

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE TECNOLOGÍA MÉDICA



PREVALENCIA DE PROTEINURIA EN PACIENTES
GESTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA -
CAÑETE 2022

Tesis para obtener el Título profesional de licenciada en Tecnología
Médica con Especialidad en Laboratorio Clínico y Anatomía
Patológica

Autor

Fernández Gutiérrez, Lisete Estefanny.

Asesor:

Código (ORCID 0000-0001-8565-0309)

Dr. Antero Carlos Carbajal Paz

Chimbote – Perú

2023

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
ÍNDICE DE TABLAS	ii
PALABRAS CLAVES	iii
CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD	iv
TÍTULO	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes y fundamentación científica	1
2. Justificación de la investigación	10
3. Problema	10
4. Conceptuación y operacionalización de las variables.....	11
5. Hipótesis.....	12
6. Objetivos	12
METODOLOGÍA	13
1. Tipo y Diseño de investigación.....	13
2. Población y Muestra.....	13
3. Técnicas e instrumentos de investigación	14
4. Procesamiento y análisis de la información	14
RESULTADOS.....	15
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS	29

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes en el Hospital Rezola - Cañete 2022.	15
Tabla 2. Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según edad gestacional, paridad, tipo de parto en el Hospital Rezola - Cañete 2022.	16
Tabla 3. Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según edad en el Hospital Rezola - Cañete 2022.	19
Tabla 4. Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según preeclampsia en el Hospital Rezola - Cañete 2022	21

PALABRAS CLAVES

Tema	Proteinuria en Gestantes en el Hospital Rezola, 2022
Especialidad	Bioquímica

Keywords

Topic	Proteinuria in Pregnant Women at Hospital Rezola, 2022
Specialty	Biochemistry

Línea de investigación

Línea de investigación	Bioquímica
Área	Ciencias Médicas y de Salud
Subárea	Ciencias de la Salud
Disciplina	Salud pública

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado **“Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes atendidos en el Hospital Rezola - Cañete 2022”** del (a) estudiante: **Lisete Estefanny Fernández Gutiérrez**, identificado(a) con **Código N° 3017200009**, se ha verificado un porcentaje de similitud del 26%, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 14 de Diciembre de 2022


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Dr. CARLOS URBINA SANJINES
VICERRECTOR



NOTA:

Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

**PREVALENCIA DE PROTEINURIA EN PACIENTES
GESTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REZOLA -
CAÑETE 2022.**

RESUMEN

El presente estudio tuvo como finalidad establecer la prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes atendidas en el Hospital Rezola - Cañete 2022. Se efectuó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal; el diseño metodológico es descriptivo, donde la población de estudio son las pacientes gestantes con diagnóstico presuntivo de preeclampsia y la muestra fueron de 100 pacientes gestantes con diagnóstico presuntivo de preeclampsia. Se utilizó un método de revisión de documentos y formularios de registro como herramientas de recopilación de datos. Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS versión 21 y Microsoft Excel, lo que nos permitió conocer los casos positivos de proteinuria en pacientes gestantes y su prevalencia teniendo en cuenta la semana de gestación y el grupo de etario. Los resultados fueron que el 44 % de mujeres gestantes presentaron proteinuria alta y en el 56 % restante se observó que presentaban proteinuria normal. Concluyendo que las pacientes gestantes con proteinuria alta están propensas a tener preeclampsia.

ABSTRACT

The purpose of this study was to establish the prevalence of proteinuria in pregnant patients treated at Hospital Rezola - Cañete 2022. A descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out; The methodological design is descriptive, where the study population is pregnant patients with a presumptive diagnosis of preeclampsia and the sample was 100 pregnant patients with a presumptive diagnosis of preeclampsia. A document review method and registration forms were used as data collection tools. For the statistical analysis, the SPSS version 21 and Microsoft Excel software were used, which allowed us to know the positive cases of proteinuria in pregnant patients and its prevalence, taking into account the week of gestation and the age group. The results were that 44% of pregnant women presented high proteinuria and in the remaining 56% it was observed that they presented normal proteinuria. Concluding that pregnant patients with high proteinuria are prone to have preeclampsia.

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica

En la actualidad, la preeclampsia puede diagnosticarse con más de una prueba. Una de estas pruebas es el cociente de proteinuria en una sola muestra de orina, sobre la cual algunos autores han realizado diversas investigaciones como:

A nivel internacional, Traferri (2021) en su artículo titulado El índice proteína/creatinina es útil para diagnosticar la preeclampsia porque muestra la cantidad de proteínas presentes en la orina. Los tipos de estudio fueron observacionales, retrospectivos y analíticos, el objetivo fue establecer la precisión diagnóstica del cociente proteína -creatinina (rpc) en muestras de orina aislada, en comparación con muestras de orina de 24hs. La recopilación de datos del informe de laboratorio sirvió como instrumento. Conclusiones: La RPC se está convirtiendo en un método reconocido para evaluar a las embarazadas con sospecha de preeclampsia. Dado que la susceptibilidad de la muestra es moderada, un número significativo de pacientes no será diagnosticado. Como prueba de detección, el valor umbral de la RCP debe ser 0,20.

Mientras que, García (2019) en su artículo titulado Evaluación de proteinuria: Las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo deben someterse a un análisis de orina con tira reactiva y recogida durante 24 horas. El tipo de investigación fue prospectivo, transversal y comparativa. El objetivo general era evaluar la especificidad y sensibilidad del índice proteína/creatinina (PI/C) y de la tira reactiva de orina (TRO) para la identificación de proteinuria grave en pacientes preeclámpticas y cotejar las dos pruebas para la identificación de proteinuria en colecciones de orina de 24 horas (R24). La recolección de datos del informe de laboratorio sirvió como instrumento. El hallazgo más relevante fue que existe una correlación significativa entre IP/C y R24 para el diagnóstico de proteinuria en mujeres preeclámpticas.

De igual forma, Castro (2017) realizó su tesis titulada Determinación de proteinuria/creatinuria (pr/cr) en pacientes con sospecha de preeclampsia y su relación con proteinuria de 24 horas. El tipo de estudio fue prospectivo y transversal. El tema principal fue ¿Cómo se relacionan los valores de proteinuria/creatinuria en mujeres que podrían tener preeclampsia con la proteinuria de 24 horas. ?, cuyo objetivo general es medir la proteinuria/creatinuria (Pr/Cr) en pacientes con sospecha de preeclampsia y determinar su asociación con la proteinuria dentro de las 24 horas. La técnica y la herramienta fueron observaciones directas y el instrumento fueron las historias clínicas Llegando a la conclusión, Las mujeres con preeclampsia presentan una correlación entre proteinuria/creatinuria y proteinuria de 24 horas.

Así mismo, Retrepo (2016), en su artículo titulado Evaluación de las características operativas del cociente proteína/creatinina en orina ocasional para detectar proteinuria significativa en mujeres embarazadas que pueden padecer preeclampsia. El tipo de estudio es descriptivo y transversal con el objetivo general es examinar la sensibilidad y especificidad del cociente proteína/creatinina en orina como procedimiento de detección de proteinuria en damas con sospecha de preeclampsia. La técnica y el instrumento fue la observación experimental y la ficha de recolección de datos como instrumento. Conclusión: La relación entre proteínas y creatinina en la orina puede utilizarse como método rápido para detectar proteinuria en personas que podrían padecer preeclampsia.

A nivel nacional, Benites (2019) en su tesis titulada Proteinuria en gestantes atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán, Chimbote, 2019. La metodología fue descriptiva, prospectiva y transversal. El objetivo fue conocer cuánta proteína había en la orina de las gestantes que acudieron al Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Chimbote en el 2019. La técnica e instrumento que utilizaron fue la ficha de observación y recolección de datos de laboratorio. La conclusión de que los niveles elevados de proteínas pueden producirse durante todo el embarazo, Esto permite detectar problemas rápidamente y tomar mejores decisiones para la madre-niño, independientemente de lo avanzado que esté el embarazo o de la edad de la paciente.

Por su parte, Cueva (2018), realizó su tesis titulada Ácido sulfosalicílico para el diagnóstico de proteinuria en gestantes del Hospital Belén-Trujillo susceptibles de padecer preeclampsia. Se realizó un análisis observacional retrospectivo, El propósito de este estudio es evidenciar si el ácido sulfosalicílico es capaz o no de detectar proteinuria en gestantes del Hospital Belén de Trujillo con sospecha de preeclampsia. La ficha técnica del informe de laboratorio sirvió como instrumento. Conclusión; el ácido sulfosalicílico determina proteinuria en pacientes embarazadas del Hospital Belén de Trujillo con sospecha de preeclampsia.

Mientras tanto, Cuya (2017) realizó su tesis test ácido sulfosalicílico para la identificación de proteinuria en pacientes preeclámpticas en el hospital Carlos Lanfranco la hoz, enero - diciembre 2015. El tipo de estudio es descriptivo, transversal y retrospectivo cuyo objetivo de este estudio es indagar qué tan bien funciona la prueba de ácido sulfosalicílico para encontrar proteinuria en mujeres embarazadas con preeclampsia en el Hospital Carlos Lanzaro La Hoz de Lima, Perú, de enero a diciembre de 2015. La técnica fue de análisis de documentos y el formulario de informe como herramienta de recolección de datos. Conclusión: Por su bajo coste y su facilidad de uso, la prueba del ácido sulfosalicílico es adecuada para el diagnóstico y el tratamiento de la preeclampsia.

De igual forma, Marrón (2016) realizó su tesis Prevalencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Emergencia. Hospital de Ventanilla – 2014”. El tipo de análisis fue descriptivo, retrospectivo y transversal cuyo objetivo es describir la prevalencia de preeclampsia en pacientes embarazadas atendidas en el servicio de urgencia del Hospital de Ventanilla en el 2014. La técnica es un formulario de revisión y registro de documentos como herramienta de recolección de datos. En conclusión, la Preeclampsia se asocia con una variedad de diferentes factores de riesgo. La tasa de hospitalización por Preeclampsia es del 0.5%. Las mujeres embarazadas tienen que ser monitoreadas de cerca a lo largo de todo el embarazo para minimizar la incidencia y las complicaciones de esta condición hipertensiva.

Así mismo, Sánchez (2016) con su tesis Eficacia del Test Acido Sulfosalicílico en la detección de proteinuria en Gestantes con preeclampsia en el Hospital de Apoyo Otuzco. 2010-2015. Se realizó un estudio descriptivo. El objetivo principal es establecer la efectividad de la prueba de ácido sulfosalicílico para la detección de proteinuria en pacientes embarazadas con preeclampsia en el Hospital de Apoyo Otuzco, entre los años 2010 al 2015. Se utilizó un método de revisión de documentos y un formulario de registro como herramienta de recopilación de datos. Se puede concluir que la prueba del ácido sulfosalicílico ha demostrado ser una prueba altamente efectiva con una sensibilidad del 100% una especificidad del 32.6%, un valor predictivo positivo del 32.3% y un valor predictivo negativo del 100%. La edad materna típica oscila entre 20 y 35 años, pero la edad gestacional predominante es superior a 37 semanas.

En el ámbito regional no existen investigaciones. Por lo tanto, será de gran interés esta investigación.

La proteinuria se caracteriza por la presencia de proteínas en la orina. Excreción de proteínas superior a 150 mg por 24 horas en la orina de un adulto. Escalante (2007).

Normalmente, la proteína en la orina consta de 30% de albúmina, 30% de globulina sérica y 40% de proteína tisular, cuyo componente principal es la proteína de Tamm-Horsfall. Este perfil es susceptible de modificación en situaciones que influyen tanto en la filtración tubular como en la reabsorción. Vanegas (2007).

Alrededor de 15 kg de proteína pasan por los riñones de un adulto todos los días; sin embargo, solo llegan a 150 mg debido a la barrera glomerular selectiva. En el glomérulo se encuentran las primeras barreras de filtración de proteínas, que están formadas por endotelio capilar que es permeable a líquidos y solutos pequeños pero impermeable a proteínas plasmáticas más grandes (>20 000 daltons). Los proteoglicanos con carga negativa recubren el epitelio visceral cercano y la membrana basal para crear una defensa contra aniones como la albúmina. Las proteínas se mueven a través de la pared capilar glomerular de

esta manera en una relación inversa a su tamaño y carga negativa. Vanegas (2007)

La proteinuria está producida por el edema de las células endoteliales y la rotura del endotelio fenestrado en el podocito renal en el embarazo. En la preeclampsia, la expresión de proteínas específicas de los podocitos se ve arduamente reducida, según las investigaciones realizadas en seres humanos. Se observó una expresión reducida de nefrina, proteína epitelial glomerular 1 (GLEPP-1) y ezrina, proteínas específicas de podocitos, en secciones de tejido renal de mujeres preeclámpticas en comparación con individuos normotensos o pregestacionales con hipertensión crónica. Zhao et al. (2009)

Los niveles de sinaptopodina y nefrina eran más bajos en el tejido renal de las pacientes que sucumbieron por complicaciones asociadas a la preeclampsia, en comparación con las que tenían una presión arterial normal y murieron por causas no relacionadas. Garovic et al. (2007)

La detección de podocitos y productos de podocitos en la orina (podocituria) sugiere que la patología relacionada con los podocitos es más grave de lo que se pensaba anteriormente. Son (2013)

La detección de podocina mediante métodos de tinción es más sensible y específica que la sinaptopodina, la nefrina y la pococalixina en el diagnóstico de la preeclampsia en el instante del parto. Garovic et al. (2007)

La podocituria se produce antes del inicio de la proteinuria, y la cantidad de podocitos es fuertemente correlacionada con la gravedad de la proteinuria, lo que demuestra una asociación causal entre el desgaste de podocitos adherentes y la iniciación y la gravedad de la proteinuria. Graici (2013)

Además de su importancia como marcadores diagnósticos de la preeclampsia, se cree que la disfunción podocitaria afecta a la función renal a extenso plazo en personas con antecedentes de preeclampsia. Son pacientes muy susceptibles de desarrollar albuminuria, insuficiencia renal crónica y enfermedad terminal. Kattah (2013)

Los pacientes con atrofia glomerular segmentaria focal presentan podocituria. Esta enfermedad glomerular esclerótica es comparable a la observada en mujeres

preeclámpticas con proteinuria crónica. Heaton (1985)

La proteinuria se divide en tres (03) categorías según su origen y la proteína excretada en la orina. El paso anormal de proteínas a la orina puede deberse a: El filtro glomerular aumenta la permeabilidad de proteínas de alto peso molecular como la albúmina. Es la causa más común de proteinuria. Los túbulos proximales se dañan de tal manera que las proteínas normalmente reabsorbidas (generalmente de bajo peso molecular) continúan pasando a través de la orina, lo que resulta en un marcado aumento de las proteínas plasmáticas circulantes. La filtración excede la capacidad de reabsorción de los túbulos proximales. Vanegas (2007)

La mayoría de los individuos con proteinuria carecen de indicaciones o síntomas identificables. En proteinuria severa (>3 g/24 horas), se puede mirar orina espumosa y logra detectar cierto grado de edema. La formación de espuma en la orina se debe a la presencia de lípidos que modifican la tensión superficial de la orina. Vanegas (2007).

La causa principal de la proteinuria es el daño al sistema de filtración de los riñones. Regularmente, dado que las proteínas son macromoléculas (moléculas grandes), no logran pasar a través de este filtro, pero cuando este filtro se daña, deja pasar las proteínas de la sangre, lo que resulta en un incremento de las proteínas de la sangre. Estos filtros, conocidos como glomérulos, pueden verse dañados por trastornos renales (glomerulonefritis) o enfermedades de otros órganos que repercuten en los riñones. La diabetes y el lupus son dos trastornos que pueden afectar a los riñones e inducir proteinuria. La causa más habitual de proteinuria durante el embarazo es la preeclampsia. Rivera (2011)

Conocer la cantidad de proteína que excreta un paciente en 24 horas es muy importante para orientar su diagnóstico y pronóstico. Cabe mencionar que la excreción de proteínas puede fluctuar según el ritmo circadiano. Vanegas (2007)

La medida cuantitativa de proteínas en orina de 24 horas es la muestra de oro para valorar una proteinuria. Se inicia recogiendo orina en una hora determinada, vaciando después la vejiga y recogiendo toda la orina posterior en el transcurso de 24 horas. La proteinuria superior a 150 mg por 24 horas se considera

patológica. Este análisis también puede utilizarse para calcular la cantidad de albúmina que una persona elimina en 24 horas. Vanegas (2007)

Existen varias formas de resolver o calcular la aparición de proteína en la orina: La "test strip" tiene la ventaja de ser un procedimiento barato y rápido, pero proporciona un elevado número de falsos positivos. Se trata de una técnica colorimétrica con resultados categóricos: negativo (0-10 mg/dL), traza (10-20 mg/dL), +(30 mg/dL), ++(100 mg/dL), +++(300 mg/dL) y ++++(1000 mg/dL). Es muy sensible a la albúmina, pero es incapaz de detectar proteínas diminutas como las macro y microglobulinas o las proteínas de Bence Jones. Escalante (2007)

Aquí hay otro método, cada vez menos utilizado, se basa en el ácido sulfosalicílico (SSA). Esta prueba cualitativa comparativa basada en la turbidez es más sensible a las concentraciones bajas de proteínas y puede identificar niveles tan bajos como 4 mg/dl. Venkat (2004)

En los últimos 5-7 años, el cociente proteinuria/creatinuria ha comenzado a utilizarse de forma más generalizada con el fin de cuantificar las mediciones de proteinuria en muestra aislada. Se ha mostrado una buena correlación con la orina de 24 horas. y es fácil de explicar: como ejemplo, la relación de $0,2 = 0,2$ g proteína/24 horas; Proporción $3,5 = 3,5$ gramos/24 horas La primera muestra de la mañana no se debe utilizar para esta proporción de proteinuria/creatinuria, ya que los cambios en la tasa de filtración renal debido a un sueño prolongado pueden dar resultados superiores a los reales. Rodby (1995)

La orina de 24 horas sigue siendo el patrón de referencia para medir la proteinuria. La primera orina de cada día se desecha, y la recogida de orina continúa hasta el día siguiente. La ventaja de recolectar orina durante 24 horas no es solo la capacidad de determinar la cantidad total de proteinuria, excepto asimismo la capacidad de reconocer qué proteínas se secretan para clasificar la proteinuria e identificar posibles mecanismos fisiopatológicos. Escalante (2007)

El embarazo es el intervalo entre la concepción y el nacimiento. En el útero, el bebé crece y se desarrolla durante este tiempo. La edad gestacional es la expresión utilizada para describir la progresión de un embarazo durante la

gestación. Se cuenta en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Los embarazos normales duran entre 38 y 42 semanas. Pérez (2018)

La preeclampsia es un síndrome que generalmente ocurre posteriormente de la semana 20 de embarazo y se diagnostica por presión arterial alta y proteinuria. Mora (2012)

La preeclampsia se clasifica en preeclampsia leve, preeclampsia grave y eclampsia. Una tensión arterial superior a 140/90 mm Hg, pero inferior a 160/110 mm Hg y la presencia de proteinuria indican la existencia de preeclampsia leve; y la preeclampsia severa tiene una presión arterial de al menos 160/110 mm Hg. La eclampsia se define como la presencia de temblores en una mujer embarazada con preeclampsia que no pueden atribuirse a ninguna otra causa. Guevara (2015)

Hay defecto en la placenta y una falla en la reorganización de la arteria espiral, lo que lleva a disfunción endotelial, vasoconstricción y liberación de factores tóxicos circulatorios con hiperemia. Este método provoca hipertensión arterial, daño glomerular con proteinuria, trombocitopenia, hemólisis, isquemia hepática, isquemia del sistema nervioso central y eclampsia con contracciones. Herrera (2018)

Siendo los factores de riesgo asociados a la preeclampsia son la edad materna, especialmente si es menor de 18 años o mayor de 35 años, primigesta, anemia y carencia, baja educación, concepciones múltiples, embarazo molar, mujeres con diabetes o eritema. Avena (2007)

Los criterios diagnósticos de preeclampsia incluyen: embarazo de más de 20 semanas de gestación, salvo casos de embarazo molar, presión arterial de 140/90 mmHg. Y proteinuria superior a 300 mg/dl en 24 horas. Herrera (2018)

Luego de realizado el diagnóstico de preeclampsia, es necesario evaluar rápidamente el estado de salud de la mujer embarazada y el feto. Es necesario hacer una evaluación clínica de la función neurológica, pulmonar y cardiovascular; en el mismo tiempo, debe realizarse una evaluación bioquímica y hematológica de las plaquetas, pruebas de la función renal (creatinina, urea y

ácido úrico) y pruebas de la función hepática (lactato deshidrogenasa y transaminasas). John (2007)

La cantidad normal de proteínas en la orina de una mujer no embarazada es de 150 mg en 24 horas. Proteinuria negativa durante el embarazo: ≤ 300 mg en orina de 24 horas. + 300 mg en orina de 24 horas, ++ 1-2 g/L en orina de 24 horas, +++ 2-3 g/L en orina de 24 horas, ++++ Más de 3 g/L en 24 horas de orina. Nápoles (2016)

Durante la gestación, la proteinuria se define como tener más de 300 mg de proteína en la orina de 24 horas. Se cree que la absorción puede ser insignificante, también se ha observado que la proteinuria se manifiesta de manera diferente a lo largo del día e incluso con ritmo circadiano en algunos pacientes. Es imprescindible saber que la proteinuria empeora durante el embarazo porque la tasa de filtración glomerular crece mientras que la tasa de reabsorción tubular reduce. Esto facilita que el organismo libere más proteínas. Nápoles (2016)

Las tiras reactivas también se utilizan como herramienta de diagnóstico, pero para que sean útiles se deben cumplir las siguientes condiciones: Verificar la gravedad específica de la orina, ya que se sabe que cuando la gravedad específica es <1010 y >1030 y el pH es >8 , logra haber fluctuación en el resultado. Se garantiza que cuando se logran trazas, los falsos positivos pueden llegar al 25% y cuando se representa con un +, se alcanza un 6% de falsos positivos; Si la puntuación es ++ o superior, se confirma el diagnóstico. En donde el procedimiento descrito, la punta de la tira reactiva se coloca en la orina durante alrededor de 30 segundos y el color obtenido por la tira reactiva se coteja con el color de referencia del vial en la etiqueta de color. 4.7 Ácido sulfosalicílico al 3%: siempre que se prueba para evaluar la presencia de proteinuria. Tome 1 ml de la orina del paciente, agregue 0,5 ml de ácido sulfosalicílico al 3%; Cuando se agita la mezcla, el color cambia. Claro significa que no hay proteinuria, turbio significa que hay proteinuria, y si se aglutina como la clara de huevo, significa que hay mucha proteinuria. Nápoles (2016)

La presencia de proteínas en la orina en el embarazo es normal y no siempre

significa que padezcas una enfermedad. La proteinuria en el embarazo se debe a que los vasos sanguíneos se hacen más pequeños y a cambios en la forma de los riñones. La proteinuria es frecuente en el embarazo, pero no siempre se produce. Cuando una mujer está embarazada se pierde más albúmina. Cuando una mujer está embarazada y tiene proteinuria, se considera que ésta es excesiva si pierde más de 3 gramos de proteínas en 24 horas o más de 5 microgramos sobre una sola muestra. El inicio de la proteinuria generalmente ocurre después del aumento de peso y cuando la presión arterial comienza a elevarse. Orizondo, González y Corrales (2009)

2. Justificación de la investigación

Las proteínas plasmáticas de bajo peso molecular normalmente se filtran a través de los glomérulos en forma libre y se reabsorben en los túbulos renales. Cuando se puede visualizar un incremento de proteínas en la orina, como durante el embarazo, el exceso de proteínas en la orina en mujeres embarazadas se denomina preeclampsia, que es un problema que puede causar presión arterial alta, retención de líquido puede en casos extremos conducir a la muerte perinatal en la madre.

En el aporte social optimar la atención en el servicio de forma más sistematizada al conocer el problema que tiene las pacientes gestantes se conseguiría evadir complicaciones, por medio de programas de prevención e impulsar a las embarazadas asistir a sus controles prenatales.

En el aporte científico ayudará en el tratamiento de la preeclampsia en gestantes con o sin criterios de gravedad.

En la práctica, se trata de impartir nuevos conocimientos y mejorar sistemáticamente la atención.

3. Problema

¿Cuál es la prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes atendidos en el Hospital Rezola - Cañete 2022?

4. Conceptuación y operacionalización de las variables

Definición conceptual de variable	Dimensiones (factores)	Indicadores	Tipo de Escala de medición
Variable independiente: Proteinuria Presencia de proteína en orina de 24 horas.	Volumen	- Adecuado - Insuficiente	Nominal
	Proteinuria	- >300mg/24horas - 150 mg/ 24 horas	Nominal
Variable dependiente: Gestante Periodo de desarrollo desde el momento de fecundación hasta el nacimiento.	Paridad	- Primigesta - Multípara	Nominal
	Edad gestacional	Semanas cumplidas	Nominal
	Edad Materna	Menor a 15 15 a 34 años 35 a más años	Nominal
	Vía de parto	Vaginal Cesárea	Nominal
Preeclampsia Corresponde a los resultados después de las 20 semanas de gestación	Leve Severa	Historia clínica	Nominal

5. Hipótesis

H₁: Existe prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes en el Hospital Rezola – Cañete 2022.

H₀: No existe prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes en el Hospital Rezola – Cañete 2022

6. Objetivos

Objetivo General:

- Determinar la prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes atendidos en el Hospital Rezola - Cañete 2022.

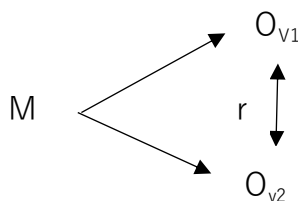
Objetivos Específicos:

- Caracterizar a las gestantes según edad gestacional, paridad, tipo de parto en el hospital Rezola - cañete 2022.
- Identificar la prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según grupo etario en el Hospital Rezola - Cañete 2022.
- Identificar la proteinuria en pacientes gestantes según preeclampsia en el Hospital Rezola - Cañete 2022.

METODOLOGÍA

1. Tipo y Diseño de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva, según Tamayo (2012), Es descriptivo porque nos habla de las personas estudiadas, retrospectivo porque los datos proceden de las historias clínicas de las personas estudiadas, y transversal porque los datos se recogieron en un momento determinado. según Hernández (2018), el diseño del estudio es descriptivo y se utilizó el siguiente esquema:



Donde:

M: Muestra

V1: Variable 1

V2: Variable 2

r: Coeficiente de relación

O: Observación de la variable

2. Población y Muestra

Población

La población estuvo constituida por pacientes gestantes que acudieron al Hospital Rezola - Cañete 2022 con diagnóstico presuntivo de preeclampsia.

Muestra

La muestra no probalística, ya que se eligieron para el estudio 100 pacientes gestantes que cumplían los criterios de exclusión e inclusión y para atenderse al Hospital Rezola-Cañete 2022.

➤ Criterio de inclusión:

- Mujeres gestantes con preeclampsia.

➤ Criterio de exclusión:

- Mujeres gestantes sin preeclampsia.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

Se solicitó permiso al Hospital Rezola-Cañete a través de una solicitud para realizar este estudio. Luego de otorgada la aprobación, se revisaron registro médico de mujeres embarazadas con diagnóstico confirmado o presuntivo de preeclampsia en base a los objetivos de la investigación y se proporcionó información de las historias clínicas de las unidades de estudio. A continuación, se reunía la información necesaria y se anotaba en un formulario ya confeccionado.

4. Procesamiento y análisis de la información

Todos los datos recogidos fueron introducidos a la aplicación Microsoft Excel y con el paquete estadístico SPSS versión 21. Para la obtención de los gráficos y tablas correspondientes.

RESULTADOS

Tabla 1

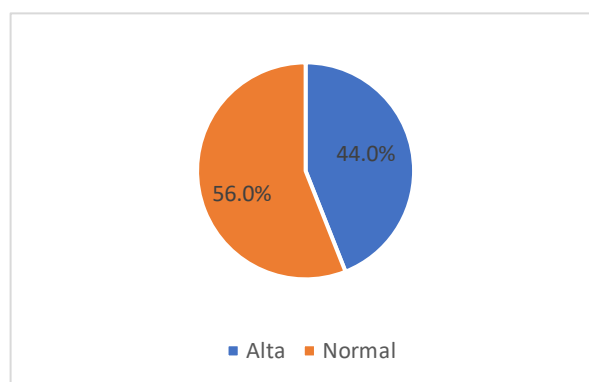
Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes en el Hospital Rezola - Cañete 2022.

	N	%
Alta	44	44.0%
Normal	56	56.0%
Total	100	100.0%

Fuente: Historia clínica – Ficha de recolección de datos

Gráfico 1

Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes en el Hospital Rezola - Cañete 2022



Fuente: Historia clínica – Ficha de recolección de datos

Interpretación

Según los datos recopilados sobre la prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes podemos apreciar que hay un 44 % de pacientes gestantes con proteinuria alta y un 56 % con proteinuria normal.

Entonces podemos deducir que las pacientes gestantes con preeclampsia están más propensas a tener proteinuria alta.

Tabla 2

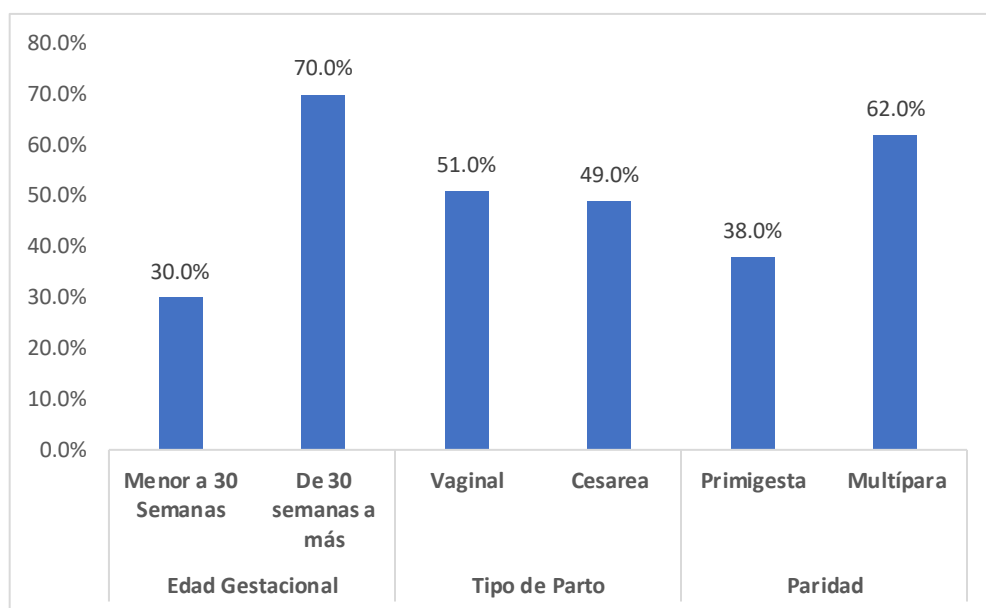
Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según edad gestacional, paridad, tipo de parto en el Hospital Rezola - Cañete 2022.

	Proteinuria					
	Alta		Normal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Edad Gestacional						
Menor a 30 Semanas	8	8.0%	22	22.0%	30	30.0%
De 30 semanas a más	36	36.0%	34	34.0%	70	70.0%
Tipo de Parto						
Vaginal	1	1.0%	50	50.0%	51	51.0%
Cesárea	43	43.0%	6	6.0%	49	49.0%
Paridad						
Primigesta	14	14.0%	24	24.0%	38	38.0%
Múltipara	30	30.0%	32	32.0%	62	62.0%
Total	44	44.0%	56	56.0%	100	100.0%

Fuente: Historia clínica – Ficha de recolección de datos

Gráfico 2

Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según edad gestacional, paridad, tipo de parto en el Hospital Rezola - Cañete 2022.



Fuente: Historia clínica – Ficha de recolección de datos

Interpretación

Según los datos recopilados sobre la prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según edad gestacional, paridad y tipo de parto se pudo observar que en pacientes gestantes según edad gestacional que en las gestantes menor a 30 semanas de embarazo un 8 % tiene un índice de proteinuria alta y un 22 % un índice de proteinuria normal. Mientras en las pacientes gestantes de 30 semanas a más de embarazo hay un índice de 36 % de pacientes gestantes con proteinuria alta y un 34 % con proteinuria normal.

Así mismo se pudo observar la prevalencia de proteinuria según tipo de parto, en lo cual el tipo de parto vaginal un 1 % de pacientes gestantes tiene proteinuria alta y un

50 % tiene proteinuria normal. El tipo de parto por cesárea un 43 % de pacientes gestantes tiene proteinuria alta y un 6 % de mujeres gestantes proteinuria normal.

Seguidamente se pudo apreciar la prevalencia de proteinuria según la paridad en los cual las pacientes primigesta hay un 14 % con proteinuria alta y un 24 % con proteinuria normal y en el caso de las pacientes gestantes múltipara hay un 30 % que tiene un índice de proteinuria alta y un 32 % con proteinuria normal.

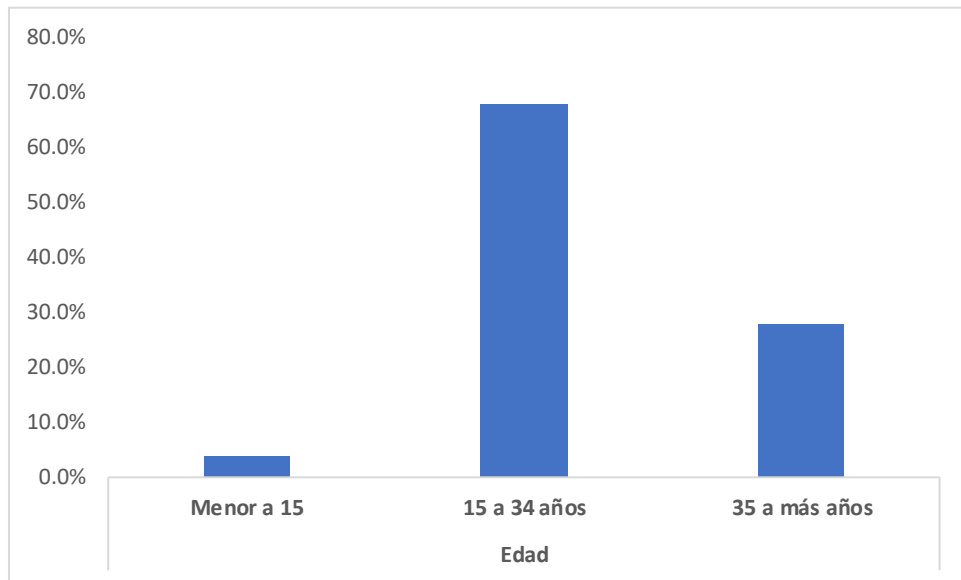
Tabla 3

Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según grupo etario en el Hospital Rezola - Cañete 2022.

	Proteinuria					
	Alta		Normal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Edad						
Menor a 15	0	0.0%	4	4.0%	4	4.0%
15 a 34 años	28	28.0%	40	40.0%	68	68.0%
35 a más años	16	16.0%	12	12.0%	28	28.0%
Total	44	44.0%	56	56.0%	100	100.0%

Fuente: Historia clínica – Ficha de recolección de datos

Gráfico 3
Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según grupo etario en el Hospital Rezola - Cañete 2022.



Fuente: Historia clínica – Ficha de recolección de datos

Interpretación

Mediante los datos obtenidos sobre la prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según edad se pudo observar que en las pacientes gestantes menores a 15 años hay un 0 % con proteinuria alta y un 4 % de pacientes gestantes con proteinuria normal.

Mientras que en pacientes gestantes de 15 a 34 años hay un 28 % con proteinuria alta y un 40 % con proteinuria normal.

Posteriormente en pacientes gestantes de 35 a más años hay un 16 % con proteinuria alta y un 12 % con proteinuria normal.

Tabla 4

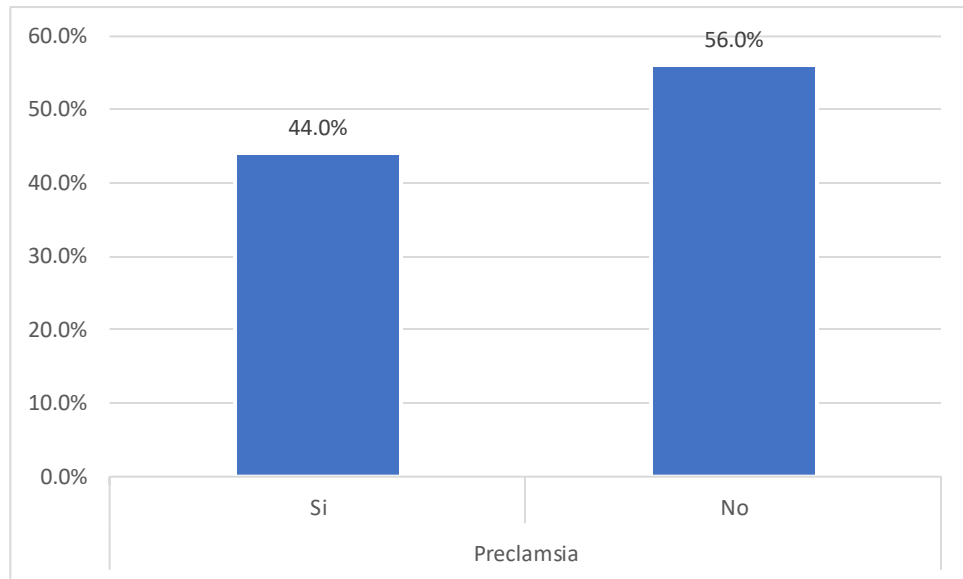
Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según preeclampsia en el Hospital Rezola - Cañete 2022.

	Proteinuria					
	Alta		Normal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Preclamsia						
Si	44	44.0%	0	0.0%	44	44.0%
No	0	0.0%	56	56.0%	56	56.0%
Total	44	44.0%	56	56.0%	100	100.0%

Fuente: Historia clínica – Ficha de recolección de datos

Gráfico 4

Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según preeclampsia en el Hospital Rezola - Cañete 2022.



Interpretación

Según los datos recopilado sobre la prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según preeclamsia podemos observar que en pacientes gestantes con preeclamsia hay un 44 % con proteinuria alta y un 0 % con proteinuria normal.

Mientras que en pacientes gestantes no tienen preeclamsia hay un 0 % con proteinuria alta y un 56 % de pacientes gestantes con proteinuria normal.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La proteinuria es necesaria para el diagnóstico de preeclampsia y también es un criterio para determinar la gravedad de la enfermedad. Según los resultados del procesamiento de datos del paciente:

En el presente este estudio se encontró que 44% de las embarazadas prevalencia de proteinuria. Mientras que Cueva (2018), la sensibilidad y especificidad del ácido sulfosalicílico en la detección de proteinuria en sospecha de preeclampsia fueron del 81% y 83%, respectivamente. Cuya (2017) logró una sensibilidad del 84,2% y una especificidad del 89,8%.

En cuanto a la edad gestacional, las gestantes menores de 30 semanas de gestación tienen un 80% de proteinuria alta y un 22 % índice de proteinuria normal. Mientras que en pacientes embarazadas de 30 semanas de gestación existe un índice del 34% con proteinuria normal, 36% con proteinuria alta. Por su parte, Benites (2017) corresponde al 43% de embarazos prematuros y al 143% de embarazos a término. En cambio, Sánchez (2016) encontró que la principal edad de gestacional fue de 37 semanas con un 75,7%.

Así mismo se pudo observar la prevalencia de proteinuria según tipo de parto, en lo cual el tipo de parto vaginal un 1 % de pacientes gestantes tiene proteinuria alta y un 50 % tiene proteinuria normal. El tipo de parto por cesárea un 6 % de mujeres gestantes proteinuria normal y un 43 % de pacientes gestantes tiene proteinuria alta. Por su parte Traferri (2021) La vía de parto fue cesárea un 68.5% de pacientes gestantes y parto vaginal un 31.5%.

Seguidamente se pudo apreciar la prevalencia de proteinuria según la paridad en los cual las pacientes primigesta hay un 14 % con proteinuria alta y un 24 % con proteinuria normal y en el caso de las pacientes gestantes multípara hay un 30 % que tiene un índice de proteinuria alta y un 32 % con proteinuria normal. Por otro lado,

Traferri (2021) el 91 % de pacientes gestantes eran primigestas, y un 10% multigestas.

Mediante los datos obtenidos sobre la prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según edad se pudo observar que en las pacientes gestantes menores a 15 años hay un 0 % con proteinuria alta y un 4 % de pacientes gestantes con proteinuria normal. Mientras que en pacientes gestantes de 15 a 34 años hay un 28 % con proteinuria alta y un 40 % con proteinuria normal. Posteriormente en pacientes gestantes de 35 a más años hay un 12 % con proteinuria normal y un 16 % con proteinuria alta. Mientras marrón (2016) es más común en mujeres embarazadas de 18 a 34 años un 76.7%. Por su parte Benites (2019) el 9 % corresponde a adolescentes 17 años y un 74 % corresponde a la edad materna adecuada y un 17 % al grupo materna avanzada. En cambio, Sánchez (2016) Predominaron las edades entre 20 y 35 años, con 59,5%.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

- Según la edad gestacional se presentó proteinuria alta en un 36.0% de las mujeres gestantes de 30 semanas a más de embarazo, y en menor cantidad en un 8.0% de las mujeres gestantes menor a 30 semanas de embarazo. En cuanto a la paridad, hay un 30% de las gestantes multíparas que tienen proteinuria alta; mientras que, en las gestantes primigestas hay un 14 % que tiene proteinuria alta; pero se observa que, en mujeres gestantes multípara, será mayor el riesgo de tener preeclampsia.
- El grupo mayor con proteinuria a 300mg/24horas lo conforman las pacientes gestantes de 15 a 34 años 28 %, de 35 a más años 16 % de lo cual se puede mostrar la edad más resaltante son las gestantes de 15 a 34 años y se pudo concluir que a más edad aumenta la probabilidad de tener preeclampsia.
- La prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes según preeclampsia hay un 44 % con proteinuria alta.

Recomendaciones:

- Impartir charlas a la población de mujeres fértiles sobre lo importante que es saber cuándo una mujer corre el riesgo de sufrir preeclampsia, ya que los extremos de la vida se consideran riesgos y pueden ayudar a prevenir problemas graves.
- Promover los controles prenatales y que sean tratables cuando son detectadas a tiempo.
- Llenar correctamente las historias clínicas de tal manera que favorezcan mejor resultado de esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benites, R. (2019). *Proteinuria en gestantes atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Chimbote 2019*. oai: repositorio.usanpedro.edu.pe: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/13116>
- Castro, E. (2017) *Determinación de proteinuria/creatinuria (pr/cr) en Pacientes con sospecha de preeclampsia y su relación Con proteinuria de 24 horas. Ecuador*<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25609/2/TESIS%20preeclampsia%20CORREGIDO.pdf>
- Cueva, S. (2018). *Ácido sulfosalicílico para detección de proteinuria en gestantes con sospechadepreeclampsiaHospitalBelénTrujillo*.Ai: repositorio.unfv.edu.pe: UNFV/2193<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2193>
- Craici IM, Wagner SJ, Bailey KR , Fitz-Gibbon PD, WoodWentz CM, et al. (2013) *Podocyturia predates proteinuria and clinical features of preeclampsia: longitudinal prospective study. Hypertension*. 2013 Jun;61(6):1289–96. doi: 10.1161/hypertensionaha.113.01115.
- Escalante, C., Zeledón F. y Ulate G. (2007). *Proteinuria, fisiología y fisiopatología aplicada*.CostaRica.Revistacielo.Recuperadode:<https://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v49n2/3452.pdf>
- Guevara, A., Verdesoto, A., y Castro M (2020) *Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción)*. Revista científica mundo de la investigación y conocimiento. Vol. 4núm.3Recuperadode:<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/80>

- Guevara R.; Meza S. (2015) *Manejo de la preeclampsia / eclampsia en el instituto Nacional materno perinatal* Rev. Perú Investing Matern Perinat 4(1)38
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe>
- García, A. y Elizalde, M. (2019). *Evaluación de proteinuria: índice proteína/creatinina, tira reactiva de orina y por recolección de orina de 24 horas en pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo*. Medigraphicliteraturabiomedica. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89248>
- Garovic VD, Wagner SJ, Petrovic LM, Gray CE, Hall P, Sugimoto H, Kalluri R, Grande JP(2007). *Glomerular expression of nephrin and synaptopodin, but not podocin, is decreased in kidney sections from women with preeclampsia*. Nephrol Dial Transplant. Apr; 22(4):1136–43.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2018). *Metodología de la investigación*. México. (6.a ed) Mc Graw -Hill-Interamericana. Recuperado de: <https://www.esup.edu.pe/wpcontent/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20BaptistaMetodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Herrera, Costa. (2018) *Preeclampsia*. Costa Rica. Revista Médica SinergiaVol.3 Num:3Marzo 2018 pp: 8 – 12ISSN:2215-4523 EISSN:2215-5279. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
- Heaton JM, Turner DR. (1985) *Persistent renal damage following preeclampsia: a renal biopsy study of 13 patients*. J Pathol. ; 147:121–6
- John Bernard. (2007) *El Laboratorio en el Diagnóstico clínico*. Marban Libros. S. L.

Mora, V. (2012) *Preeclampsia*. Costa Rica. Revista médica de costa rica y Centro américa lxxxix (602) 193-198. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art6.pdf>

Marrón, H. (2016) *Prevalencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Emergencia. Hospital de Ventanilla – 2014* <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/551>

Nápoles, D (2016) *Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia*. Artículo medisan vol.20 no.4 Santiago de Cuba. ¿Versión 1029-3019 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013

Orizondo, A; González A., y Corrales, G. (2009) *Proteinuria gestacional, nuevo término para un viejo problema*. Ciudad de la Habana. Rev. cubana Obstet Ginecol. 35n.2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000200009

Pérez, P. y María Merino. (2019) *Gestación*. Recuperado de: <https://definicion.de/gestacion/>

Rodby RA, Rohde RD, Sharon Z, Pohl MA, Bain RP, Lewis EJ. *La relación proteína en orina a creatinina como predictor de la excreción de proteína en orina de 24 horas en pacientes diabéticos tipo 1 con nefropatía*. El Grupo de Estudio Colaborativo. Am J Kidney Dis 1995; 26: 904-909

Rivera, H., Anaya, F., Romera., Rivera., y Vozmediano, P. (2011) *Síndromes Clínicos en Nefrología*. Nefrología clínica. Recuperado de: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-sindromes-clinicos-nefrologia-258>

Sánchez, R. (2016). *Eficacia del Test Acido Sulfosalicílico en la detección de proteinuria en Gestantes con preeclampsia en el Hospital de Apoyo Otuzco. 2010-2015.* <https://hdl.handle.net/20.500.12692/18839>

Traferri, A, Roggero M., Del Pozo A. y Orias M. (2021). *Valor del índice proteína/creatinina como marcador de proteinuria en el diagnóstico de preeclampsia.* <https://agris.fao.org/agrissearch/search.do?recordID=DJ20210677022>

Tamayo, T. (2012) *Tipo de Investigación.* Recuperado de: <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0035065/cap03.pdf>

Vanegas, A. y Arbeláez, G. (2007) *Proteinuria.* Colombia. Medigraphic Medicina & Laboratorio; 13: 327-344. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2007/myl077-8c>.

Venkat, K. *Proteinuria and microalbuminuria in adults: Significance, evaluation and treatment.* Southern Medical J. 2004; 97: 969 -978.

Zhao S, Gu X, Groomre LJ, Wang Y. *Decreased nephrin and GLEP-1, but increased VEGF, Flt-1, and nitrotyrosine, expressions in kidney tissue sections from women with preeclampsia.* Reprod Sci. 2009 oct;16(10):970–9. doi: 10.1177/19337191019338630.

ANEXOS

1. Instrumentos para recolección de la información.

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDAD SAN PEDRO</p> <p style="text-align: center;">FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMA DE ESTUDIOS DE TECNOLOGIA MEDICA</p> <p style="text-align: center;">ESPECIALIDAD LABORATORIO CLINICO Y ANATOMIA PATOLOGICA</p> <p style="text-align: center;">Responsable Bachiller: Fernández Gutiérrez Lissete Estefanny</p> <p style="text-align: center;">Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes atendidos en el Hospital Rezola - Cañete 2022</p> <p style="text-align: center;">Instrumento de Recolección de Datos</p> <p>Datos de identificación</p> <ul style="list-style-type: none">- Nombre y apellido:- N° de historia clínicas: <p>Características generales:</p> <ul style="list-style-type: none">- Edad:- Semana de gestación..... <p>Proteinuria de 24 horas:</p> <ul style="list-style-type: none">- Volumen de orina 24 horas:- Resultados:mg/24horas <p>Proteinuria: > 150mg/24 horas)</p> <p style="text-align: center;">Si No</p>

2.Documentación de trámites administrativos



CARTA DE RESPUESTA DE SOLICITUD

Es grato dirigirme a usted saludarla y hacerle llegar que:

De acuerdo a la solicitud presentado por la bachiller. **Fernández Gutiérrez Lisete Estefanny** de Tecnología Médica de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica de la Universidad San Pedro – Chimbote, quien solicitó el permiso para la recopilación de datos de **“Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes atendidos en el Hospital Rezola – Cañete 2022”**.

Se le otorga el permiso para la recolección de datos y para que pueda continuar con su investigación en nuestro centro de salud. Así mismo como jefe de área del laboratorio clínico del Hospital Rezola – Cañete, dándole las facilidades y apoyar para que continúe con su investigación.

Es propicia la oportunidad para manifestarle mi consideración y estima.

Atentamente;

Cañete, 20 de agosto del 2022.



Lic. T.M. Franco Marquina Luis César
Jefe del Dpto. de Patología Clínica
y Anatomía Patológica del Hospital

Lic. T.M. Luis César Franco Marquina
Jefe del Dpto. de Patología Clínica y Anatomía
Patológica del Hospital Rezola Cañete

3.Repositorio Institucional de la USP



REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ LISSETE ESTEFANNY		46428463	fergu_144@hotmail.com
Apellidos y Nombres		DNI	Correo Electrónico
2. Tipo de Documento de Investigación			
<input checked="" type="checkbox"/>	TESIS	Trabajo de Suficiencia Profesional	Trabajo Académico / Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional ¹			
<input type="checkbox"/>	Bachiller	<input checked="" type="checkbox"/>	Título Profesional
<input type="checkbox"/>	Título Segunda Especialidad	<input type="checkbox"/>	Maestría
<input type="checkbox"/>	Doctorado		
4. Título del Documento de Investigación			
Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes atendidos en el Hospital Rezola – Cañete 2022			
5. Programa Académico			
Tecnología Médica Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica			
6. Tipo de Acceso al Documento			
<input checked="" type="checkbox"/>	Abierto o Público * (info:eu-repo/semantics/openAccess)	<input type="checkbox"/>	Acceso restringido * (info:eu-repo/semantics/restrictedAccess) (*)
(*) En caso de restringido sustentar motivo			

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS ⁵

C. El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento. ⁶

Huella Digital			Lugar	Día	Mes	Año
			Chimbote	06	05	2023
		Firma				

Importante

- Según Resolución de Consejo Directivo N° 039-2016-SUNEDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2.
- Ley N° 30035: Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006-2015-PCM.
- Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.
- En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CONCYTEC-DEGC (Numerales 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
- Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
- Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales-RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

Nota - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley (Ley 27444, art. 32, n.ºm. 32.3).

4. Reporte de similitud


Prevalencia de proteinuria en pacientes gestantes atendidos en el Hospital Rezola - Cañete 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	publicaciones.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%
7	scielo.sld.cu Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad Privada San Pedro Trabajo del estudiante	1%
9	1library.co Fuente de Internet	



		1 %
10	docplayer.es Fuente de Internet	1 %
11	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	1 %
12	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	1 %
13	www.revista-portalesmedicos.com Fuente de Internet	1 %
14	Submitted to BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA Trabajo del estudiante	1 %
15	doaj.org Fuente de Internet	1 %
16	ricardoruizdeadana.blogspot.com Fuente de Internet	1 %
17	www.medigraphic.com Fuente de Internet	1 %
18	amitahealth.adam.com Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %



20	www.revhematologia.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
21	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1 %
22	bibliotecasdelecuador.com Fuente de Internet	<1 %
23	dspace.otalca.cl Fuente de Internet	<1 %
24	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
25	Submitted to Universidad Nacional Santiago Antunez de Mayolo Trabajo del estudiante	<1 %
26	repositorio.unesum.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
27	Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante	<1 %
28	fenixfundacion.org Fuente de Internet	<1 %
29	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
30	opinionestetica.com Fuente de Internet	<1 %
31	repositorio.ucp.edu.pe	

Fuente de Internet

<1 %

32 repositorio.unan.edu.ni
Fuente de Internet

<1 %

33 repositorio.unjfsc.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

34 repositorio.upt.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

35 creativecommons.org
Fuente de Internet

<1 %

36 repositorio.upao.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

37 dspace.unl.edu.ec
Fuente de Internet

<1 %

38 inba.info
Fuente de Internet

<1 %

39 lookformedical.com
Fuente de Internet

<1 %

40 repositorio.ucv.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

41 repositorio.uwiener.edu.pe
Fuente de Internet

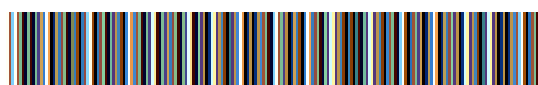
<1 %

42 spotidoc.com
Fuente de Internet

<1 %



43	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
44	dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
45	journals.sagepub.com Fuente de Internet	<1 %
46	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
47	repositorio.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
48	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
49	repositorio.uroosevelt.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
50	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %



Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 6 words

Excluir bibliografía

Activo

5. Base de datos

Fuente: Libro de registros del área de bioquímica del Dpto. de patología y laboratorio clínico del Hospital Rezola – Cañete 2022.

N°	Edad de la gestante	Semana de gestación	N° de embarazo	Tipo de parto	Preeclamsia	Proteinuria volumen	Valores de la proteinuria mg/24 horas
1	34	32	2	Cesárea	Sí	1500 ml	490
2	34	32	1	vaginal	No	750 ml	236
3	32	28	2	vaginal	No	1300 ml	129
4	25	27	1	cesárea	No	1300 ml	100
5	22	27	1	vaginal	No	1520 ml	196
6	32	31	3	cesárea	Sí	3300 ml	1140
7	25	29	1	vaginal	No	1800 ml	114
8	23	29	2	vaginal	No	1750 ml	136
9	25	31	1	cesárea	No	2000 ml	224
10	27	32	1	cesárea	Sí	1750 ml	306
11	42	32	4	cesárea	Sí	1500 ml	699
12	44	33	3	cesárea	Sí	3000 ml	435
13	26	28	1	vaginal	No	3000 ml	150
14	27	32	2	cesárea	Sí	2050 ml	558
15	28	28	1	vaginal	No	1750 ml	119
16	23	32	1	cesárea	Sí	2700 ml	328
17	36	33	3	cesárea	Sí	1800 ml	350
18	34	34	3	cesárea	Sí	2100 ml	346
19	19	32	1	vaginal	No	2300 ml	213
20	24	32	1	vaginal	No	2400 ml	216
21	29	29	2	vaginal	No	1100 ml	100
22	27	33	1	vaginal	Sí	1400 ml	1660
23	25	34	1	vaginal	No	1700 ml	246.5
24	25	29	2	vaginal	No	3000 ml	162
25	27	33	2	vaginal	No	1400 ml	210
26	30	30	2	vaginal	No	1400 ml	160
27	22	33	1	vaginal	No	2100 ml	282
28	19	29	1	vaginal	No	2200 ml	136
29	20	32	1	vaginal	No	1850 ml	257
30	33	28	2	vaginal	No	870 ml	138
31	33	31	2	Cesárea	Sí	2500 ml	395

32	34	27	2	vaginal	No	2100 ml	105
33	24	32	2	Cesárea	Sí	2950 ml	546
34	37	29	1	vaginal	No	1000 ml	104
35	20	29	1	Cesárea	No	1100 ml	173
36	24	33	1	Cesárea	Sí	1370 ml	779
37	25	22	1	cesárea	Sí	3600 ml	315
38	42	29	3	cesárea	No	2000 ml	121
39	40	28	3	vaginal	No	2600 ml	281
40	39	32	4	vaginal	No	1850 ml	270
41	35	31	3	cesárea	Sí	1500 ml	794
42	34	23	2	vaginal	No	1250 ml	106
43	27	25	1	vaginal	No	2800 ml	155
44	37	28	2	cesárea	Sí	3800 ml	611
45	32	25	3	vaginal	No	3000 ml	221
46	36	32	3	vaginal	No	2900 ml	145
47	37	34	2	cesárea	Sí	1480 ml	442
48	33	28	3	vaginal	No	1300 ml	180
49	21	28	1	vaginal	No	2100 ml	281
50	35	32	2	cesárea	Sí	1950 ml	1126
51	27	29	1	cesárea	Sí	1300 ml	1755
52	27	30	1	cesárea	Sí	3500 ml	392
53	30	32	3	cesárea	Sí	1600 ml	422
54	27	24	2	cesárea	Sí	2700 ml	779
55	27	25	1	cesárea	Sí	2310 ml	309
56	35	34	2	cesárea	Sí	1400 ml	389
57	36	34	3	vaginal	No	2200 ml	280
58	21	28	1	vaginal	No	2000 ml	248
59	21	32	1	Cesárea	Sí	2200 ml	325
60	37	35	2	Vaginal	No	1000 ml	115
61	40	36	4	cesárea	No	2400 ml	288
62	26	30	2	cesárea	Sí	2200 ml	640
63	26	36	2	vaginal	No	2400 ml	182
64	28	24	1	cesárea	Sí	1450 ml	460
65	31	32	2	cesárea	Sí	2400 ml	498
66	34	34	3	cesárea	Sí	1300 ml	704
67	30	36	2	vaginal	No	2100 ml	128
68	41	36	3	cesárea	Sí	2500 ml	2485
69	27	30	2	cesárea	Sí	1500 ml	792
70	35	34	2	cesárea	Sí	4100 ml	2690
71	29	36	1	cesárea	Sí	1800 ml	331
72	31	33	1	vaginal	No	1250 ml	145

73	28	36	1	vaginal	No	1600 ml	248
74	36	31	2	cesárea	Sí	2100 ml	321
75	34	32	3	vaginal	No	950 ml	112
76	29	28	2	cesárea	Sí	2900 ml	987
77	30	35	3	vaginal	No	1500 ml	175
78	35	35	2	cesárea	Sí	1950 ml	371
79	32	35	2	vaginal	No	1700 ml	120
80	37	28	2	cesárea	Sí	2950 ml	5250
81	35	35	3	vaginal	No	1500 ml	253
82	30	36	2	cesárea	Sí	2200 ml	5900
83	28	36	1	cesárea	Sí	3000 ml	351
84	24	36	1	cesárea	Sí	3500 ml	1260
85	27	32	1	natural	No	3000 ml	110
86	36	35	2	vaginal	No	2300 ml	176
87	28	36	1	cesárea	Sí	3000 ml	347
88	32	31	2	vaginal	No	1100 ml	185
89	35	32	2	vaginal	No	2400 ml	271
90	34	35	3	vaginal	No	1100 ml	173
91	31	36	3	vaginal	No	1200 ml	122
92	36	36	2	vaginal	No	3800 ml	186.2
93	37	36	2	cesárea	Sí	3200 ml	378
94	40	35	3	cesárea	Sí	2300 ml	378
95	38	35	3	cesárea	Sí	2500 ml	326
96	30	33	2	vaginal	No	1700 ml	129
97	21	35	1	vaginal	No	1800 ml	125
98	22	31	2	cesárea	No	2300 ml	240
99	25	36	1	vaginal	No	3300 ml	145
100	24	32	1	vaginal	No	1500 ml	245