



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Cambio de pareja como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en las pacientes del Hospital de Apoyo Chepén

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
Especialidad en Ginecología y Obstetricia

AUTOR:

Jose Maria Purizaca Godos (ORCID: 0000-0003-2822-5474)

ASESORA:

Dra. María Rocío Del Pilar Llaque Sánchez (ORCID: 0000-0003-2822-5474)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

TRUJILLO - PERÚ

2019

Contenido

I	INTRODUCCIÓN	3
II	MARCO TEÓRICO	5
III	MÉTODOLOGÍA	9
	3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	12
	3.2. VARIABLES	12
	3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	12
	3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	14
	3.5 PROCEDIMIENTO:	14
	3.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS	14
	3.7 ASPECTOS ÉTICOS:	15
IV	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:	15
	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	18

I INTRODUCCIÓN

Las patologías hipertensivas asociadas con la gestación pertenecen al grupo de las complicaciones obstétricas más comunes y de mayor impacto en la salud materna perinatal. Viene a ser uno de los motivos más frecuentes de la consulta tanto en la emergencia, la consulta externa e incluso en la hospitalización. Supone un importante costo económico y es potencialmente crítico cuando se complica más, Entre este grupo de patologías se encuentra la preeclampsia. (1)(2)

El Programa Nacional de Educación sobre la Presión Arterial Alta (NHBPEP) definió a la preeclampsia como una alteración poli sistémica de origen no conocida y que afecta al embarazo; su característica principal es la reacción anómala de los vasos a la placentación añadido al aumento de la firmeza de los vasos, la misma que se encuentra incrementada; adicionalmente habrá elevación de la incorporación de plaquetas , excitación del sistema de coagulación y alteración celular del endotelio. (3).

El trastorno hipertensivo como pre eclampsia se caracteriza por elevación de la presión arterial sobre todo con valores iguales o mayores a 140/90 mmhg registrado en dos oportunidades con una separación de 4 a 6 horas y proteínas en la orina de medido en 24 horas con valores iguales o mayores a 300 miligramos, esto cuando ocurre pasando la 20 ava semana del embarazo. Es uno de los principales motivos de morbi mortalidad (4)(5)(6)(7).

Se suele subclasificar en preeclampsia leve sin criterios de severidad caracterizado por elevación de la presión arterial no mayor de 150/110 mmhg y proteínas medidas cualitativamente de dos cruces con tira reactiva o proteínas en la orina de 24 h cuantitativa mayor o igual a 300 miligramos. La pre eclampsia severa se manifiesta con presiones mayores a 160/110 mmhg y injuria de riñones, hígado, sistema hematológico, sistema neurológico (2) con o sin proteínas en orina . Si no hay proteinuria se debe asociar a plaquetas menores a 100 000/ml, elevación de las transaminasas, edema pulmonar, síntomas visuales, alteración del estado de conciencia. (8)(9). De otro lado, la preeclampsia es una de las primeras causas de mortalidad en el Perú, siendo

mayor desde la década del 90 donde la mortalidad por preeclampsia llegó a ser del 15,8% del total de muertes maternas. (10)(11)

En un estudio realizado en Lima en el año 2016 se encontró que una causa directa de muerte materna son las hemorragias y sobre todo las del tercer trimestre seguidas por las enfermedades hipertensivas del embarazo, llegando estas últimas a valores de 31.6% encontrándose la pre eclampsia severa en el primer lugar.(12). Entre los factores de riesgo reportados para esta condición se encuentran factores sociodemográficos y obstétricos como el antecedente de preeclampsia en embarazos previos, la edad, nuliparidad, entre otros. (13)

Entre los factores, la nuli paridad y multiparidad algunos autores han encontrado que hay efecto en el intercambio de la pareja en el segundo embarazo y ese riesgo aumentó incluso en el siguiente embarazo en comparación con las mujeres que tuvieron una misma pareja. (14) (15). Otro factor es el espacio intergestacional, disminuyendo notoriamente a los diez años. En ese sentido el cambio de pareja aún no es un factor determinante por cuando el factor confusor podría ser el intervalo intergestacional. (16) (17) (18)

Entre otros factores estudiados se encuentra la cohabitación sexual, otro cónyuge, embarazo en un nuevo compromiso. Entre otros, considerado como riesgo inmunológico, plantearon el tiempo de cohabitación sexual, teniendo la teoría que la exposición a la esperma del padre disminuye el riesgo de preeclampsia; plantearon esto por cuando el número de cohabitaciones era menor en las mujeres con preeclampsia. Así mismo indican que el riesgo es mayor en quienes usan métodos anticonceptivos de barrera y quienes se embarazan por inseminación artificial. Incluso otro estudio indica que el riesgo fue mayor en quienes se embarazaron con un tiempo de cohabitación menor a cuatro meses con aquellas que lo hicieron después de un año de relación. (19) (20)

Un estudio realizado con 41 pacientes determino que el 63.41% había tenido dos o más parejas sexuales, el 39% hijos de parejas diferentes y el 69.98% había tenido sus embarazos con la misma pareja o cursando primera gestación. Este estudio tuvo resultados diferentes a los antes planteados por lo que aún existe controversia en lo manifestado. (21)

Entre los objetivos planteados fue describir cuantas gestantes tienen gestación de una pareja diferente a la anterior; cuántas gestantes tenían signos de algún grado de preeclampsia, establecer la relación entre ambos grupos y además caracterizar a la población de estudio.

La hipótesis planteada es que existe relación entre el cambio de pareja con el desarrollo preeclampsia.

II MARCO TEÓRICO

En Islandia Hiartardottir S et al realizaron una investigación para identificar el incremento del riesgo de preeclampsia relacionado al traslado de pareja. Trabajaron con 614 embarazadas que habían tenido más de dos hijos encontrando que se dio el traslado del consorte en el diecinueve punto siete por ciento ,la recurrencia del problema hipertensivo se dio en el sesenta y dos por ciento de las que no trasladaron consorte y en el sesenta y cuatro de las que si se trasladaron de consorte , concluyendo que existe un aumento de preeclampsia si existe un traslado de consorte habiendo tenido antes un embarazo normal, (22).

En otro estudio, Morgan, realiza un estudio en el que concluye que existe conexión entre la cantidad de parejas que han tenido contacto sexual y la presentación de pre eclampsia. ($p=0.300$), es decir no tiene influencia en la aparición de estos trastornos.

La explicación que dan los autores a la influencia es que las proteínas presentes en las células epiteliales amnióticas diferentes a las de la madre producen anticuerpos que inducen tolerancia hacia las proteínas del padre y esto ocurre desde antes del embarazo. Cuando hay cambio en la pareja sexual ya hay estas proteínas y existe la falta de sensibilización a las proteínas del líquido seminal de la nueva pareja lo que explicaría el inicio del trastorno a nivel placentario. (23)

Suárez González y otros, desarrollaron otro estudio observando que la nuliparidad en el 34.8% de los pacientes y el antecedente de preeclampsia anterior en el 29.8% de los pacientes fueron factores de riesgo, en relación al la historia de una nueva pareja sexual, estuvo presente en el 28.7% de los casos y presentaron en el 9.9% de los casos muerte fetal asociada a trastornos hipertensivos. (24)

En otra investigación observaron que hubo relación directa entre primipaternidad y preeclampsia. El estudio fue realizado en 35 pacientes, encontrando en la curva de correlación un coeficiente de correlación de Pearson con un r del 0.7858 (25). El resultado se explicaría por un proceso de inadaptación inmunitaria, ya que los antígenos del padre de la unión fetoplacenta responden frente a los anticuerpos de la madre (26).

En Islandia, Hjartardottir S et al, realizó un trabajo para precisar si hay un aumento en el riesgo de hipertensión gestacional recurrente y desarrollo de preeclampsia asociado al cambio de pareja. Trabajaron con seiscientas embarazadas con más de dos hijos encontrando que el traslado de consorte se asoció a recurrencia de hipertensión. Los resultados fueron los siguientes: El traslado de consorte se descubrió en el diecinueve por ciento y la repetición de preeclampsia en el sesenta y dos por ciento en quienes no tenían el mismo padre y en el sesenta y cuatro por ciento en aquellas mujeres que cambiaron de consorte ($p < 0.05\%$; OR: 1.115; IC 95% 0.739-1.680); (27)

En un estudio diferente de diseño tipo caso control, trabajaron con un grupo control de gestantes multigestas con presión arterial normal con y sin traslado de consorte y con preeclampsia sin traslado de consorte mientras que en la porción de casos tenía una conformación de 20 mujeres con traslado de consorte. Encontraron una p de 0.74 y Odds Ratio: 0.83, IC 95%: 0.41-1.68.(28).

En el trabajo de investigación realizado por Alvarado et al con el propósito de describir si la primipaternidad se asocia al desarrollo de la segunda gestación encontraron que el 29.9% tenía el factor de primipaternidad que inicia en el segundo embarazo y el 100% de los casos fueron leves y establecieron una

relación significativa de 0.026 entre las variables y un Odds ratio de 1.68 con un IC al 95% de 1.03 a 2.72. (29)

Los primeros que usaron el término de primipaternidad fueron Robillard et al. Ellos realizaron un estudio para evaluar el enlace entre preeclampsia grave y como se relacionan con esquemas de paternidad en mujeres que han parido más de dos hijos . Observaron un aumento de preeclampsia en aquellas que cambiaban de pareja pero no en los otros grupos por lo que consideraron que esta enfermedad era por primipaternidad. Además reportaron que aquellos hombres que estuvieron una mujer anterior con pre eclampsia llegaron a tener el dos veces más riesgo en el siguiente embarazo con una mujer diferente. (OR: 1.8%; IC95%, 1.2-2.6). (30)

En Pakistán, Uzma Shamsi et al. Desarrollaron una revisión donde incluyeron investigaciones con diseño de cohorte y de caso control Indica que la primipaternidad tendría un sustento inmunológico por interactividad de la placenta, feto y genes maternos y secundariamente a ello desarrollaba preeclampsia. Esto explicaría las situaciones anteriores, si se es primípara con varón con pareja con preeclampsia anterior o mujer con hijo de segunda pareja. Diversos estudios confirman el riesgo de preeclampsia con el cambio de pareja por esa razón las mujeres multíparas con nueva pareja deberían para algunos riesgos ser consideradas como si fuera el primer embarazo. También indican que el uso de métodos de barrera se asociaría con mayor desarrollo de preeclampsia en embarazos posteriores en comparación con otros métodos que si permiten la exposición a los espermatozoides. Con respecto a la edad del padre, a mayor edad mayor posibilidad de pre eclampsia. Una teoría indica que podría tratarse de mutaciones genéticas del espermatozoide. (31)

En Ecuador, Bajaña et al realizaron un estudio tipo caso control con 20 multigestas con preeclampsia como caso y 116 controles normotensas. .En este estudio no encontraron evidencia de relación entre nueva pareja como padre y preeclampsia. ($p=0.74$, OR= 0.83; IC95%: 0.41-1.68). el 75% de las mujeres con cohabitación menor de 12 meses presentaron preeclampsia. ($p=0.03$, OR:7.67; IC95%: 2.15-27.36). Llegaron a la conclusión que el cambiar de padre no es determinante. (32)

Saftlas A. y col en el 2013 llevaron a cabo una en mujeres que nunca han parido , Quisieron comprobar que la exposición a fluidos seminales paternos disminuye el riesgo de preeclampsia. Concluyeron que en las que tuvieron mayor exposición vaginal al esperma tuvieron menor riesgo de preeclampsia en un 70%. (33)

Otra de las aseveraciones es que el precedente de un parto vaginal o cesárea se relaciona con menor aparición de preeclampsia . Ese efecto se pierde cuando hay cambio de pareja sexual. (34). De igual modo, la inseminación artificial por donador aumenta al doble la posibilidad de preeclampsia así de igual modo la donación de óvulos. (35)

Redman, en su artículo sobre preeclampsia indica que la primipaternidad es factor de riesgo porque el cambiar de pareja sexual hace que se más susceptibles en mujeres multíparas dado que el esperma induce respuestas inmunorreguladoras. Indica haber evidencia en roedores, donde el semen activa un proceso inflamatorio y activa el sistema inmunitario de la madre a los antígenos específicos del padre. (36)

III MÉTODOLÓGÍA :

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Es una investigación cuantitativa, analítico, observacional.

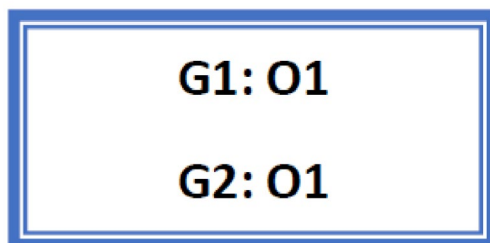
Estudio caso - control.

Dónde:

G1: Gestantes con preeclampsia

G2: Gestante sin preeclampsia

O1: cambio de pareja sexual



3.2. VARIABLES

Ver operacionalización anexo 2

3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACIÓN:

Estuvo compuesta por pacientes atendidas en el Servicio de Obstetricia del HACH en el periodo 2018

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

GRUPO CASOS:

Criterios de Inclusión:

Parturienta con preeclampsia pre, durante o post parto, que se atendieron en el servicio de Obstetricia HACH en el periodo 2018

Pacientes con antecedente de haber cambiado de pareja en la segunda gestación.

Criterios de Exclusión:

Precedente de trastorno hipertensivo crónico.

Mal llenado de Historias Clínicas.

GRUPO CONTROL:

Criterios de Inclusión:

Parturientas que no tengan criterios de patología hipertensiva en el embarazo atendidas en el HACH en el periodo 2018

Pacientes con antecedente de haber cambiado de pareja en la segunda gestación.

Criterios de Exclusión:

Haber tenido precedente de trastornos hipertensivos crónicos.

Mal llenado de Historias clínicas.

MUESTRA:

Cálculo del tamaño de muestra: ver anexo 3

unidad de muestreo:

pacientes en estado de embarazo atendida en el Servicio de obstetricia del HACH en el periodo 2018

.

La unidad de análisis fue:

La historia clínica de pacientes en estado de embarazo atendida en el Servicio de obstetricia del HACH en el periodo 2018

Muestreo

Aleatorizado Simple

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

1. Se acudió al Departamento de Archivo del HACH en el periodo estudiado comprendido 2018, se seleccionó historias clínicas de manera aleatoria sistemática hasta que se completó el tamaño muestral.
2. Se procedió al relleno de la hoja de recolección de datos (anexo N°1)
3. Se completó el tamaño muestral para los casos y controles.

INSTRUMENTO:

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento no requiere de validación porque se trata de una Ficha de Recolección de Datos

3.5 PROCEDIMIENTO:

Se ingresaron las pacientes q cumplían criterios de inclusión y exclusión atendidas en el HACH en el periodo estudiado comprendido 2018

3.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizo el SPSS V 22.0, para luego su presentación en cuadro simple y doble

3.7 ASPECTOS ÉTICOS:

Se cuenta con la aceptación del Comité de Investigación y Ética del HACH. Además, se cumplirá con mantener el anonimato para preservar la confidencialidad de los participantes.

IV ASPECTOS ADMINISTRATIVOS:

4.1 Recursos y Presupuestos

Humanos

- El Autor
- Asistentes de Ginecología

Materiales

- Historias clínicas.
- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

	PARCIA L	TOTAL
Bienes y servicios		
Material de escritorio:		
- Un millar de bond	26.00	
- Doce lapiceros	6.00	
- Dos correctores	5.00	40.00
- Borradores	3.00	
- s		
- Borradores	26.00	96.00
- s	70.00	
Material de Impresión:		
- Un millar de papel bond	50	70.00
	20	

-	Un cartucho de impresora	30	30.00
Servicios			
-Pasajes			
-Fotocopias			
Consolidados:			
-	Bienes		
-	Servicios		

4.2 FINANCIAMIENTO:

- Autofinanciado

4.3 Cronograma De Ejecución

Este estudio constará de las siguientes etapas:

ACTIVIDADES	2018			
	Julio	Agosto	septiembre	Noviembre
Elaboración del proyecto	X			
Recolección de datos		X	X	
Procesamiento y análisis de datos			X	
Redacción del informe				X
Sustentación de informe				X

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Conca M. Análisis De La Preeclampsia En El Departamento De Salud Elche-Crevillente. Factores De Riesgo Y Criterios Para El Cribado. San Juan de Alicante, septiembre 2015
2. Ministerio de Salud 2010. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Dirección Nacional De Maternidad E Infancia. Segunda edición - Impreso en septiembre de 2010 – Argentina
3. Torres G.. Preeclampsia. México. Observatorio de Mortalidad Materna.
4. Saavedra J, Paredes E, Recalde P. Preeclampsia en pacientes infértiles llevadas a inseminación homóloga y heteróloga en el Centro de Biomedicina Reproductiva del Valle - Fecundar, Cali, Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 63 No. 1 • Enero-Marzo 2012 • (57-63).
5. González P, Martínez G, García-Nájera O, Sandoval-Ayala O. Preeclampsia, eclampsia y HELLP. Rev Mex Anest 2015; vol 38:s118-s126.
6. Guía de trastornos hipertensivos del embarazo . Bogotá, D.C: Alcaldía Mayor de Bogotá [internet];2014
7. Sepulveda-Martinez A, Hasbun J., Salinas H., Valdez E., Parra- Cordero M. .Serie guías clinicas: Manejo de la preeclampsia. [internet]; Rev Hosp Clin Univ Chile 2013; 24: 246 – 60
8. Cortez G. Desarrollo De Preeclampsia En Mujeres Embarazadas a l Las Cuales Se Realizó Roll Over Test Entre Las 28 A 32 Semanas De Gestación en el Hospital Carlos Andrade Marín En El Periodo Mayo - Noviembre 2015.[Tesis]. Quito. Pontificia Universidad Católica Del Ecuador Facultad De Medicina 2016
9. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Informe de un grupo científico de la OMS.Ginebra :OMS;2014.
10. Suárez González JA, Cabrera Delgado MR, Gutiérrez Machado M, Corrales Gutiérrez A, Cairo González V, Rodríguez Royelo L. Resultados

- de la atención a pacientes con riesgo de preeclampsia-eclampsia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012;38(3):305-12.
11. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia. Lima. INMP; ciudad de Lima Peru 2017.
 12. Ministerio de Salud . Boletín Epidemiológico. Lima : ISSN versión impresa: 1563- 2709.2016.
 13. Morgan F, Ortiz,S, Calderón A, -Lara,J, Martínez I, González A, et al . Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles; Ginecol Obstet Mex 2010;78(3):153-159.
 14. Flores e, Rojas F, Valencia D, Correa L. Preeclampsia Y Sus Principales Factores De Riesgo. DOI 10.25176/RFMH.v17.n2.839.:90-99
 15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía De Práctica Clínica – Prevención, diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. México. Centro Nacional de Excelencia tecnológica en Salud; 2017.
 16. Paré E, Parry S, Mc Elrath TF, Pucci D, Newton A , Lim K. Clinical Risk Factors for Preeclampsia in the 21st Century. Obstet Gynecol.2014:763-770.
 17. Morales C, Ruiz A,B. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. Rev. Perú. epidemial. Vol 15 No 1 abril 2011.
 18. Torrez F, Añez C. . Morbimortalidad materna asociadas a preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos del HMIGU. *Gac Med Bol* 2016; 39(2): 88-90.
 19. Palma J. Factores De Riesgo Para Preeclampsia En Gestantes Atendidas En El Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el Periodo Comprendido entre Enero 2012 A Enero 2014”. Arequipa – Perú.Repositorio De Tesis UCSM.2015
 20. Lapidus.A. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Dirección Nacional De Salud Materno Infantil – 2004: Argentina
 21. Gómez O, Govea H, Goyas P, Guevara K, Gil C, López E, et.al. LIMA: Horiz Med 2013; 13 (4) : 38-43.

22. Hjartardottir S, Leifsson B, Geirsson R. Paternity change and the recurrence risk in familial hypertensive disorder in pregnancy. *Hypertens Pregnancy*. 2006;23(2):219-25.
23. Vargas L. Factores Predictores De Eclampsia En Pacientes Con Preeclampsia Atendidas En El Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolome" Durante El Periodo 2010 – 2014. Lima-PERU. 2015
24. Valdés M, Yong, M, Hernández J. Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar* 2014;43(3):307-316.
25. Laparra S. Factor De Primipaternidad Como Causa De Preeclampsia. Guatemala. 2014.
26. Elera M. Primipaternidad como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Suárez Ángamos, octubre – diciembre 2016: Lima-Perú .2017.
27. Hjartardottir S, Leifsson B, Geirsson R. Recurrence of hypertensive disorder in second pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; (4):916-20.
28. Trogstad LI, Eskild A, Magnus P, Samuelsen SO, Nesheim BI. Changing paternity and time since last pregnancy; the impact on pre-eclampsia risk. A study of 547 238 women with and without previous pre-eclampsia. *Int J Epidemiol*. 2001;30(6):1317-22.
29. Rojas J, Arrieta E, Girado S. Protocolo de manejo de preeclampsia y eclampsia. Colombia: E.S.E. Clínica Rafael Calvo; 2009.
30. Feeney JG, Scott JS (1980). Pre-eclampsia and changed paternity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 11(1): 35-38
31. Uzma Shamsi, Sarah Saleem, Noreen Nishter. Epidemiology and risk factors of preeclampsia; an overview of observational studies. *Al Ameen J Med Sc i* 2013; 6(4): 292 – 300
32. Bajaan H.C, Estrada G.L, Toral C.A. Cambio de paternidad ¿Factor de riesgo para preeclampsia en pacientes multigestas?. [Tesis para obtener título de médico-cirujano, Facultad de Ciencias Médica-Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador, 2012]
33. Saftlas A., Rubenstein I, Prater k. and Harland k. Cumulative exposure to paternal seminal fluid prior to conception and subsequent risk of preeclampsia. *J Reprod Immunol*. Elsevier Ireland Ltd.; 2013. disponible en: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy2.apus.edu/science/article>

34. Deen E, Ruurda G, Wang J, Dekker A. Risk factors for preeclampsia in multiparous women: primipaternity versus the birth interval hypothesis. *J Matern Fetal Neonatal Med*; 19(2):79-84, 2006
35. Duckitt K, Harrington D. Risk factors for preeclampsia at antenatal booking: systematic review of controlled studies. *BMJ*, 2005; 10: 1-7.
36. Redman C.W. Pre-eclampsia: Definitions, paternal contributions and a four stage model. *Pregnancy Hypertens*. 2011 Jan;1(1):2-5

ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: N°:

CASOS ()

CONTROLES ()

I- DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Teléfono:

II- DIAGNOSTICO GINEOOBSTETRICO:

1. Preeclampsia: Si () No ()

2. Preeclampsia leve () Preeclampsia severa ()

III- Revisión de Historia Clínica:

1. cambio de pareja sexual después de la primera gestación

SI ()

NO ()

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Preeclampsia	Presión arterial \geq a 140/90 mmHg y proteinuria de 24 horas \geq 300 mg (o proteinuria al azar \geq 30 mg/dL), en gestantes mayores de 20 semanas	Diagnóstico consignado en la historia clínica según definición conceptual.	Historia Clínica	Nominal
Cambio de pareja sexual .	Inicio de una nueva relación posterior a la primera	Dato consignado en ficha de recolección de datos - Sí: ha tenido más de una pareja - No: no ha tenido más de una pareja	Ficha de recolección de Datos	Nominal

ANEXO 3

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

p1: La frecuencia de la exposición entre los casos.

p2: La frecuencia de la exposición entre los controles.

α : La seguridad con la que se desea trabajar, o riesgo de cometer un error de tipo I. Generalmente se trabaja con una seguridad del 95% ($\alpha = 0,05$).

1- β : El poder estadístico que se quiere para el estudio, o riesgo de cometer un error de tipo II. Es habitual tomar $\beta = 0,2$, es decir, un poder del 80%.