



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**COHABITACIÓN SEXUAL PREGESTACIONAL, COMO FACTOR DE
RIESGO DE PREECLAMPSIA EN PACIENTES GESTANTES DEL
HOSPITAL SANTA ROSA II-2 PIURA, PERÚ, PERIODO ENERO –
ABRIL 2017**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

CORDOVA MANTILLA, ERIKA LUZ

ASESOR:

DR. HUMBERTO LA CHIRA MARTINEZ

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNA

PIURA – PERÚ

2017

PÁGINA DEL JURADO

DR. JOSÉ ENRIQUE CRUZ VÍLCHEZ

PRESIDENTE

DR. FREDY MUNARES CHACALTAMA

SECRETARIO

DR. ENRIQUE CARMONA HUAYGUA

VOCAL

AGRADECIMIENTO

Al Señor Rector, quien fundó la Universidad César Vallejo, Ing. César Acuña Peralta, por darnos la oportunidad de alcanzar el conocimiento de mi profesión, siendo grandes personas, profesionales probos y constructores de una nueva sociedad.

Al Director de la Escuela de Medicina Humana, por su compromiso y dedicación, que hace que los nuevos Profesionales de la Salud cuenten con las capacidades y habilidades pertinentes para afrontar los retos de la sociedad, del conocimiento y el cambio constante en la ciencia y tecnología médica.

Al Dr. HUMBERTO LA CHIRA MARTINEZ por el asesoramiento proporcionado para la realización del presente Trabajo de Investigación.

Al Director del Hospital Santa Rosa II-2 Piura y las pacientes gestantes del mismo nosocomio, por las facilidades y apoyo brindado para la aplicación del presente estudio.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en principio a Dios por el regalo de cada día, a mi madre por el apoyo para alcanzar mis logros y objetivos profesionales, y a mi hija Alejandra, que es el motivo de mi vida.

DECLARATORIA DE AUTORÍA

CÓRDOVA MANTILLA ERIKA LUZ, estudiante de la Escuela de Medicina, de la Universidad César Vallejo, sede Piura, declaro que la tesis titulada: “COHABITACIÓN SEXUAL PREGESTACIONAL, COMO FACTOR DE RIESGO DE PREECLAMPSIA EN PACIENTES GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA II-2, PIURA, PERÚ, PERIODO ENERO-ABRIL 2017”, presentada para la obtención del título profesional de MÉDICO CIRUJANO, es de mi autoría.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda la cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.
-

Piura, 27 de Mayo del 2017

.....

Firma

DNI 18160727

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: COHABITACIÓN SEXUAL PREGESTACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO DE PREECLAMPSIA EN PACIENTES GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA ROSA II-2 PIURA, PERÚ, PERIODO ENERO – ABRIL, 2017.

En la introducción se mencionan los aspectos principales respecto a las prevalencias de preeclampsia y los estudios previos que sustentan la asociación entre el tiempo de cohabitación sexual pregestacional y el desarrollo de preeclampsia, teniendo como objetivo principal determinar la correlación existente entre ambas variables en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017, a través de un estudio observacional, descriptivo, analítico de casos y controles, teniendo como conclusiones más relevantes que las pacientes gestantes con un tiempo de cohabitación sexual pregestacional menor a 6 meses, tienen 6,7 veces más la probabilidad de desarrollar preeclampsia que aquellas pacientes gestantes con un tiempo de cohabitación sexual pregestacional mayor a 6 meses.

Se recomendó impulsar campañas informativas acerca de los beneficios de tener un periodo de cohabitación sexual pregestacional prolongado.

El autor

ÍNDICE

	Pág.
CARÁTULA	1
PÁGINAS PRELIMINARES	
Página del Jurado	2
Agradecimiento	3
Dedicatoria	4
Declaratoria de autenticidad	5
Presentación	6
Índice	7-8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Realidad problemática	11
1.2 Trabajos previos	12
1.3 Teorías relacionadas	14
1.4 Planteamiento del problema	19
1.5 Justificación del estudio	19
1.6 Hipótesis	20
1.7 Objetivos	20
II. MÉTODOS	
2.1 Diseño de investigación	22
2.2 Variables, Operacionalización	22
2.3 Población y muestra	23

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	26
2.5 Métodos de análisis de datos	26
2.6 Aspectos éticos	27
III. RESULTADOS	28
IV. DISCUSIÓN	33
V. CONCLUSIONES	36
VI. RECOMENDACIONES	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
VIII. ANEXOS	

RESUMEN

Nuestro objetivo principal, es determinar la correlación existente entre el período de cohabitación sexual pregestacional y el desarrollo de Preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2, de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017.

Para el presente estudio, se realizó un estudio observacional, analítico, correlacional de casos y controles, en pacientes gestantes atendidas con y sin diagnóstico de preeclampsia en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017

Se estudiaron a 246 pacientes gestantes repartidas en dos grupos: 82 gestantes con preeclampsia, que corresponden a los casos, y 164 gestantes sin preeclampsia, que corresponden a los controles. El 71,3% (58) del total de los casos (82) presentaba un tiempo de cohabitación sexual pregestacional menor de 6 meses, mientras que el 28,7% (24) tenía un tiempo de cohabitación sexual pregestacional mayor de 6 meses. Asimismo, se observa que el 24,7% (41) de los controles (164) presentaba un tiempo de cohabitación sexual pregestacional menor de 6 meses, mientras que el 75,3% (123) tenía un tiempo de cohabitación sexual pregestacional mayor de 6 meses, en las pacientes gestantes del Hospital Santa Rosa II-2, Piura, Perú, periodo Enero - Abril, 2017. Al realizar el análisis estadístico, entre la variable tiempo de cohabitación sexual pregestacional y preeclampsia, se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Palabras clave: tiempo, cohabitación sexual, preeclampsia. (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Our main objective is to determine the correlation between the period of sexual coexistence and the development of preeclampsia in pregnant patients treated at Santa Rosa II-2 Hospital in Piura during the period January-April 2017.

For the present study, an observational, analytical, correlational, case-control study of pregnant patients treated with and without a diagnosis of preeclampsia at Santa Rosa II-2 Hospital in Piura during the period January-April 2017.

A total of 246 pregnant women Distributed in two groups: 82 pregnant women with preeclampsia, corresponding to the cases, and 164 pregnant women without preeclampsia, corresponding to the controls. 71.3% (58) of the total cases (82) had a sexual cohabitation time of less than 6 months, while 28.7% (24) had a sexual cohabitation period of more than 6 months. It was also observed that 24.7% (41) of the controls (164) had a time of sexual cohabitation less than 6 months, while 75.3% (123) had a sexual cohabitation time of more than 6 months, In the pregnant patients of the Santa Rosa Hospital, Piura, Peru, January - April, 2017. When performing the statistical analysis, between the variable time of sexual cohabitation and preeclampsia, a statistically significant association was found ($p < 0.05$).

Key words: time, sexual cohabitation, preeclampsia. (Source: MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA

Dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo, la preeclampsia es una de las complicaciones médicas más frecuentes, y se ha identificado en el 5 a 10% de gestaciones.^{1,2}

En nuestro país, la incidencia de esta patología asciende al 12% en los servicios de gineco – obstetricia, y es una de las causas de muerte materna cuando llega a complicarse, representando casi el 20%. La complicación es la eclampsia una de las primeras causas de mortalidad materna en hospital de Essalud de nuestra capital. Asimismo, la preeclampsia se asocia con más del 25% de casos de muerte perinatal y es una de las principales causas de restricción del crecimiento fetal o RCIU. Se ha identificado que las alteraciones hipertensivas en la gestación son más prevalentes en la región costa que en la sierra, siendo la mortalidad materna más frecuente de manera inversa respecto a estas regiones, sin embargo no existen diferencias significativas respecto a las características clínicas de esta patología entre ambas regiones.^{3,4}

Estudios demuestran porcentajes de preeclampsia en los diversos hospitales del Perú, como por ejemplo, en el Hospital Cayetano Heredia de Lima, 10%, en el Instituto Materno – Perinatal, 10%, en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, 11%, en el Hospital Nacional Almenara, 12%, en el Hospital Rebagliatti, 12%, en el Hospital Lazarte de Trujillo, 13,8%, en el Hospital Loayza, con un 14,2%, entre otros datos estadísticos de los diferentes hospitales del país.^{1,5,6,7}

Existen estudios a nivel internacional que explican una estrecha asociación entre el periodo de cohabitación sexual pregestacional menor de 4 meses en pacientes primigestas o con pareja sexual diferente y la aparición de

preeclampsia, comparado con las gestantes que presentaban más de 12 meses de cohabitación sexual pregestacional, lo que significa que la exposición al semen disminuye la probabilidad de padecer preeclampsia y que la probabilidad aumenta en pacientes que usan anticoncepción de barrera, por lo que se podría afirmar que la exposición al semen disminuye la respuesta inmunológica de la madre a los antígenos paternos y por ende, disminuye el riesgo de aparición de preeclampsia.^{8,9}

Siendo importante este estudio, ya que en nuestra ciudad no existen suficientes datos acerca de esta patología, ni se ha determinado asociación con el tiempo de cohabitación sexual pregestacional; mi estudio da a conocer resultados importantes que pueden disminuir la incidencia de esta patología, razón por la que me motivó a ejecutar esta investigación.

1.2. TRABAJOS PREVIOS

➤ INTERNACIONALES

El estudio Factores de Riesgo Asociados con Preeclampsia, elaborado por López-Carbajal, y otros, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2012, quienes concluyen que el tener buen nivel de conocimiento sobre los factores que influyen en la aparición de la Preeclampsia ayuda a disminuir la morbilidad y la mortalidad tanto fetal como materna por causa de esta alteración, y además permite continuar con las estrategias de prevención a esta patología.¹⁰

El estudio Factores de Riesgo Asociados con Preeclampsia: Estudio de Casos y Controles, 2012, elaborado por Morgan-Ortiz, Fred y otros, quienes concluyen que el tomar bebidas alcohólicas, ser primigesta, tener antecedente de Preeclampsia en la gestación previa, tener nivel socioeconómico bajo, tipo de anticoncepción, fueron factores asociados significativamente a la aparición de Preeclampsia.¹¹

El estudio Factores de Riesgo para Preeclampsia-Eclampsia en Mujeres Atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga, 2009, estudio elaborado por Sánchez De La Torre, concluye que tener menos de 20 años, ser obesa y nulípara fueron las principales causas de aparición y factores asociados a la aparición de Preeclampsia en esta población.¹²

➤ **NACIONALES**

El estudio “Primipaternidad de la pareja y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, elaborado por Laura, quien concluye que a menos tiempo de cohabitación sexual, sumado a tener diferente pareja influye en la aparición de preeclampsia.¹³

El estudio “Factores de riesgo de la Preeclampsia severa en gestantes del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2010, elaborado por Halbert Cristian Sánchez Carrillo y otros, quienes concluyeron que tener sobrepeso, obesidad, edad en riesgo y la nuliparidad influye para desarrollar Preeclampsia severa.¹⁴

El estudio “Incidencia y factores de riesgo asociados a preeclampsia – eclampsia. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Per elaborado por Villegas y otros, quienes concluyen que el antecedente de preeclampsia en gestaciones previas aumenta 3 veces más la probabilidad de volver a padecer preeclampsia, y destacaron la importancia de difundir estos hallazgos, para de esta manera reducir la incidencia y complicaciones de este trastorno hipertensivo.¹⁵

➤ **LOCALES**

El estudio “Factores Asociados al Desarrollo de Preeclampsia en el Hospital de Apoyo II Santa Rosa de Piura, Perú 2011”; estudio elaborado por Benites-Cóndor, Yamalí y otros, publicado en la revista CIMEL 2011, concluye como factores asociados a Preeclampsia en gestantes: control prenatal incompleto y edades extremas de la vida fértil. Asimismo, expusieron que la práctica constante de educación en prevención a la

población en riesgo, conllevaría a evitar gestaciones futuras en edades extremas, sumado a la concientización sobre la importancia de los controles prenatales. Además recomendaron replicar estos estudios en otras poblaciones para fomentar nuevas prácticas y actitudes mejores en las pacientes gestantes.¹⁶

El estudio “La Eclampsia en el Hospital Regional Cayetano Heredia de Piura”, elaborado por Manuel Purizaca Benites y col, quienes concluyen que la eclampsia se presentó en mayor porcentaje en pacientes sin control prenatal, menores de 19 años, primigravidas, y en todos los casos se presentó en embarazos mayores a 28 semanas.¹⁷

1.3 TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA¹⁸⁻²³

Las alteraciones hipertensivas durante la gestación, comprenden una serie de patologías muy frecuentes en la segunda mitad del embarazo, caracterizadas por el común denominador, hipertensión arterial que se define como aumento de la presión arterial sistólica y diastólica mayor o igual a 140 mmHg y 90 mmHg, respectivamente, o una media por encima de 105 mmHg, estos valores tienen que encontrarse en dos tomas con un intervalo de 6 horas o una sola toma de presión arterial mayor o igual de 160/110 mmHg a partir de la segunda mitad del embarazo, es decir después de las 20 semanas.

La OMS proporciona datos actuales sobre los nuevos casos de preeclampsia que oscilan entre el 5 a 10% de las gestaciones, sin embargo, la mortalidad cada vez va en aumento, y es hasta 9 veces más en los países en desarrollo. A nivel de América Latina, la morbilidad perinatal por esta patología es hasta 45% y la mortalidad asciende hasta más del 30%.

La causa de esta patología es desconocida, se postulan muchas teorías, sin embargo, la teoría más aceptable que hasta la actualidad explica de

manera más clara la etiopatogenia de la preeclampsia es la invasión inadecuada del trofoblasto, junto al componente genético, la alteración del sistema inmunológico, forman la respuesta inflamatoria y metabólica caracterizada por la injuria endotelial como fundamento fisiopatológico que se traduce en el cuadro clínico de aumento de la presión arterial, proteinuria, trastornos de la coagulación y disminución de la perfusión tisular que puede generalizarse y llevar a la falla multiorgánica y por ende, la muerte perinatal y/o materna.

A continuación se mencionan algunos factores maternos preconceptionales, que podrían estar asociados a la aparición de esta patología. Uno de ellos es la edad de la madre, que para diversos autores, las edades extremas de la vida fértil (menos de 18 años y más de 35 años), podrían participar en la probabilidad de la aparición de preeclampsia dos veces más que en la edad fértil normal. Diversos argumentos han tratado de explicar que las pacientes gestantes mayores de 35 años tienen la predisposición de padecer enfermedades vasculares crónicas con mayor frecuencia, y esto facilitaría la aparición de preeclampsia. Por otro lado, se ha postulado que las gestantes muy jóvenes forman frecuentemente placentas anormales, lo que daría más fundamento a la hipótesis de la placentación inadecuada como causa de la preeclampsia.

Se ha evidenciado en estudios observacionales en familias, un aumento de la probabilidad de aparición de preeclampsia en hermanas e hijas de personas que padecieron de esta patología durante sus embarazos. Se ha planteado que los familiares de primer grado de una gestante que ha tenido Preeclampsia en sus embarazos, presentan 5 veces más la probabilidad de desarrollar esta patología en un embarazo subsecuente. Asimismo, los familiares de segundo grado, tienen 3 veces más la probabilidad de padecer esta patología, comparado con aquellas pacientes en cuya familia no hay historia de trastorno hipertensivo del embarazo. Además existe un componente hereditario genético que hace susceptible a una paciente a padecer preeclampsia, esto contribuye a un 50% el riesgo de padecer pre

eclampsia, por lo cual es importante conocer los factores de riesgo familiares que puedan influir en la aparición de la preeclampsia, y de esta manera realizar controles prenatales más seguidos a estas gestaciones de alto riesgo.

Los antecedentes personales de las pacientes gestantes son muy importantes, si ha padecido preeclampsia en su gestación anterior, tiene 50% la probabilidad de reincidir con esta patología en su embarazo siguiente.

Según la Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia, los trastornos hipertensivos del embarazo se clasifican en las siguientes entidades clínicas, entre ellas tenemos: Hipertensión gestacional, Preeclampsia, Hipertensión crónica, e Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada.

La hipertensión gestacional es un cuadro clínico que aparece después de las 20 semanas y es caracterizado por presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg medidas 2 veces en un intervalo de 6 horas en una mujer normotensa previamente, sin existencia de proteinuria.

La preeclampsia se define como una presión arterial sistólica y diastólica mayor o igual a 140 mmHg y 90 mmHg, respectivamente, medidas 2 veces en un intervalo de 6 horas en una mujer normotensa previamente, y con presencia de proteinuria en un rango mayor o igual a 300 mg en 24 horas, y ausencia de signos clínicos que indiquen severidad del cuadro. La preeclampsia severa se define como una presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg y presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg, con proteinuria mayor o igual a 5 gramos en 24 horas, o con simplemente la presencia de uno de estos síntomas o exámenes de laboratorio: cefalea intensa, tinnitus, epigastralgia, dolor intenso en hipocondrio derecho, acúfenos, escotomas, plaquetopenia, signos de hemólisis, alteraciones

hepáticas caracterizado por aumento de las enzimas TGO, TGP, oliguria, y/o complicaciones como falla renal o edema agudo de pulmón.

La hipertensión arterial crónica se define cuando la presión arterial sistólica y diastólica mayor o igual a 140 mmHg y 90 mmHg, respectivamente, está presente durante el inicio de la gestación, o aparece antes de la segunda mitad del embarazo, y se torna persistente posterior a las 12 semanas del puerperio, sin rango de proteinuria.

La hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada se define como la presión arterial sistólica y diastólica mayor o igual a 140 mmHg y 90 mmHg, respectivamente, antes de las 20 semanas de gestación, o que aparece previa a la gestación y existen rangos de proteinuria, incluso hasta después de las 20 semanas de gestación.

Dentro de la fisiopatología de la preeclampsia, se han planteado diversas teorías, una de ellas, es que tanto el feto como la placenta, tienen componentes antigénicos y haplotipos paternos como maternos. La madre tolera los antígenos de la placenta y no parece desencadenar una reacción inmune contra estos. Respecto a los antígenos de histocompatibilidad, solo el HLA G puede expresarse sobre el trofoblasto, en su superficie, ello podría tener una función en el cambio de la respuesta inmune de la madre a la placenta extraña inmunológicamente. Estas diferencias en la producción de proteínas HLA G podrían relacionarse a la aparición de eclampsia o preeclampsia al comenzar una intolerancia de la madre hacia la placenta, y por ende, una respuesta inmunológica ante los antígenos del padre, reconocidos como extraños.

Diversos autores, explican que el inicio de la preeclampsia se debe a una disociación entre las prostaciclina y la prostaglandina E2 con efectos de vasodilatación y la prostaglandina F2 con efecto vasoconstrictor. Otra hipótesis que se plantea para la aparición de preeclampsia es debido a una relativa isquemia de la perfusión útero – placentaria, lo que trae consigo la

degeneración del trofoblasto con segregación de tromboplastina, mecanismo por el cual se altera el sistema renina – angiotensina.

Existen factores preconceptionales, como la exposición limitada al esperma, primipaternidad, historia previa de preeclampsia, gestante con antecedente de preeclampsia con otra pareja, periodo intergenésico, historia familiar con antecedente de preeclampsia, edad materna. Así mismo patologías crónicas como la obesidad, diabetes mellitus tipo I, diabetes gestacional, hipertensión esencial, síndrome antifosfolípido, resistencia de proteína C, hiperhomocisteinemia, déficit de proteína S, entre otros. Es por ello, la relevancia clínica de estas patologías crónicas y factores preconceptionales relacionados a la gestación para realizar prevención primaria de esta enfermedad.

Respecto a la cohabitación sexual pregestacional, se puede afirmar que es un factor de gran importancia en la génesis de la preeclampsia, el tiempo de convivencia entre la pareja, la gestación producto de una nueva pareja sexual, el número de relaciones sexuales, que refuerzan la teoría que a mayor tiempo de cohabitación sexual pregestacional menor aparición de preeclampsia, lo que demuestra una relación inversa, más por el contrario, un periodo breve de exposición al semen de la pareja sexual, o la modificación de la paternidad, se ha asociado con aumento de la probabilidad de aparición de preeclampsia.

Se ha postulado que la preeclampsia es una respuesta de tipo inmune de la madre hacia el feto reconocido como un antígeno proveniente del código genético paterno contenido en el fluido seminal y los espermatozoides. Con esta teoría de origen inmunológico, la incidencia de esta patología se asocia con la duración a la exposición de los antígenos del padre.

La hipótesis que se plantea es que la menor exposición de la mujer al fluido seminal y los espermatozoides de la pareja antes de la concepción se relaciona con un alto riesgo de aparición de preeclampsia en el siguiente

embarazo. Por lo que es importante el estudio del número de exposiciones sexuales con el padre, sin métodos de barrera tanto en primigestas como multigestas. En este sentido, la presencia del sistema HLA en altas concentraciones en los espermatozoides confirman que la exposición del útero a espermatozoides del padre produce sensibilización a los antígenos extraños, lo que reduce la incidencia de preeclampsia.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es el período la cohabitación sexual pregestacional un factor de riesgo para el desarrollo de la Preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero - Abril 2017?

1.5 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente Investigación se justifica por:

- Teórica: Ratifica las teorías científicas y sociales sobre la cohabitación sexual pregestacional, y las teorías científicas sobre la aparición de preeclampsia en gestantes, que permitirá incrementar el nivel de conocimiento del tema.
- Legal: El presente estudio responde a los normado en la Constitución Política del Estado, en lo relacionado a la formación profesional y el derecho a la salud del ciudadano peruano, Ley de Universidades, Protocolo de Grados y Títulos de la Asamblea Nacional de Rectores, Protocolo de Grados y Títulos de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Cesar Vallejo de Piura.
- Metodológica: Porque aplica instrumentos de recolección de datos, los que a través de procedimientos y análisis estadísticos, aceptará o rechazará la hipótesis de trabajo.
- La mejor explicación teórico – científica del problema que existe respecto al riesgo para el desarrollo de Preeclampsia, relacionado con el tiempo de cohabitación sexual pregestacional en pacientes gestantes

atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017; y lo necesario que es generar mayor conocimiento de las variables en estudio.

- Los resultados de este estudio, servirán como fuente de información válida a otras investigaciones, principalmente a los profesionales que laboran en el servicio de Gineco – Obstetricia del hospital en mención, para la toma de decisiones donde se incluyan estrategias específicas orientadas a disminuir la mortalidad materno-perinatal.

1.6 HIPÓTESIS

Hi: Si existe asociación entre el periodo de cohabitación sexual pregestacional y el desarrollo de la Preeclampsia.

Ho: No existe asociación entre el periodo de cohabitación sexual pregestacional y el desarrollo de Preeclampsia.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar la correlación existente entre el período de cohabitación sexual pregestacional y el desarrollo de Preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017.

1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Establecer el tiempo de cohabitación sexual pregestacional en pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017.
- ✓ Establecer el tiempo de cohabitación sexual pregestacional en pacientes gestantes sin diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017.
- ✓ Comparar el tiempo de cohabitación sexual pregestacional en pacientes gestantes con diagnóstico de preeclampsia y sin diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017.

II.MÉTODOS

1.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental, observacional, analítico, correlacional de casos y controles.

1.2. VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

V1: Variable independiente:

Cohabitación sexual pregestacional

V2: Variable dependiente:

Preeclampsia.

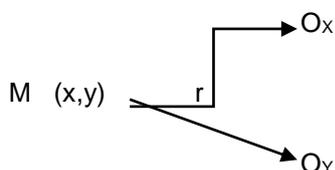
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Edad	Cuantitativa	Tiempo que la persona ha vivido desde que nació en años.	Continua	Número de años cumplidos
Género	Cualitativa	Serie de características morfo-fisiológicas y anatómicas que determinar a un individuo como hombre o mujer.	Nominal	Femenino
Estado civil	Cualitativa	Estado respecto a su condición civil documentado en su DNI.	Nominal	Soltero Casado Conviviente Otros
Cohabitación sexual	Cuantitativa	Acto sexual entre dos personas que llevan una convivencia estable.	Discreta	Tiempo de cohabitación sexual
Convivencia estable	Cualitativa	Unión de hecho que se desarrolla en un régimen vivencial de diaria coexistencia con permanencia temporal consolidada, creando una comunidad de vida, de intereses y fines, en el núcleo del hogar.	Nominal	Si No
Pre eclampsia	Cualitativo	Se definió por el diagnóstico que se describe en la historia clínica de la paciente gestante, que concuerden con el cuadro clínico que confirmen el diagnóstico	Nominal	Si No

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- Universo de estudio: Estuvo conformado por el total de pacientes atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, período enero – abril 2017.
- Población, muestra y muestreo: La población estuvo conformada por el total (1760) de pacientes gestantes atendidas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, período enero – abril 2017. La muestra se determinará a partir del muestreo, el cual será no probabilístico, de tipo censal, con el programa Epidat 4.0. Asimismo, esta muestra debe cumplir con los criterios de inclusión y exclusión.

El diseño de la muestra se formulará, como se detalla:



Donde:

M → Muestra

O_x, O_y → Observaciones en cada variable (preeclampsia, cohabitación sexual pregestacional)

r → posible correlación

El muestreo descriptivo para una población finita se obtendrá con un intervalo de confianza al 95%, error de precisión de 5%, con una proporción esperada del 40%, obtendremos el tamaño muestral, mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{E^2}$$

Dónde:

Precisión 5% (E=0.05)

Confianza 95% (Z=1.96)

Variabilidad 0.50% = (p) y 0.50% = (1-p)=q

Z: coeficiente asociado a intervalo de confianza

p,q: varianza de referencia

E: error de precisión.

n: tamaño final de la muestra

$$n = \frac{(Z)^2(p)(q)}{(E)^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2(0,40)(0,40)}{(0,05)^2} = 245.8$$

$$n = 246 \text{pacientes gestantes}$$

La relación de controles a casos será de 2 a 1, obteniendo así un tamaño muestral repartido en las siguientes cantidades:

casos	82
controles	164

- Unidad de Análisis: Paciente gestante con diagnóstico de preeclampsia y sin diagnóstico de preeclampsia que hayan sido hospitalizadas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa II-2, Piura, Perú, período enero – abril 2017.
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
 - CASOS:
 - Gestantes con diagnóstico de Preeclampsia hospitalizadas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa II-2, Piura, Perú, período enero – abril 2017.
 - Primigesta con diagnóstico de Preeclampsia hospitalizada en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, período enero – abril 2017.
 - Multigesta cuya gestación es de una pareja sexual distinta a la de la su gestación anterior, con diagnóstico de preeclampsia

hospitalizada en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, período enero – abril 2017.

- Multigesta cuya gestación es de la misma pareja sexual a la de su gestación anterior, con diagnóstico de preeclampsia hospitalizada en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, período enero – abril 2017.

CONTROLES:

Gestantes sin diagnóstico de Preeclampsia hospitalizadas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa II-2, Piura, Perú, período enero – abril 2017.

- Primigesta sin diagnóstico de Preeclampsia hospitalizada en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, período enero – abril 2017.
- Multigesta cuya gestación es de una pareja sexual distinta a la de la su gestación anterior, sin diagnóstico de preeclampsia hospitalizada en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, período enero – abril 2017.
- Multigesta cuya gestación es de la misma pareja sexual a la de su gestación anterior, sin diagnóstico de preeclampsia hospitalizada en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, período enero – abril 2017.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Gestantes que no hayan sido hospitalizadas en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, período enero – abril 2017.
- Gestantes con antecedente de preeclampsia en alguna gestación previa, con antecedente de hipertensión arterial, con enfermedad renal o diabetes mellitus.

- Gestantes con aborto previo
- Gestantes con Obesidad
- Gestantes con consumo de alcohol y/o tabaco
- Gestante con embarazo gemelar.
- Gestante con enfermedad trofoblástica gestacional.

2.3.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los datos del estudio se obtuvieron utilizando una ficha de recolección de datos (Ver Anexos) de las pacientes gestantes seleccionadas, junto con su historia clínica que confirmó o descartó el diagnóstico de preeclampsia. Asimismo para recolectar dichos datos, se realizó una entrevista presencial por el autor y un colaborador, en donde se pudo indagar sobre los aspectos más importantes que abarca el estudio .

2.4. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Después de recolectar la información, esta fue sistematizada y pasada a una base de datos en el programa Microsoft Excel 2010, para posteriormente ser analizada por el software estadístico Stata 11.1.

Respecto a la estadística descriptiva, se determinó la normalidad de las variables usando la prueba estadística de Shapiro Wilk, las cuales fueron descritas mediante medidas y desviación estándar, las variables cualitativas se describieron usando tablas de porcentajes y frecuencias.

Al realizar el análisis estadístico, se utilizó la prueba estadística chi cuadrado de Pearson, obteniendo odds ratio con su intervalo de confianza al 95% (IC95%). Se consideró $p < 0,05$ como estadístico de asociación.

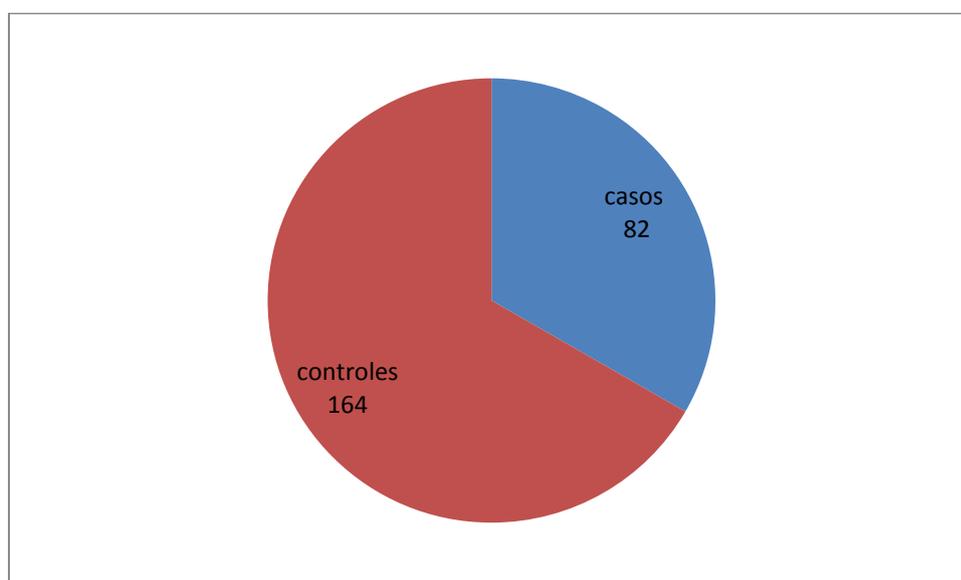
2.5. ASPECTOS ÉTICOS

El presente trabajo se realizó con el permiso de las autoridades competentes del Hospital Santa Rosa. Además, fue sometido a revisión y aprobación posterior por el Comité de Ética de nuestra casa de estudios, la Universidad César Vallejo Filial Piura.

III.RESULTADOS

Ingresaron al estudio 246 pacientes repartidas en casos y controles, de la siguiente manera: 82 gestantes con preeclampsia, que corresponden a los casos, y 164 gestantes sin pre eclampsia, que corresponden a los controles. Estas pacientes fueron hospitalizadas, y se tomaron en cuenta en el estudio, durante Enero a Abril, 2017, en el Hospital Santa Rosa, Piura.

Gráfico 1. Distribución de gestantes con y sin diagnóstico de Preeclampsia, Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017



Fuente: Pacientes gestantes con y sin diagnóstico de Preeclampsia, Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017

Dentro de las características que podemos resaltar de las pacientes gestantes en estudio, observamos que el 72%(177) se encuentran en el rango de 21 a 25 años, la mayoría son procedentes del distrito de Piura, en un 54,8%(135)y el 20,1%(49) son procedentes de Castilla. El 71,5% (176) de estas gestantes tienen nivel de instrucción: secundaria y el 73,4%(181) tienen la condición civil de conviviente.

Tabla 1. Características de las pacientes gestantes con y sin diagnóstico de Pre eclampsia, Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017

CARACTERISTICAS	Nº	%
Grupo etario (años)*	23	(19 – 25)
15 – 20 años	36	14,6
21 – 25 años	177	72
26 – 38 años	33	13,4
Procedencia		
Piura	135	54,8
Castilla	49	20,1
Veintiséis de octubre	21	8,5
Otros	41	16,6
Nivel de instrucción		
Superior	19	7,8
Secundaria	176	71,5
Primaria	51	20,7
Condición civil		
Divorciada	5	2
Casada	45	18,4
Conviviente	181	73,4
Soltera	15	6,2

*Rango intercuartilico y mediana

Fuente: Pacientes gestantes con y sin diagnóstico de Pre eclampsia, Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017

En la tabla n°2 se muestra que el 71,3% (58) del total de los casos (82) presentaba un periodo de cohabitación sexual pregestacional menor de 6 meses, y el 28,7% (24) tenía un tiempo de cohabitación sexual pregestacional mayor de 6 meses. Asimismo, se observa que el 24,7% (41) de los controles (164) presentaba un periodo de cohabitación sexual pregestacional menor de 6 meses, y el 75,3% (123) tenía un tiempo de cohabitación sexual pregestacional mayor de 6 meses, en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Piura, Perú, periodo Enero - Abril, 2017.

Al realizar el análisis estadístico, entre la variable tiempo de cohabitación sexual pregestacional y preeclampsia, se halló una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Además, se puede afirmar que las gestantes que tienen un tiempo de cohabitación sexual pregestacional menor de 6 meses tienen 6 veces más la probabilidad de padecer preeclampsia ($p = 0,001$, OR: 6,74. IC95%: 3,23 – 11,26) en comparación con aquellas que tienen un tiempo de cohabitación sexual pregestacional mayor a 6 meses. Asimismo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tener una gestación de una pareja sexual distinta o de una misma pareja al del embarazo anterior y el desarrollo de preeclampsia, como se muestra en la tabla n°2.

Tabla 2. Tiempo de cohabitación sexual pregestacional según casos y controles en el Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017

Tiempo de cohabitación sexual	Pre eclampsia							
	Casos		Controles		Chi2	P	OR	IC95%
	Nº	%	Nº	%				
Menor de 6 meses	58	71,3	41	24,7	42,2	0,001	6,74	4,13 – 10,31
Mayor de 6 meses	24	28,7	123	75,3	22,4	0,028	0,53	0,10 – 4,26
Total	82	100	164	100				
Pareja								
Distinta pareja	26	31,7	33	20,1	62,3	0,070	3,23	1,23 – 6,45
Misma pareja	56	68,3	131	79,9	72,7	0,083	5,84	3,87 – 8,24

Fuente: Pacientes gestantes con y sin diagnóstico de Pre eclampsia, Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017

En la tabla n° 3 se muestra el número de exposiciones o frecuencia de relaciones sexuales mensual, antes del embarazo, de las pacientes gestantes con y sin diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2, periodo Enero – Abril 2017. Aquí observamos que el mayor porcentaje 35,3% (29) de los casos, es decir pacientes gestantes con preeclampsia tuvieron menos de 8 relaciones sexuales al mes, antes de su embarazo, mientras que el menor porcentaje 11%(9) tuvieron relaciones sexuales con mayor frecuencia (>24/mes). En los controles, gestantes sin preeclampsia, el mayor porcentaje 28,6%(47) lo tienen aquellas pacientes que tuvieron relaciones sexuales entre 16 y 24 veces al

mes, antes de su embarazo; observándose que este porcentaje disminuía cuando la frecuencia de relaciones sexuales era menor.

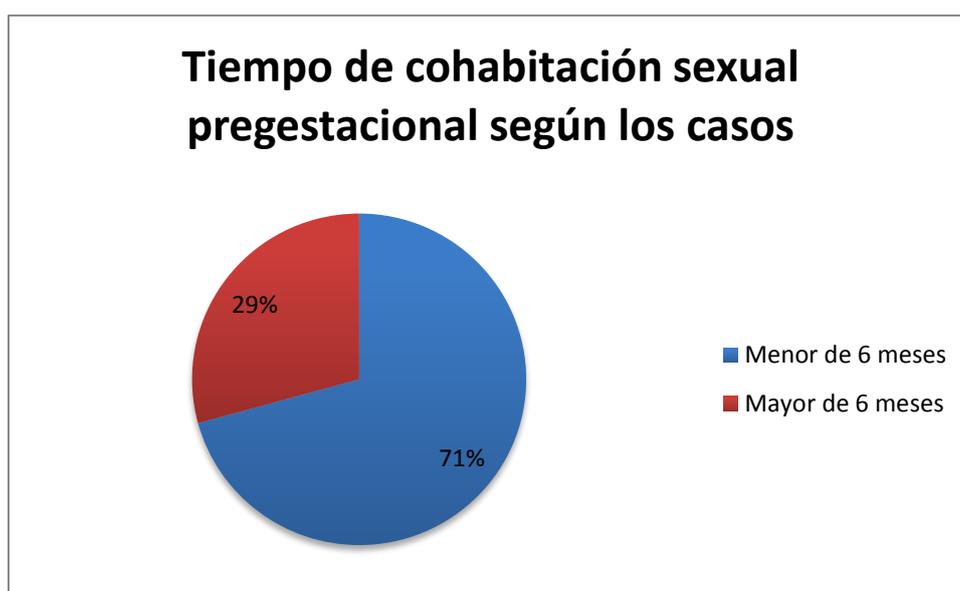
Tabla 3. Frecuencia de relaciones sexuales mensual, pregestacional según casos y controles en el Hospital Santa Rosall-2, periodo Enero – Abril 2017

Frecuencia de relaciones sexuales/mes	<8		8– 15		16 - 24		>24	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Casos	29	35,3	26	31,7	18	22	9	11
Controles	36	22	39	23,7	47	28,6	42	25,6

Fuente: Pacientes gestantes con y sin diagnóstico de Preeclampsia, Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017

En el gráfico n°2 observamos que el 71% de los casos, es decir pacientes gestantes del Hospital Santa Rosa con diagnóstico de preeclampsia(82), tuvieron una cohabitación sexual pregestacional menor de 6 meses y que el 29% tuvo una cohabitación sexual mayor de 6 meses; obteniendo una relación inversamente proporcional entre el tiempo de cohabitación sexual y preeclampsia.

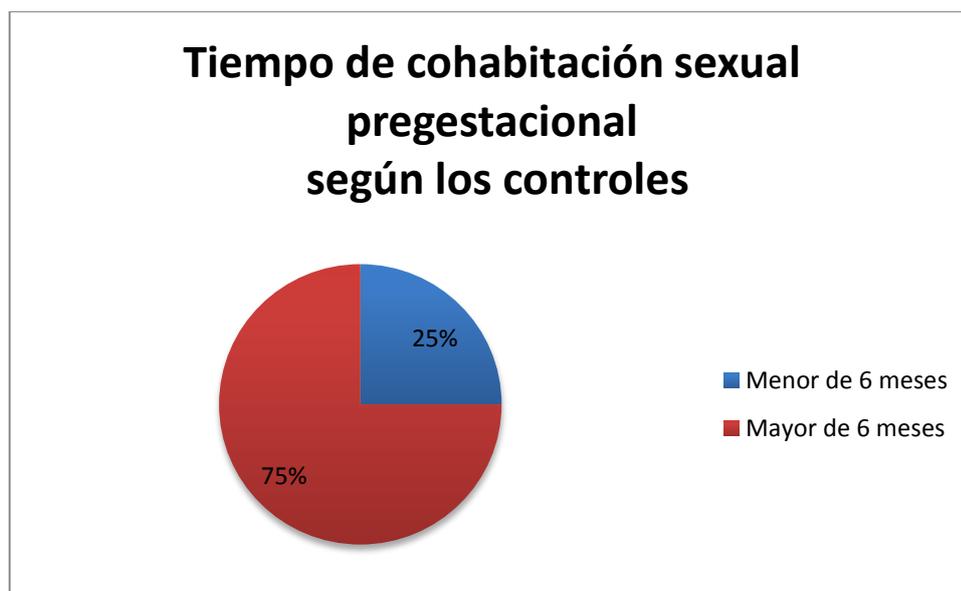
Gráfico 2. Tiempo de cohabitación sexual pregestacional según los casos en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017



Fuente: Pacientes gestantes con diagnóstico de Preeclampsia, Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017

En el gráfico n°3 observamos que el 75% de los controles, es decir pacientes gestantes del Hospital Santa Rosa sin diagnóstico de preeclampsia(164), tuvieron una cohabitación sexual pregestacional mayor de 6 meses y que el 25% tuvo una cohabitación sexual pregestacional menor de 6 meses.

Gráfico 3. Tiempo de cohabitación sexual pregestacional según los controles en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017



Fuente: Pacientes gestantes sin diagnóstico de Preeclampsia, Hospital Santa Rosa, periodo Enero – Abril 2017

IV.DISCUSIÓN

La preeclampsia es una patología cuyas complicaciones son muy graves para la gestante como para el feto. Es una de las principales causas de morbilidad materno perinatal²⁴, de la cual no se ha determinado la etiología exacta, existiendo muchas teorías, entre ellas la predisposición genética, factores ambientales y el sistema inmunológico.²⁵

Estudios retrospectivos de casos y controles, realizados en diferentes hospitales, en los cuales se estudiaron factores inmunológicos, como el periodo de cohabitación sexual, que se ha demostrado está asociado al desarrollo de preeclampsia.²⁶

Este estudio tuvo como objetivo determinar la correlación existente entre el periodo de cohabitación sexual y el riesgo de desarrollar preeclampsia y de acuerdo a los resultados que se obtuvieron, se encontró que el 71,3% del total de los casos presentaba un periodo de cohabitación sexual pregestacional menor de 6 meses, y que el 75,3% de los controles tenía un periodo de cohabitación sexual pregestacional mayor de 6 meses, en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, lo que muestra que el tener menos tiempo de cohabitación sexual, aumenta la probabilidad de padecer preeclampsia.

Al realizar la comparación entre los casos y controles, de acuerdo al periodo de cohabitación sexual antes de haber concebido, sin incluir el tiempo en los que se utilizó métodos de anticoncepción de barrera, ya que en estos casos, ocurrió depósito libre de espermatozoides en el aparato genital de la mujer, se halló una asociación estadísticamente significativa, por lo que se puede afirmar que mientras más relaciones sexuales tenga la mujer con su pareja, disminuye la probabilidad de desarrollar preeclampsia (OR:0,53), pudiéndose considerar como un factor protector, a diferencia de las pacientes que presentaron un menor tiempo de cohabitación sexual, que tienen 6,74 veces más la probabilidad de aparición de preeclampsia. Estos datos se comparan con investigaciones realizadas en Europa^{27,28}, que demuestran que las multigestas

con tiempo de relaciones sexuales mayor a 6 meses tienen menor probabilidad de desarrollar preeclampsia. Asimismo, muchos estudios similares afirman que un tiempo menor de cohabitación sexual pregestacional aumenta la probabilidad de desarrollar preeclampsia.²⁹

Esto se explicaría a través de un mecanismo completamente inmunológico, en el que hay una adaptación inadecuada a espermatozoides provenientes del padre, que cumplen función de antígenos. La teoría postulada de la exposición limitada al semen de la pareja, es la explicación más clara del riesgo de desarrollar esta patología en mujeres nulíparas o multíparas con nueva pareja que son usuarias de método de anticoncepción de barrera²⁹, ya que algunos estudios hablan que aquellas gestantes que concibieron de diferente pareja sexual, deberían considerarse como primíparas para fines de valoración de probabilidad de desarrollo de preeclampsia²⁴. Es por ello que en mi estudio, dentro de los criterios de inclusión se tomó en cuenta a pacientes nulíparas y/o multíparas con cambio de pareja sexual para su última gestación. Además, en la recolección de datos fue necesario incluir si es que hubo o no utilización de anticonceptivos de barrera, puesto que este dato no menor, ayudó a saber el tiempo de exposición que tuvo la gestante con el semen de su pareja. Esto explicaría que las mujeres inician una respuesta de tipo inmunológica contra los espermatozoides del hombre durante las relaciones sexuales, y de esta manera la mujer estaría protegida contra los antígenos del padre en una siguiente gestación.

Estos resultados se comparan con estudios previos, puesto que los controles no usaron anticonceptivos de barrera. Estudios afirman, que usar métodos anticonceptivos de barrera aumentan 2,37 veces más, el riesgo de padecer preeclampsia durante la siguiente gestación^{25,30}, sin embargo, no se buscó esta asociación en este estudio, por lo que se recomienda buscar la asociación entre el uso los anticonceptivos de barrera y el desarrollo de preeclampsia en un futuro estudio.

En este estudio, se incluyeron a las multigestas con preeclampsia cuya gestación fue de la misma pareja sexual y también se incluyeron a aquellas que tuvieron una pareja sexual distinta al embarazo anterior, no

encontrándose diferencias estadísticamente significativas al momento de realizar el análisis, por lo que se podría inferir que el tener diferente pareja no constituye un factor asociado para la aparición de preeclampsia. Se recomienda realizar estudios futuros que afirmen este hallazgo, o confirmen otro.

V.CONCLUSIONES

- ✓ El tiempo de cohabitación sexual pregestacional en gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017 es menor de 6 meses.
- ✓ El tiempo de cohabitación sexual pregestacional en gestantes sin diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Santa Rosa II-2 de Piura durante el periodo Enero – Abril 2017 es mayor de 6 meses.
- ✓ Las pacientes gestantes con un tiempo de cohabitación sexual menor a 6 meses tienen 6,7 veces más la probabilidad de desarrollar preeclampsia que aquellas pacientes gestantes con un tiempo de cohabitación sexual mayor a 6 meses.

VI.RECOMENDACIONES

- Estimular medidas preventivo – promocionales para el resguardo de la salud materno perinatal, y de esta manera disminuir la incidencia de esta patología. Entre estas medidas tenemos:
 - Impulsar campañas informativas acerca de los beneficios de tener un periodo de cohabitación sexual pregestacional prolongado.
 - Instruir sobre los riesgos de un tiempo de cohabitación sexual pregestacional corto a las mujeres en edad reproductiva.
 - Capacitar tanto a las pacientes multigestas y primigestas sobre los factores de riesgo de preeclampsia..

- Brindar información de esta patología a las pacientes gestantes sobre su sintomatología, etiología, clasificación, complicaciones, medidas preventivas, entre otras.

- Realizar estudios similares en otras poblaciones, en otros hospitales para de esta manera tener nuevos resultados, que puedan comparar el nuestro, para así aumentar el conocimiento de esta temática en nuestro medio, buscando asociación entre más variables.

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyna-Villasmil E, Briceño-Pérez C, Torres-Cepeda D. Inmunología, inflamación y pre eclampsia. Rev Obstet Ginecol Venezuela. 2011;69(2):97-110.
2. Tubbergen P, Lachmeijer AM, Althuisius SM, Vlak ME, van Geijn HP, Dekker GA. Change in paternity: a risk factor for preclamsia in multiparous women? J Reprod Immunol. noviembre de 2011;45(1):81-8.
3. Robillard P, Dekker G, Chaouat G. Epidemiological studies on primipaternity and immunology in preeclampsia a statement after twelve years of workshops. J reprod immunol. Elsevier ireland ltd. 2011 may; 89(2):104-17
4. HuppertzB.The feto – maternal interface: setting test age for potential immune interactions. Semin Immunopathol. junio de 2010;29(2):83-94.
5. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician. 1 de julio de 2010;78(1):93-100.
6. Mascaró P, Bachmann C. Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima. Rev Peru Ginecol Obstet. 2015;29(1):33-7.
7. Ruiz CM. Factores de riesgo asociados a pre eclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. Rev Peru Epidemiol. 2011;15(2):4-5.
8. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. Am Fam Physician. 1 de julio de 2010;78(1):93-100.
9. Mascaró P, Bachmann C. Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima. Rev Perú Ginecol Obstet. 2015;29(1):33-7.

10. López-Carbajal MJ, Manríquez-Moreno ME, Gálvez-Camargo D, Ramírez-Jiménez E. Risk factors associated to pre eclampsia. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc.* octubre de 2012;50(5):471-6.
11. Morgan-Ortiz F, Calderón-Lara SA, Martínez-Félix JI, González-Beltrán A, Quevedo-Castro E. Factores de riesgo asociados con pre eclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78(3):153-9.
12. Sánchez M. Factores de riesgo para pre eclampsia-eclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Provincial General de Latacunga en el período comprendido entre enero 2008 a enero 2009. *Esc Super Politécnica Chimborazo Fac Salud Pública.* 2009
13. Laura Ccente R, Soto Santos FV. Primipaternidad de la pareja y pre eclampsia en gestantes atendidas en el hospital departamental de Huancavelica. 2014 [citado 7 de junio de 2017].
14. Sánchez-Carrillo HC, Romero-Ramírez LRM, Rázuri-Ruggel AK, Díaz-Vélez C, Torres-Anaya V. Factores de riesgo de la pre eclampsia severa en gestantes del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, de 2006 a abril de 2010. *Rev Cuerpo Med HNAAA.* 2015;4(1):12-6.
15. Villegas A. Incidencia y factores de riesgo asociados a pre eclampsia-eclampsia: estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-Perú. Tesis de bachiller). *Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa;* 2007.
16. Benites-Cóndor Y, Bazán-Ruiz S, Valladares-Garrido D. Factores asociados al desarrollo de pre eclampsia en un hospital de Piura, Perú. *Cienc E Investig Medico Estud Latinoam [Internet].* 2011 [citado 7 de junio de 2017];16(2).
17. Purizaca M. La eclampsia en el Hospital Regional « Cayetano Heredia» de Piura: 1974-1983. *Acta Médica Perú.* 2009;11(3):3841.
18. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. *Am Fam Physician.* 1 de julio de 2010;78(1):93-100.

19. Mascaró P, Bachmann C. Mortalidad materna en el Hospital Maternidad de Lima. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2015;29(1):33-7.
20. Moffett A, Hiby SE. How Does the maternal immune system contribute to the development of pre-eclampsia? *Placenta.* abril de 2010;28 Suppl A:S51-6.
21. Sadat Z, Abedzadeh Kalahroudi M, Saberi F. The effect of short duration sperm exposure on development of preeclampsia in primigravid women. *Iran Red Crescent Med J.* enero de 2012;14(1):20-4.
22. Sánchez S. Epidemiología de la preeclampsia. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2015;52(4):213-8.
23. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Cabrera Delgado MR, Corrales Gutiérrez A, Salazar ME. Predictores de la preeclampsia/eclampsia en un grupo de gestantes de alto riesgo. *Rev Cuba Obstet Ginecol.* 2011;37(2):154-61.
24. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la Pre eclampsia. *Rev. Peru. ginecol. obstet.* vol.60 no.4 Lima oct./dic. 2014 .
25. Morales R. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao: abril a junio de 2010. *Rev Peru Epidemiol.* 2011; 15 (1).
26. Márquez S, Huamán H, Artica G. Cohabitación sexual y riesgo de pre eclampsia. *Rev Perú Ginecol Obstet.* 2015;45(4):255-61.
27. Díaz A. y Zavaleta M. Tiempo marital y otros factores asociados a la preeclampsia en un grupo de mujeres cartageneras/ colombia. 2011;3(1):9-18.
28. Bajaña C., Estrada L., Toral A. Cambio de paternidad: ¿Factor de riesgo para pre eclampsia en pacientes multigestas? *Internos de la Carrera de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.* 2010.

29. Carputo R. Fisiopatología de la pre-eclampsia. ¿es posible prevenirla? Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 16 de Mayo de 2013. Clases de Residentes año 2013.
30. Sadat Z., Abedzadeh K. and Saberi F. The effect of short duration sperm exposure on development of preeclampsia in primigravid women. Iran red crescent med j 2012; 14(1): 20-24.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

COHABITACIÓN SEXUAL, FACTOR DE RIESGO PARA PREECLAMPSIA EN PACIENTES GESTANTES DEL HOSPITAL II-2 SANTA ROSA, PIURA, PERÚ.

- **Nombre (Iniciales)**_____ **H.C**_____ **Edad:**_____
- Peso:**_____ **Talla:**_____ **IMC:**_____
- **Procedencia:**_____
- **Grado de instrucción:**_____
- **Diagnóstico:** Preeclampsia sin signos de severidad() Pre eclampsia severa() Eclampsia() Síndrome Hellp ()
- **Estado civil:** Soltera() Casada() Conviviente() Divorciada ()
- **Paridad:** Primípara () Multípara ()
- **Tiempo de cohabitación sexual:** < 3 meses () entre 3-6 meses() entre 6-12 meses() >12 m()
- **Frecuencia de relaciones sexuales/ mes:** <8 () 8 –15 () 16 –24() >24 ()
- **Uso de método de barrera:** si() no() ¿Hace cuánto tiempo? -----
- **Pareja sexual:** Misma () Diferente ()

Gracias por su participación.