

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**Complicaciones de los recién nacidos de madres preeclámpticas en el  
Hospital II – 2 de Sullana Enero – Diciembre del 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR: DOMITILA EMILY LEIVA PARRA**

**PIURA – PERÚ**

**2018**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**Complicaciones de los recién nacidos de madres preeclámpticas en el  
Hospital II – 2 de Sullana Enero – Diciembre del 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**AUTORA: DOMITILA EMILY LEIVA PARRA**

**ASESOR: DR. JHON OMAR MARTIN GAMARRA VILELA**

**PIURA – PERÚ**

**2018**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**Complicaciones de los recién nacidos de madres preeclámpticas en el  
Hospital II – 2 de Sullana Enero – Diciembre del 2017**

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

**PRESENTADA POR:**

**DOMITILA EMILY LEIVA PARRA**

**MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR**

---

**DR. CESAR PALACIOS FERIA  
PRESIDENTE**

---

**DR. JORGE TORRES GOMEZ  
SECRETARIO**

---

**DR. PAULO DELGADO SEMINARIO  
VOCAL**

## **DEDICATORIA**

Dedico éste trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado a una de las etapas importantes de mi formación profesional.

A mis padres, que son el pilar más importante quienes con su amor, apoyo, comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida estudiantil, quienes siempre tuvieron aquellas palabras de aliento en los momentos difíciles y por tanto son el motivo para seguir adelante y luchar por mis sueños.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco en primer lugar al creador quien me dio la vida y ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a él que con su infinito amor me ha dado la sabiduría suficiente para culminar mi carrera universitaria.

A mis maestros que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y a cada uno de ellos les dedico cada una de éstas páginas de mi tesis.

A los miembros de jurado, con sus aportes y experiencia contribuyeron a mejorar mi trabajo.

Al Dr. Jhon Gamarra, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de éste trabajo.

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar las complicaciones de los recién nacidos de madres preeclámpticas en el Hospital II - 2 de Sullana de Enero a Diciembre del 2017

**Materiales y métodos:** Es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal y se revisaron las historias clínicas de los recién nacidos de las madres preeclámpticas que nacieron en el año 2017.

**Resultados:** Hubo un total de 477 de recién nacidos de madres preeclámpticas; del total de las madres preeclámpticas el 92.87%(443) si tuvieron control prenatal. Según el tipo de presentación en el 94.76%(452) fue cefálico. En el 80.50% (384) de los recién nacidos de madres preeclámpticas el tipo de parto fue abdominal. Con respecto al líquido amniótico, en el 88.25%(421) fue normal y en el 11.74%(56) fue meconial. Según el sexo fueron en su mayoría de sexo masculino en el 55.97%(267) y en el 44.02%(210) fueron de sexo femenino. Según la edad gestacional, en el 29.35%(140) fueron pre término, en el 70.44%(336) fueron a término y en el 0.20%(1) fue post término. Respecto al peso/ edad gestacional, en el 11.34%(54) fueron PEG, en el 79.66%(380) fueron AEG y en el 9.01%(43) fueron GEG. En el 94.54%(451) presentaron APGAR al 1' entre 7-10 y en el 98.11%(468) APGAR al 5'entre 7-10. Del total fueron hospitalizados, en el 46.75%(223) en NEOSANO, en el 52.83%(252) en NEOPATO INTERMEDIOS y en el 0.41%(2) en UCIN. No hubo fallecidos.

**Conclusiones:** En este estudio con respecto a la morbilidad hubo mayor porcentaje de TRASTORNO DE COAGULACION 55.11% (221), en el 8.47%(34) SEPSIS, en el 19.70%(79) ICTERICIA NEONATAL, en el 3.24%(13) ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, en el 1.99%(8) TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, en el 3.49%(14) HIPOGLICEMIA, en el 0.99%(4) APNEA, en el 2.49%(10) MALFORMACIONES CONGENITAS, y en el 4.48% (18) OTROS.

**Palabras claves:** complicaciones de recién nacidos, madres preeclámpticas.

## SUMMARY

**Objectives:** Evaluate complications of newborn from preeclampticas mothers at the Apoyo's Hospital II - 2 – Sullana from January to December of the 2017.

**Materials and methods:** It is a descriptive, observacional, restrospective, cross-sectional study. There was a review from clinical histories of newborn from preeclampticas mothers who were born in 2017.

**Results:** There were a total of 477 of newborn from preeclampticas mothers. About the total of preeclampticas mothers, the 92,87% (443) had prenatal control. According to the type of presentation in the 94,76% (452) were cephalic. The 80,50% (384) of newborn from preeclampticas mothers the type of childbirth were abdominal. Respect to the amniotic liquid, the 88,25% (421) was normal and the 11,74% (56) was meconial. According to the sex (267), the majority were male in the 55,97% and the 44,02% (210) were female. According to the gestacional age, the 29,35% (140) were preterm, the 70,44% (336) were upon maturity and the 0,20% (1) were post term. Respect to the weight /gestacional age, the 11,34% (54) were PEG, the 79,66% (380) were AEG and the 9,01% (43) were GEG. The 94,54% (451) reported APGAR to 1' between 7-10 and the 98,11% (468) developed APGAR to 5'entre 7-10. From the total were hospitalized, the 46,75% (223) in NEOSANO, the 52,83% (252) in NEOPATOLOGICAL INTERMEDIATE and the 0,41% (2) in UCIN. There were no deceased.

**Conclusions:** This study respect to the morbidity, there was a big percentage of COAGULATION UPHEAVAL 55,11% (221), the 8,47% (34) SEPSIS, the 19,70% (79) ICTERICIA NEONATAL, the 3,24% (13) MEMBRANE HIALINA DISEASE'S, the 1,99% (8) TRANSITORY TAQUIPNEA NEWBORN'S, the 3,49% (14) HIPOGLICEMIA, the 0,99% (4) APNEA, the 2,49% (10) CONGENITAL MALFORMATIONS, and the 4,48% (18) OTHERS.

**Key words:** complications of newborn, preeclampticas mothers.

## INDICE

	PAGINA
DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
I.- INTRODUCCION	1
1.1 ANTECEDENTES	4
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	5
1.3 . OBJETIVOS	5
1.4 . HIPOTESIS	5
II.- MATERIAL Y METODOS	6
2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	6
2.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	6
2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	7
2.4. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	7
2.5. PROCEDIMIENTOS Y TECNICAS	12
2.6. PLAN DE ANALISIS DE DATOS	12
2.7. ASPECTOS ETICOS	13
III.- RESULTADOS	14
IV.- DISCUSION	33
V.- CONCLUSIONES	42
VI.- RECOMENDACIONES	43
VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
VIII.- ANEXOS	49



## **INTRODUCCION**

La preeclampsia constituye una enfermedad de origen obstétrico que implica un aumento de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. En África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones. (1, 2, 3) A pesar del gran impacto en la salud materna y neonatal y de las múltiples investigaciones sobre pre-eclampsia/eclampsia, no se conoce la causa. (1)

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, la cual es precursor de la eclampsia y varía en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente). La incidencia de eclampsia en los países desarrollados de Norteamérica y Europa es similar y se estima alrededor de 5 a 7 casos por cada 10.000 partos, mientras que en países en desarrollo es variable, oscilando entre 1 caso por cada 100 embarazos a 1 por cada 1.700 embarazos. Las tasas de los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7% (4) En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33% (5)

En Perú, la preeclampsia representa del 17% al 21% de la mortalidad materna, posicionándose en el segundo lugar después de las hemorragias y seguido de las muertes por infecciones; su prevalencia varía de 7% a 10% de la población gestante, su incidencia en la población hospitalaria va de 10% a 15% y es la primera causa de retraso de crecimiento intrauterino (6)

En cuanto a la denominada fetopatía por preeclampsia-eclampsia (FPE) se define por el conjunto de alteraciones observadas en niños recién nacidos de madres con preeclampsia-eclampsia. Tales alteraciones pueden ocasionar efectos adversos en el

crecimiento y desarrollo, y la homeostasis del feto que pueden ocurrir en la vida fetal, durante el trabajo del parto y en la etapa neonatal. Otro factor, que puede dar lugar a problemas en los niños de estas mujeres, se relaciona con los medicamentos administrados a la madre. (7).

La fetopatía por preeclampsia-eclampsia (FPE), es el conjunto de alteraciones observadas en RN, puede causar efectos adversos como es crecimiento y desarrollo, homeostasis en el feto, antes, durante y posterior al nacimiento. Las complicaciones neonatales resultado de la prematuridad y la disfunción placentaria, dependen de la edad gestacional y las condiciones comórbidas de la madre. (21)

Se puede clasificar el efecto perjudicial para el feto/neonato de los trastornos hipertensivos en el embarazo los derivados de:

Prematuridad: Existe un amplio consenso de que uno de los principales trastornos que produce la hipertensión materna es una mayor frecuencia de prematuridad y, por lo tanto, una elevada incidencia de neonatos de bajo peso y de muy bajo peso al nacer. (25-26)

En la mayoría de los estudios se ha encontrado alrededor de tres veces más riesgo de nacimiento prematuro en las madres con trastornos severos relacionados con la hipertensión arterial con respecto a las que no padecen dichos trastornos.

Este aumento en la prematuridad no sólo viene explicado por la acción per se que tiene la insuficiencia placentaria en el adelanto del parto sino que lógicamente también influye la necesidad de que, con cierta frecuencia, se requiera para obtener un adecuado control de esta patología finalmente la interrupción del embarazo. (25-26)

En síntesis, la hipertensión arterial en el embarazo influye negativamente en una serie de parámetros perinatales, entre los cuales destacan, el incremento de las

cesáreas, el bajo peso al nacer, el crecimiento intrauterino retardado y la hipoxia al nacer, entre otras patologías. (27,28)

El presente estudio “Complicaciones de los recién nacidos de madres preeclámpticas en el Hospital II – 2 de Sullana de Enero a Diciembre del 2017”, es importante porque permitirá dar una visión global de cuáles son las complicaciones en el recién nacido como efecto de la pre eclampsia, en la población que se atiende en el nosocomio chireNSE; a fin de adoptar las medidas necesarias para disminuir las complicaciones causadas por la pre eclampsia.

Durante el 2017, hubo 3591 nacimientos, de los cuales 477 fueron madres preeclámpticas. Por lo que se hace necesario evaluar y conocer cuáles son las complicaciones de los recién nacidos de madres preeclámpticas, no existiendo estudios previos realizados en la institución que tome en cuenta esta población de forma específica para así tener un panorama más objetivo de nuestra propia realidad, me motiva a desarrollar el presente trabajo.

En vista, que el Hospital II -2 de Sullana es un establecimiento referencial del Ministerio de Salud en la región Piura, por ende, el más representativo de la población; es conveniente realizar el siguiente estudio para así ampliar nuestro conocimiento acerca de las complicaciones en el recién nacido de madre pre eclámptica de acuerdo a nuestra realidad

Con este estudio contribuiré a conocer las complicaciones de los recién nacidos de madres preeclámpticas, se debe velar no solo por la madre sino también por el feto, el mismo que también tiene resultados adversos perinatales al ser su madre preeclámptica.

El trabajo si será factible y viable porque contamos con el SIP (Sistema Informático Perinatal) que me permitirá cruzar información, se mantendrá en el anonimato a cada paciente además cuento con la aprobación de las autoridades del hospital para la realización del mismo.

## 1.2 ANTECEDENTES

- ✓ **Ayala Sanchez, Oyuky** “Principales complicaciones en hijos de madre que cursaron con enfermedad hipertensiva del embarazo nacidos en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutierrez”. UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA. MEXICO.2012. Es un estudio retrospectivo, descriptivo, tomándose una muestra de 43 gestantes para evaluar las variables de: edad gestacional, peso y talla al nacer, y valores de laboratorio.
- ✓ **Yojcóm A, Patzán M, Palma D.**” Enfermedades más frecuentes y causas de muerte en recién nacidos hijos de madres con preeclampsia y eclampsia”. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.2011. Es un estudio descriptivo. En el cual se tomó una muestra de 315 gestantes para evaluar las variables de sexo de la madre y del recién nacido, edad gestacional, semanas de gestación, peso del recién nacido, apgar, enfermedades del recién nacido, y entre otras características.
- ✓ **Quispe de la Cruz R, Quispe J, Zegarra P.** “Complicaciones maternas y fetales de la Preclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013”.UNIVERSIDAD SAN LUIS GONZAGA.2014. Se realizó un estudio descriptivo tipo serie de casos, en el que se incluyeron a todos los pacientes en cuya historia clínica se consignó el diagnóstico de preeclampsia durante el año 2013.
- ✓ **Altunaga M, Lugones M.** “Resultados perinatales en la preeclampsia con signos de gravedad”. REVISTA CUBANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 2011. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los resultados perinatales en la preeclampsia con signos de gravedad en el hospital Docente Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" entre el 1º de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2008.
- ✓ **Lecca Reyes Luis.** “Complicaciones maternas y perinatales en gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, atendidas en el Hospital II-2 AMISTAD PERU COREA-SANTA ROSA”. TESIS. 2015. Es un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional, se revisaron las historias clínicas de gestantes con el diagnóstico de THE y sus respectivos recién nacidos.

### **1.3 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las complicaciones de los recién nacidos de madres preeclámpticas en el Hospital II - 2 de Sullana de Enero a Diciembre del 2017?

### **1.4 OBJETIVOS**

#### **1.4.1.- OBJETIVO GENERAL:**

- ✓ Determinar las complicaciones de los recién nacidos de madres preeclámpticas en el Hospital II - 2 de Sullana de Enero a Diciembre del 2017

#### **1.4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Enunciar las condiciones del Recién Nacido de las madres pre eclámpticas en el Hospital II -2 de Sullana de Enero a diciembre del 2017.
- ✓ Determinar la vía de resolución de la gestación en la madre con pre eclampsia en el Hospital II -2 de Sullana de Enero a diciembre del 2017.
- ✓ Conocer la morbilidad de los recién nacido de las madres pre eclámpticas en el Hospital II - 2 de Sullana de Enero a Diciembre del 2017.

### **2.6. HIPOTESIS**

#### **2.6.1 Hipótesis alterna**

- La prematuridad es una complicación frecuente de los recién nacidos de madres preeclámpticas en el Hospital II – 2 de Sullana.

#### **2.6.2 Hipótesis nula**

- La prematuridad no es una complicación frecuente de los recién nacidos de madres preeclámpticas en el Hospital II – 2 de Sullana.

## **2. MATERIAL Y METODO**

**2.1 Diseño del estudio:** No experimental, observacional

**2.2 Población, muestra y muestreo:**

**2.2.1.- Población diana o universo:** Todos los recién nacidos de madres de madres preeclámpticas en el Hospital II - 2 de Sullana de Enero a Diciembre del 2017.

**2.2.2- Población de estudio:** Recién nacidos de madres preeclámpticas que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

➤ **Criterios de inclusión:**

- Recién nacidos de madres pre eclámpticas que nacieron en el Hospital II-2 de Sullana de Enero a Diciembre del 2017.

➤ **Criterios de exclusión:**

- Recién nacido referido que nació en otro establecimiento con diagnóstico de preclampsia de la madre.

**2.2.3.- Muestra**

➤ **Unidad de muestreo.-** Recién nacidos de madres preeclámpticas en el Hospital II - 2 de Sullana de Enero a Diciembre del 2017.

➤ **Unidad de análisis.** - Historias clínicas de recién nacidos de madres preeclámpticas en el Hospital II - 2 de Sullana de Enero a diciembre del 2017.

➤ **Tamaño muestral:** La muestra está determinada por todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Viene a ser representada por la población.

### 2.3.- Definición operacional de variables:

Es una investigación cuantitativa, clínica, descriptiva, retrospectiva, observacional de corte transversal para determinar las complicaciones de los recién nacidos de madres pre eclámpicas en el Hospital II - 2 de Sullana de Enero a Diciembre del 2017.

### 2.4.- Operacionalización de variables:

#### VARIABLE DEPENDIENTE

- Complicaciones del recién nacido

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

• Edad materna	X <sub>1</sub>
• Adolescente	X <sub>2</sub>
• Control prenatal	X <sub>3</sub>
• Tipo de parto	X <sub>4</sub>
• Presentación	X <sub>5</sub>
• Líquido amniótico	X <sub>6</sub>
• Edad gestacional del neonato	X <sub>7</sub>
• Sexo del neonato	X <sub>8</sub>
• Peso del neonato	X <sub>9</sub>
• Apgar	X <sub>10</sub>
• Relación peso/edad gestacional	X <sub>11</sub>
• Lugar de hospitalización	X <sub>12</sub>
• Morbilidad neonatal	X <sub>13</sub>
• Condición de alta	X <sub>14</sub>

Definiciones:

1. Edad: Tiempo que ha vivido una persona

2. Adolescente: Comprendido como adolescente la edad mayor de 10 años hasta los 19 años 11 meses 29 días.

3. Control prenatal: Son evaluaciones periódicas de la embarazada por parte de profesionales especializados para la mejor vigilancia de la evolución de la gestación, siendo esta:

- Gestación controlada (6 CPN a más)
- Gestación no controlada ( menos de 6 CPN)

4. Tipo de parto: Se define como la culminación del embarazo habiendo dos posibilidades:

- Cesárea
- Vaginal

5. Presentación: se refiere a la primera porción corporal que es extraída de la madre. Puede ser cefálico, podálico, transversa.

6. Líquido amniótico: Es el líquido acuoso y cristalino producido en parte por las células amnióticas pero que proviene principalmente de la sangre materna y que ocupa la cavidad amniótica. Puede ser normal, meconial, otros.

6. Edad gestacional del neonato: Se define como la edad consignada después de la evaluación física inmediata al neonato en base a parámetros clínicos, para nuestro estudio:

- Recién nacido pretérmino: RN de menos de 37 semanas completas.
- Recién nacido a término: RN de 37 a 41 semanas completas.
- Recién nacido postérmino: RN de 42 semanas o más.



7. Sexo del neonato: Condición orgánica. Puede ser masculino o femenino.

8. Peso del neonato: Se define como el peso inmediato tomado en la atención inmediata del recién nacido, para nuestro estudio, se ha categorizado de esta manera:

- Extremo bajo peso al nacer: Menor de 1000g.
- Muy bajo peso al nacer: 1000g-1499g
- Bajo peso al nacer: 1500 g – 2499g
- Adecuado peso: 2500g -3900g
- RN macrosómico: >4000g

9. Apgar: Es el examen clínico, en el cual el recién nacido es evaluado al primer minuto, al quinto minuto, y algunos a los 10 minutos posteriores al nacimiento, en base a cinco parámetros que son el esfuerzo espiratorio, la frecuencia cardíaca, el tono muscular, los reflejos y el color de piel, por lo cual en nuestro estudio lo hemos categorizado de esta manera:

- Apgar al minuto
- Apgar a los cinco minutos

10. Relación peso/Edad gestacional: Es la correlación entre el peso y la edad del neonato, en nuestro estudio se ha categorizado de esta manera:

- Adecuado para la edad gestacional (AEG): el que se ubica entre el 10mo y 90ta percentil.
- Pequeño para la edad gestacional (PEG): el que se ubica debajo del 10mo percentil.
- Grande para la edad gestacional (GEG): el que se ubica sobre el 90ta percentil.

11. Lugar de hospitalización: lugar donde se le brindo atención especializada al neonato, categorizándose en nuestro estudio de la siguiente manera:

- Unidad de cuidados intensivos
- Unidad de cuidados intermedios
- Alojamiento conjunto (Neosano)

12. Morbilidad neonatal: denominase a algún cuadro nosológico que requiera hospitalización: problemas Metabólicos, respiratorios, infecciosos, otros.

13. Condición de alta del recién nacido: Egreso del paciente, categorizándose en nuestro estudio de la siguiente manera:

- Alta normal
- Fallecido

DENOMINACIÓN	NATURALEZA	MEDICIÓN	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	DIMENSIÓN
Edad materna	Cualitativa	Nominal	Fecha de nacimiento	Años de la madre	Biológica
Adolescente	Cualitativa	nominal	Fecha de nacimiento	10 a 19 años	Biológica
Numero de controles prenatales	cuantitativa	ordinal	Cantidad de CPN que tuvo la gestante	Numero de CPN	Clínica
Tipo de parto	cualitativa	nominal	Tipo de culminación del embarazo	Parto vaginal o cesárea	Clínica
Tipo de liquido amniótico	cualitativa	nominal	Color del liquido amniótico	-	Clínica
APGAR	Cualitativa	Ordinal	Esfuerzo respiratorio, frecuencia cardiaca, tono muscular, irritabilidad refleja y color de piel	APGAR al 1'y 5'	Clínica
Edad gestacional del recién nacido	Cuantitativa	Ordinal	Evaluación clínica por Capurro	Semanas de gestación	Clínica
Peso del recién nacido	Cuantitativa	Razón	Peso inmediato al nacer	Peso	Clínica
Morbilidad neonatal	Cualitativa	Nominal	Criterios Clínicos y/o laboratorio y/o imágenes	-	Clínica
Lugar de hospitalización del neonato	cualitativa	nominal	Diagnóstico de ingreso	-	Clínica
Condición de alta del RN	Cualitativa	Nominal	Epicrisis	-	Clínica

## **2.5 Procedimientos y técnicas**

- Se solicitó a la dirección del Hospital II-2 de Sullana el permiso necesario para poder tener acceso a las Historias Clínicas, que se encuentran en archivo, de los recién nacidos de las madres preeclámpticas que nacieron en el año 2017 en dicho nosocomio.
- Se informó del permiso expedido al jefe del Departamento de Pediatría de dicho hospital quien brindó las facilidades pertinentes en las áreas de Neosano, Neopatológico intermedios y UCIN.
- Se solicitó al responsable del Archivo, brinde las historias clínicas solicitadas para este trabajo.
- A partir del libro de registros del servicio de Neonatología del Hospital II-2 de Sullana durante el periodo de Enero-Diciembre 2017, se obtuvieron los apellidos y el número de historias clínicas de los recién nacidos de las madres preeclámpticas que hayan sido admitidos en este servicio.
- Se localizaron todas las historias clínicas de los recién nacidos de las madres preeclámpticas en el periodo Enero-Diciembre 2017.
- Se extrajeron los datos necesarios de los recién nacidos de las madres preeclámpticas de la cartilla perinatal adjunta en la historia clínica.

## **2.6. Plan de análisis de datos**

- Los datos fueron recolectados mediante la ficha de recolección de datos, en ella aparecen las variables a estudiar con sus respectivos indicadores. (Anexo 3)
- Se creó una base de datos para el procesamiento automatizado de los mismos en planillas de Microsoft Excel versión 2010.
- Posteriormente se procedió a sus análisis estadísticos. Para el análisis de variables se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes, éstas fueron procesadas por el programa estadístico informático SPSS 20.0
- Los resultados se presentan en tablas y gráficos adecuados al tipo de variable que se representa.

- Para el informe final se utilizó como procesador de texto programa Microsoft Word 2010.

## **2.7 Aspectos éticos**

El presente estudio de investigación se realizó tomando en cuenta los principios éticos de la Declaración de Helsinki II y se contó con la autorización del director del Hospital II-2 de Sullana, así como de la oficina de Archivo donde se encuentran las historias clínicas.

### III. RESULTADOS

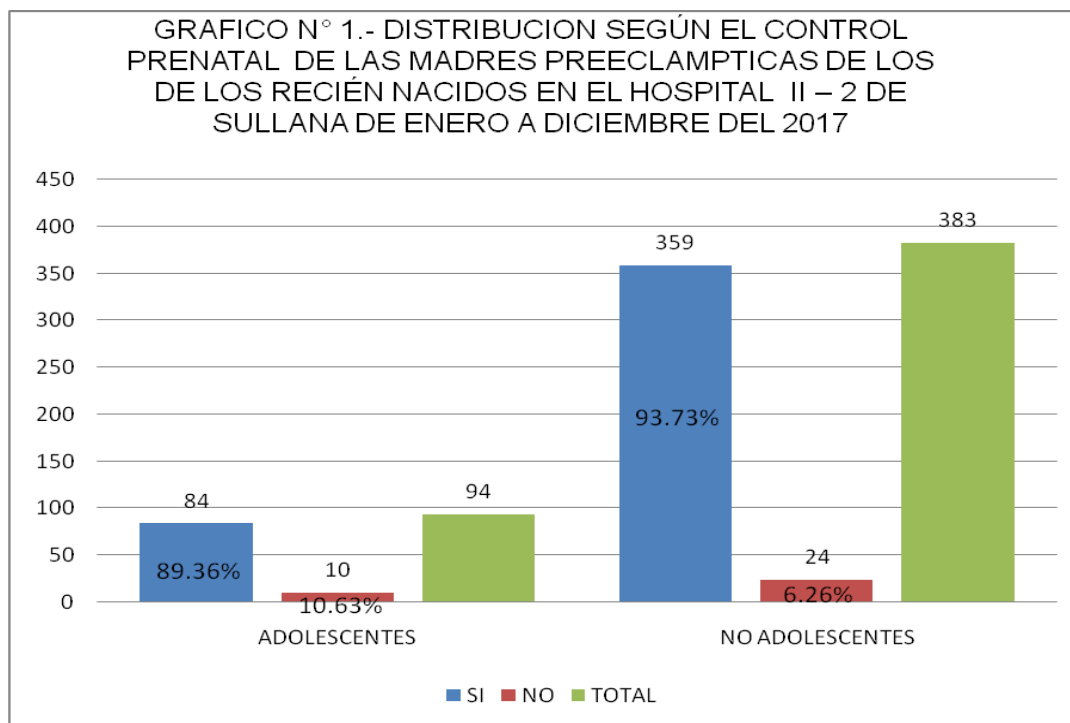
TABLA N° 1.- DISTRIBUCION SEGÚN EL CONTROL PRENATAL DE LAS MADRES PREECLAMPTICAS DE LOS DE LOS RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017

CPN EN EL EMBARAZO ACTUAL	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
SI	84	359	443
NO	10	24	34
TOTAL	94	383	477

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la Tabla N°1, se tiene que el 89.36% (84) de madres preeclámpticas adolescentes tuvieron control prenatal, además se obtuvo que el 93.73% (359) de madres preeclámpticas no adolescentes tuvieron control prenatal, el 10.63% (10) de madres preeclámpticas adolescentes no tuvieron control prenatal, el 6.26%(24) de madres preeclámpticas no adolescentes no tuvieron control prenatal. Del total de madres preeclámpticas, el 92.87% (443) si tuvieron control prenatal, el 7.12% (34) de madres preeclámpticas no tuvieron control prenatal.

CUADRO N°1.- DISTRIBUCION SEGÚN EL CONTROL PRENATAL DE LAS MADRES PREECLAMPTICAS DE LOS DE LOS RECIÉN NACIDOS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017



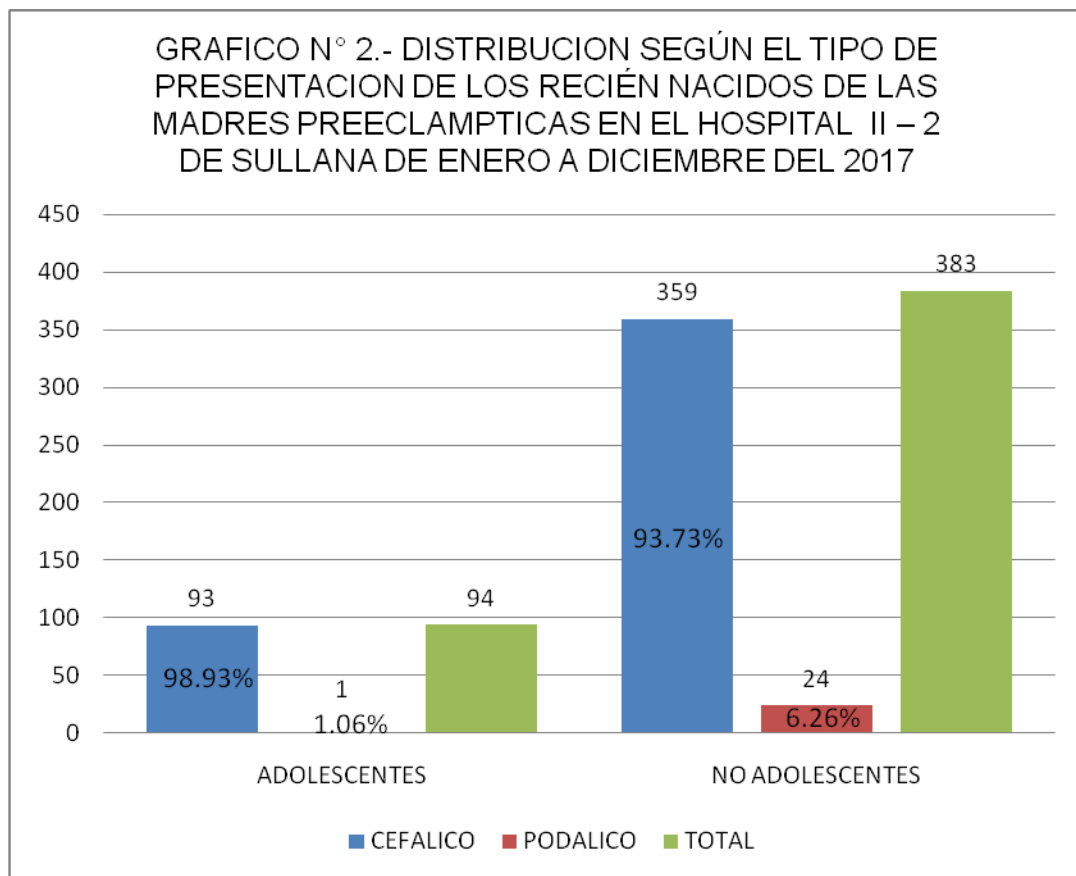
FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA N° 2.- DISTRIBUCION SEGÚN EL TIPO DE PRESENTACION DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017

TIPO DE PRESENTACION	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
CEFALICO	93	359	452
PODALICO	1	24	25
TOTAL	94	383	477

FUENTE:BASE DE DATOS

Con respecto a la Tabla N°2, en el 98.93% (93) de los recién nacidos de madres preeclámpticas de madres adolescentes el tipo de presentación fue cefálico, en el 93.73% (359) de los recién nacidos de madres no adolescentes el tipo de presentación fue cefálico, en el 1.06% (1) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes el tipo de presentación fue podálico. En el 6.26% (24) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes el tipo de presentación fue podálico. Del total de los 477 recién nacidos de madres preeclámpticas, en el 94.76% (452) el tipo de presentación fue cefálico y en el 5.24% (25) el tipo de presentación fue podálico.



FUENTE: BASE DE DATOS

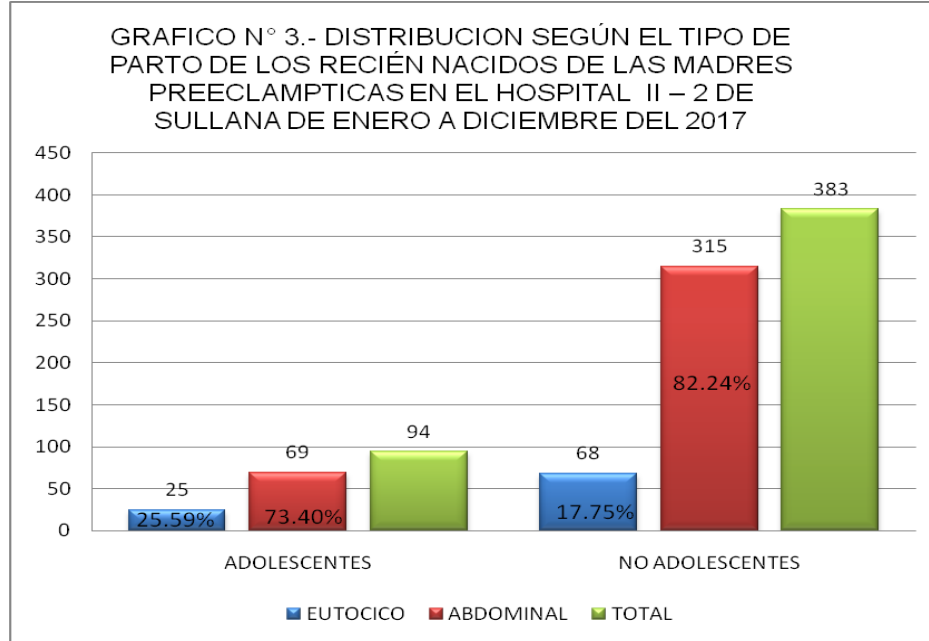


TABLA N° 3.- DISTRIBUCION SEGÚN EL TIPO DE PARTO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE LAS MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017

TIPO DE PARTO	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
EUTOCICO	25	68	93
ABDOMINAL	69	315	384
TOTAL	94	383	477

FUENTE: BASE DE DATOS

Según la Tabla N°3, en el 17.75% (68) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes el tipo de parto fue eutócico, en el 25.59% (25) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes el tipo de parto fue eutócico. En el 82.24%(315) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes el tipo de parto fue abdominal, en el 73.40% (69) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes el tipo de parto fue abdominal. Del total de recién nacidos de madres preeclámpticas; el tipo de parto fue abdominal en el 80.50% (384) y en el 19.49% (93) el tipo de parto fue eutócico.



FUENTE: BASE DE DATOS

**TABLA N° 4.- DISTRIBUCION POR EL TIPO DE LIQUIDO AMINIOTICO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017**

LIQUIDO AMINIOTICO	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
NORMAL	81	340	421
MECONIAL	13	43	56
TOTAL	94	383	477

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la tabla N°4 en el 88.77% (340) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes el liquido amniótico fue normal, en el 86.17% (81) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes el liquido amniótico fue normal. En el 11.22% (43) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes el liquido amniótico fue meconial. En el 13.82% (13) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes el liquido amniótico fue meconial.

Del total de recién nacidos de madres preeclámpticas el líquido amniótico fue normal en el 88.25% (421), y en el 11.74% (56) el líquido amniótico fue meconial.

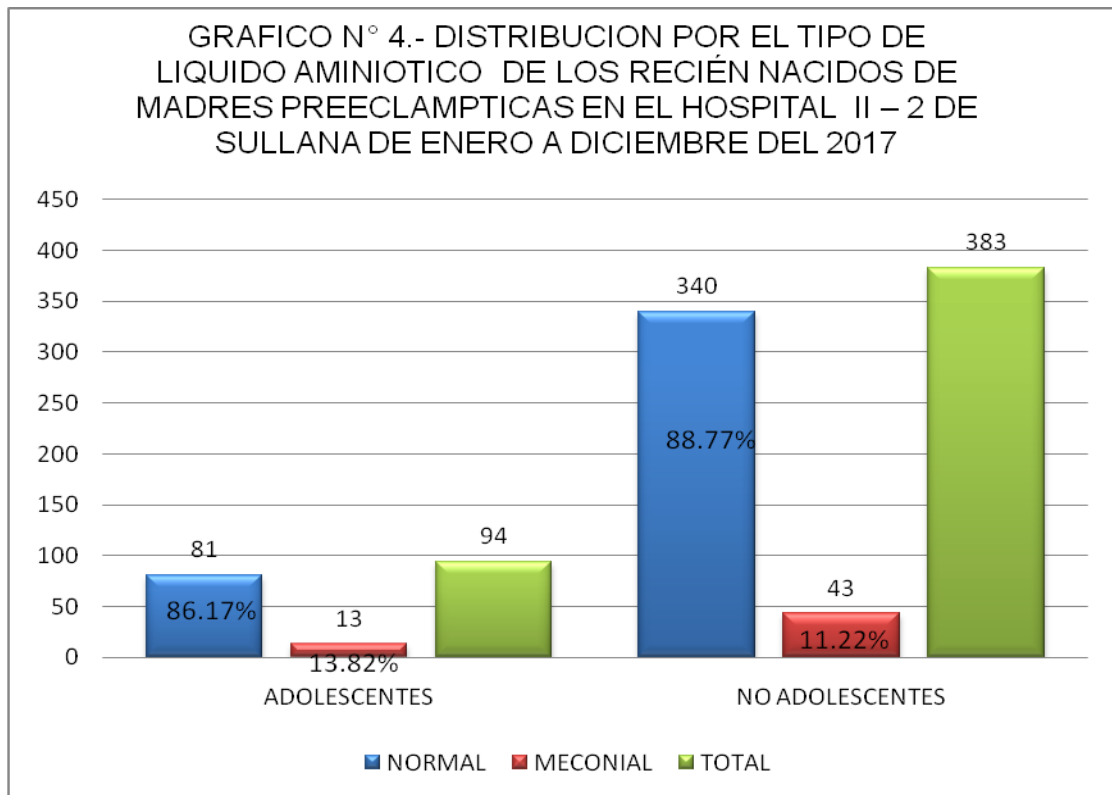
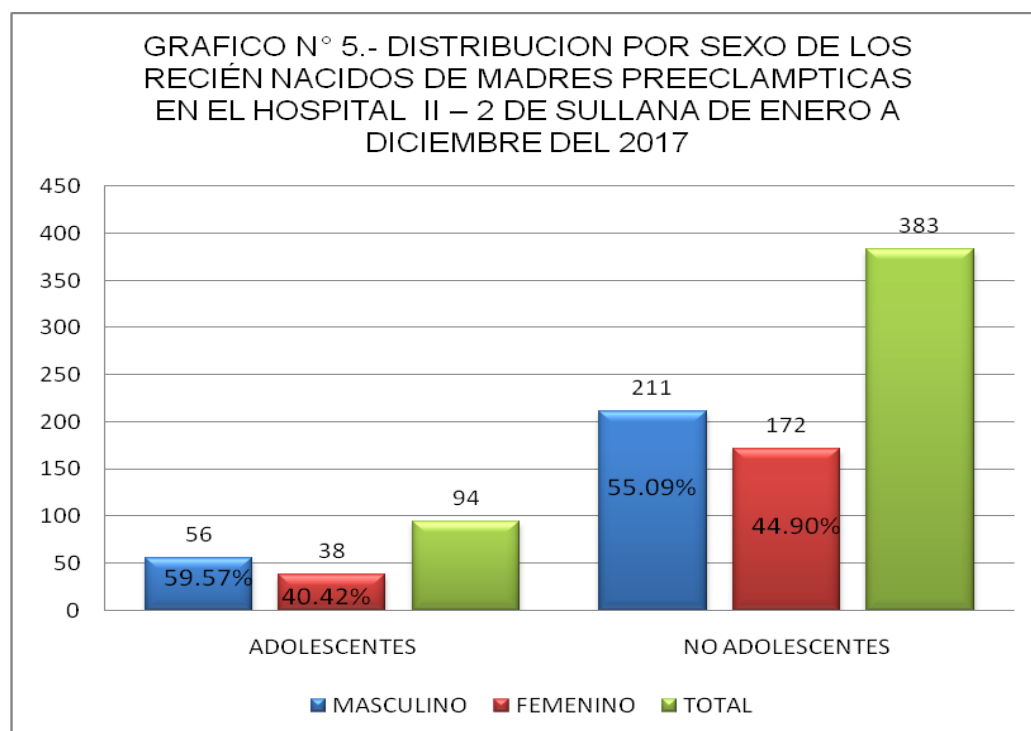


TABLA N° 5.- DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017

SEXO	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
MASCULINO	56	211	267
FEMENINO	38	172	210
TOTAL	94	383	477

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la tabla N°5, en el 59.57% (56) de los recién nacidos de madres preeclámplicas adolescentes fueron de sexo masculino, en el 55.09% (211) de los recién nacidos de madres preeclámplicas no adolescentes fueron de sexo masculino. En el 40.42%(38) de los recién nacidos de madres preeclámplicas adolescentes fueron de sexo femenino, en el 44.90%(172) de los recién nacidos de madres preeclámplicas no adolescentes fueron de sexo femenino. Del total de los recién nacidos de madres preeclámplicas fueron de sexo masculino 55.97%(267) y en el 44.02%(210) fueron de sexo femenino.



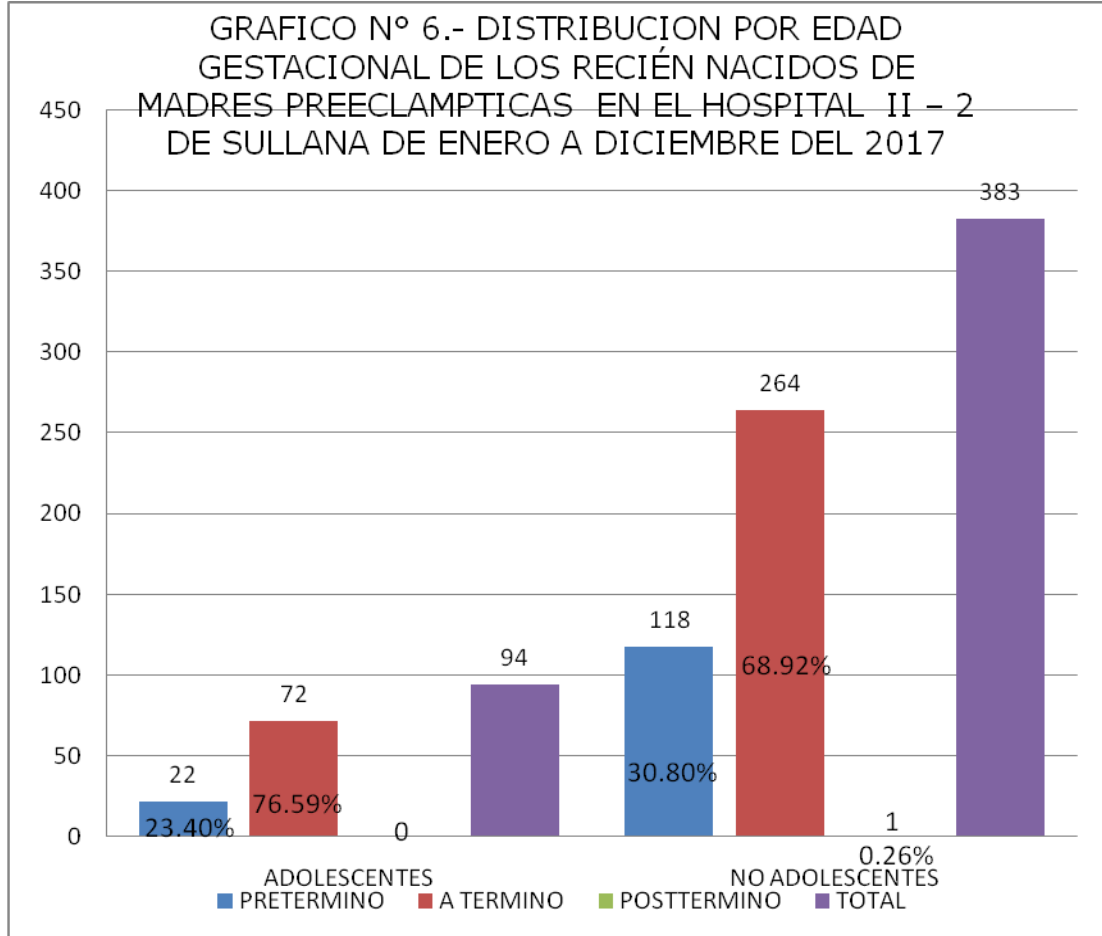
FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA N° 6.- DISTRIBUCION POR EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017

EDAD GESTACIONAL	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
PRETERMINO	22	118	140
A TERMINO	72	264	336
POSTTERMINO	0	1	1
TOTAL	94	383	477

FUENTE: BASE DE DATOS

Según la tabla N°6 en el 23.40% (22) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron pretérmino. En el 76.59% (72) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron a término. En el 0% de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron post término. En el 30.80% (118) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fueron pretérmino. En el 68.92% (264) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fueron a término. El 0.26%(1) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fue post término. Del total de recién nacidos de madres preeclámpticas fueron pretérmino 29.35% (140). En el 70.44%(336) fueron a término y el 0.20% (1) fue post termino.



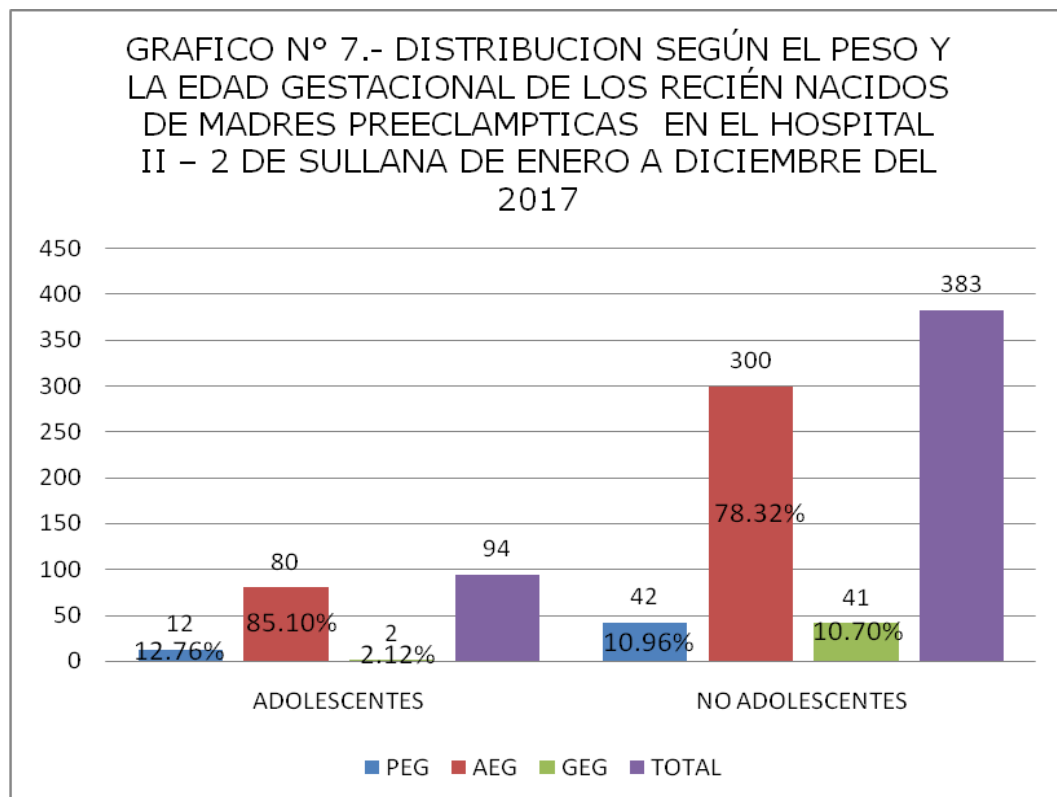
FUENTE: BASE DE DATOS

**TABLA N° 7.- DISTRIBUCION SEGÚN EL PESO Y LA EDAD GESTACIONAL DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017**

PESO DE NAC. Y EDAD GESTACIONAL	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
PEG	12	42	54
AEG	80	300	380
GEG	2	41	43
TOTAL	94	383	477

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la tabla N°7, en el 12.76%(12) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron PEG. En el 10.96%(42) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fueron PEG. En el 85.10% (80) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron AEG. En el 78.32%(300) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fueron AEG. En el 2.12%(2) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron GEG. En el 10.70%(41) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fueron GEG. Del total de recién nacidos de madres preeclámpticas fueron PEG en el 11.32%(54), en el 79.66%(380) fueron AEG y en el 9.01% (43) fueron GEG.



FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA N° 8.- DISTRIBUCION SEGÚN EL APGAR AL 1' DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

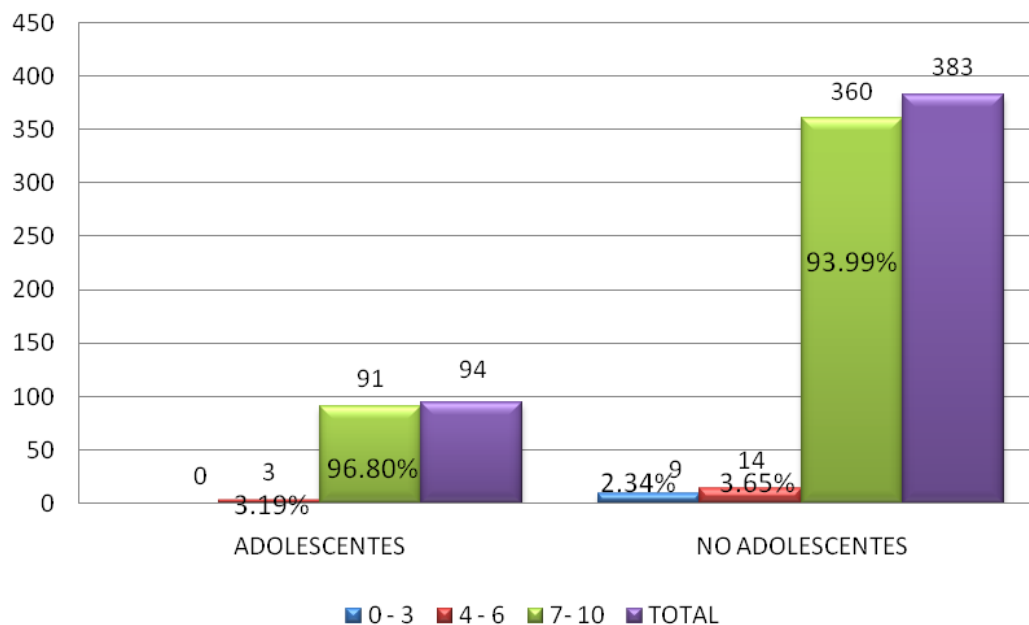
APGAR 1'	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
0 – 3	0	9	9
4 – 6	3	14	17
7- 10	91	360	451
TOTAL	94	383	477

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la tabla N°8, en el 0% (0) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron APGAR 1' entre 0-3. En el 3.19%(3) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron APGAR 1' entre 4-6. En el 96.80% (91) los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron APGAR 1' entre 7-10. En el 2.34%(9) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron APGAR 1'entre 0-3. En el 3.65% (14) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron APGAR 1'entre 4-6. En el 93.99% (360) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron APGAR 1'entre 7-10. Del total de recién nacidos de madres preeclámpticas en el 1.88%(9) presentaron APGAR 1' entre 0-3, en el 3.56% (17) presentaron APGAR 1' entre 4-6 y en el 94.54% (451) presentaron APGAR 1' entre 7-10.



GRAFICO N° 8.- DISTRIBUCION SEGÚN EL APGAR AL 1' DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II - 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017



FUENTE: BASE DE DATOS

TABLA N° 9.- DISTRIBUCION SEGÚN EL APGAR A LOS 5' DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II - 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017

APGAR 5'	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
0 - 3	0	4	4
4 - 6	0	5	5
7- 10	94	374	468
TOTAL	94	383	477

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la tabla N°9, en el 0% (0) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron APGAR a los 5' entre 0-3, en el 1.04%(4) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron APGAR a los 5'entre 0-3. En el 0% (0) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron APGAR a los 5'entre 4-6, en el 1.30%(5) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron APGAR a los 5'entre 4-6. En el 100% (94) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron APGAR a los 5'entre 7-10, en el 97.65% (374) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron APGAR 5'entre 7-10. Del total de recién nacidos de madres preeclámpticas en el 0.83%(4) presentaron APGAR 5' entre 0-3, en el 1.04% presentaron APGAR a los 5'entre 4-6 y en el 98.11%(468) presentaron APGAR a los 5'entre 7-10.

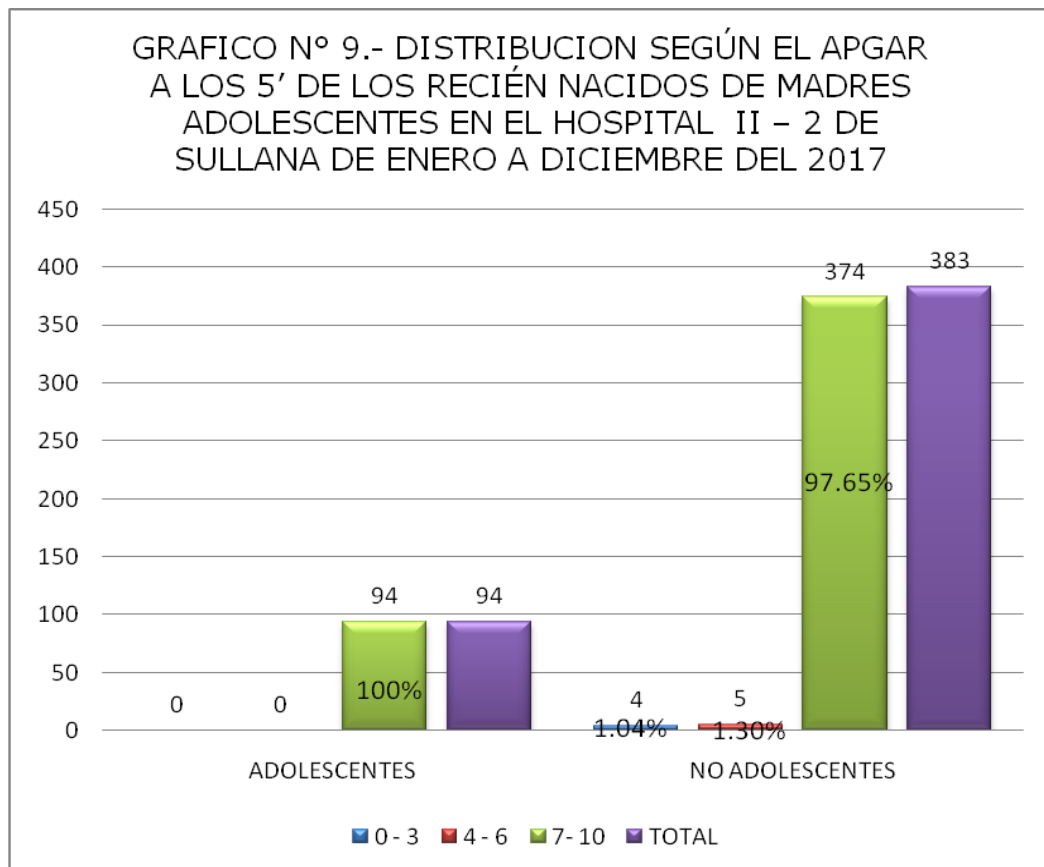
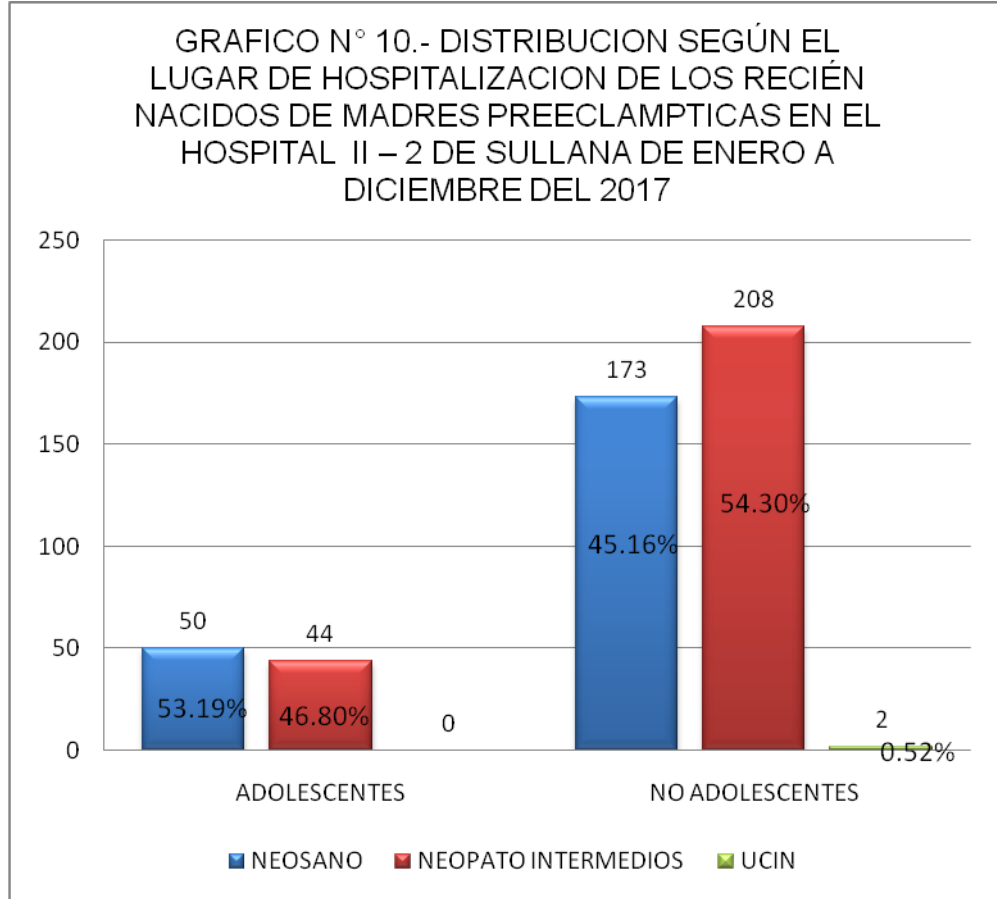


TABLA N° 10.- DISTRIBUCION SEGÚN EL LUGAR DE HOSPITALIZACION DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017

LUGAR DE HOSPITALIZACION	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
NEOSANO	50	173	223
NEOPATO INTERMEDIOS	44	208	252
UCIN	0	2	2
TOTAL	94	383	477

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la tabla N°10; en el 53.19% (50) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron hospitalizados en NEOSANO, en el 46.80%(44) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron hospitalizados en NEOPATO-INTERMEDIOS, en el 0%(0) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron hospitalizados en UCIN. En el 45.16%(173) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fueron hospitalizados en UCIN. En el 45.16%(173) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fueron hospitalizados en NEOSANO, en el 54.30%(208) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fueron hospitalizados en NEOPATO-INTERMEDIOS. En el 0.52%(2) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes fueron hospitalizados en UCIN. Del total de recién nacidos de madres preeclámpticas en el 46.75%(223) fueron hospitalizados en NEOSANO, en el 52.83%(252) fueron hospitalizados en NEOPATO-INTERMEDIOS y en el 0.41%(2) en UCIN.



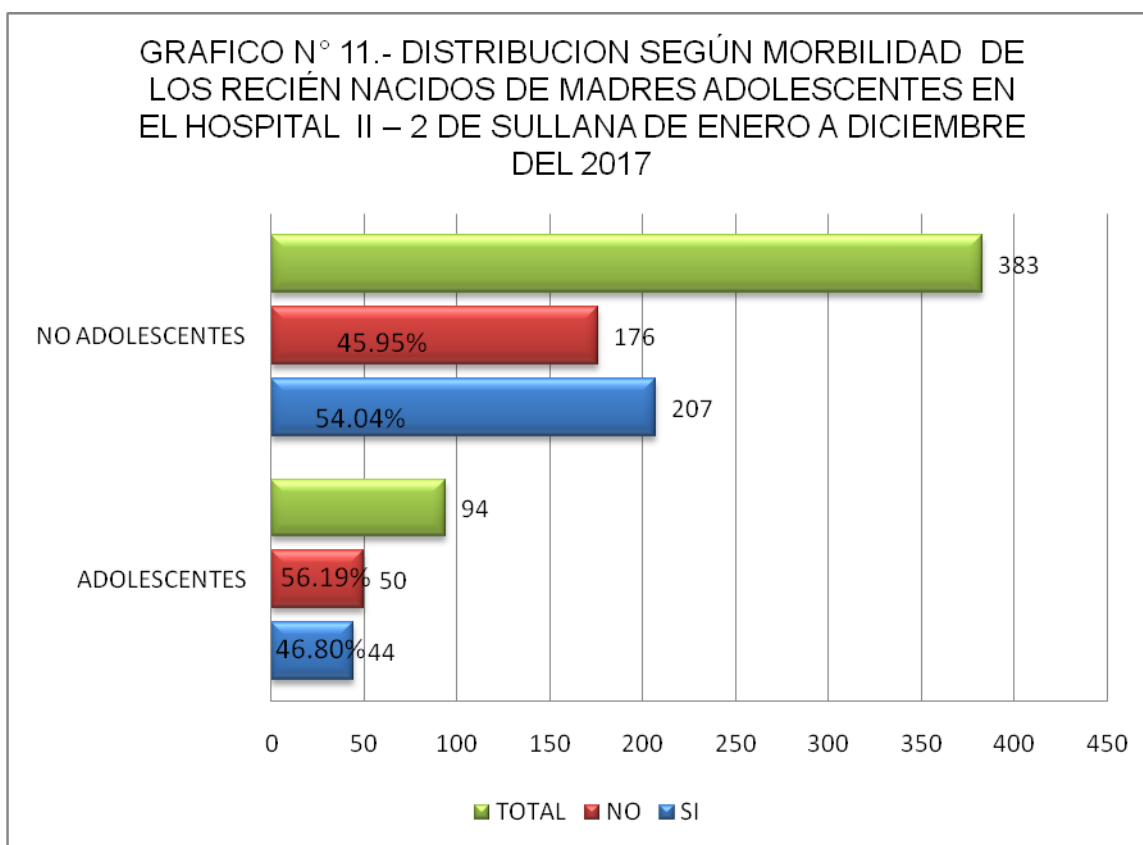
FUENTE: BASE DE DATOS

**TABLA N° 11.- DISTRIBUCION SEGÚN MORBILIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014**

MORBILIDAD	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
SI	44	207	251
NO	50	176	226
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>383</b>	<b>477</b>

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la tabla N°11, en el 46.80%(44) de los recién nacidos de madres preeclámplicas adolescentes SI presentaron morbilidad, en el 56.19%(50) de los recién nacidos de madres preeclámplicas adolescentes NO presentaron morbilidad. En el 54.04%(207) de los recién nacidos de madres preeclámplicas no adolescentes SI presentaron morbilidad, en el 45.95%(176) de los recién nacidos de madres preeclámplicas no adolescentes NO presentaron morbilidad. Del total de recién nacidos de madres preeclámplicas, el 52.62%(251) SI presentaron morbilidad, y el 47.37%(226) NO presentaron morbilidad.



FUENTE: BASE DE DATOS

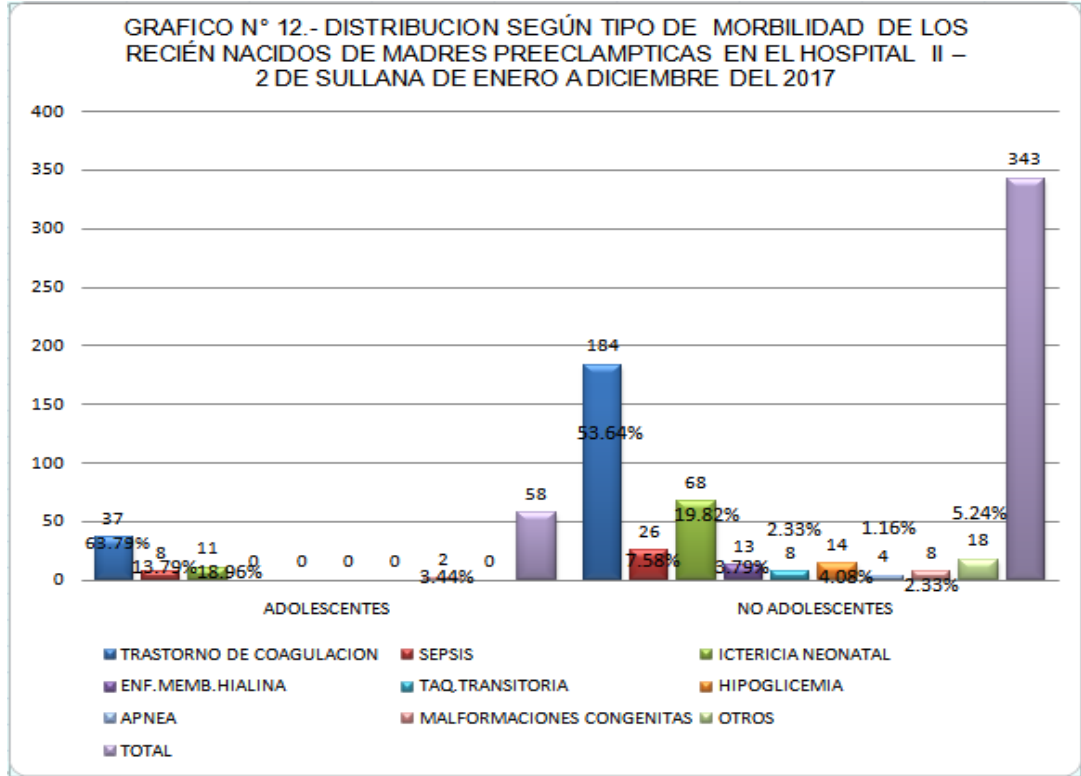
TABLA N° 12.- DISTRIBUCION SEGÚN TIPO MORBILIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017

MORBILIDAD	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTES	NO ADOLESCENTES	
TRASTORNO DE COAGULACION	37	184	221
SEPSIS	8	26	34
ICTERICIA NEONATAL	11	68	79
ENF.MEMB.HIALINA	0	13	13
TAQ.TRANSITORIA	0	8	8
HIPOGLICEMIA	0	14	14
APNEA	0	4	4
MALFORMACIONES CONGENITAS	2	8	10
OTROS	0	18	18
TOTAL	58	343	401

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la tabla N°12, en el 63.79%(37) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron TRASTORNO DE COAGULACION, en el 13.79%(8) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron SEPSIS, en el 18.96%(11) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron ICTERICIA NEONATAL, en el 0%(0) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, en el 0%(0) de los recién nacidos de

madres preeclámpticas adolescentes presentaron TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, en el 0%(0) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron HIPOGLICEMIA, en el 0%(0) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron APNEA, en el 3.44%(2) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron MALFORMACIONES CONGENITAS, y en el 0%(0) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes presentaron OTROS. En el 53.64%(184) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron TRASTORNO DE COAGULACION, en el 7.58%(26) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron SEPSIS, en el 19.82%(68) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron ICTERICIA NEONATAL, en el 3.79%(13) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, en el 2.33%(8) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, en el 4.08%(14) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron HIPOGLICEMIA, en el 1.16%(4) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron APNEA, en el 2.33%(8) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron MALFORMACIONES CONGENITAS, y en el 5.24%(18) de los recién nacidos de madres preeclámpticas no adolescentes presentaron OTROS. Del total de recién nacidos de madres preeclámpticas presentaron TRASTORNO DE COAGULACION 55.11% (221), en el 8.47%(34) SEPSIS, en el 19.70%(79) ICTERICIA NEONATAL, en el 3.24%(13) ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, en el 1.99%(8) TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, en el 3.49%(14) HIPOGLICEMIA, en el 0.99%(4) APNEA, en el 2.49%(10) MALFORMACIONES CONGENITAS, y en el 4.48% (18) OTROS.



FUENTE: BASE DE DATOS

**TABLA N° 13.- DISTRIBUCION SEGÚN LA CONDICION DE EGRESO DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II – 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017**

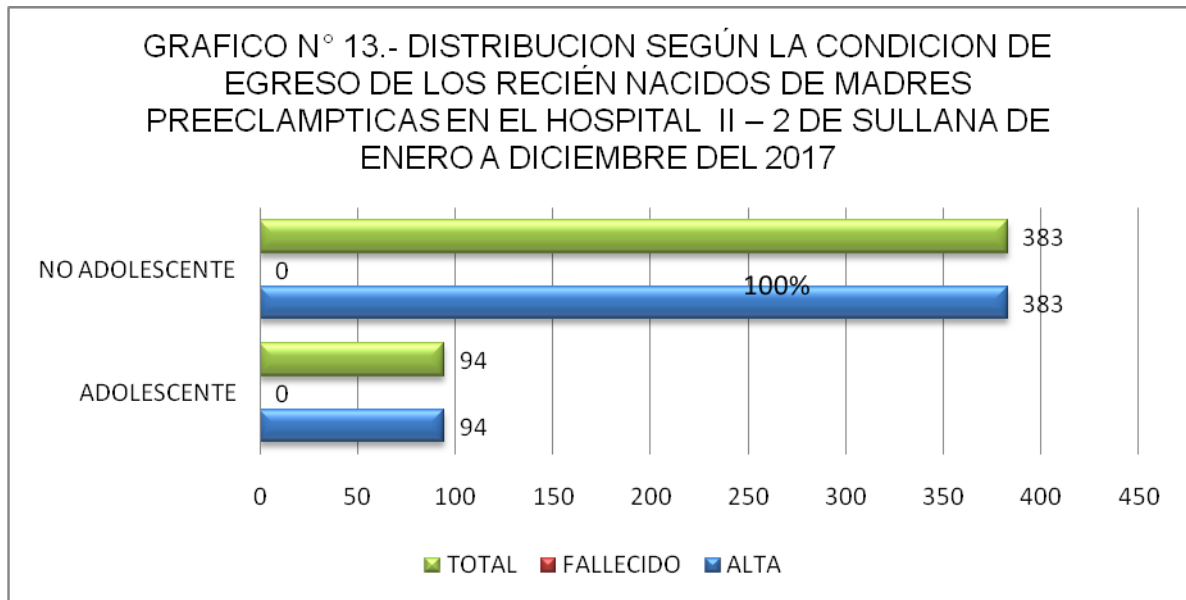
CONDICION DE EGRESO	MADRES PREECLAMPTICAS		TOTAL
	ADOLESCENTE	NO ADOLESCENTE	
ALTA	94	383	477
FALLECIDO	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>383</b>	<b>477</b>

FUENTE: BASE DE DATOS

En relación a la tabla N°13, en el 100%(94) de los recién nacidos de madres preeclámpticas adolescentes fueron dados de alta, en el 100%(383) de los recién



nacidos de madres preeclámplicas no adolescentes fueron dados de alta, en el 0%(0) de los recién nacidos de madres preeclámplicas adolescentes no hubo fallecido y en el 0%(0) de los recién nacidos de madres preeclámplicas no adolescentes no hubo fallecido. Del total de recién nacidos de madres preeclámpticas en el 100%(477) fueron dados de alta y en el 0%(0) no hubo fallecidos.



FUENTE: BASE DE DATOS

#### **IV. DISCUSION**

En el periodo de estudio, el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Sullana II-2, brindó atención a 3591 partos durante el año 2017.

En el Perú, la incidencia de la preeclampsia fluctúa entre 10-15% en la población hospitalaria obstétrica, según publicaciones nacionales (29). En nuestro estudio la incidencia es de 13.2%, cifra que se encuentra dentro del rango a nivel nacional.

En relación al control prenatal del total madres preeclámpticas: el 92.87% (443) tuvieron control prenatal, el 7.12% (34) de las madres preeclámpticas no tuvieron control prenatal, haciendo referencia que más del 90% de madres preeclámpticas si tuvieron control prenatal.

Según Yojcóm, A et al, de su trabajo realizado en Guatemala, se observó que 33.5% si tuvo control prenatal en un número de 5 a 8 visitas, 28.25% no tuvo ningún control prenatal y 23.8% recibió menos de cuatro controles prenatal. De esos datos se mencionó que la prevención de enfermedades y muerte durante el embarazo tuvo una incidencia relativamente baja, debido al seguimiento que se llevó a cada caso en el control prenatal (28).

Según Quispe de La Cruz et al, de su trabajo realizado en Ica, señala resultados similares al nuestro, ya que el 94% de las madres preeclámpticas si tuvieron control prenatal (22).

Según Lecca L et al, en su trabajo realizado en el Hospital Santa Rosa II-2 Piura, se encontró que el 73.6% (265) tuvieron por lo menos 6 controles prenatales, 25.5%(92) tuvieron entre 1 a 5 controles prenatales y solo 3 gestantes no se realizaron ningún CPN, lo que también se asemeja a nuestro trabajo ya que más del 90% si tuvieron controles prenatales (36).

Con respecto al tipo de presentación, del total de 477 de recién nacidos de madres preeclámplicas, en el 94.76%(452) el tipo de presentación fue cefálico y en el 5.24% (25) fue podálico.

En ninguno de los antecedentes revisados se encontró hallazgos distintos o similares respecto al tipo de presentación.

En cuanto al tipo de parto, del total de los recién nacidos de madres preeclámplicas el 80.50% (384) fue abdominal y en el 19.49%(93) fue eutócico.

Según Yojcom, A et al, son similares a los nuestros, menciona en su trabajo de investigación la vía de resolución del embarazo, 61.9% fue resuelto por cesárea segmentaria transperitoneal, 36.5% resolvió por parto eutócico simple, 1.9% resolvió por parto distócico simple, por uso de fórceps; el mayor número de casos se resolvió por cesárea segmentaria trans peritoneal debido al número de casos aumentado de preeclampsia severa, lo cual provocó la resolución del embarazo inmediatamente para evitar complicaciones perinatales, ya que ésta es una medida que disminuye los riesgos de sufrimiento fetal (29).

Según Lecca L et al, en su investigación determinó que el tipo de parto más frecuente fue por cesárea con el 81.3%, comparado con el parto vaginal en el 18.6% de los casos (36)

Según Quispe de La Cruz et al, en su trabajo de investigación señala similares a los nuestros ya que el 67.8% la vía principal de nacimiento fue cesárea, mientras que en el Hospital Bertha Calderón Roque en Nicaragua describieron que un 70.4% finalizaron su parto por vía vaginal y un 29.6% por cesárea (37)

La terminación de la gestación en pacientes preeclámplicas es una situación que difiere entre los estudios realizados. Realmente los autores están de acuerdo que la terminación de la gestación debería efectuarse después de las 37 semanas y por la vía vaginal; sin embargo, la decisión va depender de las complicaciones maternas o fetales (38).

Al comparar los porcentajes de cesáreas realizadas en otros estudios, con nuestra investigación, podemos deducir que en nuestro hospital se estarían practicando cesáreas en mayor frecuencia.

Respecto al tipo de líquido meconial, en el presente trabajo de investigación el 88.25% (421) de los recién nacidos de madres preeclámplicas fue normal, y el 11.74% (56) el líquido amniótico fue meconial, resultados semejantes a los de Lecca (36), que tuvo el mayor porcentaje (85%) en líquido amniótico claro, seguido de líquido verde fluido con 13.33% y un menor porcentaje 1.67% en líquido amniótico meconial.

“Williams de Obstetricia cita: que la reducción del volumen del líquido amniótico también está asociada a insuficiencia placentaria, y a restricción en el crecimiento fetal, debido a un mecanismo de redistribución de flujos, con disminución de la diuresis fetal. El estrés intrauterino puede causar paso de meconio al líquido amniótico siendo factores que lo favorecen; la insuficiencia placentaria, la hipertensión arterial materna, la preeclampsia, el oligoamnios y algunos hábitos tóxicos en especial el tabaquismo y el consumo de cocaína” (39)

En relación a la distribución por sexo de los recién nacidos de madres preeclámplicas fueron de sexo masculino 55.97%(267) y en el 44.02% (210) fueron de sexo femenino.

Según Yojcóm A et al, se encontraron resultados similares, en el cual 52% fueron masculinos y el 48% fueron femeninas, por lo que ser masculino o femenino aumenta la vulnerabilidad para presentar alguna enfermedad (29).

Respecto a la edad gestacional de los recién nacidos de madres preeclámplicas, fueron pretérmino 29.35%(140), a término 70.44%(336) y el 0.20%(1) post término.

Según Lecca et al, se encontraron resultados similares, el 16.9% pretérmino, 82.7% a término y el 0.28% post término (36).

Según Yojcóm, A et al, de acuerdo a las edad gestacional, el 83% fue a término, 13.75% fue pretérmino, 2% prematuros extremos y 2% post término lo cual sugiere que el número de recién nacidos se encontraron adecuados para las semanas de gestación (29)

Según Ayala O, et al, en su trabajo de investigación, de los 43 recién nacidos, el 53% fue a término, 37% pretérmino y 7% a prematuros menores de 30 SDG. (40).

Sarmiento et al en Cuba, concluyeron que el mayor número de recién nacidos fueron prematuros (26)

Anteriormente la prematuridad era más frecuente dado que el manejo era más escueto; sin embargo, actualmente se ha observado que con un manejo adecuado y vigilancia estricta de la paciente, la edad gestacional puede prolongarse y obtener productos a término o más cercano, lo cual disminuye el riesgo de complicaciones perinatales.

Según peso y edad gestacional del total de recién nacidos, 11.32%(54) fueron PEG, 79.66%(380) fueron AEG y 9.01% (43) fueron GEG, algo similar al estudio Lecca (36) en el que se encontró 7.5% de los casos tuvieron un peso muy bajo al nacer , el 10.5% de los RN tuvo bajo peso al nacer, el 79.7% de los RN tuvo un adecuado peso al nacer, el 2.2% tuvo un peso mayor de 3500.

Según Yoycóm A, et al se evidenció que el 65.5% fue adecuado para la edad gestacional, 32% pequeño para la edad gestacional y 3% grande para la edad gestacional, así como se mencionó anteriormente la mayoría de los recién nacidos en nuestro estudio se encontraron AEG, esto es debido a que el embarazo se resolvió a término y tuvieron un adecuado peso al nacer (29).

Una de las causas por las que hijos de estas madres tengan riesgo a ser prematuro y con bajo peso al nacer se debe a que en el embarazo se producen microinfartos placentarios que poco a poco deterioran el intercambio de nutrientes, lo que hace que el feto no se desarrolle en óptimas condiciones.

En relación al APGAR 1' del total de recién nacidos de madres preeclámpticas, en el 1.88%(9) presentaron entre 0-3, el 3.56%(17) entre 4-6 y en el 94.54% (451) presentaron APGAR 1'entre 7-10.

Según Lecca L et al (36), con resultados similares, presentó que el 9.7% tuvo un puntaje menor a 7 y el 90.3% un APGAR mayor o igual a 7, asimismo Yojcóm A, et al (29) mencionó que el 82.5% presentó un APGAR normal y el 17.5% un APGAR anormal, lo cual se observó con el hecho de que un alto porcentaje nació a término.

Respecto al APGAR 5' del total de recién nacidos de madres preeclámpticas, en el 0.83%(4) presentaron entre 0-3, en el 1.04%(5) entre 4-6 y en el 98.11%(468) entre 7-10.

Se sabe que el test de APGAR aún sigue vigente después de más de medio siglo, pero no solamente se ha usado el test de Apgar como indicador de hipoxia sino que también se ha usado como un indicador de sobrevida neonatal y quizás éste es uno de los más puntos más interesantes. Se conoce que el APGAR al 1 minuto da el diagnóstico, mientras que el APGAR a los 5 minutos da el pronóstico, muy equívocamente se toma más en cuenta el APGAR a los 5 minutos y con eso se da el diagnóstico del recién nacido.

En nuestro trabajo de investigación podemos observar como un APGAR al 1' 3.56%(17) entre 4-6, considerando una hipoxia moderada, se recupera a los 5 minutos disminuyendo en un en el 1.04%(5) entre 4-6; por lo cual nos indica que la intervención fue en el momento indicado y que la participación del Neonatólogo inmediata.

Respecto al lugar de hospitalización, que depende del tipo de patología, es así que los recién nacidos se hospitalizan en determinado lugar, siendo Neosano el lugar donde permanece todo recién nacido sano sea por parto vaginal o cesárea. Cuando el neonato va a ser hospitalizado, dependiendo del caso; ésta es a: Neopatológico intermedios o a la UCIN.

Es así que del total de recién nacido de madres preeclámpticas en el 46.75%(223) fueron hospitalizados en NEOSANO, en el 52.83% (252) fueron hospitalizados en INTERMEDIOS NEONATAL y en el 0.41%(2) en UCI NEONATAL

Según Ayala. O et al (40), en su trabajo de investigación de los 43 recién nacidos, 17 pasaron directamente a la UCIN y según Lecca L et al el 6.9% (25) de recién nacidos requirieron UCI neonatal (36).

Estos resultados comparativos difieren de nuestro trabajo ya que más del 50% estuvieron en Neopatológico-intermedios y más del 45% fueron niños sanos, y en un menor porcentaje del <1% requirió de UCIN.

Respecto a la presencia de morbilidad en los recién nacidos de madres preeclámpticas, el 52.62%(251) SI presentaron morbilidad, y el 47.37% (226) NO presentaron morbilidad.

En este resultado nos muestra que se asemejan al porcentaje de los recién nacidos tanto en neosano y neopatológico-intermedios respectivamente. Así que podemos concluir que la mitad de recién nacidos padecieron de morbilidad y la otra mitad que no presentó morbilidades.

Según el tipo de morbilidad, del total de recién nacidos de madres preeclámpticas; presentaron TRASTORNO DE COAGULACION 55.11% (221), en el 8.47%(34) SEPSIS, en el 19.70%(79) ICTERICIA NEONATAL, en el 3.24%(13) ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, en el 1.99%(8) TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, en el 3.49%(14) HIPOGLICEMIA, en el 0.99%(4) APNEA, en el 2.49%(10) MALFORMACIONES CONGENITAS, y en el 4.48% (18) OTROS.

Según Yojcóm A et al, en su trabajo de investigación las enfermedades más frecuentes encontradas fueron en un 20% con RCIU, 18.8% bajo peso al nacer, prematuros 10.6%, síndrome de distrés respiratorio en un 5.9%, asfixia perinatal 4%, otras 2.2% (29)

Según Altunaga M et al, refiere que en su trabajo de investigación el 4.9%(3) presentó membrana hialina y otro 4.9%(3) infecciones, el 3.4%(2) distrés respiratorio, 1.6%(1) encefalopatía hipoxia, 1.6%(1) otras, 14.8%(9) no se sabe y 68.6% (42) ninguna (24).

Según Ayala, O et al, la principal causa de ingreso a UCIN fue Síndrome de adaptación Pulmonar (8 casos), seguido de Asfixia perinatal (3 casos), 1 caso por depresión respiratoria causada por anestésicos. Dentro de las complicaciones hematológicas, la plaquetopenia fue la más frecuente encontrándose en 5 pacientes, y leucopenia que se presentó en 4 recién nacidos. De estos, 2 pacientes presentaron ambas alteraciones. Dentro de las alteraciones metabólicas y electrolíticas, la alteración más frecuente fue la hiperkalemia con 13 pacientes (48%), seguida de la hipoglicemia con 8 pacientes(30%); e hipocalcemia en un 18% la cual se encontró en los pacientes de alojamiento conjunto y el hallazgo se dió por presentación de sintomatología a lo cual se realizó la toma de calcio sérico, encontrándose en límites bajos, y se dió manejo con gluconato de calcio sin más problema y sin necesidad de mayor vigilancia (40).

Según Lecca et al, concluye respecto a las complicaciones perinatales del recién nacido en su estudio, el de mayor frecuencia fue el de bajo peso al nacer (21.1%), seguida de prematuridad (15%), sepsis neonatal (10.8%), RCIU (9.4%), enfermedad de membrana hialina (7.7%), síndrome de distrés respiratorio (6.1%), depresión al nacer (5.5%), sufrimiento fetal agudo y taquipnea transitoria del recién nacido en un 5% , asfixia 2.7%, óbito y síndrome de aspiración de liquido amniótico en un 1.67%, hipoglicemia en un 1.9% (36).

En el presente trabajo de investigación difiere de la principal morbilidad con los estudios realizados, ya que en este caso el más frecuente fue el trastorno de coagulación, el cual no se menciona en ningún estudio, seguido de Ictericia neonatal.



En la mayoría de estudios resaltan el RCIU y el bajo peso al nacer; sin embargo como ya se mencionó anteriormente en dicho trabajo el porcentaje de prematuros y PEG fueron bajos, y la mayoría de nuestros recién nacidos tuvieron un peso y una edad adecuado.

Además cabe resaltar que en nuestra institución, el ser hijo de madre preecláptica, se espera de 8 a 12 horas para realizar el perfil de coagulación y con dicho resultado, manejarlo con vitamina k. A dichos neonatos se hospitalizan en neopatológico-intermedios para recibir tratamiento si lo amerita; sin embargo, ya que el porcentaje diario de nacimientos es alto, la mayoría de veces se quedan en neosano y salen de alta de dicho servicio.

En relación a la condición de egreso, el 100% (477) fueron dados de alta y en el 0%(0) no hubo fallecidos, haciendo incapié que los niños que estuvieron hospitalizados que fue en su mayoría, salieron sin ningún problema alguno gracias al manejo óptimo que recibieron.

Según Quispe de la Cruz et al (22), en su estudio hubo el 2% de su total de recién nacidos como óbitos fetales, y Altunaga et al (24), también menciona 2 muertes neonatales, una debida a enfermedad de membrana hialina y otra por infección.

Según Yojcóm, A et al , concluye que del total de recién nacidos 5% falleció y se encontró que entre las causas básicas de muerte fueron las siguientes; anoxia intraútero representando 53%, prematurez extrema 20%, síndrome dismorfogenético 13.3%, asfixia perinatal 6.6%, y choque séptico 6.6%. Estos resultados de este trabajo muestran que el mayor porcentaje de muerte ocurre antes del nacimiento.

## V.- CONCLUSIONES

1) En el presente estudio en una muestra de 477; con respecto al control prenatal de los recién nacidos de madres preeclámplicas el 92.87%(443) del total si lo tuvieron, predominando en el grupo de madres preeclámplicas no adolescentes. Con respecto al tipo de presentación el 94.76% (452) fue cefálico, habiendo mayor porcentaje en el grupo de recién nacidos de madres preeclámplicas no adolescentes. El liquido amniótico fue normal en el 88.25% y se apreció mayor porcentaje en los recién nacidos de madres preeclámplicas no adolescentes. El 55.97% de los recién nacidos de madres adolescentes fueron de sexo masculino, habiendo mayor predominio en madres preeclámplicas no adolescentes. Según la edad gestacional, el 70.44% de los recién nacidos de madres preeclámplicas fueron a término y en menor porcentaje pretérmino y posttérmino. Asimismo, según peso de nacimiento/ edad gestacional, la mayoría en un 79.66% fueron AEG. En el 94.54% (451) presentaron APGAR 1´entre 7-10 sin hipoxia neonatal, siendo el mayor porcentaje en madres no adolescentes, y en el 98.11%(468) presentaron APGAR a los 5´entre 7-10, predominando también en madres no adolescentes. El 52.83%(252) de los recién nacidos de madres preeclámplicas fueron hospitalizados en Neopatológico intermedios, el 46.75% (223) en Neosano y en el 0.41%(2) en UCIN; en los tres servicios fueron a predominio de las madres no adolescentes.

2) La vía de resolución de la gestación en la madre con pre eclampsia más frecuente fue la cesárea (80.50%).

3) En este estudio con respecto a la morbilidad hubo mayor porcentaje de TRASTORNO DE COAGULACION 55.11% (221), en el 8.47%(34) SEPSIS, en el 19.70%(79) ICTERICIA NEONATAL, en el 3.24%(13) ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA, en el 1.99%(8) TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO, en el 3.49%(14) HIPOGLICEMIA, en el 0.99%(4) APNEA, en el 2.49%(10) MALFORMACIONES CONGENITAS, y en el 4.48% (18) OTROS.

## **VI.- RECOMENDACIONES**

- 1) Concientizar a las madres sobre la importancia que tiene el control prenatal de calidad, precoz, periódico y adecuado para un buen diagnóstico, el correcto tratamiento, y así prevenir las complicaciones perinatales.
  
- 2) Brindar capacitación continua en la atención obstétrica y perinatal para disminuir los riesgos así como para prevenir los daños.
  
- 3) Desarrollar un método sistemático propio de acuerdo a la casuística de nuestra población, con el fin de unificar criterios, una atención integral y así disminuir la morbimortalidad materno-infantil asociada a esta patología.

## VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1) Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Suiza: OMS; 2014.

**ISBN:** 978 92 4 154833 5. Disponible en :

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138405/1/9789243548333\\_spa.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/138405/1/9789243548333_spa.pdf?ua=1&ua=1)

2) Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Módulo de capacitación de Pre eclampsia-Eclampsia. Perú: Dr. Luis Távara Orozco; 2012. N°: 2012-16009. Disponible en:

<http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2013/12/Modulo-de-Capacitacion-en-Preeclampsia-Eclampsia-FLASOG-2012.pdf>

3) The American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. Washington: Take force on Hypertension in Pregnancy; 2013. ISBN: 978-1-934984-28-4. Disponible en:

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>

4) Vargas H Víctor Manuel, Acosta A Gustavo, Moreno E Mario Adán. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2016 Mar 28]; 77( 6 ): 471-476. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013&lng=es)

[75262012000600013&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013.](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013)

5) Gascon, C. Identificar los principales cambios fisiopatológicos relacionados con la preeclampsia y su tratamiento actual [Tesis]. Bogotá. Universidad Militar Nueva Granada. Facultad de Medicina; 2011.

6) Pacheco J, Wagner P, Williams N, Sánchez S. Enfermedades hipertensivas de la gestación. En: Pacheco R. "Ginecología y obstetricia". 2ª ed. Perú: REP SAC; 2007. p. 1097-1130.

7) Danglot C, Gomez M. El neonato de madre con preeclampsia-eclampsia. Rev Mex Pediatr. 2006; 73 (2): 82-88.

8) Sanchez E, Nava S, Morán C, Romero J, Cerbón M. Estado actual de la preeclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. Rev Invest Clin. 2010; 62(3): 252-260.

9) Nápoles Méndez Danilo. Actualización sobre las bases fisiopatológicas de la preeclampsia. MEDISAN [Internet]. 2015 Ago [citado 2016 Mar 28]; 19( 8 ): 1020-1042.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015000800012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800012&lng=es).

10) Gomez Carbajal Luis Martín. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia: update. Rev. peru. ginecol. obstet.[Internet]. 2014 [citado 2016 Mar 28]; 60 (4): 321-332.

Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S230451322014000400008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322014000400008&lng=es&nrm=iso)

11) Gonzales Medina Carlos Alejandro, Alegria Guerrero Cesar Raúl. ¿Es posible predecir la preeclampsia? . Rev. peru. ginecol. obstet.[Internet]. 2014. [citado 2016 Mar 28]; 60 (4): 363-372.

Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S230451322014000400012&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322014000400012&lng=es&nrm=iso)

12) Joerin V, Dozdor R, Bres S. Preeclampsia eclampsia. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina.2007;135 S20-25.

13) Sánchez de La Torre M. Factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el hospital provincial general de Iatacunga en el período comprendido entre Enero 2008 a Enero 2009 [Tesis]. Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud Pública- Escuela de Medicina; 2009.

14) Cruz Hernández Jeddú, Hernández García Pilar, Yanes Quesada Marelis, Isla Valdés Ariana. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 Dic [citado 2016 Abr 01]; 23( 4 ):

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252007000400012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012&lng=es).

15) Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. 23a ed. Mexico: McGraw Hill; 2011.

16) Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*. 2004; 103(2): 219-24.

17) Qiu C, Williams MA, Leisenring WM, Sorensen TK, Frederick IO, Dempsey JC, Luthy DA. Family history of hypertension and type 2 diabetes in relation to preeclampsia risk. *Hypertension*. 2003; 41(3):408- 13.

18) Sánchez S. Epidemiología de la Preclampsia. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2006; 52(4):213-218.

19) Lau TW, Leung TN, Chan LY, Lau TK, Chan KC, Tam WH. Fetal DNA clearance from maternal plasma is impaired in preeclampsia. *Clin Chem*. 2002; 48(12):2141-6.

20) .Lo YM. The concentration of circulating corticotropin- releasing hormone mRNA in maternal plasma is increased in preeclampsia. *Clin Chem*. 2003; 49(5):727-31.

21) Garcia G. Hijo de madre con preeclampsia-eclampsia. Curso clínico. *Arch Inv Mat Inf*. 2009; I (1):20-21.

22) Quispe de la Cruz R, Quispe J, Zegarra P. Complicaciones maternas y fetales de la Preclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013. *Rev méd panacea*. 2014; 4(1): 3-7.

23) Díaz Martínez Luis Alfonso, del Mar Díaz Pedraza Natalia, Serrano Díaz Norma Cecilia. El pronóstico de los hijos de madres con preeclampsia: Parte 1: Efectos a corto plazo. *Arch. argent. pediatr*. [Internet]. 2011 Oct [citado 2016 Abr 01]; 109( 5 ): 423-428.

Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752011000500009&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000500009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2011.423>.

24) Altunaga Palacio Margarita, Lugones Botell Miguel. Resultados perinatales en la preeclampsia con signos de gravedad. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2011 Ago [citado 2016 Abr 01]; 37( 2 ): 147-153.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2011000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200004&lng=es).

25) Cararach V, Botet F. Preclampsia, Eclampsia y Síndrome de Hellp. En: Asociación Española de Pediatría. Protocolos de Neonatología. Barcelona: Protocolos de la AEP; 2008.p.139-144.

26) Sarmiento Portal Yanett, Crespo Campos Angelicia, Portal Miranda María Elena, Breto Rodríguez Ana Gloria, Menéndez Humaran Yorguis Roberto. Morbilidad y mortalidad en neonatos hijos de madres toxémicas. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2009 Sep [citado 2016 Abr 01]; 81(3):

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312009000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000300005&lng=es).

27) XIX Curso de Actualización en Obstetricia y Ginecología. Salón de Actos del Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada-Andalucía; 18-20 de Marzo del 2015. Granada: Hospital Universitario "Virgen de las Nieves"; 2015. P.1-6.

28) Yojcóm A, Patzán M, Palma D. Enfermedades más frecuentes y causas de muerte en recién nacidos hijos de madres con preeclampsia y eclampsia [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 2011.

29) Guevara Rios, Enrique y Meza Santibañez, Luis. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev. Peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2014 [citado 2016 Abr 02]; 60(4):

Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es&nrm=iso). ISSN 2304-5132.

30) Tavera Orozco Luiz. Simposio preeclampsia, viejo problema aún no resuelto: conceptos actuales. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet* [Internet]. 2014 [citado 2016 Abr 03]; 60(4):

Disponible en:

<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/154/136>

- 31) Behrman. Tratado de Pediatría de NELSON. Madrid. Editorial Interamericana; 2012.
- 32) Cruz, M. Tratado de Pediatría. Barcelona. Editorial Océano; 2007.
- 33) Avery, G. Neonatología. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana; 1990.
- 34) Ticona, M. Medicina Perinatal, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa 1999.
- 35). Sanchez E, Sixto. Epidemiología de la preeclampsia. Rev.Peru.Ginecol.Obstet [Internet].2006. [citado 2016 Abr 25]; 52(4):213-218. Disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52\\_n4/pdf/A04V52N4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf)
- 36) Lecca Reyes Luis. Complicaciones maternas y perinatales en gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, atendidas en el Hospital II-2 AMISTAD PERU COREA-SANTA ROSA, ENERO-DICIEMBRE 2015. [TESIS]. Piura-Perú: Universidad Nacional de Piura.2015.
- 37) Caiza S. Complicaciones Materno fetales asociadas a la Preeclampsia en el Hospital José Maria Velasco Ibarra- Tena en el periodo Enero 2009- Enero 2010.
- 38) Altunaga Palacio Margarita, Lugones Botell Miguel. Incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con signos de gravedad. Rev. Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Sep [citado 2018 Mar 11] ; 36( 3 ): 352-359.  
Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000300006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300006&lng=es).
- 39) William Tratado de Obstetricia. 23° Edicion. Texas, USA: Mc Graw Hill, editores, 2011.
- 40) Ayala Sanchez, Oyuki. Principales complicaciones en hijos de madre que cursaron con enfermedad hipertensiva del embarazo nacidos en el hospital general Dr. Fernando Quiroz Gutierrez. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. 2012.



## VIII.- ANEXOS

### Anexo N° 1

Solicito:Permiso para realizar trabajo de tesis

SEÑOR DOCTOR  
CARLOS ROJAS BARDALES.  
DIRECTOR  
HOSPITAL DE II – 2  
SULLANA

S.D.:

Yo, DOMITILA EMILY LEIVA PARRA, alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Particular Antenor Orrego, cursando el Séptimo año de estudios, identificado con DNI N° 73026651; ante Usted con el debido respeto me presento y digo:

Que siendo requisito indispensable para mi titulación, realizar un trabajo de tesis, solicito a usted el permiso para llevar a cabo dicha investigación denominada: “COMPLICACIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II - 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017”.

POR TANTO:

A usted Señor Director mucho le agradeceré atender a mi pedido por ser de justicia.

Sullana, 11 de enero del 2018

DOMITILA EMILY LEIVA PARRA  
DNI N° 73026651

**Anexo N°2**

Solicito: Acceso al Archivo de  
las Historias clínicas

SEÑOR DOCTOR  
CARLOS ROJAS BARDALES  
DIRECTOR HOSPITAL DE II – 2 SULLANA

Yo, DOMITILA EMILY LEIVA PARRA, alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Particular Antenor Orrego, cursando el Séptimo año de estudios, identificado con DNI N° 73026651; ante Usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, por motivos de la elaboración de mi Proyecto de Investigación el que tiene por título: “COMPLICACIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II - 2 DE SULLANA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017”, Solicito a usted Sr. Director se sirva ordenar a quien corresponda me permita tener acceso a la oficina de archivo para la recolección de datos de las historias clínicas.

POR TANTO:

A Usted Señor Director mucho le agradeceré atender a mi pedido por ser de justicia.

Sullana, 11 de enero del 2018

DOMITILA EMILY LEIVA PARRA  
DNI N° 73026651

**ANEXO N° 3**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**“COMPLICACIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES**  
**PREECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL II - 2 DE SULLANA DE ENERO A**  
**DICIEMBRE DEL 2017”**

N° \_\_\_\_\_ Fecha/hora parto: \_\_\_\_\_

Edad materna: \_\_\_\_\_ Adoles. Temprana ( )                      Adoles. Tardía ( )

Historia Clínica Neonatal N° \_\_\_\_\_

# de Controles Pre-Natales: Si ( )                      No ( )                      # \_\_\_\_\_

Tipo de presentación; cefálico ( )                      podálico ( )

Tipo de Parto: eutócico ( )                      cesárea ( )

Líquido amniótico: normal ( )                      meconial ( )

Sexo del RN: Masculino ( )                      Femenino ( )

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ (gramos)

EG: \_\_\_\_\_ Pre término ( )                      A término: ( )                      Post término ( )

PESO DE NAC. Y EDAD GESTA: PEG ( )                      AEG ( )                      GEG ( )

Apgar al 1 minuto \_\_\_\_\_ 0 – 3 ( )                      4 – 6 ( )                      7 – 10 ( )

Apgar a los 5 minutos \_\_\_\_\_ 0 – 3 ( )                      4 – 6 ( )                      7 – 10 ( )

Lugar de hospitalización: Neosano ( )                      Neo pato ( )                      UCIN ( )

MORBILIDAD: APNEA ( )                      HIPOGLICEMIA ( )                      SEPSIS ( )

TAQUIP. TRANSITORIA ( )                      ENF. MEM. HIALINA ( )

HIPERBILIRRUBINEMIA ( )                      MALFORMACIONES ( )

OTROS ( ) \_\_\_\_\_

Condición del alta: Normal ( )                      Fallecido ( )