensión arterial igual o mayor a 140/90mmHg y proteinuria Mayor de 300mg/L en las 24 horas.

La Sociedad Española de Gineco-Obstetricia en su edición del 2007 clasifica a la preeclampsia en leve y grave. (24)

Preeclampsia Leve Tensión arterial Mayor o igual a 140/90mmHg después de las 20 semanas de gestación y proteinuria Mayor a 300mg/L en orina de 24 horas; o presencia de 2+ de proteína en tiras reactivas en dos mediciones con una diferencia de al menos 4 horas entre ellas.

Preeclampsia Grave Preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios: Presión arterial mayor a 160/110mmHg, Proteinuria de 2g/24h, Plaquetas menor a 100.000/mm³, Transaminasas elevadas, Hemólisis, Dolor epigástrico, Clínica neurológica: cefalea, fopsias. (24, 25)

Hipertensión arterial crónica. Es la que se diagnostica antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación o que persiste más de seis semanas posparto.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida. Se define como tal la aparición de proteinuria después de las 20 semanas de embarazo, en mujeres con antecedentes de hipertensión crónica (24)

2.4 Formulación de Hipótesis:

2.4.1 Hipótesis general:

Los factores de riesgo maternos se relacionan significativamente con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas entre mayo 2014 – Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao.

2.4.2 Hipótesis específicos:

H1: Los factores de riesgo maternos preconcepcionales se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en

gestantes atendidas desde mayo 2014 –Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao.

H2: Los factores de riesgo maternos asociados al embarazo se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde mayo 2014 –Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao.

2.5 Variables del estudio

2.5.1 Identificación de variables:

Var. 1 (Dependiente):

Factores de riesgo maternos

Var. 2 (Independiente):

Manejo de clave azul en gestantes atendidas en el Hospital Barton Thompson

2.5.1 Operacionalización de variables:

Tabla 1:
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Factores de riesgo maternos	Factores preconceptionales y asociados al embarazo que presentan las gestantes atendidas en el Hospital Barton Thompson quienes recibieron manejo de clave azul durante el periodo mayo 2014 – Diciembre 2015	Factores preconceptionales	Edad de la gestante.	Menor o igual a 19 años 20- 35 años Mayor o igual a 36 años
			Grado de instrucción.	Sin instruccion Primaria. Secundaria

Factores de riesgo maternos		Factores preconceptionales	Estado Civil	Superior
				Soltera
				Casada
			Ocupación	Divorciada
				Ama de Casa
				Empleada
				Profesora
			Lugar de Residencia	Comerciante/ Indep
				Callao
				Laperla- bellavista
Grado de paridad	Carmen de la legua			
	Otros			
	0 hijos			
Número de abortos previos al Embarazo actual.	1 hijo			
	1 a mas hijos			
	1 Aborto			
Controles prenatales	2 a más abortos			
	No presenta			
	Sin control prenatal (ausente)			
				Menor o igual a 5 (deficiente)
				Mayor o igual a 6 (suficiente)

Factores de riesgo maternos			Edad gestacional del primer control prenatal	I Trimestres II Trimestre III Trimestre	
			Periodo intergenesico	Corto (menor de 2 años) Adecuado (3 – 9 años) Largo (mayor o igual a 10 años)	
			Indice de masa corporal (imc) previo a la gestacion.	Delgadez : imc menor a 20 Normal: 20 – 24.9 Sobrepeso: 25- 29.9 Obesidad: mayor o igual a 30	
			Embarazo previo con estado hipertensivo del embarazo	Si no	
			Embarazo previo con diabetes mellitus	Si no	
			Historia familiar de estado hipertensivo del embarazo (madre-hermana)	Si no	
			Factores asociados al embarazo	RCIU	Si no
				Polihidramnios	Si no
				Inf. del tracto urinario.	Si no
				Diabetes gestacional.	Si no
Oligohidramnios	Si no				
Embarazo gemelar	Si no				
Sd. Antifosfolipidico	Si no				

			Otros	Abierta
Manejo de clave azul en gestantes atendidas en el Hospital Barton Thompson	Todas gestantes atendidas en el hospital barton thompson durante el periodo mayo 2014- Diciembre 2015 con manejo de clave azul	Estados hipertensivos del embarazo	Hipertension gestacional	Hta gestacional leve P.a. 140/ 90 mmhg Hta gestacional severa P.a. Mayor 160. 110 mmhg <u>Leve:</u> pa:140/90 y menos 160/110 a partir 20 sem gestación. Proteinuria: mayor o igual 300mg y menor o igual 3g/l en orina de 24 hras.. Albumina: cualitativa 1 en orina. <u>severa: (pes)</u>
			Pre eclampsia	Pa: igual o mayor 160/110 en gestantes mayor 20 sem. Proteinuria: mas 3 gr/l Edema Oliguria ≤500 ml en 24 h Creatinina sint de convulsiones
			Eclampsia	Convulsiones tonico clonicas mas pes.
				Hemólisis

		Estados hipertensivos del embarazo	Síndrome de hellp	Elevación de enzimas. Hepáticas Plaquetopenia
	Hipertensión crónica		Presenta hta crónica No presenta hta crónica	
	Hipertensión preclampsia sobreañadida		con Presenta hta crónica mas preeclampsia No presenta hta crónica mas preeclampsia	

2.5 Definición de términos básicos: (16-22)

Factores de Riesgo: Característica o exposición de la gestante atendida en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson Thompson que aumenta la probabilidad de sufrir algún estado Hipertensivo durante el embarazo

Clave Azul: parte de una estrategia, cuyo fin es disminuir la mortalidad materna producida por la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (preeclampsia, eclampsia) mediante la estandarización de procedimientos en el manejo inmediato de esta entidad.

Unidad de Centro Obstétrico: Área física hospitalaria con capacidad tecnológica, logística y profesional de manejar embarazos de alto riesgo

Estados Hipertensivos: conjunto de procesos que tienen en común la hipertensión

Antecedente de preeclampsia: Historia previa de preeclampsia en alguna gestación anterior, documentada en la historia clínica.

Antecedente de hipertensión arterial crónica: Gestante con diagnóstico de hipertensión arterial crónica antes del embarazo actual, documentado en la historia clínica.

Antecedente de diabetes mellitus: Gestante con diagnóstico previo al embarazo actual, de diabetes mellitus documentado en la historia clínica.

Historia familiar: Antecedente familiar de estado hipertensivo en madre y/o hermana de la paciente referida por esta y consignada en la historia clínica.

Embarazo múltiple: Presencia de dos fetos en la gestación actual

Sobrepeso: Índice de Masa Corporal > 25 previo a la gestación actual

Obesidad: Índice de Masa Corporal > 30 previo a la gestación actual

Parto Pretérmino: Culminación del embarazo antes de las 37 semanas de gestación.

Parto a Término: Culminación del embarazo después de las 37 semanas de gestación.

Capítulo III: METODOLOGIA

3.1 Tipo y nivel de la Investigación

La investigación realizada es de tipo aplicada y de nivel correlacional.

Aplicada: Porque se aplicó conocimientos teóricos para conocer los factores maternos relacionados al Manejo de Clave Azul, con el fin de combatirlos y disminuir su incidencia. (27)

Correlacional: Porque evaluó el grado de relación entre dos variables (Sampieri, 2000; pag.64); siendo la utilidad y propósito del estudio saber cómo se comportó una variable conociendo el comportamiento de otras relacionadas; aplicado a esta investigación se desea conocer el grado de relación entre la variable Factores de Riesgo Maternos y Manejo de Clave Azul, buscando medir la asociación existente entre las variables de estudio. (Hernández y colaboradores). (28)

3.2 Diseño de la investigación

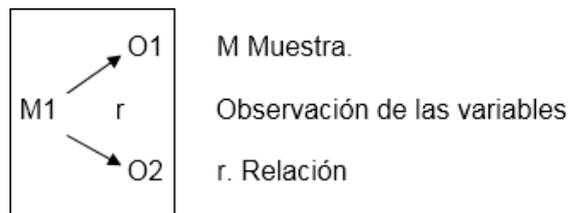
El diseño empleado en la presente investigación es de tipo no experimental, conocido también como observacional de corte longitudinal.

Es no experimental porque es un estudio que se realiza sin manipulación deliberada de variables y en los que solo se observa el fenómeno en su ambiente natural para después analizarlo.

Es de corte longitudinal, porque recolectamos datos a través del tiempo para hacer inferencias respecto al cambio, determinantes y consecuencias. (Hernandez Sampieri y colab). (29)

Esquema

Donde.



Muestra. Gestantes atendidas entre, mayo 2014 – Diciembre 2015

O1: Observación de variable 1- Factores de riesgo materno

O2: Observación de variable 2 – Manejo de Clave Azul

3.3 Población y Muestra.

Población: CENSAL

La población del estudio será finita por que se conoce la cantidad de unidades que la integran. (Arias, 2006. p. 81), la misma que resulta accesible en su totalidad, por lo que no será necesario extraer una muestra.

Nuestra población estuvo conformada por un total de 115 gestantes con Manejo de Clave Azul atendidas desde 01 MAYO 2014 – 30 –Diciembre 2015.

La fórmula aplicada para la varianza de su estimador en el error de muestreo es.

$$\sigma^2_x = \frac{\sigma^2}{n} \left(\frac{N-n}{N-1} \right)$$

En dónde. N= Población n = muestra σ^2 = varianza

Si nos fijamos al ser $N = n$ comprenderemos que no se puede valorar de forma absoluta al tamaño de una muestra, sino que hay que confrontarlo con el de la población de la que se extrae, por lo que estadísticamente, estamos en presencia de una observación exhaustiva de la población, propia de la estadística descriptiva, y no en un caso de inferencia estadística. (36)

Unidad Básica del estudio: Una gestante atendida en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON que recibió manejo de Clave Azul, desde mayo 2014 a Diciembre 2015.

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Para la recolección de los datos de investigación se elaboró un formulario donde se recogió la información necesaria de acuerdo a los objetivos planteados; utilizando como fuente de información, la Historia Clínica Digital de las pacientes atendidas en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON con Manejo de Clave Azul en el periodo establecido.

3.4.1 Descripción de Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para determinar la validez del instrumento de recolección de datos se sometió a Juicio de expertos, es decir se proporcionó el cuestionario elaborado previamente a tres profesionales expertos, con la finalidad de verificar si los ítems, median lo propuesto en cuanto a precisión y pertinencia.

Tabla 2:
Lista de expertos que certificaron la validez del contenido del instrumento de recolección de datos

Grupo Académico	Institución donde labora	País	Calificación	
			Conformidad	Promedio
Mg. Hugo Rosales Cerillo	Universidad de San Martín de Porres	Perú	Si procede	Excelente (91,00%)
Mg. Mirko Reyes Barrios	Universidad Alas Peruanas	Perú	Si procede	Excelente (90,70%)
Mg. Hugo Castro Toscano	Universidad Privada San Pedro	Perú	Si procede	Excelente (90,00%)

Fuente: encuesta aplicada.

Los expertos consideraron que el Instrumento podía ser aplicado.

3.4.2 Confiabilidad del Instrumento.

La confiabilidad, se refiere a la consistencia de una medida, considerando qué tanto error existe en un instrumento de medición, se calcula con la varianza sistemática y la varianza por azar (Kerlinger y Lee, 2002). De acuerdo al grado en que los errores de medición estén presentes en un instrumento de medición, el instrumento será poco o más confiable.

En el caso específico del coeficiente de confiabilidad vinculado a la homogeneidad o consistencia interna, se dispone del coeficiente propuesto por Lee J. Cronbach (1916-2001) en el año 1951. Para determinar el coeficiente Cronbach los investigadores calcularon la correlación de cada reactivo o pregunta con cada uno de los otros, resultando una gran cantidad de coeficientes de correlación. (Cozby, 2005).

Coeficiente alfa de cronbach (α)

Se trata de un índice de consistencia interna que toma valores entre 0 y 1 y que sirve para comprobar si el instrumento que se está evaluando recopila información defectuosa y por tanto nos llevaría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que realiza mediciones estables y consistentes.

- Su interpretación será que, cuanto más se acerque el valor del índice a uno (1), mejor es la fiabilidad. Asumiendo la tabla de Küder Richardson permite interpretar este valor calculado.
- 0,53 a menos = Confiabilidad nula
- 0,54 a 0,59 = Confiabilidad baja
- 0,60 a 0,65 = Confiable
- 0,66 a 0,71 = Muy confiable
- 0,72 a 0,99 = **Excelente confiabilidad**
- 1,0 = Confiabilidad perfecta

Su fórmula estadística es la siguiente:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Dónde: K: El número de preguntas

S_i^2 : Sumatoria de varianzas de las preguntas

S_T^2 : Varianza de la suma de las preguntas

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

Para verificar la confiabilidad del instrumento de evaluación a ser empleado, se aplicó el Coeficiente Alfa de Cronbach a las 20 encuestas, con el apoyo del software IBM SPSS Statistics versión 22 teniendo como resultado el valor de “alfa” (α); como se observa en la Tabla 2.

Tabla 3:
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de ítem
0.98 %	22

Fuente: Software IBM SPSS Statistics version 22.

Como se aprecia el valor obtenido en la tabla 2, se encuentra en el rango esperado superior a 0,80, lo que indica que el instrumento tuvo un grado de excelente confiabilidad, validando su uso para la recolección de datos.

Validez de hipótesis

Se utilizará el modelo de validez de supuestos, por descarte de una correación de Ch2 de Pearson, tal como se muestra en el siguiente ejemplo:

Hipótesis General H1

1º Planteamiento de hipótesis:

H^G: Los factores de riesgo maternos no se relacionan significativamente con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas entre mayo 2014 –Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao.

H^{0G}: Los factores de riesgo maternos se relacionan significativamente con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas entre mayo 2014 –Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao.

2º Niveles de significación:

$\alpha = 0.05$ (con 95% de confianza)

3º Estadístico de prueba:

R de Pearson

Dónde:

n: Indicador descriptivo del R de Pearson primer indicador

m: Indicador descriptivo del R de Pearson segundo indicador

S1 = Varianza-Variable 1

S2 = Varianza- Variable 2

$X = \text{Media-Var. 1}$ $Y = \text{Media- Var. 2}$

Región de Rechazo

La Región de Rechazo es $T = t_x$

Donde t_x es tal que:

$$P[T > T_x] = 0.05$$

Donde t_x = Valor Tabular

Luego RR: $t > t_x$

4° Comparar

Para $n-1$ grados de libertad

Desv. Tip. H^0

Desv. Tip. H^a

5. Resultados:

Tabla 4 -
Perfil comparativo normal (Factores de riesgo maternos & Manejo de Clave Azul)

	Estadísticos para una muestra			
	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factores de riesgo maternos				
Manejo de Clave Azul				

Tabla 5 -
R de Pearson (Factores de riesgo maternos & Manejo de Clave Azul)

	Correlación	
	Factores de riesgo maternos*	Manejo de Clave Azul
Comparación de Pearson		
Sig. (bilateral)		
Suma de cuadrados y productos cruzados		
Covarianza		
N		

* La Comparaciones significativa al nivel 0,05 (unilateral).

6. Conclusión:

Como resultado del análisis que hemos desarrollado llegamos a concluir en que el supuesto es alterno o valido.

3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se realizó un estudio retrospectivo (correlacional) en gestantes atendidas con Manejo de Clave Azul durante el periodo mayo 2014- Diciembre 2015, la información se obtuvo de las Historias Clínica digitales, en el área de

Ginecoobstetricia del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , previa autorización para el ingreso mediante oficio; en la población Censal se aplicó un formulario que midió las variables en estudio. La base de datos obtenida se analizó en el programa SPSS, cuyos resultados fueron de análisis estadístico.

Capítulo IV:
PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

4.1 Procesamiento de datos: resultados:

Tabla 6
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN EDAD
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Edad	Frecuencia	Porcentaje
<= 19	2	1.74
20-35	79	68.7
>= 36	34	29.57
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboración Propia

Del total de la población en estudio, existen aproximadamente 69 % de gestantes, cuyas edades fluctúan entre 20 a 35 años, asimismo el 29% son Mayores de 36 años y el resto son menores a 19 años. Es decir, de cada 10 gestantes existen aproximadamente 7 cuyas edades fluctúan entre 20 y 35 años, 3 Mayores de 36 años.

Las cifras previas indican que la Mayoría de las gestantes que acudieron a la unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, las edades fluctúan entre los 20 - 35 años, edad reproductiva catalogada con riesgo disminuido de presentar complicaciones durante el Embarazo de acuerdo a lo planteado por la Organización Mundial de la Salud., resultados muy similares a los obtenidos por Incacari en su investigación: “ Morbimortalidad materno perinatal en madres preeclámpticas atendidas en el Instituto Materno Perinatal (IMP) (Enero- Diciembre 2011”concluyó que el 68.3 % de la población que presentó Estados Hipertensivos las edades fluctuaron entre 19 a 34 años. (19)

De igual forma Bravo en la Investigación “Factores predictores de preeclampsia”- 2014, quien determinó que la edad promedio de las gestantes que presentaron Estados Hipertensivos, las edades fluctuaron entre 27.5 +/- 7.5 años, representando un 65.6% de la población en

estudio. (16)

Gráfico 3:
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN EDAD
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

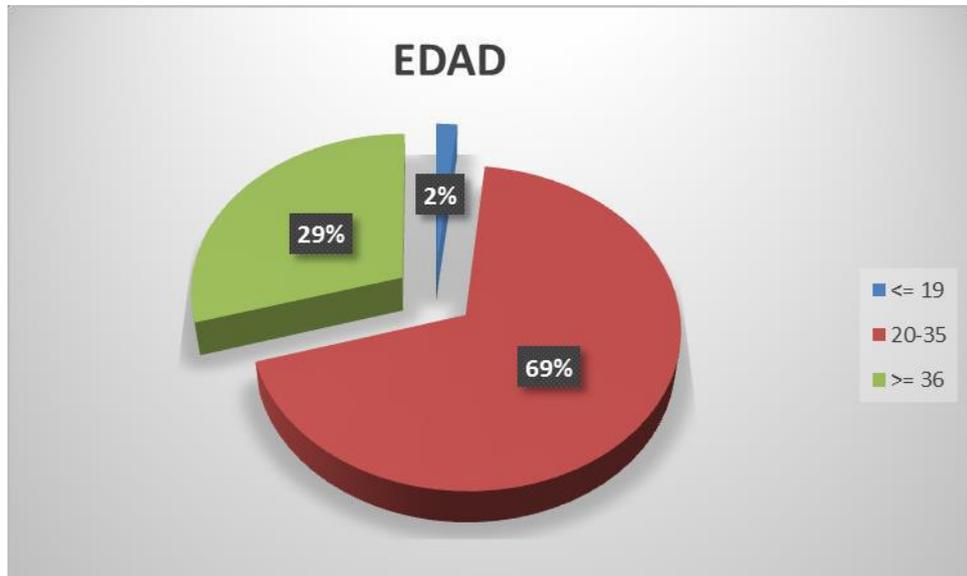


Tabla 7:
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	1	0.87
Primaria	6	5.22
Secundaria	60	52.17
Superior	48	41.74
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboración Propia

El 94% de la población en estudio tienen Grado de Instrucción Secundaria y Superior, el 6 % representa a gestantes con nivel de Instrucción Primaria y Analfabetos. Es decir de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberyo Leopoldo Barton Thompson quienes presentaron cuadros Hipertensivos que requirieron Manejo con Clave Azul, 9 tenían Grado de Instrucción Secundaria o Superior y solo 1 Nivel Primario o Analfabeto; recalcando que solo 1 gestante en nuestra población era Analfabeta.

Incacari en su Investigación, 2011 con una muestra de 120 gestantes nos menciona que el 72. 5 % tenían nivel de Educación Secundario. (19)

De igual forma Bravo 2014 en una muestra de 270 gestantes el 54.8 % tenían grado de Instrucción secundaria, factor Sociodemográfico importante en nuestro estudio, ante la posibilidad de establecer programas preventivos promocionales para la comprensión rápida en la población atendida. (16)

Gráfico 4:
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

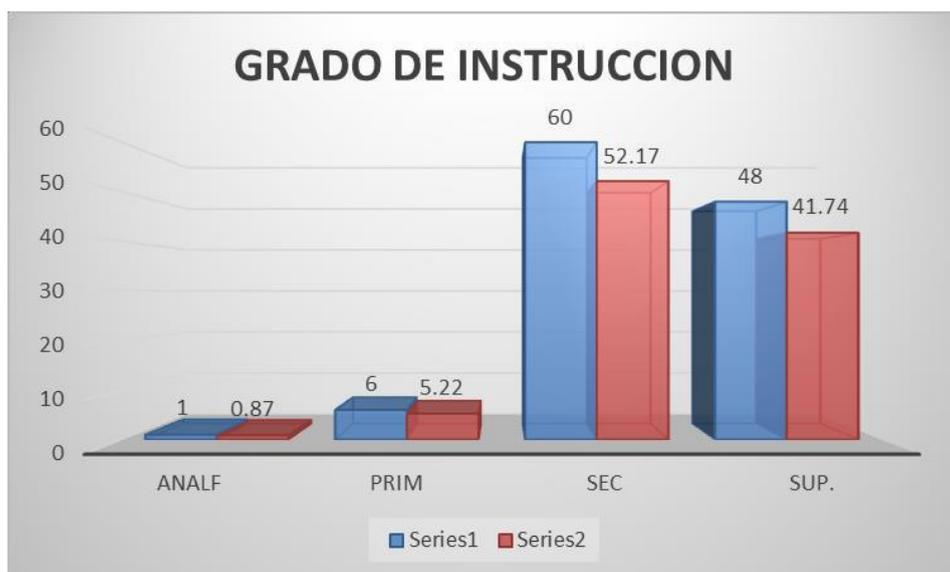


Tabla 8:
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN ESTADO CIVIL
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERA 3	96	83.48
CASADA 2	16	13.91
DIV. 1	3	2.61
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboración Propia

Del total de la población atendida el 83 % es soltera, el 14% es casada y el 3% es divorciada de acuerdo a lo registrado por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), perfil sociodemográfico con mucha similitud a lo encontrado por Mallma Canchaya en el 2009, en donde el 66.1% el estado civil preponderante era la convivencia en pacientes que desarrollan preclampsia severa. (22). Es decir que de cada 10 gestantes 8 son solteras lo que significa que pueden ser convivientes; ya que RENIEC no considera la convivencia como estado civil, 1 es casada y 1 es divorciada.

Gráfico 5:
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN ESTADO CIVIL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)



Tabla 9:
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN OCUPACIÓN
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
AMA DE CASA	69	60
EMPLEADA	33	28.7
PROFESORA	6	5.22
COMERCIANTE- INDEP	7	6.09
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboración Propia

De la población en estudio el 60% son amas de casa, el 28.7% son empleadas, 5.22% son profesoras y el 6.09% es comerciante o independiente.

Este cuadro nos menciona que de cada 10 gestantes atendidas que presentaron Estados Hipertensivos y que requirieron Manejo de Clave Azul, 6 fueron ama de casa, 3 empleadas y 1 es profesora, comerciante o independiente.

Gráfico 6:
**GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN
 OCUPACIÓN**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE
 2015)



Tabla 10:
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
CALLAO	83	72.17
BELLAVISTA- LA PERLA	19	16.52
CARMEN DE LA LEGUA	7	6.09
OTROS	6	5.22
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboracion Propia

De la población atendida el 5.22% provienen de lugares no adscritos al establecimiento de Salud de acuerdo a la DIRESA. (Dirección General de Salud)

Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico y recibieron Manejo de Clave Azul por presentar algún Estado Hipertensivo; 9 pertenecen a la zona adscrita del Establecimiento de Salud, y 1 de ellas pertenecen a otras zonas incluyendo departamentos de otras partes del país. (Cuzco y Piura).

Las cifras previas indican la capacidad resolutive y de cobertura de nuestra Unidad; incluyendo población de diversos sitios de nuestro país, lo que nos obliga a permanecer en capacitación constante para manejo adecuado de estas pacientes quienes están expuestas a distintas patologías diferentes a nuestra población adscrita de acuerdo a sus características sociodemográficas y culturales.

Gráfico 7:
 GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

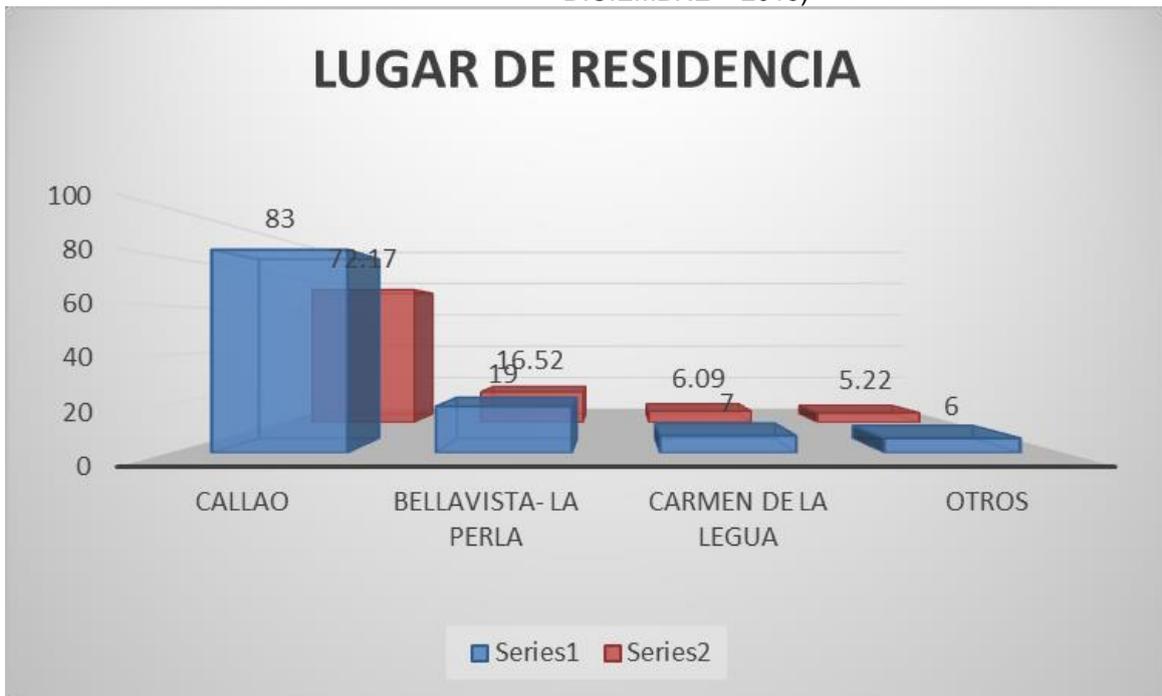


Tabla 11:
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN GRADO DE PARIDAD
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Grado de Paridad	Frecuencia	Porcentaje
CERO	43	37.39
1 hijo	37	32.17
2- mas	35	30.43
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboración Propia

Del total de la población en estudio que recibieron Manejo clave de Azul, el 37% de las gestantes cursaba su primer embarazo, el 32% ya tenía un hijo vivo y el 31% tenía dos hijos previos a más. Es decir que de cada 10 gestantes que recibieron manejo de Clave Azul, 4 no tenían hijos previamente, 6 tenían 1 hijo a más.

En la Investigación realizada por Bravo en el año 2014, menciona que uno de los predictores para el desarrollo de Preeclampsia en gestantes atendidas fue el factor de nuliparidad⁽¹⁶⁾; sin embargo Ponce Vega en el año 2014, también nos menciona que uno de los factores predisponentes para Síndrome de Hellp en mujeres con Preeclampsia Severa fue la multiparidad ⁽¹⁸⁾.

En nuestra tesis resaltamos que si bien es cierto la nuliparidad es un factor predisponente y representativo para el Manejo de Clave Azul en pacientes que desarrollaron Estados Hipertensivos no es determinante, ya que de cada 10 pacientes 6 tenían ya de 1 a más hijos concluyendo que el riesgo de presentar algún Estado hipertensivo es muy alto para cualquier grado de paridad.

Gráfico 8:
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL SEGÚN GRADO DE
PARIDAD

(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

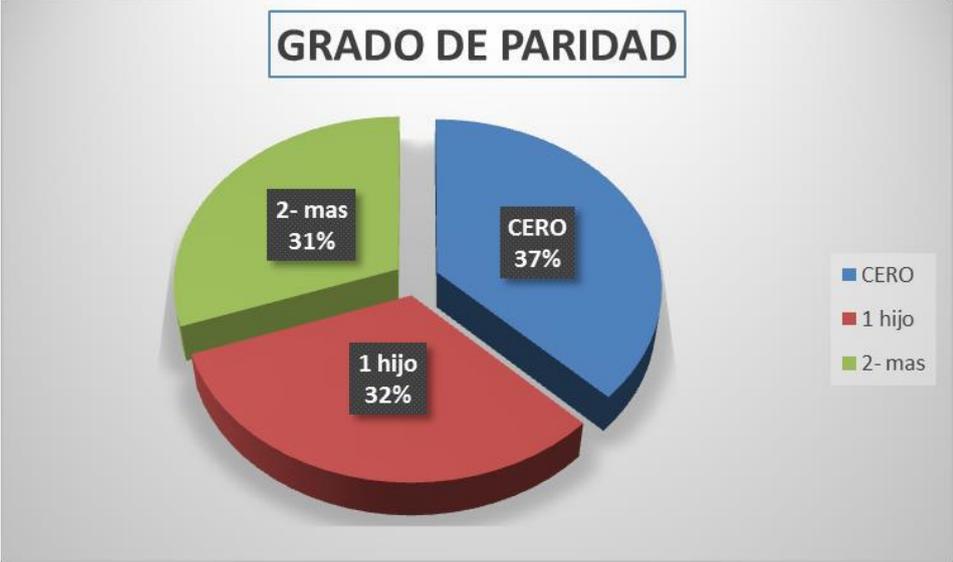


Tabla 12:
**NUMERO DE ABORTOS PREVIO AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES
 CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

N° de Abortos previos	Frecuencia	Porcentaje
NO PRESENTA 3	83	72.17
1 ABORTO	22	19.13
2 A MAS	10	8.7
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboración Propia

En la población estudiada que necesitó Manejo de Clave Azul por presentar algún Estado Hipertensivo el 72 % de gestantes no presentó antecedente de aborto, el 19% presentó 1 aborto previo y 9% dos a más abortos. Es decir que de cada 10 gestantes que requirieron Manejo de Clave Azul, 7 no presentaron abortos previos, 2 gestantes presentaron 1 aborto como antecedente al embarazo previo y 1 presentó 2 o más abortos.

De acuerdo a lo planteado por las Guía nacional de Clave Azul; nos menciona que aproximadamente el 75 % de los casos de preeclampsia ocurre en el primer embarazo; el antecedente de gestaciones previas disminuye el riesgo de preeclampsia, las mujeres con dos o más embarazos tienen una incidencia de 1,8%. de presentar Transtornos Hipertensivos. (9)

Vinueza Aguay Henry en el estudio Prevalencia de Transtornos Hipertensivos del Embarazo y factores epidemiológicos asociados, en el año 2013, concluye que la nuliparidad es un factor epidemiológico asociado a los Transtornos Hipertensivos del Embarazo.(12) e Incacari Condori Bertha en el estudio Morbimortalidad materna Perinatal en madres Preeclámpticas en el año 2012, concluye que el 52.5% de las gestantes con Mayor riesgo de morbilidad con preclampsia fueron primíparas. (19), resultados similares a los hallados a nuestra tesis.

Gráfico 9:
NUMERO DE ABORTOS PREVIO AL EMBARAZO ACTUAL EN GESTANTES
CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

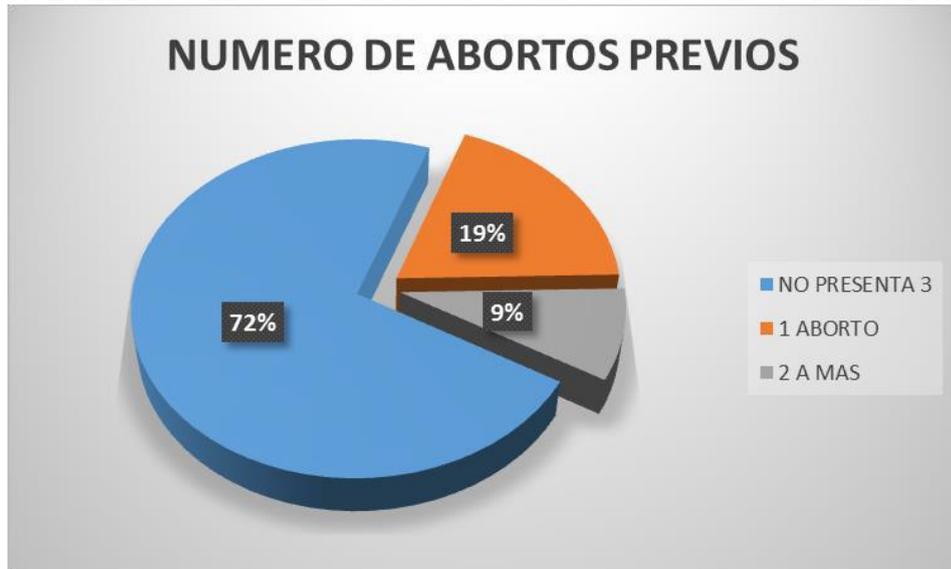


Tabla 13:
NÚMERO DE CONTROLES PRE NATALES EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL

(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

N ° de CPN	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	1	0.87
Menor igual 5	43	37.39
Mayor igual 6	71	61.74
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboración Propia

Del total de la población en estudio, el 62% tuvieron de 6 a más CPN, (Control Pre Natal), el 37% tuvieron de 5 a menos CPN , y el 1% no tuvo CPN. Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la unidad de Centro Obstétrico del Hospital Barthon y requirieron Manejo de Clave Azul , 4 gestantes tuvieron **CPN Deficiente o Ausente** y 6 gestantes tuvieron CPN Suficiente o Adecuado.

En la presenta tesis resaltamos que existe un 38% de gestantes que tuvieron CPN Deficiente o Ausente , lo cual coincide con los estudios realizados por Ruiz Morales Carlomagno en el año 2011, en una muestra de 132 gestantes, quien menciona que uno de los factores de riesgo materno para Eclampsia era el CPN Insuficiente o Ausente.⁽²⁰⁾

De igual manera Baltazar Anguis en el año 2011, en una muestra de 99 pacientes, menciona que uno de los factores maternos para Eclampsia es el CPN Insuficiente o Ausente.⁽²¹⁾

Gráfico 10:
NÚMERO DE CONTROLES PRE NATALES EN GESTANTES CON MANEJO DE
CLAVE AZUL

(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)



Tabla 14:
**EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL PRENATAL EN GESTANTES
 CON MANEJO DE CLAVE AZUL**

(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

Edad Gest. del 1° CPN	Frecuencia	Porcentaje
III TRIMESTRE	4	3.48
II TRIMESTRE	73	63.48
I TRIMESTRE	38	33.04
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboración Propia

Del total de la población estudiada que necesitó Manejo de clave Azul el 64% inició su primer control prenatal durante el segundo trimestre, el 33% durante el primer trimestre y el 3% durante III tercer trimestre. Es decir que de cada 10 gestantes con Manejo de clave Azul 7 iniciaron su control prenatal en el segundo y tercer trimestre, y 3 en el primer trimestre.

Las cifras previas indican que el control prenatal inadecuado (iniciado en el segundo y tercer trimestre) se asocia al riesgo de presentar Enfermedad Hipertensiva asociada al Embarazo, asimismo a pesar de tener un control prenatal adecuado (iniciado en el primer trimestre) nuestras gestantes presentan un alto riesgo de presentar Enfermedades Hipertensivas asociadas al Embarazo, hallazgo relacionado a lo concluido por Gonzales Ruiz Guisella en el estudio Factores de Riesgo de los Transtornos Hipertensivos inducidos en el Embarazo, en el año 2013, quien concluyó que la asistencia a controles prenatales, no evitó la aparición del trastorno hipertensivo.⁽¹⁴⁾

Gráfico 11:
EDAD GESTACIONAL DEL PRIMER CONTROL PRENATAL EN GESTANTES
CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

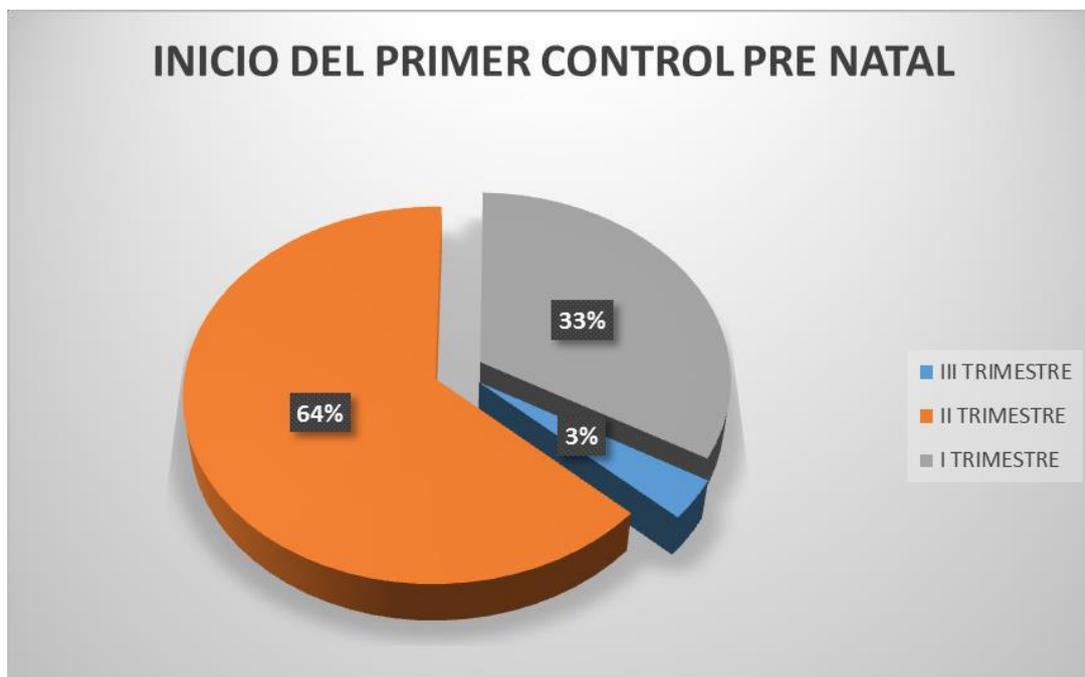


Tabla 15:
PERIODO INTERGENÉSICO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Periodo Intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
Menor 2 años	9	7.83
3- 9 años	45	39.13
Mayor igual 10 a	24	20.87
NO APLICA	37	32.17
TOTAL	115	100

Fuente: Elaboración Propia

El 39% de la población en estudio presentó un PIN (Periodo Intergenésico) Adecuado (3-9 años), el 21% con PIN Largo (mayor o igual a 10 años), el 8% tuvieron PIN Corto (menor a 2 años), el 32% de la población fueron gestantes primigestas y no presentaron PIN. Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton y requirieron Manejo de Clave Azul, 4 gestantes tuvieron PIN Adecuado, 2 gestantes PIN Largo, 1 gestante PIN Corto y 3 gestantes fueron primigestas.

Las cifras previas indican que en gestantes con periodo PIN Largo y Adecuado presentan mayor riesgo de desarrollar Estados Hipertensivos en el Embarazo, resultados similares a los obtenidos por Vinuesa H. en el año 2013, quien en una muestra de 940 mujeres concluyó que uno de los factores asociados a la prevalencia de Transtornos Hipertensivos del Embarazo era el PIN Largo con 1.63%.⁽¹²⁾,

Gráfico 12:
 PERIODO INTERGENÉSICO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

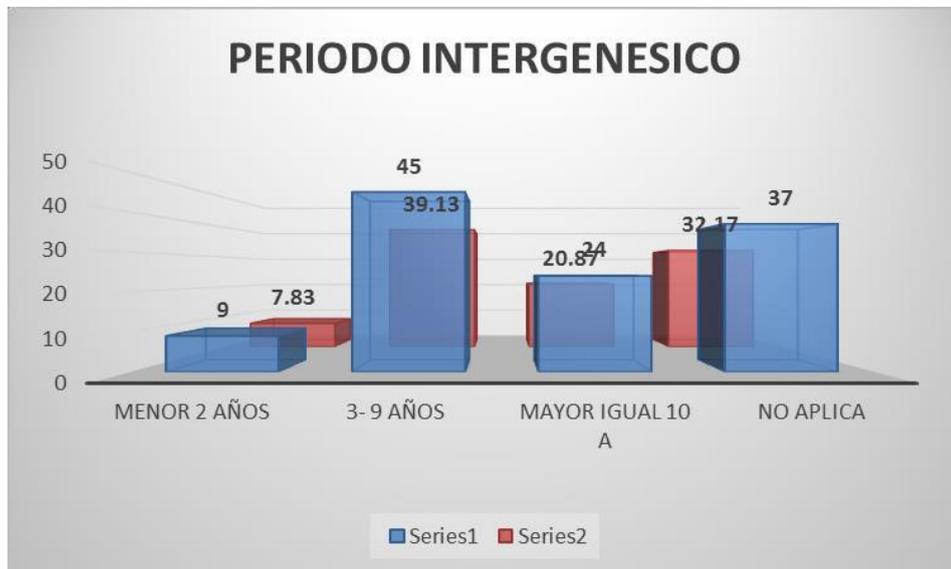


Tabla 16:
**ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREVIO A LA GESTACIÓN EN GESTANTES
 CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Índice de Masa Corporal	Frecuencia	Porcentaje
Menor 20	0	0
20- 24.9	11	9.57
25- 29.9	49	42.61
Mayor igual 30	55	47.83
TOTAL	115	100

fuentes: elaboración propia

Del total de la población en estudio el 48% de las gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul presentaron IMC (Índice de Masa Corporal) Mayor o igual a 30, el 42% IMC de 25-29.9 y el 10% IMC de 20-24.9. . Es decir que de cada 10 gestantes en estudio, 4 gestantes tienen IMC previo a la gestación de Sobrepeso, 5 gestantes presentaron Obesidad y 1 gestante IMC Normal.

Las cifras previas indican que el 90% de las gestantes que acudieron a la unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul por presentar Estados Hipertensivos asociados al Embarazo, presentaron IMC previo a la gestación con valores de Sobrepeso y Obesidad, resultados similares a lo mencionado por Vinuesa Aguay Henry en el año 2013, en el estudio Prevalencia de Transtornos Hipertensivos, en 940 mujeres , quien encontró que uno de los factores asociados fue la obesidad.⁽¹²⁾

De igual manera Diago Caballero Dalis en el año 2011, en el estudio Factores de Riesgo para Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE), estudio transversal realizado en 40 pacientes, concluyó que la Obesidad fue uno de los factores prevalentes asociados para HIE; en más del 50% de casos, factor que ocupó los primeros lugares.⁽¹⁵⁾

Gráfico 13:
ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREVIO A LA GESTACIÓN EN GESTANTES
CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

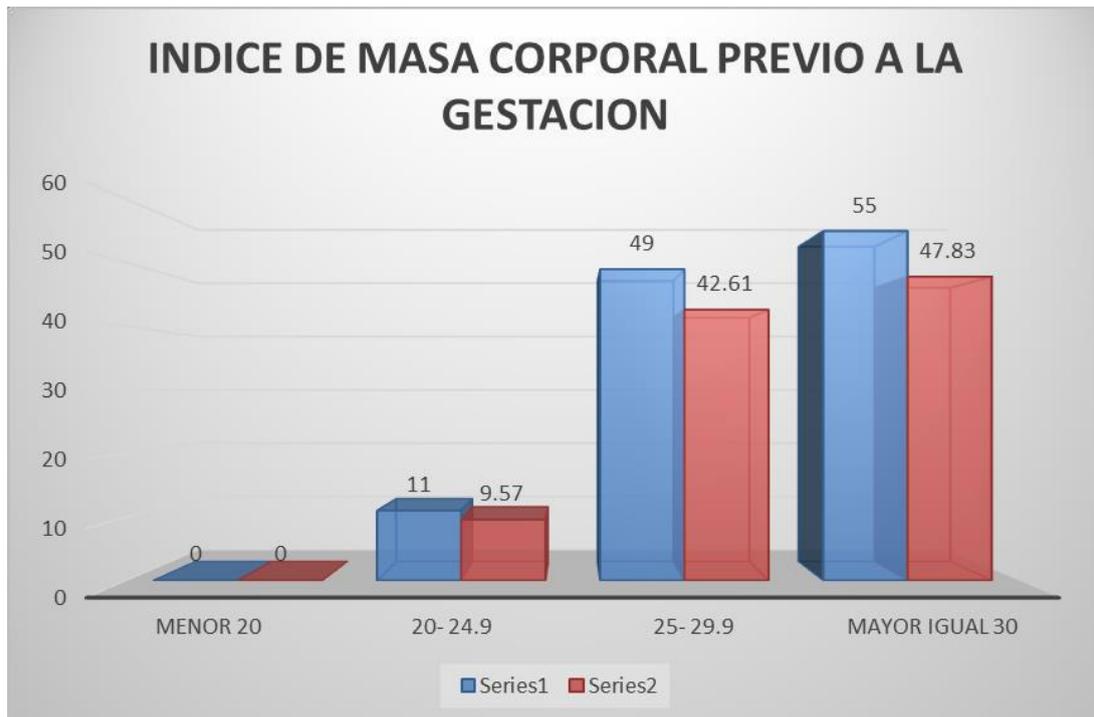


Tabla 17:
**EMBARAZO PREVIO CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO
 EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Embarazo previo con EHE	Frecuencia	Porcentaje
SI	14	15.91
No	74	84.09
TOTAL	88	100

fuentes: elaboración propia

El 16% de la población en estudio presentó Embarazo Previo con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE). . Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, 2 gestantes presentaron Embarazo Previo con EHE.

Mallma Canchari en el año 2010, en el estudio “Factores de Riesgo asociados a Preeclampsia” concluye que los factores asociados a Preeclampsia Severa fueron: antecedentes personales de Preclampsia, con 2.36 veces más riesgo de tener Preeclampsia Severa (22)

Asimismo la Guía Clave Azul “Enfermedad Hipertensiva del Embarazo” Guía de práctica Clínica basada en evidencias nos menciona que uno de los factores de riesgo pre concepcionales para Estados Hipertensivos del embarazo es el Embarazo previo con Hipertensión Inducida (9)

Gráfico 14:
EMBARAZO PREVIO CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO
EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)



Tabla 18:
**EMBARAZO PREVIO CON DIABETES MELLITUS EN GESTANTES CON
 MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Embarazo previo con DB	Frecuencia	Porcentaje
SI	2	2.27
No	86	97.73
TOTAL	88	100

fuentes: elaboración propia

El 2% de la población en estudio presentó Embarazo Previo con Diabetes Mellitus.

Es decir que de cada 10 pacientes que acudieron a la unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, 1 gestante presentó Embarazo Previo con Diabetes Mellitus.

Ponce Vega Eli en su investigación Factores de Riesgo Maternos para Síndrome de Hellp en Preeclámpticas, en el año 2014 encontró que el 4.8% de gestantes tuvo el antecedente de Diabetes Mellitus, hallazgo similar a los encontrados en nuestra tesis.⁽¹⁸⁾

Asimismo la Guía Clave Azul “Enfermedad Hipertensiva del Embarazo” Guía de práctica Clínica basada en evidencias nos menciona que uno de los factores de riesgo pre concepcionales para Estados Hipertensivos del embarazo es la Diabetes Mellitus. ⁽⁹⁾

Gráfico 15:
EMBARAZO PREVIO CON DIABETES MELLITUS EN GESTANTES CON
MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

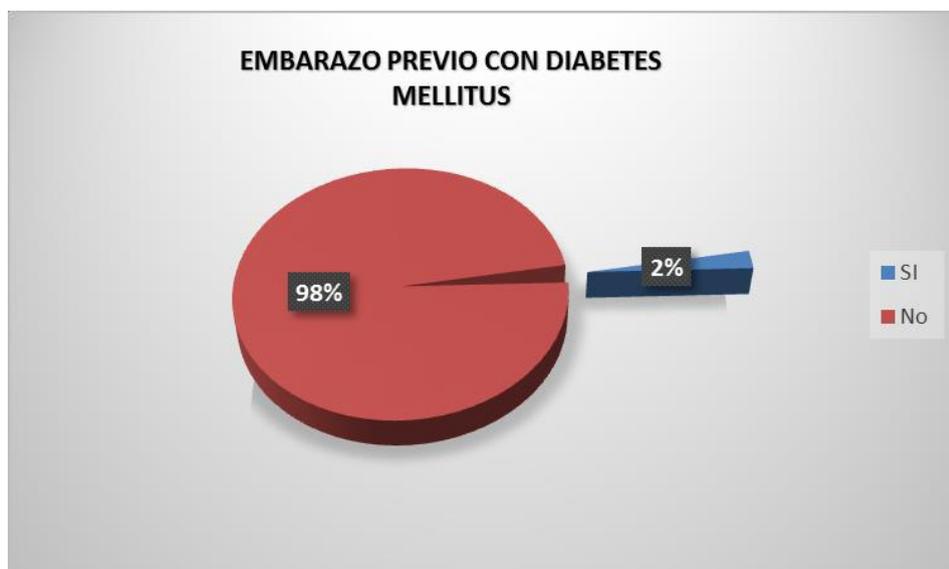


Tabla 19:
**HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN
 GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Historia Familiar con EHE	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	13.04
No	100	86.96
TOTAL	115	100

fuentes: elaboración propia

El 13% de la población en estudio presentó como antecedente: Historia Familiar de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE) y el 87% no presentó antecedente de Historia Familiar con EHE. Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, 1 presentó antecedente de Historia Familiar con EHE.

Dalis Diago Caballero, en su investigación Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo en el Hospital Docente Materno Infantil 10 de Octubre. La Habana, en el año 2011, en un estudio transversal de 40 pacientes, reportó que los antecedentes patológicos familiares fueron los principales factores de riesgo asociados a Hipertensión Inducida por el Embarazo. (15)

Se cree que el desarrollo de Preeclampsia estaría asociado con una historia familiar asociada a un riesgo tres veces Mayor de desarrollar Preeclampsia leve y cuatro veces Mayor de desarrollar Preeclampsia Severa (24) (25)

Gráfico 16:
HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)



Tabla 20:
**RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO ASOCIADO AL EMBARAZO
 ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

RCIU asociado	Frecuencia	Porcentaje
SI	15	13.04
NO	100	86.96
TOTAL	115	100

fuentes: elaboración propia

El 13% de la población en estudio presentó Retardo de Crecimiento Intrauterino (RCIU) en el embarazo actual y el 87% no presentó RCIU. . Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, 1 gestante presentó RCIU en el embarazo actual y 9 gestantes no presentaron RCIU.

Diaz Macaya Carlos, en el estudio Aspectos Relevantes de RCIU, en el año 2011, en una muestra de 133 gestantes con RCIU, el 7.5% (10 gestantes) presentaron Hipertensión Arterial crónica, el 5.2% (7 gestantes) presentaron Preeclampsia, siendo un total de 12.7% del total de recién nacidos con RCIU quienes cuyas madres presentaron Estados Hipertensivos asociados al Embarazo. (30), hallazgo similar al obtenido en nuestra tesis.

Gráfico 17:
RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO ASOCIADO AL EMBARAZO
ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)



Tabla 21:
**INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL EMBARAZO ACTUAL EN
 GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

ITU asociado a Embarazo actual	Frecuencia	Porcentaje
SI	51	44.35
NO	64	55.65
TOTAL	115	100

fuelle: elaboración propia

Del total de la población en estudio el 44% de las gestantes presentó Infección del Tracto Urinario (ITU) y el 56% no. Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, 4 gestantes presentaron ITU en el embarazo actual y 6 no.

En la investigación de Gonzales Ruiz en el estudio: Factores de Riesgo de los Transtornos Hipertensivos inducidos por el Embarazo; en el año 2013, en una muestra de 51 gestantes con transtornos hipertensivos, el 83.3% presentó ITU. (14)

De igual manera Ruiz Morales Carlomagno en el estudio Factores de Riesgo asociados a Preeclampsia; en el año 2011, menciona que uno de los factores de riesgo asociados para Eclampsia fue ITU (OR: 2.20, IC al 95%:1.49 -3.28). (20)

Gráfico 18:
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO AL EMBARAZO ACTUAL EN
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)



Tabla 22:
**NÚMERO DE FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL EN
 GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

N° de factores asociados	Frecuencia	Porcentaje
MAYOR IGUAL A 1	68	59.13
NINGUNA	47	40.87
TOTAL	115	100

fuentes: elaboración propia

Del total de la población en estudio el 59% de las gestantes presentó uno o más factores asociados al embarazo actual como RCIU (13%), ITU (44%), Diabetes Gestacional (4.4%) , Oligohidramnios (7%) y/o Embarazo gemelar (2.61%) y el 41 % de las gestantes no presentaron algún factor. . Es decir que de cada 10 gestantes atendidas en la Unidad de Centro obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson que requirieron Manejo de Clave Azul 6 presentaron 1 o más factores asociados al Embarazo y 4 no presentaron ningún factor factor asociado.

Ruiz Morales Carlomagno en el estudio Factores de Riesgo asociados a Preeclampsia; en el año 2011, menciona que la Preeclampsia, como estado hipertensivo asociado al Embarazo es un fenómeno frecuente, que tiene una fuerte asociación con diferentes factores de riesgo materno. (ITU, CPN Insuficiente o Ausente, presencia de signos de irritación cortical, bajo peso materno) (20),

Gráfico 19:
NÚMERO DE FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL EN
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

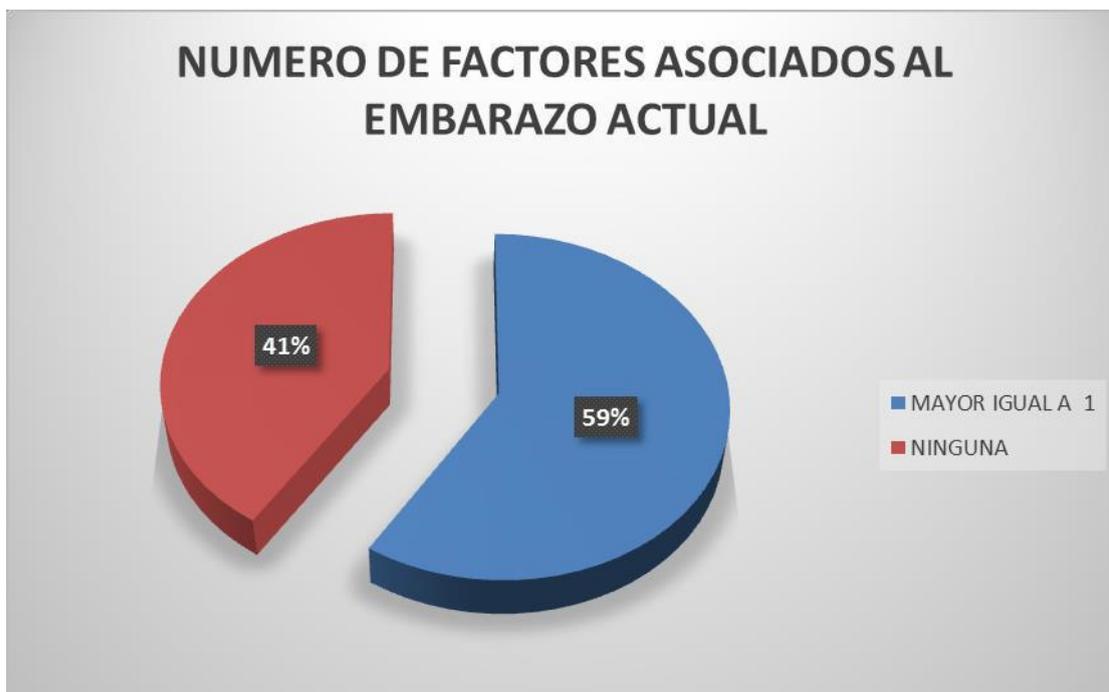


Tabla 23:
ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL EN
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

EHE asociados al Emb. actual	Frecuencia	Porcentaje
HTA GEST.	5	4.35
PEL	15	13.04
PES	77	66.96
ECLAMPSIA	3	2.61
SD. HELLP	5	4.35
HTA CRONICA	2	1.74
HTA CRO+ P E AÑADIDA	8	6.96
TOTAL	115	100

fuentes: elaboración propia

Del total de la población en estudio el 67% de las gestantes presentaron Preeclampsia Severa, el 13% Preeclampsia Leve, 7% Hipertensión Arterial Crónica más Pre eclampsia sobreañadida, el 4% Hipertensión Arterial (HTA) Gestacional, 4% Sínd. de Hellp, el 3% Eclampsia y el 2% HTA Crónica. Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, 7 gestantes presentaron Preeclampsia Severa, 1 gestante Pre eclampsia Leve, 1 gestante presentó HTA Crónica más Pre eclampsia. sobreañadida y 1 gestante presentó HTA Gestacional o Sínd. De Hellp o HTA Crónica o Eclampsia.

Garcés Hernández Yuniel en el estudio Factores de riesgo y condiciones perinatales de la Preeclampsia- Eclampsia en el año 2013, estudio prospectivo en con un total de 20 pacientes, concluyó que el 50% presentó Preeclampsia agravada (13).

Mallma Canchaya Ángel Wilfredo en el año 2010, en el estudio Factores de riesgo asociados a Preeclampsia Severa, en 218 pacientes, nos menciona que en el Perú, son los Estados Hipertensivos leves a severos quienes tienen una incidencia de 4.8% hasta 7.3%, (22), hallazgo similar a lo encontrado en nuestro estudio.

Gráfico 20:
**ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ACTUAL EN
 GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

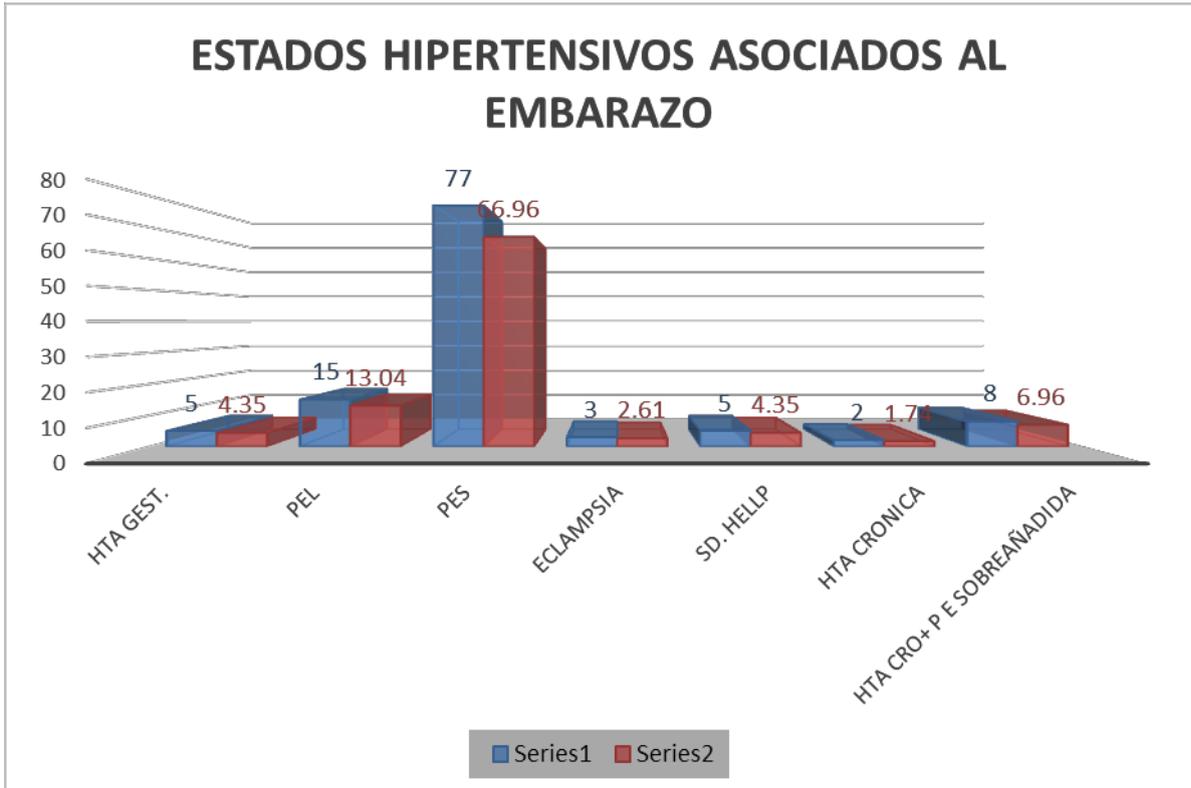


Tabla 24:
 TIPO DE PARTO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014• DICIEMBRE 2015)

Tipo de Parto	Frecuencia	Porcentaje
VAGINAL	19	16.52
CESAREA	96	83.48
TOTAL	115	100

fuentes: elaboración propia

Del total de la población en estudio que recibieron Manejo clave de Azul, el 83% de las gestantes tuvieron como término de gestación un parto por Cesárea, y el 17 % tuvieron como término de embarazo un parto vaginal. Es decir que de cada 10 gestantes atendidas con Manejo de Clave Azul 8 tuvieron un parto por Cesárea y 2 un parto Vaginal.

Hallazgo relacionado a los resultados obtenidos en la Investigación de Vinuesa H., 2013, quien concluyó que el 61 % de la población atendida tuvo como culminación de Embarazo fue Cesárea. (12)

Este hallazgo nos permite analizar las condiciones en que llegan nuestras gestantes al presentar esta patología y verificar la vía adecuada de culminación del embarazo.

Gráfico 21:
TIPO DE PARTO ACTUAL EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)



Tabla 25:
NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

N° de complicaciones maternas	Frecuencia	Porcentaje
MAYOR O IGUAL A 1	18	15.65
Ninguna	79	68.7
otras	18	15.65
TOTAL	115	100

fuelle: elaboración propia

De la población en estudio, el 15% presentó 1 o más complicaciones durante o después del parto, el 69% no presentó ninguna complicación y el 16% presentó otras complicaciones. Es decir, de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, aproximadamente 3 presentaron algún tipo de complicación y 7 no presentaron complicación alguna

Gráfico 22:
NÚMERO DE COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUES DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

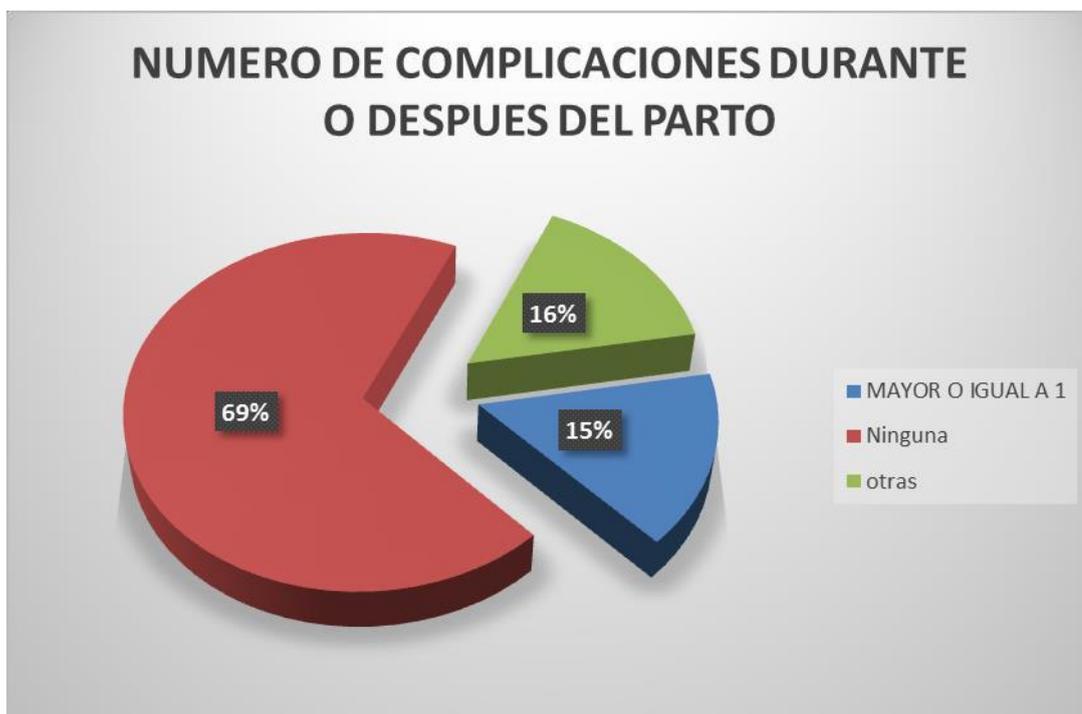


Tabla 26:
**COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN
 GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia	11	30.6
Hellp	6	16.7
Hemorragia + Hellp	1	2.8
Otras	18	50
Total	36	100

fuerite: elaboración propia

Cabe resaltar que en nuestro estudio, del total de pacientes que presentaron complicaciones (36 gestantes), el 30.6% (11 gestantes) presentaron Hemorragia durante o después del parto, el 16.7% (6 gestantes) presentaron Síndrome de Hellp y el 2.8% (1 gestantes) presentaron ambas patologías asociadas.

Sin embargo el cuadro representa que además de presentar estas patologías, se presentaron otras complicaciones en el 50 % 18 (gestantes).

Estos hallazgos nos permiten evaluar y analizar las condiciones perinatales de nuestras gestantes atendidas, enfocándonos en el nivel primario de atención y el seguimiento oportuno de las mismas con Mayores factores de riesgo asociados.

A nivel hospitalario, estas complicaciones tan graves nos obligan a tener un control estricto y manejo adecuado en el afán de evitar secuelas o complicaciones severas e irreversibles.

Gráfico 23:
COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

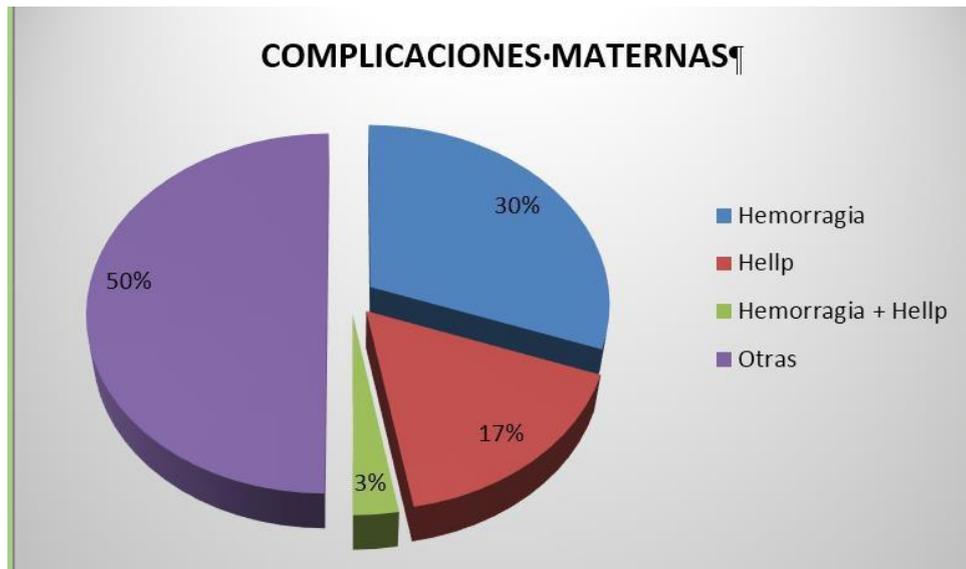


Tabla 27:
**OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO
 EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

Otras complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
IHO	3	16.7
Anemia	10	55.6
Plac. Previa	1	5.6
Falla Renal	3	16.7
Disf. Hepática + daño neurológico	1	5.6
TOTAL	18	100

fuerce: elaboración propia

Del total de la población en estudio aproximadamente el 50 % de las pacientes gestantes que presentaron complicaciones maternas durante o después del parto 18 (gestantes) ; que no fueron Sd. Hellp ni hemorragias, encontramos las siguientes complicaciones Anemia (55.6%) , Infección de Herida Operatoria (16.7%), Placenta Previa (5.6%), Falla Renal (16.7%) y Disfunción hepática asociada a daño neurológico (5.6%).

Como observamos, en este cuadro que presenta las complicaciones durante o después del parto en gestantes con Manejo de Clave Azul; las cuales no fueron Sd. Hellp y/o Hemorragias; se concluye que de cada 10 gestantes que presentan otras complicaciones maternas, 5 presentaron Anemia, 2 Infección de Herida Operatoria, 2 Falla Renal (esto demostrado a través de análisis de laboratorio); y 1 presentó daño neurológico asociado a disfunción hepática.

Gráfico 24:
OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO
EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

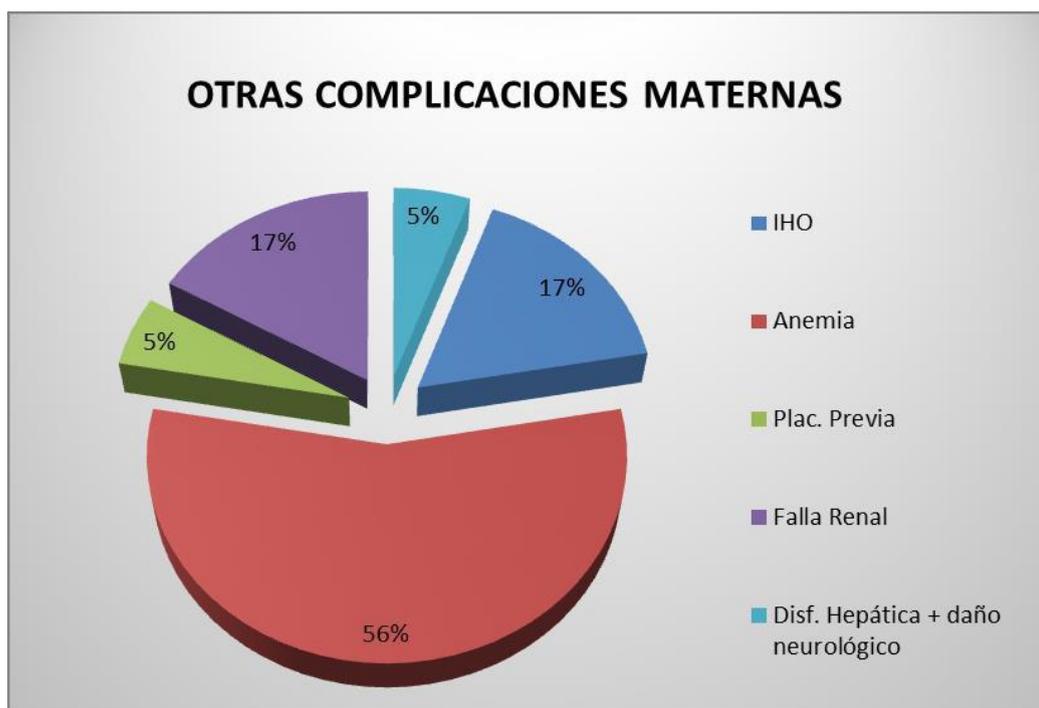


Tabla 28:
COMPLICACIONES MATERNAS HELLP EN GESTANTES CON MANEJO DE
CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

HELLP en gest. con Clave azul	Frecuencia	Porcentaje
SI	7	6.09
NO	108	93.91
TOTAL	115	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

De la población en estudio, el 6% presentó Síndrome de Hellp como complicación durante o después del parto. Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, 1 gestante presentó Síndrome de Hellp como complicación durante o después del parto.

Ponce Vega Eli en el año 2014, en el estudio Factores de Riesgo Maternos para Síndrome de Hellp en pacientes Preeclámpticas, encontró que los factores predisponentes para desarrollar este Síndrome fueron: edad media de 27.2 +/- 7.2 años, el 4.8% tuvieron antecedente de diabetes, el 14.5 % tuvo antecedente de Hipertensión y el 4% tuvo antecedente de Eclampsia.⁽¹⁸⁾ En nuestra tesis hemos encontrado resultados muy parecidos ya que de los 7 casos que presentaron Síndrome de Hellp el 57 % (4) tuvieron edades entre 19- 35 años y el 43% (3) tuvieron edad Mayor de 36 años.

De la misma forma observamos que el 57% (4) presentó el antecedente Hipertensión e Infección de Tracto Urinario.

Asimismo observamos que el 100% de pacientes que presentaron Síndrome de Hellp tuvieron un IMC de sobrepeso a obesidad.

El 100% (7) de recién nacidos de gestantes con Síndrome de Hellp fueron de sexo femenino.

El 57 % (4) de los recién nacidos de madres que presentaron Síndrome de Hellp, fueron recién nacidos pequeños para Edad Gestacional.

Cabe resaltar que estas pacientes tuvieron un manejo clínico multidisciplinario en UCI y presentaron diversas complicaciones como: Hemorragias.

Gráfico 25:
COMPLICACIONES MATERNAS HELLP EN GESTANTES CON MANEJO DE
CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)



Tabla 29:
NÚMERO DE COMPLICACIONES FETALES O NEONATALES DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

N° de complicaciones Fetales o neonatales	Frecuencia	Porcentaje
Depresión neonatal	7	6.09
Muerte perinatal	4	3.48
Ninguna	104	90.43
TOTAL	115	100

FUENTE: elaboración propia

Del total de la población atendida, el 6 % de las gestantes en estudio tuvieron Recién Nacidos con Depresión neonatal al nacimiento y el 4% presentó Muerte Perinatal, el 90% de las gestantes no presentó complicaciones feto neonatales al momento del nacimiento. Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la Unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, 1 gestante presentó complicación feto neonatal: la cual podría ser: Depresión Neonatal o Muerte Perinatal.

Incacari Condori Bertha en el estudio Morbimortalidad materno perinatal en madres preeclámplicas atendidas en el Instituto Materno Perinatal, en el año 2012, en una muestra de 120 gestantes, tuvo una mortalidad neonatal del 3.3%, (19), lo que coincide con nuestro estudio,

En nuestra tesis de las 4 muertes perinatales halladas, el 75% (3) fueron pequeños para edad gestacional, el 100% (4) fueron pretérminos, con una vía de parto vaginal para el 50% (2), asimismo observamos que el 75% (3) eran de sexo femenino.

Gráfico 26:
NÚMERO DE COMPLICACIONES FETALES O NEONATALES DURANTE O
DESPUES DEL PARTO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

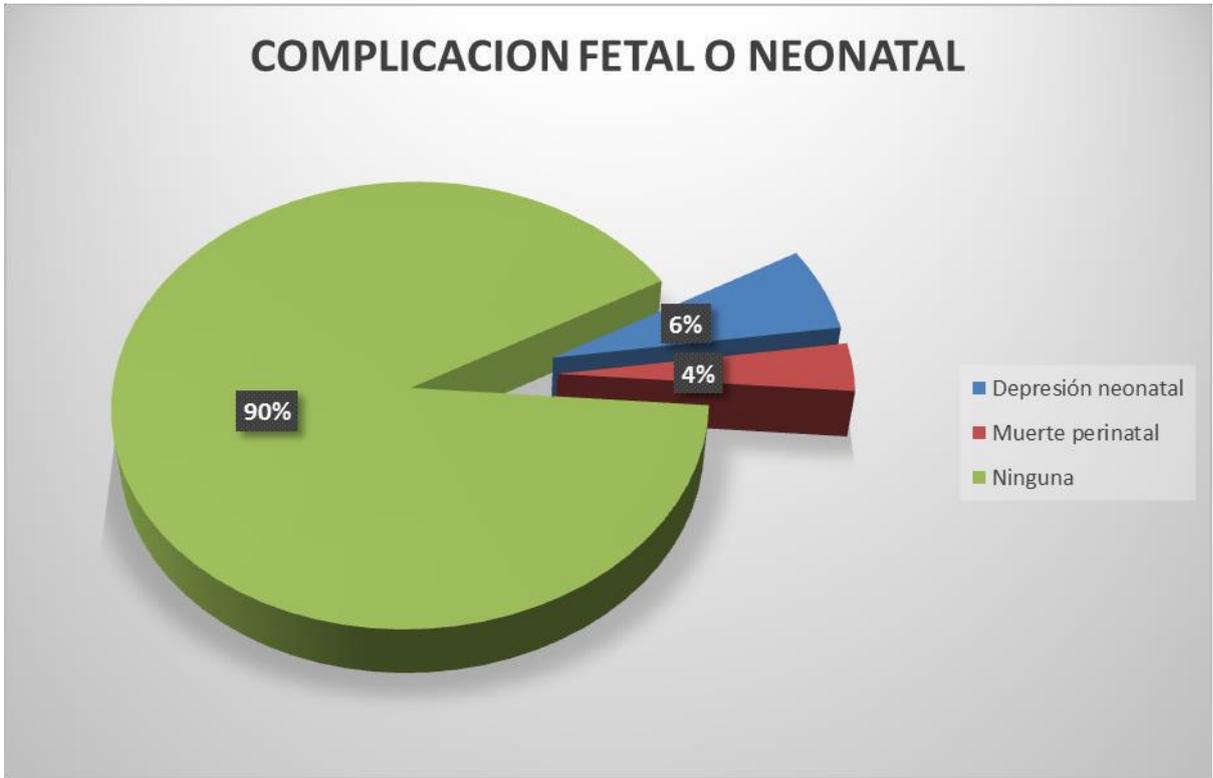


Tabla 30:
**APGAR AL NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS DE GESTANTES CON
 MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

Depresión Severa	0	0
Depresión. Moderada	8	6.96
Normal	105	91.3
NO APLICA	2	1.74
TOTAL	115	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Del total de la población en estudio, el 91% de las gestantes tuvieron Recién Nacidos que presentaron Apgar adecuado al momento del nacimiento y el 7% presentaron Apgar con Depresión moderada. Es decir que de cada 10 gestantes que acudieron a la unidad de Centro Obstétrico del Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson y requirieron Manejo de Clave Azul, 1 Recién Nacido presentó Apgar con Depresión Moderada y 9 presentaron un Apgar normal.

En el cuadro se observa que no se aplica la evaluación de Apgar al Nacimiento en dos recién nacidos debido a que estos fueron óbitos fetales.

Inchaustegui Lozano N. en el estudio Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto (Enero – Diciembre 2014) concluyó que el 95.6% fueron recién nacidos con Apgar normal y el 4.4%, fueron recién nacidos con Apgar alterado. (Depresión leve – moderada),
 (31) hallazgo similar a lo encontrado en nuestro estudio

Gráfico 27:
 APGAR AL NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS DE GESTANTES CON
 MANEJO DE CLAVE AZUL
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 -
 DICIEMBRE 2015)

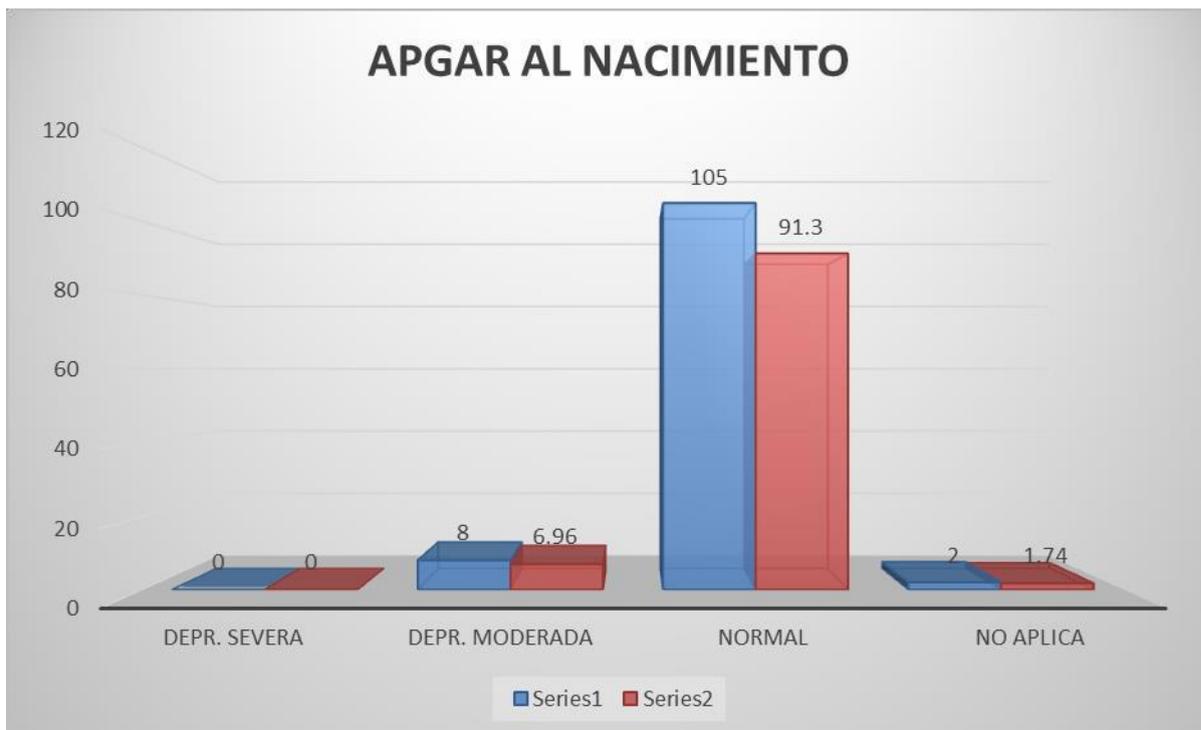


Tabla 31:
**PESO AL MOMENTO DE NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES
 CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

Peso del RN al nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
PEG	38	33.04
AEG	59	51.3
GEG	18	15.65
TOTAL	115	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Del total de la población en estudio que recibieron Manejo Clave de Azul, el 51% de las gestantes tuvieron recién nacidos con peso adecuado para edad gestacional, 33% tuvieron recién nacidos con peso grande para edad gestacional y 16% tuvieron recién nacidos pequeños para edad gestacional. Es decir que de cada 10 gestantes que recibieron manejo de Clave Azul, 5 tuvieron recién nacidos con peso adecuado, 3 fueron grandes para edad gestacional y 2 fueron pequeños para la edad gestacional al momento de nacimiento.

Inchaustegui L, (2015) en su estudio concluyó que el 61.7% de los recién nacidos tuvieron un peso al nacimiento Mayor a 2500 gr. (31)

Incacari V., en su tesis encontró que el 53.3% de recién nacidos de la población estudiada tenían peso Mayor a 2500 gr. (18) hallazgos similares a los encontrados en nuestra investigación.

De acuerdo a Fisiopatología de Pre eclampsia debido a la vasoconstricción producida (24, 25) se espera tener recién nacidos de bajo peso en Mayor porcentaje; sin embargo observamos que inclusive de cada 10 recién nacidos 2 son grandes para edad gestacional, hecho que proponemos se relacione con el sobrepeso de nuestras gestantes y la aparición de esta patología durante el tercer trimestre.

Gráfico 28:
PESO AL MOMENTO DE NACIMIENTO EN RECIEN NACIDOS DE GESTANTES
CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

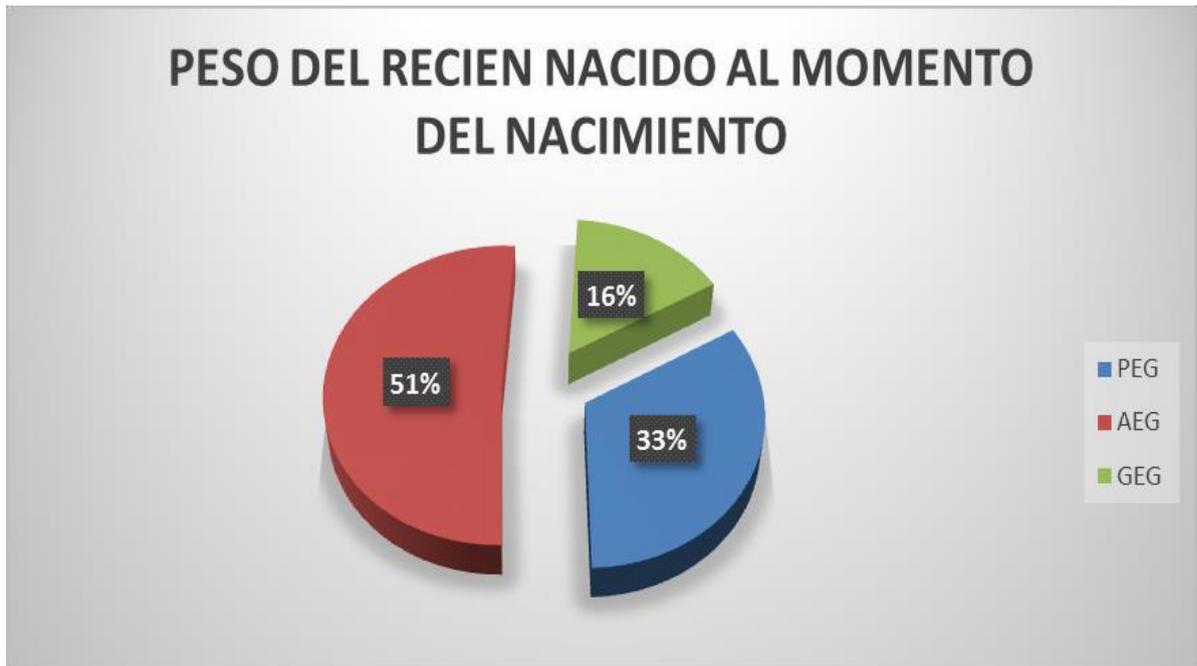


Tabla 32:
**EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS
 DE GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL**
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015)

EG del RN al nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
A TERMINO	69	60
PRE TERMINO	46	40
TOTAL	115	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Del total de la población en estudio que recibieron Manejo de clave Azul, el 60% de las gestantes tuvieron recién nacidos con edad gestacional al momento de nacimiento de Mayor o igual de 37 semanas (a término) y el 40% tuvieron recién nacidos con edad gestacional menor a 37 semanas (pretérmino). Es decir que de cada 10 gestantes atendidas con Manejo de Clave Azul, 4 tuvieron recién nacidos antes de las 37 semanas con Mayor riesgo de tener complicaciones asociadas al embarazo pretérmino incluyendo muerte perinatal, es así como vemos que del total de la población estudiada las 4 muertes perinatales se dieron en embarazos pretérminos.

Hallazgo relacionado a los resultados obtenidos en la Investigación de Garcés Hernández, quien concluyó que la existencia de factores de riesgo estimuló la aparición de un número Mayor de condiciones perinatales desfavorables en gestantes preclámpticas. (13)

Gráfico 29:
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS
DE GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

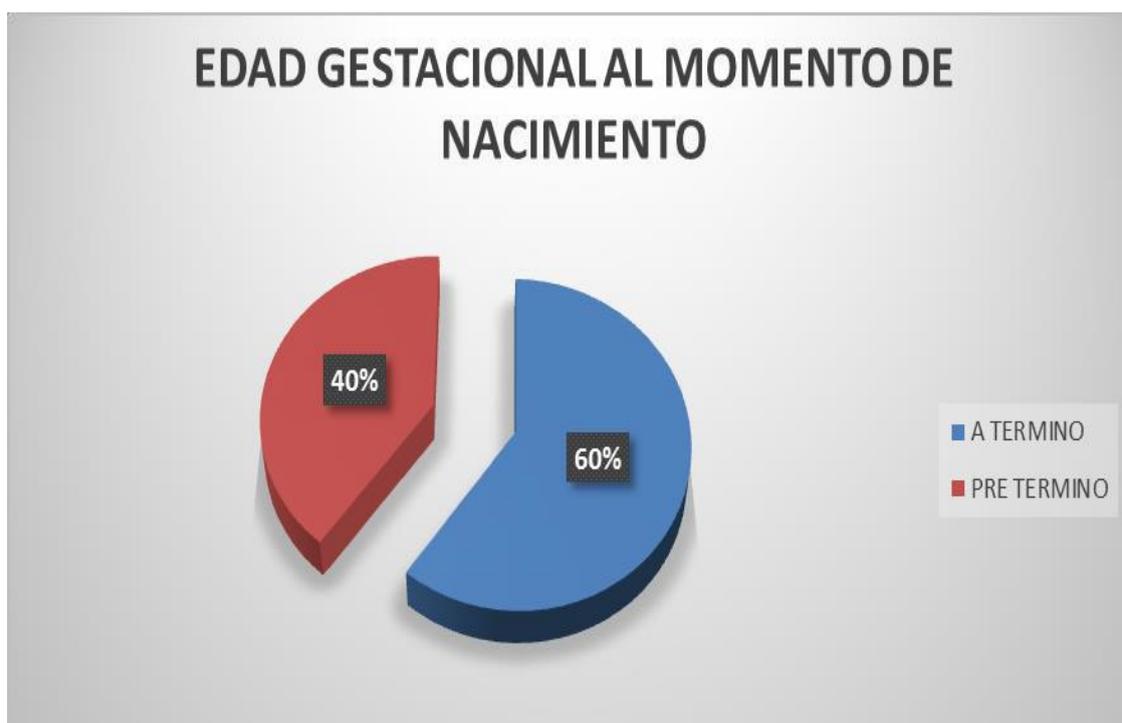


Tabla 33:
RELACIÓN DE EDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN GESTANTES CON
MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

Edad	<= 19	20-35	>= 36	Total
IMC				
Menor 20	0.00	0.00	0.00	0
% frecuencia	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
20- 24.9	0	8	3	10
% frecuencia	0.17%	6.57%	2.83%	9.56%
25- 29.9	1	34	14	49
% frecuencia	0.74%	29.27%	12.60%	42.61%
Mayor igual 30	1	38	16	55
% frecuencia	0.83%	32.86%	14.14%	47.83%
Total	2	79	34	115
% frecuencia	1.74%	68.70%	29.57%	100.00%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Los resultados en cuanto al índice de IMC en relación a la edad, podemos observar que de los 34 individuos que tienen mas de 35 años, 16 de ellos tiene un índice mayor o igual a 30, en tanto que la tendencia se orienta a aquellos que tiene entre 25 y 29 años, quienes representan 14 individuos; asimismo mientras que solo 3 individuos retienen un índice entre 20 y 25 cm respectivamente; por lo que respecta aquellos que tienen entre 20 y 35 años, quienes representan 79 individuos, 38 de ellos tienen un índice mayor o igual a 30; 34 tienen entre 25 y 29.9 y solo 8 de ellos tienen entre 20 a 24.9 respectivamente, en tanto que de aquellos que tiene menos de 19 años, un individuo presenta un IMC mayor a 29 y 1 que tiene entre 25 y 29 respectivamente.

En el presente cuadro comparativo tenemos que el 69% de las gestantes cuyas edades fluctúan de 20 a 35 años que acudieron a la unidad de Centro Obstétrico del Hospital Barton y requirieron Manejo de Clave Azul por presentar Estados Hipertensivos asociados al Embarazo, representan un 33% de la población cuyo IMC previo a la gestación presenta obesidad, resultados similares a lo mencionado por Vinuesa Aguay Henry en el año 2013, en el estudio Prevalencia de Trastornos Hipertensivos, en 940 mujeres , quien encontró que uno de los factores asociados fue la obesidad.(12)

Bravo Espinoza Cristina en la Investigación “Factores predictores de preeclampsia”- 2014, quien determinó que la edad promedio de las gestantes que presentaron Estados Hipertensivos, las edades fluctuaron entre 27.5 +/- 7.5 años, representando un 65.6% de la población en estudio. (16)

Resultados similares a nuestro estudio de investigación. Asimismo, la Guía Clave Azul “Enfermedad Hipertensiva del Embarazo” Guía de práctica Clínica basada en evidencias nos menciona que la edad y IMC son factores de riesgo pre concepcionales para desarrollar Estados Hipertensivos del embarazo (9)

Gráfico 30:
RELACIÓN DE EDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN GESTANTES CON
MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

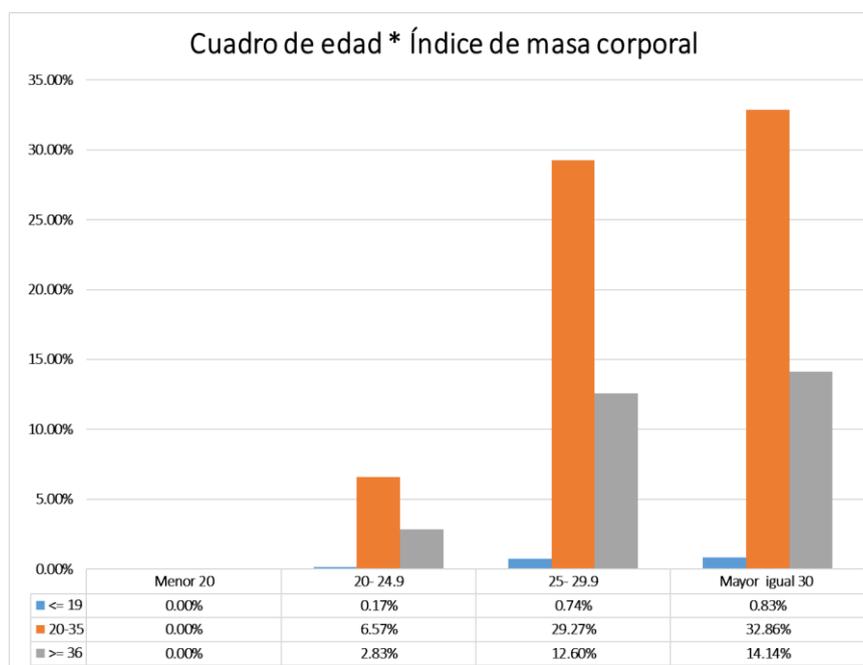


Tabla 34:
RELACIÓN ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO E
INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO EN GESTANTES CON MANEJO DE
CLAVE AZUL

(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

	ITU asociado a Embarazo actual	SI	NO	Frecuencia
EHE asociados al Emb. Actual				
HTA GEST.		2	3	5
% frecuencia		1.9%	2.4%	4.3%
PEL		7	8	15
% frecuencia		5.8%	7.3%	13.0%
PES		34	43	77
% frecuencia		29.7%	37.3%	67.0%
ECLAMPSIA		1	2	3
% frecuencia		1.2%	1.5%	2.6%
SD. HELLP		2	3	5
% frecuencia		1.9%	2.4%	4.3%
HTA CRONICA		1	1	2
% frecuencia		0.8%	1.0%	1.7%
HTA CRO+ P E AÑADIDA		4	4	8
% frecuencia		3.1%	3.9%	7.0%
Total		51	64	115
% frecuencia		44.3%	55.7%	100.0%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Los resultados entre los “Estados hipertensivos asociados & infección tracto urinario”, según los resultados de aquellos que si presentan un UTI asociado al embarazo actual, que representan 51 individuos 34 de ellos presenta un EHE asociado al PES, 7 de ellos a un PEL, 4 representan un HTA CRO+ P E AÑADIDA, 2 de ellos tienen un índice asociado al HTA GEST; o SD. HELLP, en tanto que ECLAMPSIA y HTA CRÓNICA, solo tiene una opción como respuesta.

En el presente cuadro comparativo tenemos que el 67% (77) de las gestantes presentaron Pre-eclampsia Severa, y acudieron a la unidad de Centro Obstétrico del Hospital Barton y requirieron Manejo de Clave Azul por presentar Estados Hipertensivos asociados al Embarazo, representan un 30% de la población que presentaron Infección del Tracto Urinario, resultados similares a lo mencionado

por Ruiz Morales Carlomagno en el estudio Factores de Riesgo asociados a Preeclampsia; en el año 2011, menciona que uno de los factores de riesgo asociados para Eclampsia fue ITU (OR: 2.20, IC al 95%:1.49 -3.28). (20)

En la investigación de Baltazar Anguis Fredy en el estudio: **Factores de riesgo maternos para eclampsia. Instituto Nacional Materno Perinatal (IMP) 2009-2010**; en una muestra de 99 gestantes, estudio de tipo casos y controles , menciona que uno de los factores de riesgo materno para Eclampsia fue la Infección Urinaria (OR 2,20; IC al 95% 1,49 – 3,28). (21)

Cuyos resultados son similares a nuestro estudio de investigación.

Gráfico 31:
RELACIÓN ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO E INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

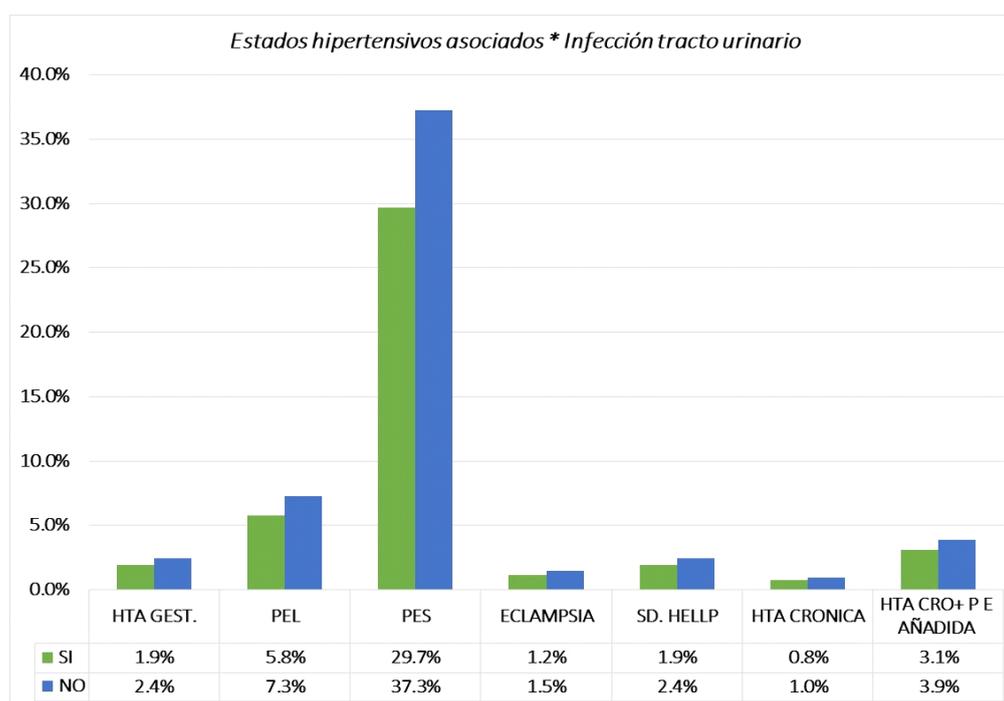


Tabla 35:
RELACIÓN ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO Y
OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO EN
GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
(HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)

ITU asociado a Embarazo actual	IHO	Anemia	Plac. Previa	Falla Renal	Disf. Hepática + daño neurológico	Frecuencia
EHE asociados al Emb. Actual						
HTA GEST.	1	3	0	1	0	5
% frecuencia	0.7%	2.4%	0.2%	0.7%	0.2%	4.3%
PEL	2	8	1	3	1	15
% frecuencia	2.2%	7.3%	0.7%	2.2%	0.7%	13.0%
PES	13	43	4	13	4	77
% frecuencia	11.0%	37.2%	3.7%	11.2%	3.7%	67.0%
ECLAMPSIA	0	2	0	1	0	3
% frecuencia	0.4%	1.5%	0.1%	0.4%	0.1%	2.6%
SD. HELLP	1	3	0	1	0	5
% frecuencia	0.7%	2.4%	0.2%	0.7%	0.2%	4.3%
HTA CRONICA	0	0	0	0	0	2
% frecuencia	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%
HTA CRO+ P E AÑADIDA	1	4	0	1	0	8
% frecuencia	1.1%	3.9%	0.4%	1.2%	0.4%	7.0%
Total	19	64	6	19	6	115
% frecuencia	16.5%	55.6%	5.6%	16.7%	5.6%	100.0%

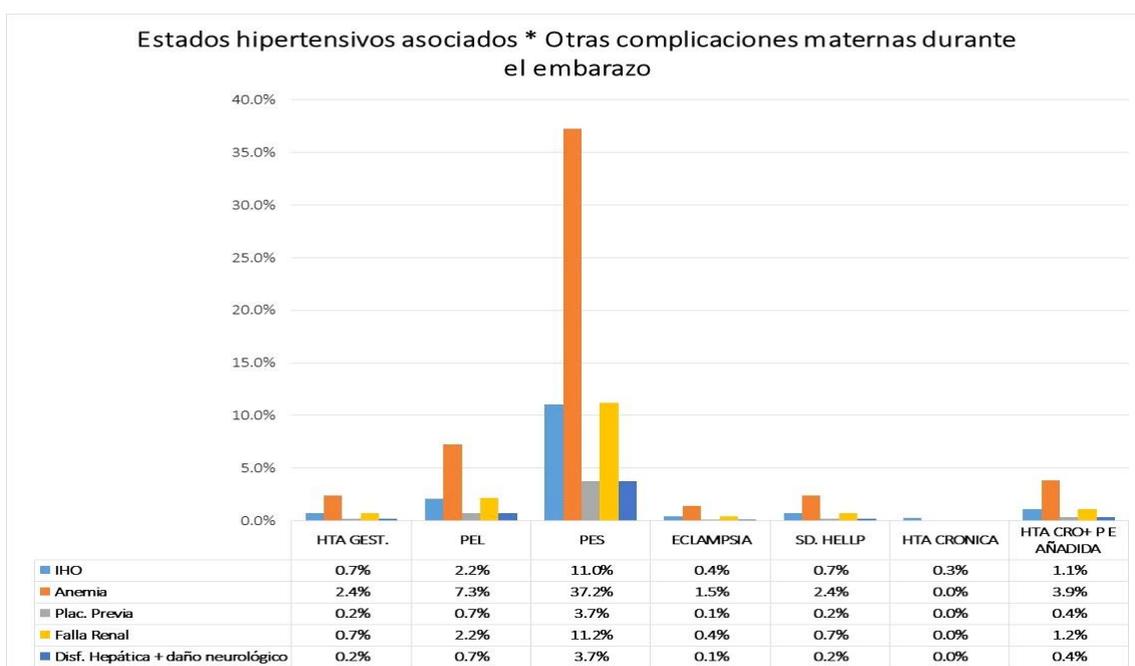
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Los resultados en cuanto al cruce de información (Estados hipertensivos asociados con el criterio de Otras complicaciones maternas durante el embarazo), nos permite hacer una observación en cuanto a aquellos que sufren de anemia, quienes representan 64 individuos, de los cuales 43 tienen un EHE asociado Pre eclampsia Severa, 8 a Pre eclampsia Leve, 4 al Hipertensión Arterial Crónica + Pre eclampsia Sobreañadida, asimismo aquellos que tiene una frecuencia de 3 EHE se asocian al Hipertensión Arterial Gestacional ó SD. HELLP y solamente 2 de ellos tiene un EHE asociado a la ECLAMPSIA.

En el presente cuadro comparativo tenemos que el 67% de las gestantes presentaron Pre-eclampsia Severa y acudieron a la unidad de Centro Obstétrico del Hospital Barton y requirieron Manejo de Clave Azul por presentar Estados

Hipertensivos asociados al Embarazo, representan un 37.2% de la población que presento anemia, 11% presento Infección de Herida Operatoria, 11% Falla Renal, 3.7% Placenta Previa y 3.7% Disfunción Hepática asociada a Daño Neurológico resultados obtenidos en nuestro estudio de investigación, y la existencia de otras complicaciones maternas durante o después del parto.

Gráfico 32:
RELACIÓN ESTADOS HIPERTENSIVOS ASOCIADOS AL EMBARAZO Y OTRAS COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES CON MANEJO DE CLAVE AZUL
 (HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015)



4.2 Prueba de hipótesis:

Hipótesis General

1º Planteamiento de hipótesis:

H⁰: Los factores de riesgo maternos no se **relacionan significativamente** con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao. 2016.

H^a: Los factores de riesgo maternos se relacionan significativamente con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a – Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao. 2016.

2º Niveles de significación:

$\alpha = 0.05$ (con 95% de confianza)

3º Estadístico de prueba:

r de Ch2 - Pearson

Dónde:

En términos generales diremos que:

Si $|r|$ (Correlación de Ch2) $< 0,95$ la asociación no se cumple.

Si $|r|$ (Correlación de Ch2) $> 0,95$ la asociación se cumple.

4º Comparar

Para n-2 grados de libertad

$T > T_{\alpha/2, \kappa}$ Se rechaza H₀

$T < T_{\alpha/2, \kappa}$ Se acepta H₀

Dónde:

$T = t$ calculado

$T_{\alpha/2, \kappa} = t$ de tabla con $\alpha = 0.05$ y κ grados de libertad

5. Resultados:

Tabla 36:
Resumen de correlación de Ch2 (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos & Manejo de Clave Azul).

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,972 ^a	4	,028
Razón de verosimilitudes	114,017	4	,000
Asociación lineal por lineal	96,423	1	,000
N de casos válidos	115		

Asumiendo la hipótesis alternativa, con un error asintótico de 0.028

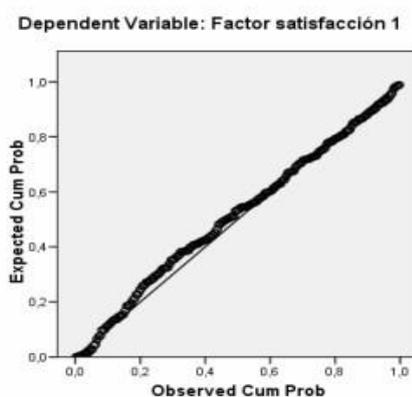
Tabla 37:
Medidas simétricas de correlación (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos & Manejo de Clave Azul).

		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Phi	1,355			,000
	V de Cramer	,958			,000
	Coefficiente de contingencia	,956			,044
Ordinal por ordinal	Gamma	,998	,003	-9,672	,327
	Correlación de Spearman	,976	,040	,970	,030 ^c
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,997	,039	,973	,027 ^c
N de casos válidos		115			

Al analizar el valor de R de Pearson - índice de correlación entre las variables, el resultado obtenido fue : 0.997, en donde : $0 < r < 1$,

Por lo tanto, existe una correlación positiva, lo cual nos indica una relación directa, es decir cuando aumenta los factores de riesgo maternos también aumenta el uso del manejo de clave azul.

Gráfico 33:
Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos & Manejo de Clave Azul.
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



6. Conclusión:

De la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 de Pearson el resultado de Correlación se muestra con un índice de, 0,972 con un índice de libertad de 0,028 pto. con lo que podemos asegurar que el error típico asintótico basado en la hipótesis nula se da en sentido inverso o negativo y en un nivel significativo o relevante, con lo que podemos determinar que el supuesto es correcto “Los factores de riesgo maternos se relacionan significativamente con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde mayo 2014 a – Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson Callao. 2016”, validándolo.

Hipótesis específica 1

1º Planteamiento de hipótesis:

H⁰: Los factores de riesgo maternos preconcepcionales no se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , Callao.

H^{a1}: Los factores de riesgo maternos preconcepcionales se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , Callao.

2º Niveles de significación:

$\alpha = 0.05$ (con 95% de confianza)

3º Estadístico de prueba:

r de Ch2

Dónde:

En términos generales diremos que:

Si $|r|$ (Correlación de Ch2) $< 0,95$ la asociación no se cumple.

Si $|r|$ (Correlación de Ch2) $> 0,95$ la asociación se cumple.

4º Comparar

Para n-2 grados de libertad

$T > T_{\alpha/2, \kappa}$ Se rechaza H₀

$T < T_{\alpha/2, \kappa}$ Se acepta H₀

Dónde:

$T = t$ calculado

$T_{\alpha/2, \kappa} = t$ de tabla con $\alpha = 0.05$ y κ grados de libertad

5. Resultados:

Tabla 33

Tabla 38:

Resumen de correlación de Ch2 (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos preconceptionales & Manejo de Clave Azul)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,985 ^a	4	,015
Razón de verosimilitudes	9,518	4	,001
Asociación lineal por lineal	2,610	1	,002
N de casos válidos	115		

Asumiendo la hipótesis alternativa, con un error asintótico de 0.015

Tabla 39:

Medidas simétricas de correlación (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos preconceptionales & Manejo de Clave Azul).

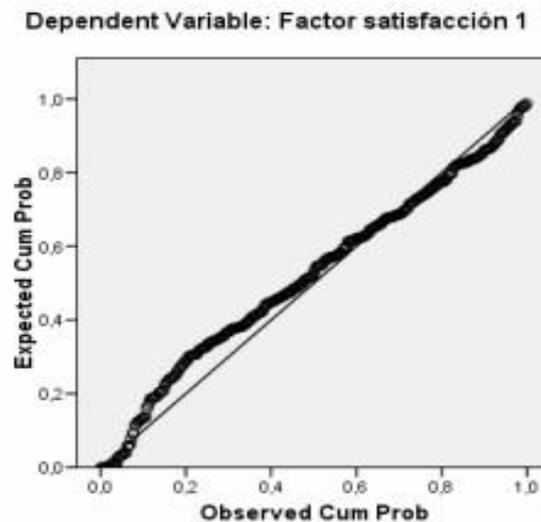
		Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Phi	,942			,058
	V de Cramer	,949			,051
	Coefficiente de contingencia	,802			,000
Ordinal por ordinal	Gamma	,997	,004	9,581	,033
	Correlación de Spearman	,987	,044	21,789	,013 ^c
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,967	,043	22,119	,099 ^c
N de casos válidos		115			

Al analizar el valor de R de Pearson - índice de correlación entre las variables, el resultado obtenido fue : 0.967, en donde : $0 < r < 1$,

Por lo tanto, existe una correlación positiva, lo cual nos indica una relación directa, es decir cuando aumenta los factores de riesgo maternos preconceptionales también aumenta el uso del manejo de clave azul.

Gráfico 34:
Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos preconceptionales &
Manejo de Clave Azul

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



6. Conclusión:

Como resultado de la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 de Pearson el resultado de Correlación se muestra con un índice de, 0,985, con un índice de libertad de 0.015 ptos, con lo que podemos asegurar que el error típico asintótico basado en la hipótesis nula se da en sentido inverso o negativo y en un nivel significativo o relevante, por lo que podemos determinar que el supuesto es correcto “Los factores de riesgo maternos preconceptionales se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a – Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , Callao 2016”, validándolo.

Hipótesis Específica 2

1º Planteamiento de hipótesis:

H⁰: Los factores de riesgo maternos asociados al embarazo no se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson, Callao 2016.

H^{a2}: Los factores de riesgo maternos asociados al embarazo se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson Callao 2016.

2º Niveles de significación:

$\alpha = 0.05$ (con 95% de confianza)

3º Estadístico de prueba:

r de Ch2

En términos generales diremos que:

Si $|r|$ (Correlación de Ch2) $< 0,95$ la asociación no se cumple.

Si $|r|$ (Correlación de Ch2) $> 0,95$ la asociación se cumple.

4º Comparar

Para n-2 grados de libertad

$T > T_{\alpha/2, \kappa}$ Se rechaza H₀

$T < T_{\alpha/2, \kappa}$ Se acepta H₀

Dónde:

$T = t$ calculado

$T_{\alpha/2, \kappa} = t$ de tabla con $\alpha = 0.05$ y κ grados de libertad

5. Resultados:

Tabla 40:

Resumen de correlación de Ch2 (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos asociados al embarazo & Manejo de Clave Azul).

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,952 ^a	4	,048
Razón de verosimilitudes	,982	4	,000
Asociación lineal por lineal	,974	1	-,026
N de casos válidos	115		

Asumiendo la hipótesis alternativa, con un error asintótico de 0.048

Tabla 41:

Medidas simétricas de correlación (Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos asociados al embarazo & Manejo de Clave Azul).

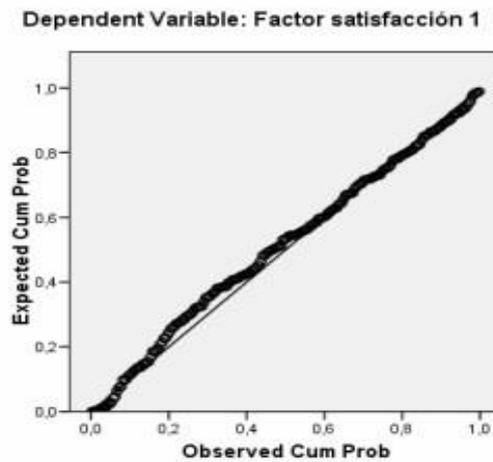
		Valor	Error típ. asint.	T aproximada	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Phi	1,306			,000
	V de Cramer	,963			,037
	Coefficiente de contingencia	,939			,069
Ordinal por ordinal	Gamma	,994	,006	9,309	-,060
	Correlación de Spearman	,960	,051	16,868	-,040
Intervalo por intervalo	R de Pearson	,965	,050	17,157	,035
N de casos válidos		115			

Al analizar el valor de R de Pearson - índice de correlación entre las variables, el resultado obtenido fue: 0.965, en donde: $0 < r < 1$,

Por lo tanto, existe una correlación positiva, lo cual nos indica una relación directa, es decir cuando aumenta los factores de riesgo maternos asociados al embarazo también aumenta el uso del manejo de clave azul.

Gráfico 35:
Pruebas de chi-cuadrado - Factores de riesgo maternos asociados al embarazo & Manejo de Clave Azul)

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



6. Conclusión:

De la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 de Pearson, muestran el resultado de Correlación se muestra con un índice de 0,952 con un índice de libertad de 4.8%, con lo que validamos nuestra hipótesis alterna que sugiere que “Los factores de riesgo maternos asociados al embarazo se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde Mayo 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Barton Thompson, Callao 2016”, validándola.

4.3 Discusión de resultados:

En cuanto a los resultados encontrados relacionados a los factores de riesgos maternos y el manejo de la clave azul, los resultados muestran en relación a la hipótesis general, la cual supone que “Los factores de riesgo maternos se relacionan significativamente con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao. 2016”, como se aprecia del resultado de la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 el resultado de Correlación se muestra con un índice 0,972 con un índice de libertad de 0,028 ptos. con lo que podemos asegurar que el error típico asintótico basado en la hipótesis nula se da en **sentido inverso o negativo** y en un nivel significativo o relevante, con lo que podemos determinar que el supuesto es correcto; en tal sentido Ponce Vega Eli en su tesis **Factores de Riesgo Maternos para Síndrome de Hellp en Preeclámpticas Severas 2014**, cuyos resultados fueron: la edad media de 27.2 +/- 7.2 años, el 4.8% de gestantes tuvo el antecedente de diabetes, el 14.5% antecedente de hipertensión, el 4% tuvo el antecedente de eclampsia, concluyó que los factores de riesgo para Síndrome de Hellp en mujeres preeclámpticas severas fueron la edad, multiparidad y antecedente de preeclampsia. ($P < 0.05$) ⁽¹⁸⁾

En relación a la primera de las hipótesis específicas, la misma que supone que “Los factores de riesgo maternos preconceptionales se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , Callao 2016”; como resultado de la aplicación de nuestro estadístico de prueba R de Ch2 el resultado de Correlación se muestra con un índice de, 0,985, con un índice de libertad de 0.015 ptos. con lo que podemos asegurar que el error típico asintótico basado en la hipótesis nula se da en sentido inverso o negativo y en un nivel significativo o relevante, por lo que podemos determinar que el supuesto es correcto, en

tal sentido Gisela Esther González Ruiz, Luz Ángela Reyes, Dorian Camacho Rodríguez, cls, en el artículo de investigación Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en mujeres atendidas en una entidad de salud de Santa Marta- Colombia 2013, sostienen que existen factores ajenos al estudio, como en este caso el consumo de alcohol, multiparidad y antecedentes familiares, ocuparon un lugar importante; mientras la asistencia a controles prenatales, no evitó la aparición del trastorno hipertensivo.

Por ultimo en relación a la segunda de las hipótesis específicas, la cual supone que “Los factores de riesgo maternos asociados al embarazo se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , Callao 2016”, los resultados de la aplicación del estadístico de prueba de R Ch2 arroja como resultado de Correlación se muestra con un índice de 0,952 con un índice de libertad de 4.8%, con lo que validamos nuestra hipótesis alterna, en tal sentido Diago Caballero Diego, Vila Vaillant Flora, Msc. Ramos Guilarte Elsy. Garcia Valdés Roberto, en la Investigación **Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo en el Hospital Docente Materno Infantil 10 de octubre. La Habana, Cuba 2010**, analizaron tipo de hipertensión, edad, paridad, antecedentes patológicos familiares de hipertensión, preeclampsia previa, enfermedad renal, embarazo gemelar y sostuvieron que más del 50 % tenían factores de riesgo, antecedentes patológicos familiares y obesidad ocuparon los primeros lugares. Concluyeron Insistir en la identificación de factores de riesgo que conlleven a desencadenar esta enfermedad. (15)

Capítulo IV:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Nuestro estudio abarcó una población censal de 115 gestantes, en las cuales el 69 %, las edades fluctuaban entre 20 a 35 años, el 29% fueron Mayores de 36 años y el resto menores a 19 años; el 94% de la población en estudio tenían Grado de Instrucción Secundaria y Superior, el 6 % nivel de Instrucción Primaria y Analfabetismo, lo que se relaciona con las referencias bibliográficas mencionadas previamente.(16,19).

De acuerdo al lugar de residencia, el 5.22% provenían de lugares no adscritos al establecimiento de Salud; incluyendo departamentos de otras partes del país.(Cuzco y Piura), este hecho nos indica que debemos estar preparados para una atención diferenciada de acuerdo a las características epidemiológicas de diferentes lugares de nuestro país.

Teniendo en cuenta el grado de paridad como factor preconcepcional, el 37% de las gestantes cursaba su primer embarazo, el 32% ya tenía un hijo vivo y el 31% dos hijos previos a más.Si bien es cierto la nuliparidad es un factor predisponente y representativo para el Manejo de Clave Azul (9) observamos que el riesgo de presentar algún Estado hipertensivo es muy alto para cualquier grado de paridad. (18),

En cuanto a la asistencia de controles pre natales, el 38% de gestantes presentó CPN Insuficiente o Ausente, resultados similares a estudios previos, los cuales consideran el CPN Insuficiente o Ausente como factor de riesgo materno para Eclampsia. (20, 21)

Con respecto al PIN (Periodo Intergenésico); el 40% presentó PIN corto, además se consideró como factor de riesgo el Índice de Masa Corporal (IMC), en donde el 90%, de la población en estudio tuvieron IMC compatible con Sobrepeso a Obesidad. (12,15) .

Dentro de los antecedentes evaluados se encontró que el 31 % de las gestantes estudiadas presentó como antecedente. Embarazo Previo con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE) 16%, Historia Familiar de Enfermedad

Hipertensiva del Embarazo (EHE) 13%, Diabetes Mellitus 2%, factores hallados también en distintas investigaciones. (9,15,18,22,24,25),

Como resultado de la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 el resultado de Correlación, con un índice de, -0,967, con un índice de libertad de -0,043 pts. determinó que el supuesto es correcto “Los factores de riesgo maternos preconcepcionales se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Barton Thompson , Callao 2016”, en un nivel significativo o relevante.

En cuanto a los factores asociados al Embarazo, del total de la población en estudio el 59% de las gestantes presentó uno o más factores asociados al embarazo actual como RCIU (13%), ITU (44%), Diabetes Gestacional (4.4%), Oligohidramnios (7%) y/o Embarazo gemelar (2.61%) como se observa en la Tabla N° 17. (14,20)

Considerando la frecuencia de Estados Hipertensivos y su relación con los resultados perinatales, el 67% de las gestantes presentaron Preeclampsia Severa y el 6% Síndrome de Hellp (7); de estas últimas el 100% de recién nacidos fueron de sexo femenino, el 57 % (4) fueron recién nacidos pequeños para Edad Gestacional. (13). (22),

Las complicaciones fetales o neonatales observadas muestran que el 4% presentó muerte perinatal, en embarazos pretérminos de sexo femenino, los cuales el 75 % (3) fueron muertes perinatales de madres con Preeclampsia Severa, resultados similares a los encontrados por Incacari B. (19),

Del total de la población, el 51% de recién nacidos tuvieron un peso adecuado para la edad gestacional y el 33% tuvo peso grande para edad gestacional.

De acuerdo a Fisiopatología de Pre eclampsia debido a la vasoconstricción producida (24, 25) se espera tener recién nacidos de bajo peso en Mayor porcentaje; sin embargo observamos que inclusive de cada 10 recién nacidos 2 son grandes para edad gestacional, hecho que proponemos se relacione con el

sobrepeso de nuestras gestantes y la aparición de esta patología durante el tercer trimestre.

Referencias bibliográficas (21) se relacionan a los hallazgos obtenidos en nuestra investigación acerca del tipo de culminación de parto en donde el 83% de la población que recibió manejo de Clave Azul tuvo como culminación cesárea,

De la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 de Pearson el resultado de Correlación se muestra con un índice de, 0,972 con un índice de libertad de 0,028 ptos. con lo que podemos asegurar que el error típico asintótico basado en la hipótesis nula se da en sentido inverso o negativo y en un nivel significativo o relevante, con lo que podemos determinar que el supuesto es correcto “Los factores de riesgo maternos se relacionan significativamente con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde mayo 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson Callao. 2016”, validándolo

Como resultado de la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 de Pearson el resultado de Correlación se muestra con un índice de, 0,985, con un índice de libertad de 0.015 ptos. con lo que podemos asegurar que el error típico asintótico basado en la hipótesis nula se da en sentido inverso o negativo y en un nivel significativo o relevante, por lo que podemos determinar que el supuesto es correcto “Los factores de riesgo maternos preconceptionales se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson, Callao 2016”, validándolo.

De la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 de Pearson, muestran el resultado de Correlación se muestra con un índice de 0,952 con un índice de libertad de 4.8%, con lo que validamos nuestra hipótesis alterna que sugiere que “Los factores de riesgo maternos asociados al embarazo se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde Mayo 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , Callao 2016”, validándola.

RECOMENDACIONES

- Teniendo en cuenta el 5.22% de gestantes con Manejo de Clave Azul provienen de lugares no adscritos al establecimiento de Salud incluyendo departamentos de otras partes del país.(Cuzco y Piura), el personal de salud debe permanecer en capacitación constante para manejo adecuado de estas pacientes quienes están expuestas a distintas patologías diferentes a nuestra población adscrita de acuerdo a sus características sociodemográficas y culturales.

- Observamos el 62% de la población tuvieron CPN adecuado, es decir que a pesar de tener un CPN adecuado gran porcentaje de nuestra población presenta Estados Hipertensivos asociados al Embarazo, lo que nos llama a la reflexión en la Evaluación constante e identificación oportuna de los factores de riesgo que se presentan en nuestra población adscrita.

- Dentro de la Evaluación pregestacional se considera la evaluación nutricional como parte importante y trascendental de la misma; sin embargo observamos que de acuerdo a los resultados obtenidos el 90% de pacientes con Manejo de Clave Azul presentó un IMC de sobrepeso a Obesidad, recomendamos, una coordinación permanente con el Servicio de Nutrición, así como la derivación oportuna y seguimiento estricto de pacientes con este factor de riesgo asociado.

- La tasa de cesáreas se ha identificado como un indicador de buena práctica relacionando una baja tasa con un buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto; sin embargo, los centros que concentran unidades de tratamiento de referencia pueden justificar una Mayor tasa de cesáreas. En nuestra tesis el 83% de la población estudiada tuvo culminación Cesárea. Este hallazgo nos permite analizar las

condiciones en que llegan nuestras gestantes al presentar esta patología y verificar la vía adecuada de culminación del embarazo.

- De acuerdo a lo planteado en la Guía nacional de Clave Azul; el 75 % de los casos de preeclampsia ocurre en el primer embarazo; ⁽⁹⁾ y teniendo en cuenta que en 72 % de gestantes no presentó antecedente de aborto, es decir fueron pacientes nuliparas , creemos conveniente que es en este grupo de gestantes, en donde debemos tener un seguimiento y control prenatal estricto, minucioso y precóz; para disminuir los estados hipertensivos y sus complicaciones

4.3 Discusión de resultados:

En cuanto a los resultados encontrados relacionados a los factores de riesgos maternos y el manejo de la clave azul, los resultados muestran en relación a la hipótesis general, la cual supone que “Los factores de riesgo maternos se relacionan significativamente con el Manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON Callao. 2016”, como se aprecia del resultado de la aplicación del estadístico de prueba R de Ch2 el resultado de Correlación se muestra con un índice de, -0,997, con un índice de libertad de -0,039 ptos. con lo que podemos asegurar que el error típico asintótico basado en la hipótesis nula se da en sentido inverso o negativo y en un nivel significativo o relevante, con lo que podemos determinar que el supuesto es correcto; en tal sentido Garcés Hernández, Yuniel Clavel y Eduardo Bandera, en el estudio titulado Factores de Riesgo y condiciones perinatales de la Preeclampsia- Eclampsia durante el primer trimestre 2013 en el Hospital de Zaya- España; concluyeron en que la existencia de factores de riesgo estimuló la aparición de un número Mayor de condiciones perinatales desfavorables.

Asimismo, en relación a la primera de las hipótesis específicas, la misma que supone que “Los factores de riesgo maternos preconceptionales se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , Callao 2016”; como resultado de la aplicación de nuestro estadístico de prueba R de Ch2 el resultado de Correlación se muestra con un índice de, -0,967, con un índice de libertad de -0,043 ptos. con lo que podemos asegurar que el error típico asintótico basado en la hipótesis nula se da en sentido inverso o negativo y en un nivel significativo o relevante, por lo que podemos determinar que el supuesto es correcto, en tal sentido Gisela Esther González Ruiz, Luz Ángela Reyes, Dorian Camacho Rodríguez, cls, en el artículo de investigación Factores de riesgo

de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en mujeres atendidas en una entidad de salud de Santa Marta- Colombia 2013, sostienen que existen factores ajenos al estudio, como en este caso el consumo de alcohol, multiparidad y antecedentes familiares, ocuparon un lugar importante; mientras la asistencia a controles prenatales, no evitó la aparición del trastorno hipertensivo.

Por ultimo en relación a la segunda de las hipótesis específicas, la cual supone que “Los factores de riesgo maternos asociados al embarazo se relacionan significativamente con el manejo de Clave Azul en gestantes atendidas desde MAYO 2014 a –Diciembre 2015 en el Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson , Callao 2016”, los resultados de la aplicación del estadístico de prueba de R Ch2 arroja como resultado de Correlación se muestra con un índice de 0,966, es decir 96.6%, con un índice de libertad de ,034 o 3.4%, con lo que validamos nuestra hipótesis alterna, en tal sentido, Chuquispuma Torres Ana en la tesis para optar el título de especialista en ginecología y obstetricia titulada Resultados Perinatates en los manejos expectante e intervencionista de la Preeclampsia Severa, 2014, manifiesta que en casos de manejo expectante el 25.5 % presentaron complicaciones y en el caso de manejo intervencionista el 30.6% por lo que el manejo expectante obtiene mejores resultados perinatales frente al manejo intervencionista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562706.pdf>
2. Banki -Moon, Objetivos del desarrollo del Milenio. Informe del 2014 (Internet). Nueva York. Tessa Too-Kong. 2014. [citado 6 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. [Internet]. Centro de Prensa de la OMS. Noviembre 2015, (citado 6 Febrero 2015). Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
4. Ministerio de Salud. Ministerio de Salud del Perú (Internet) Perú. 2014 (citado 10 Febrero 2015). Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014//maternidadsaludable/avances.html>
5. Distribución de Muertes Maternas. Perú 2016 (Internet). Lima- Perú. Ministerio de Salud. 2000- 2016. Disponible en:

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=121

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES- 2014 (Internet), LIMA-Perú. INEI. Abril 2015.(pag 413). Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
7. Vargas V., Acosta G., Moreno A. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Revista chilena de obstetricia y ginecología (Internet) REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(6): 471 – 476. Santiago, Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000600013&script=sci_arttext
8. Del Carpio, L , Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica (Internet) Revista Peruana Medica exp. Salud Publica 2013 ; .30 (3) : 461- 464. Lima, Disponible en:
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n3.a15.pdf>.
9. Riesco G., Ramirez F., Cordova M., Calderon G., Lopez E., Avila C., Guía Clave Azul: “ Enfermedad Hipertensiva del Embarazo” Guia de Práctica Clínica Basada en Evidencia. (Internet), Lima: ESSALUD; Julio 2013.: p.4 -12
10. Hospital Alberto Leopoldo Barton Thompson . 2014. Lima: Perú consulta el 26. Ago. 2015. Disponible en:
<http://appsaludperu.com/quienes-somos-2/hospital-nivel-iii-de-callao>.
11. Mora ML., Peña C., Martinez E., et al Guia de Transtornos Hipertensivos del Embarazo. (Internet). Bogotá: Bogotá Humana; 2013.:p.3

12. Vinueza H. Prevalencia de Transtornos Hipertensivos del Embarazo y Factores Epidemiológicos asociados, Hospital Vicente Corral Moscoso, Enero- Junio 2012 (Tesis de especialidad en Ginecología y obstetricia), Ecuador. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Meducas – Ecuador; 2013. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4005/1/MEDGO14.pdf>
13. Garcés Y., Bandera E. Factores de Riesgo y condiciones perinatales de la Preeclampsia- Eclampsia durante el primer trimestre 2013 en el Hospital de Zaya- España. Organó Estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba. (Internet) 2014; (254):17-27. Disponible:
http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/26/pdf_10
14. González G., Reyes L, Camacho D, et. al. Factores de riesgo de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en mujeres atendidas en una entidad de salud de Santa Marta- Colombia 2013. Revista Inbiomed. Facultad de Ciencias de la Salud (Internet) Diciembre 2013, Vol. 10 Nª 2. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=104101&id_seccion=2051&id_ejemplar=10112&id_revista=127
15. Caballero D., Vila F., Ramos E., Garcia R. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo en el Hospital Docente Materno Infantil 10 de Octubre. La Habana, Cuba 2010, Rev Cubana Obstet Ginecol. (Internet) 2011; vol.37 no.4 : la Habana oct.: La Habana. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000400002
16. Bravo E., Factores predictores para el desarrollo de Preeclampsia. – 2014, (Tesis de Especialista en Gineco – Obstetricia). Lima: Universidad San Martín Porres; 2014.

17. Chuquispuma A. Resultados perinatales en los manejos expectante e intervencionista de la Preeclampsia Severa- 2014 (Tesis de Especialista en Gineco – Obstetricia). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014
18. Ponce E. Factores de Riesgo Maternos para Síndrome de Hellp en Pre eclámpticas Severas- 2014 (Tesis de Especialista en Gineco – Obstetricia). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
19. Incacari B. Morbimortalidad materno perinatal en madres pre eclámpticas atendidas en el Instituto materno Perinatal – 2011. (Tesis de Especialista en Gineco – Obstetricia). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012
20. Ruiz C. Factores de riesgo asociados a la Preeclampsia,- Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion,Abril- Junio 2010. (Tesis de Especialista en Gineco – Obstetricia). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010
21. Baltazar F. Factores de riesgo maternos para Eclampsia. Instituto Nacional Materno Perinatal 2009- 2010 (Tesis de Especialista en Gineco – Obstetricia). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011
22. Mallma A., Factores de riesgo asociados a Preeclampsia Severa en el Instituto Nacional Materna Perinatal Enero – Diciembre 2009. (Tesis de Especialista en Gineco – Obstetricia). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012
23. Sibai BM. Magnesium sulfate is the ideal anticonvulsant in PEE- eclampsia. Am J Obstet Gynecol 1990;162:1141-1145.
24. Valdivieso S. La pre-eclampsia y sus complicaciones materno – perinatales en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, en el periodo Marzo 2008 a Febrero 2010, (Tesis de Pre- grado Medicina

Humana) Ecuador: Sistema Bibliotecario, Universidad nacional de Loja, 2011. Disponible en:
pace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6612.

25. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Obstetricia de Williams Vol 2. 22a Edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
26. Mathai M., Sanghvi H., Guidotti R. et., Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto: Guia para Obstetricas y médicos. (Internet), EEUU: OMS; 2002.: S- 42
27. Campbell D, Stanley J, Experimental and quasi- experimental designs for research. Chicago, Rand- Mc Nally ,1966. Disponible en.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3815795
28. Hernández R., Fernández C., Baptista P., Metodología de la Investigación. I Edición 1991. Colombia: McGraw – Hill Interamericana de MEXICO, S.A. de C.V.; 1997 pag. 63- 67
29. Hernández R., Fernández C., Baptista P., Metodología de la Investigación. I Edición 1991. Colombia: McGraw – Hill Interamericana de MEXICO, S.A. de C.V.; 1997 pag. 191- 201.
30. Díaz Macaya C, Aspectos relevantes de la Restricción del Crecimiento intrauterino (Enero.- Julio 2011), (Tesis de Especialidad). La Habana, Cuba 2012, Rev Cubana Obstet Ginecol. (Internet) 2011; vol.38 no .3 La Habana. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin05312.htm
31. Inchaustegui Lozano Ninotshka Isolina, Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hopsital Reginal de Loreto (Enero – Diciembre 2014), (Tesis de Pregrado). Loreto. Universidad nacional de la Amazonía Peruana 2015

32. Carrera Alfonso, Riesgos maternos durante el Embarazo, 2016. Revista Mexicana INFOGEN (Internet). México. Disponible en: <http://ingogen.org.mx/riesgos-maternos-durante-el-embarazo-2/>
33. Ministerio de Salud. Avanzando hacia una Maternidad Segura en el Perú: Derecho de todas las Mujeres. Ministerio de Salud del Perú (Internet) Perú. 2006 (citado 10 Febrero 2015). Disponible en: <http://www.unfa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Avanzando-Maternidad-Segura-Peru.pdf>
34. Taboada R., Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto Felipe Arriola Iglesias (Enero.- Diciembre 2013), (Tesis para optar título de médico cirujano). Iquitos, Perú 2015, Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/537/1/TESIS%20FINAL%2011%20MARZO%202015%2002.pdf>
35. Saldaña E.; 2003 [actualizado 01 Ago 2015: citado 31 Ene 2017]. Disponible en : <http://es.slideshare.net/edisambul/claves-obstetricas>
36. Morillas, A. [Internet] España; 2007. 2003 [actualizado 2014: citado 31 Ene 2017]. Muestreo en poblaciones finitas. pag 16. En Apuntes: Muestreo. Universidad de Málaga. Disponible en <http://webpersonal.uma.es/~morillas/muestreo.pdf>
- 37 Cf. World Health Organization, Constitución Statement. WHO, OMS, Ginebra, 1946. Asimismo, véase el art. 25 de la Constitución de la OMS del día 7 de abril de 1948 y la definición recogida en la Declaración de AlmaAta de 1978, donde se ratifica dicha concepción de la salud, en OMS, "Declaración de Alma-Ata", Tribuna Médica 784 (1979) 11

<https://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-de-salud.pdf>

ANEXOS

ANEXO:1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: FACTORES DE RIESGO MATERNO Y SU RELACIÓN CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS ENTRE MAYO 2014 – DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON - CALLAO” **AUTORAS: PEREZ PANTA MELISSA, RODRÍGUEZ QUIROZ FIORELLA.**

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	POBLACION	MUESTRA	TECNICA
PROBLEMA GENERAL: ¿CUALES SON LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS SE RELACIONAN CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS ENTRE MAYO 2014 - DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON - CALLAO? 2016?	OBJETIVO GENERAL: DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS QUE SE RELACIONAN CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS DESDE MAYO 2014 A DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON - CALLAO. 2016.	HIPOTESIS GENERAL LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS SE RELACIONAN SIGNIFICATIVAMENTE CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS DESDE MAYO 2014 A DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON - CALLAO . 2016	VARIABLE 1 FACTORES DE RIESGO MATERNOS	FACTORES PRECONCEPCIONALES	EDAD DE LA GESTANTE. GRADO DE INSTRUCCIÓN. LUGAR DE PROCEDENCIA GRADO DE PARIDAD CONTROLES PRENATALES PERIODO INTERGENESICO INDICE DE MASA CORPORAL PREVIO A LA GESTACION . EMBARAZO PREVIO CON ESTADO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EMBARAZO PREVIO CON DIABETES MELLITUS. HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO (MADRE- HNA) RESTARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	GESTANTES ATENDIDAS CON MANEJO DE CLAVE AZUL EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014 – MAYO 2015	BASE DE DATOS DEL AREA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON MAYO 2014- DICIEMBRE 2015 CENSAL	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS – HISTORIA CLINICA DIGITAL

				FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO	POLIHIDRAMNIOS INFECCION DE TRACTO URINARIO DIABETES GESTACIONAL OLIGOHIDRAMNIOS EMBARAZO GEMELAR SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO			
PROBLEMAS ESPECIFICOS ¿CUALES SON LOS FACTORES RIESGO MATERNOS PRECONCEPCIONALES QUE SE RELACIONAN CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS DESDE MAYO 2014 A DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTOBARTHON THOMPSON, CALLAO- 2016?	OBJETIVOS ESPECIFICOS DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS PRECONCEPCIONALES QUE SE RELACIONAN CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS DESDE MAYO 2014 A DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTOBARTHON THOMPSON, CALLAO. 2016 DETERMINAR LOS FACTORES DE	HIPOTESIS ESPECIFICAS LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS PRECONCEPCIONALES SE RELACIONAN SIGNIFICATIVAMENTE CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS DESDE MAYO 2014 A DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL BARTHON THOMPSON, CALLAO.2016 LOS FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL	VARIABLE 2 MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ALBERTO LEOPOLDO BARTON THOMPSON	ESTADOS HIPERTENSIVOS COMPLICACION	HIPERTENSION GESTACIONAL PRE ECLAMPSIA LEVE PRECLAMPSIA SEVERA ECLAMPSIA SD. HELLP HIPERTENSION CRONICA HIPERTENSION CRONICA CON PRECLAMPSIA SOBREAÑADIDA HEMORRAGIA UTERINA CID			

<p>¿ CUALES SON LOS FACTORES RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL EMBARAZO QUE SE RELACIONAN CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS DESDE MAYO 2014 A DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTO BARTHON THOMPSON, CALLAO 2016 ?</p>	<p>RIESGO MATERNOS ASOCIADOS AL EMBARAZO QUE SE RELACIONAN CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS DESDE MAYO 2014 A DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTO BARTHON THOMPSON, CALLAO 2016</p>	<p>EMBARAZO SE RELACIONAN SIGNIFICATIVAMENTE CON EL MANEJO DE CLAVE AZUL EN GESTANTES ATENDIDAS DESDE MAYO 2014 A DICIEMBRE 2015 EN EL HOSPITAL ALBERTO BARTHON THOMPSON, CALLAO 2016.</p>		<p>ES MATERNAS DUARTE O DESPUES DEL PARTO</p> <p>CULMINACION DEL PARTO</p> <p>COMPLICACIONES FETO - NEONATALES</p> <p>APGAR AL MOMENTO DE NACIMIENTO</p> <p>PESO DEL RECIEN NACIDO</p>	<p>SINDROME HELLP</p> <p>NINGUNA</p> <p>VAGINAL CESAREA</p> <p>DEPRESION NEONATAL</p> <p>MUERTE FETAL</p> <p>MUERTE NEONATAL</p> <p>OTRAS</p> <p>NINGUNA</p> <p>APGAR MENOR O IGUAL A 3</p> <p>APGAR 4-6</p> <p>APGAR MAYOR O IGUAL A 7</p> <p>PEQUEÑO PARA PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL</p> <p>ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL</p> <p>GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL</p>			
---	---	--	--	---	---	--	--	--

**ANEXO:2 -
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Este formulario fue construido a través del proceso de Operacionalización de las variables, el cual tiene 28 preguntas cerradas. Este instrumento está basado en los Items de factores de riesgo maternos, estados hipertensivos, complicaciones maternas y fetales, con el propósito de otorgar confiabilidad y validez a nuestro instrumento.

I-Factores de Riesgo Maternos.

I.1. Factores Preconcepcionales.

- 1.Edad
≤19 20 – 35 ≥ 35
- 2. Grado de Instrucción.
Analf. Prim Sec. Sup.
- 3. Estado Civil:
Soltera Casada Divorciada
- 4. Ocupación:
• Ama de Casa Empleada Profesora Comerciante / Independiente
- 5. Lugar de Residencia
Callao La-Perla- Bellavista Carmen de la Legua. Otros
- 6. Grado de Paridad.
Cero hijos 1 Hijo 2 o más
- 7 Número de Abortos previos al Embarazo Actual
1 Aborto 2 a más Abortos. No presenta

- 8. Controles Prenatales

Sin CPN (Ausente) ≤5 (Deficiente) ≥6
 (Suficiente).....

- 9. Edad gestacional del primer control prenatal

Primer Trimestre Segundo Trimestre Tercer Trimestre

- 10. Periodo Intergenésico.

Corto (<2 años) Largo (≥ 10 años) Adecuado (3- 9 años)...

- 11. Índice de Masa Corporal previo a la gestación.

Delgadez < 20 Normal 20 – 24.9 Sobrepeso. 25- 29.9

Obesidad ≥ 30

- 12. Embarazo previo con estado hipertensivo del Embarazo Si No

13. Embarazo previo con Diabetes mellitus. Si No

14. Historia familiar de EHE (madre- hna) Si No

I.2 Factores asociados al Embarazo Actual

- 15. Retardo de Crecimiento Intrauterino Si No

- 16. Polihidramnios Si No

- 17. Infección de Tracto Urinario Si No

- 18. Diabetes gestacional Si No

- 19. Oligohidramnios Si No

- 20. Embarazo Gemelar Si No

- 21. Síndrome Antifosfolípídico Si No

- 22. OTROS _____

II. ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

- 23. Estados Hipertensivos:

1. HIPERTENSION GESTACIONAL

2. PRE ECLAMPSIA LEVE

3. PRE ECLAMPSIA SEVERA

4. ECLAMPSIA

5. SD. HELLP

6. HIPERTENSION CRONICA

7. HIPERTENSION CRONICA CON PE SOBREAÑADIDA

III CULMINACION DEL PARTO

VAGINAL

CESAREA.

III. COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE O DESPUÉS EL PARTO

Hemorragias uterinas

Sd. Hellp

.CID

.Ninguna

IV. COMPLICACIONES FETO/ NEONATALES:

Depresión neonatal

Muerte de Feto/neona...

.... Otras

Ninguna

V. APGAR AL MOMENTO DEL NACIMIENTO

Apgar menor o igual a 3

Apgar 4 a 6

Apgar Mayor o igual a 7

VI. PESO DEL RECIEN NACIDO

Pequeño para Edad gestacional

Adecuado para Edad gestacional

Grande para edad gestacional

VII SEXO DEL RECIEN NACIDO

MASCULINO

FEMENINO

ANEXO 3:
CODIFICACION DE VARIABLES COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

	EDAD	GRADO DE INST	LUGAR DE RES.	GRADO DE PARIDAD	N CPN	PIN.	IMC	EMB. PREVIO CON EHE	EM B. PREV CON DB	HIST. FAM EHE-MADRE-HNA	EMB GEME.	SIND. ANTIF.	RCIU	POLIH	ITU	DIAB. GESTA	OLIG.	EHE	COMPLIC. MAT	COMP.. NEONA	APGAR	PESO RN		
F1	2	4	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	5	4	3	1	51	
F2	3	4	1	2	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	5	4	3	3	56	
F3	2	3	1	1	3	0	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	5	4	3	2	48	
F4	3	3	1	2	3	2	4	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	5	4	3	2	53	
F5	2	3	1	2	2	3	3	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	5	4	3	1	49	
F6	2	3	1	1	2	0	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	7	1	3	3	1	48	
F7	3	3	1	2	3	2	4	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	7	5	4	3	2	56	
F8	3	3	1	2	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	4	3	2	52	
F9	2	4	1	2	3	3	4	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	3	1	52
F10	3	2	1	2	3	2	4	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	4	4	3	2	52	
F11	3	3	1	2	3	1	4	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	5	4	3	1	52	
F12	2	3	1	1	3	0	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	5	4	3	2	50	
F13	3	4	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	4	3	2	51	
F14	3	4	1	2	3	2	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	5	4	3	2	54	
F15	2	3	1	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	5	4	3	1	53	
F16	2	3	1	2	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	5	4	3	3	52	
F17	2	4	1	1	3	0	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	5	4	3	2	48	
F18	2	4	1	1	3	0	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	5	4	3	3	54	
F19	3	3	1	2	3	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	5	4	3	2	54	
F20	3	4	1	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	5	4	3	1	55	
	0.25	0.3275	0	0.1875	0.2275	1.21	0.44	0.1875	0.0475	0.0475	0.09	0.09	0.1275	0	0.1875	0.09	0.0475	1.6275	1.4475	0.0475	0	0.46	5.9	

K	22
ST	5.9
SI	0.3275

ALFA = 0.98946731

**ANEXO 4:
CODIFICACION DE LA BASE DE DATOS**

Preguntas																																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10	11						Numero de Factores asociados al Embarazo.		12	13					14	15		16	17	18	19	20	21	22	23					
Paciente	Edad (años)	Grado de Instrucción	Lugar de Residencia	Grado de Paridad	Numero de Controles Prenatales	Periodo Inter-genésico.	Periodo Inter-genésico. APLICA O NO	INDICE DE MASA CORPORAL Previo a la Gestación	Embarazo previo con ESTADO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	Embarazo previo con DIABETES	FACTORES PRECONCEPCIONALES . NO APLICA- APLICA	Historia Fam con ESTADO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO	Poli-hidramnios	INFECCION DE TRACTO URINARIO	DIABETES GESTACIONAL	OLIGOHIDRAMNIOS	EMBARAZO GEMELAR	INDROME ANTIFOSFOLIPIDO	MAYOR IGUAL A 1	OTROS	ESTADOS HIPERTENSIVOS	HEMORRAGIAS UTERINAS	SINDROME HELLIP	COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA	Numero de complicaciones durante o despues del parto	MAYOR O IGUAL A 1	Ninguna	otras	Complicaciones feto/ neonatale	Apgar al nacimiento	APLICA NO APLICA	Peso al nacimiento	Edad gesatcional	Tipo de Parto	ESTADO CIVIL	OCUPACION	ABORTO PREVIO	EG 1 CONTROL PRENATAL	SEXO DEL RECIEN NACIDO	
1	1	2	4	3	2		1	4			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						x			1	1	0	1	0	1	3	4	3	2	1	
2	1	2	4	1	1	3	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1							x		1	1	0	3	0	1	3	4	3	2	2		
3	1	2	4	1	2	3	0	4	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2	MACROSOMIA								IHO	1	1	0	2	0	1	3	4	3	2	2	
4	2	1	4	3	1		1	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1							X			1	1	0	1	0	1	3	3	3	1	1	
5	1	2	4	1	1	1	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	ANEMIA MODERADA								ANEMIA MODERADA	1	1	0	3	0	1	3	3	3	1	2	
6	1	1	4	2	1	2	0	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1							X			1	1	0	2	0	1	3	4	3	2	2	
7	1	1	3	2	1	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Anemia severa								Anemia severa	1	1	0	1	0	1	3	4	3	2	1	
8	1	2	4	3	1		1	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1							X			1	1	0	3	0	0	3	4	3	2	2	
9	1	1	4	2	2	3	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	RPM							X			1	1	0	1	0	0	3	3	3	2	1
10	3	2	4	3	2		1	4	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	2	TP DISF.							X			1	1	0	1	0	1	3	4	3	2	2
11	1	2	4	2	1	1	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1								X			1	1	0	1	0	1	3	4	3	1	2
12	1	2	4	1	1	1	0	4	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	2	MACROSOMIA							X			1	1	0	2	0	1	3	4	3	2	1
13	2	2	2	2	2	2	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	ESTRECHEZ PELVICA								IHO	2	2	0	1	0	1	3	4	2	2	2	
14	2	2	4	1	1	1	0	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	HIPOT + AN. MOD						X		HIPOT + AN. MOD	2	1	0	3	1	1	3	3	3	1	1	
15	1	2	1	1	1	2	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1							X			1	1	0	1	0	0	3	4	3	2	1	
16	1	2	4	3	1		1	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1							X			1	1	0	3	0	1	3	4	3	2	1	
17	1	2	3	3	2		1	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	PLAC. PREVIA TOTAL +						X		ACRETISMO PLAC	1	1	0	3	1	1	3	4	3	2	2	
18	1	2	4	3	2		1	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	DCP						X			1	1	0	1	0	1	3	4	3	2	1	
19	2	2	4	2	1	2	0	4	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1							X			3	2	0	1	1	1	3	4	1	3	1	
20	1	2	3	2	2	3	0	4	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1							X			1	1	0	2	0	1	3	4	1	2	2	
21	2	2	3	2	2	1	0	4	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1							X			1	1	0	1	0	1	3	3	3	2	1	
22	1	2	3	3	1		1	2			0	0	0	0	1	0	0	0	0	1							X			1	1	0	1	0	1	2	4	3	3	2	
23	1	1	3	3	2															2	ANEMIA SEVERA								ANEMIA SEVERA	1	1	0	3	0	1	3	3	3	2	1	
24	2	2	4	3	1		1	4			0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	PODALICO						X			1	1	0	1	1	1	3	3	3	2	1	

25	1	2	3	2	2	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	FETO TRANSVERSO + AN. MODERADA	4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	4	2	1	2	
26	1	3	4	3	2	1	1	3			0	0	0	0	0	0	0	0	2	SFA	3	1	0	0	3	X			1	1	0	2	0	1	3	4	3	2	2	
27	1	1	4	1	2	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	4	3	2	1	
28	1	2	4	1	2	1	0	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	4	1	2	1	
29	2	1	4	3	1		1	3			0	1	0	0	1	0	0	0	2	FIV + ANEMIA LEVE	7	0	1	0	3	X		FIV + ANEMIA LEVE	1	1	0	1	1	1	2	2	3	2	1	
30	1	1	3	3	1	3	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	2	1	1	2	2	
31	2	1	4	2	2	1	0	3	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	2	DPP	4	1	0	0	3	X		DPP	1	1	0	3	1	1	3	4	3	2	2	
32	1	1	4	1	1	1	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	ANEMIA SEVERA	4	1	0	0	3	X		ATONIA UTERINA	1	1	0	1	0	1	3	3	3	2	1	
33	1	1	4	3	1	1	1	3			0	0	0	0	0	0	0	0	2	SFA	4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	3	3	2	2	
34	1	1	4	1	1	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	MACROSOMIA FETAL	4	1	0	0	3	X		ATONIA UTERINA	1	1	0	2	0	1	2	4	3	2	1	
35	1	2	4	3	1	1	1	4			0	0	0	0	0	0	0	0	2	PODALICO + ANEMIA	4	0	0	0	2		X	ANEMIA	1	2	0	3	1	1	3	1	3	1	2	
36	1	2	4	1	1	1	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	4	1	2	2	
37	2	2	4	2	2	2	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	NINGUNO	4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	0	3	4	1	3	2	
38	1	1	4	2	1	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0		3	0	0	0	2		X		1	1	0	3	0	1	2	3	1	2	1--2	
39	1	1	4	3	1	1	1	3			0	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	2	0	1	3	3	3	2	2	
40	1	1	4	3	2	1	1	4			0	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	4	3	2	2	
41	1	2	4	1	1	2	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	BRADICARDIA FETAL	3	0	0	0	2		X		1	1	0	2	0	1	3	4	3	2	2	
42	1	1	4	1	2	1	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0		4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	1	1	3	4	2	1	1--1	
43	1	1	4	1	2	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	BRADICARDIA FETAL	4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	3	3	2	1	
44	1	2	4	2	1	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	RPM	4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	4	1	2	1	
45	1	2	4	1	1	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	0	3	3	1	2	1	
46	1	2	4	1	1	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	SFA + anema severa + dcp	4	0	0	0	1			ANEMIA SEVERA	1	1	0	1	0	0	2	4	3	1	2	
47	1	1	4	2	2	1	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	PLAC. PREV. TOTAL	3	0	0	0	1			PLAC.PREVIA	1	1	0	3	1	1	3	3	1	2	1	
48	1	2	3	3	2	1	1	3			0	0	1	0	0	0	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	0	1	3	3	3	3	1	
49	1	2	4	3	2	1	1	3			0	0	0	0	0	0	0	0	0		6	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	1	3	2	2	
50	1	2	4	1	1	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	1	0	3	1	1	2	2	
51	2	1	4	1	1	2	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	2	0	1	3	4	1	2	2	
52	2	3	4	2	1	2	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	3	3	2	2	
53	2	2	2	2	1	2	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1		5	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	4	3	2	1	
54	1	2	4	1	1	2	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3	0	0	0	2		X		1	1	0	1	1	0	3	4	3	1	1	
55	1	2	4	1	1	1	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	0	3	3	3	2	1	
56	1	1	3	1	1	1	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4	0	0	0	2		X		1	1	0	2	0	1	3	3	3	2	2	
57	1	1	4	2	2	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	ANEMIA MODERADA	4	0	0	0	1			ANEMIA MODERADA	1	1	0	2	0	0	2	4	3	2	2	
58	1	2	4	1	2	1	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	2	4	3	2	2	
59	2	1	1	1	1	2	0	4	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	3	1	2	1	
60	2	2	4	2	1	3	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1		4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	4	3	1	1--2
61	2	2	4	1	1	1	0	4	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0		4	0	0	0	2		x		2	2	0	3	1	1	3	4	3	1	1	

62	1	2	4	2	2	2	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	RPM 24 H	4	1	0	0	3	X		1	1	0	2	1	0	3	4	2	2	1	
63	1	2	4	2	2	1	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	ANEMIA LEVE	4	0	0	0	1			ANEMIA LEVE	2	2	0	3	1	1	3	4	1	2	2
64	2	1	4	2	1	2	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	ANEMIA MOD	4	1	0	0	1	X		ANEMIA MOD	1	1	0	1	0	1	2	2	3	1	1	
65	1	1	4	3	2		1	4			0	0	0	0	1	0	0	1			4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	3	3	1	1
66	1	2	4	3	1		1	3			0	0	0	0	0	0	0	2	RPM 7 H	5	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	2	4	3	1	2	
67	1	1	4	3	1		1	2			0	0	0	0	1	0	0	1			4	0	0	0	2		X		2	2	0	3	1	1	3	3	3	2	1
68	1	2	3	2	3	1	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			5	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	4	3	1	1
69	2	1	4	2	2	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	2	3	1	2
70	1	1	4	3	1		1	3			0	0	0	0	0	0	0	0			4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	0	3	4	3	1	1
71	2	1	4	1	1	1	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0			5	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	2	3	2	2
72	2	2	4	2	1	1	0	4	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0			4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	1	4	2	2	1
73	1	1	4	3	1		1	3			0	0	0	0	0	0	1	0	2	ANEMIA NOD	3	0	0	0	1			ANEMIA NOD	1	1	0	1	0	1	3	4	3	1	2
74	2	2	3	3	2		1	2			0	0	0	0	0	0	0	0			4	1	0	0	3	X			3		1	3	1	0	3	4	3	1	1
75	1	1	4	1	1	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	TROMBOCITOPENIA	4	0	1	0	3	X		TROMBOCITOPENIA	1	1	0	1	1	1	3	3	3	1	2	
76	1	1	2	3	2		1	2			0	0	0	0	0	0	0	0			6	0	0	0	2		X		1	1	0	2	0	0	3	3	3	2	2
77	1	3	4	1	1	1	0	3	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1			4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	4	1	2	1
78	2	1	4	2	1	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			4	1	0	0	3	X			1	1	0	3	1	1	2	4	2	2	1
79	2	2	4	2	1	2	0	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	ANEMIA LEVE	4	0	0	0	1			ANEMIA LEVE	1	1	0	1	0	1	3	1	3	2	1	
80	1	2	4	1	2	2	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	2	1	2	1	2
81	1	1	3	3	1		1	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1			4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	3	3	1	2
82	1	3	4	2	2	1	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	ANEMIALEVE	1	0	0	0	1			ANEMIALEVE	1	1	0	1	1	1	3	4	2	2	2	
83	1	1	3	3	1		1	2			0	1	0	0	1	0	0	2	RPM	4	0	0	0	2		X		1	1	0	2	0	1	3	4	3	1	2	
84	2	2	4	1	1	2	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	3	3	2	1
85	1	1	3	1	1	1	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1			1	0	0	0	2		X		1	1	0	1	1	1	3	4	2	2	1
86	2	2	4	3	2		1	4			0	1	1	0	1	0	0	1			2	0	0	0	2		X		3		1	3	1	0	3	4	3	2	2
87	1	2	4	1	1	2	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1			1	0	0	0	1			ANEMIA LEVE	1	1	0	1	0	0	3	4	3	1	1
88	1	1	3	1	2	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			5	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	3	3	1	2
89	1	2	4	3	2		1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1			4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	1	3	2	3	1	1
90	2	1	4	2	1	1	0	3	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1			4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	2	3	2	2
91	1	3	4	3	1	3	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1			4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	2	4	1	1	1
92	2	2	4	2	1	2	0	3	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	DIABETES II	4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	2	3	1	2	2	
93	1	2	4	2	2	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			1	0	0	0	1			AN. SEVERA + FALLA RENAL	1	1	0	1	1	1	3	4	2	2	1
94	3	2	2	3	2		1	3			0	0	0	0	0	1	0	2	RPM	3	1	0	0	3	X			1	1	0	1	0	0	3	4	3	1	1	
95	1	2	4	2	1	2	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1			4	0	0	0	2		X		1	1	0	1	0	1	3	4	3	2	2
96	1	1	4	3	1		1	3			0	0	1	0	1	0	0	1			4	0	0	0	2		x		1	1	0	3	1	1	3	4	3	1	2
97	1	1	3	3	1	1	1	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1			7	0	1	0	3	X			1	1	0	3	1	1	3	1	3	1	1
98	2	1	2	3	2		1	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0			1	0	0	0	2		X		2	2	0	1	1	1	1	3	3	1	2
99	1	1	1	3	2	3	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1			4	0	0	0	2		X		1	1	0	3	1	0	3	4	1	2	1
100	1	1	4	3	1		1	4			0	0	0	0	1	0	0	1			5	0	0	0	2		x		1	1	0	2	0	1	3	3	3	1	1

101	1	4	3	2	2	1	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	X		1	1	0	1	0	1	3	4	1	2	1
102	2	1	1	1	1	2	0	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	2	X		1	1	0	3	1	1	2	3	3	1	1
103	2	2	2	3	1	2	1	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	0	0	0	1		FALLA RENAL	1	1	0	3	1	1	2	4	3	2	2
104	2	3	4	2	2	3	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	PANCREATITIS	5	1	1	0	3	X		1	1	0	3	1	1	3	4	3	2	1
105	1	2	4	3	1		1	4			0	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	1		DISF. HEPATICA + NEUROLOGICO	1	1	0	1	0	1	3	4	3	2	1
106	1	2	4	1	2	1	0	3	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	2	COLESTASIS	4	0	0	0	2	X		1	1	0	1	1	0	3	4	1	1	2
107	1	1	1	3	1		1	4			0	0	1	0	1	0	1	0	2	IUP	3	1	0	0	3	X	HIPOTONIA	1	1	0	1	0	1	3	4	3	2	2
108	1	2	4	3	1		1	2			0	0	0	0	0	0	0	0	0		4	0	0	0	2	X		1	1	0	1	0	1	3	3	3	1	2
109	2	1	4	1	1	2	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	1		FALLA RENAL	1	1	0	3	1	1	1	4	3	2	2
110	2	1	2	1	1	1	0	4	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	2	X		1	1	0	1	1	1	2	4	1	1	2
111	1	1	1	2	1	1	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	1		IHO	1	1	0	2	0	1	3	3	3	2	1
112	2	2	4	2	1	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	DM II	4	0	0	0	2	X		2	2	0	1	1	1	3	4	1	1	2
113	1	2	4	1	1	1	0	4	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1		4	0	0	0	2	X		1	1	0	2	0	1	3	4	3	2	1
114	1	2	4	3	2		1	4	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1		4	0	0	0	2	X		3	1	0	3	1	1	3	4	3	1	1
115	2	1	4	3	1	1	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1		6	0	0	0	2	X		1	1	0	2	0	1	3	3	3	2	1