



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Preeclampsia como factor de riesgo para parto prematuro

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Cueva Huamani, Jordan Andre (orcid.org/0000-0002-2022-2829)

ASESOR:

Dr. Malpartida Quispe, Federico Martin (orcid.org/0000-0003-4804-0178)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Apoyo a la reducción de brechas y carencias en la educación en todos sus niveles

TRUJILLO - PERÚ

2024



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MALPARTIDA QUISPE FEDERICO MARTIN, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Preeclampsia como factor de riesgo para parto prematuro", cuyo autor es CUEVA HUAMANI JORDAN ANDRE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 5%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 23 de Octubre del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MALPARTIDA QUISPE FEDERICO MARTIN DNI: 09957334 ORCID: 0000-0003-4804-0178	Firmado electrónicamente por: FMALPARTIDAQ el 26-10-2024 08:19:12

Código documento Trilce: TRI - 0885773





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, CUEVA HUAMANI JORDAN ANDRE estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Preeclampsia como factor de riesgo para parto prematuro", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
JORDAN ANDRE CUEVA HUAMANI DNI: 74751500 ORCID: 0000-0002-2022-2829	Firmado electrónicamente por: JOCUEVAH el 23-10- 2024 10:23:42

Código documento Trilce: TRI - 0885774



DEDICATORIA

Dedicado a mi madre y a aquellos que brindaron parte de su tiempo para orientarme y ayudarme a cumplir este objetivo, este pequeño logro se lo dedico a ustedes, muchas gracias.

AGRADECIMIENTO

A mis seres queridos por su apoyo incondicional y amor eterno. A mi novia Daniela por su gran soporte en este proceso.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	
Declaratoria de Autenticidad del Asesor.....	ii
Declaratorio de Originalidad del Autor.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice de contenidos.....	vi
Índice de tablas.....	vii
Índice de figuras.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODOLOGÍA.....	15
III. RESULTADOS.....	18
IV. DISCUSIÓN.....	21
V. CONCLUSIONES.....	23
VI. RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS.....	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de preeclampsia en gestantes en Hospital La Caleta Chimbote enero-diciembre del 2023.	18
Tabla 2.Frecuencia de parto prematuro en gestantes.	19
Tabla 3.Fuerza de asociación entre preeclampsia en gestantes y prematuridad.....	20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de preeclampsia en gestantes del Hospital La Caleta, Enero-Diciembre 2023.....	18
Figura 2. Frecuencia de parto prematuro en gestante del Hospital La caleta Enero-Diciembre 2023.....	19

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la preeclampsia es un factor de riesgo para parto prematuro.

Metodología: El tipo de investigación fue aplicada, analítica y retrospectiva, mientras que el escrutinio fue observacional, de situaciones, que contuvo un total de 900 gestantes, siendo 68 casos de preeclampsia y 832 sin preeclampsia (controles). El OR permitió una vinculación, estableciendo los factores que fueron factores independientes para la preeclampsia.

Resultados: la frecuencia de preeclampsia en gestantes fue de 8% (68) del total de casos en el servicio de estudio y sin preeclampsia de 92% (832). Se aprecia que de los 60 pacientes en estudio el 75% (45) corresponde a prematuros tardíos siendo el más representativo que corresponde de las 32 hasta las 37 semanas y el menor con 3% (2) que corresponde hasta la semana 28. La Preeclampsia y la prematuridad tuvieron una fuerza de asociación demostrada mediante el OR 3.52 IC 95% [1,72-7,21] ($p=0,0004$). La preeclampsia amplifica la probabilidad de alumbramiento anticipado en factor de 3, lo cual influyo significativamente en los datos estadísticos.

Conclusión: La preeclampsia es un factor de riesgo para parto prematuro.

Palabras clave: Preeclampsia, parto prematuro, factor de riesgo.

ABSTRACT

Objective: Determine if preeclampsia is a risk factor for premature birth.

Methodology: The type of research was applied, analytical and retrospective, while the scrutiny was observational, of situations, which contained a total of 900 pregnant women, being 68 cases of preeclampsia and 832 without preeclampsia (controls). The OR allowed a link, establishing the factors that were independent factors for preeclampsia.

Results: the frequency of preeclampsia in pregnant women was 8% (68) of the total cases in the study service and 92% (832) without preeclampsia. It is observed that of the 60 patients in the study, 75% (45) correspond to late preterm babies, the most representative being from 32 to 37 weeks and the lowest with 3% (2) corresponding to week 28. Preeclampsia and prematurity had a strength of association demonstrated by the OR 3.52 CI 95% [1.72-7.21] ($p = 0.0004$). Preeclampsia amplifies the probability of early delivery by a factor of 3, which significantly influenced the statistical data.

Conclusion: Preeclampsia is a risk factor for premature birth.

Keywords: Preeclampsia, premature birth, risk factor.

I. INTRODUCCIÓN

Parto prematuro se conoce a todo nacido vivo desde la semana 20 y previa a la 37. Actualmente los estudios que se realizan no encuentran una relación de los factores desencadenantes del parto pretérmino alrededor de 40%, se conoce un 60% que son evidencias, lo que permite realizar una investigación.¹

Anualmente se conoce que mueren alrededor de 130 millones de niños, de los cuales 15 millones son de parto prematuro, por lo tanto, es un problema sanitario, ya que los bebés prematuros sufren no solo de las complicaciones inmediatas de la prematuridad, sino también de las complicaciones, parálisis cerebral, deterioro intelectual, pérdida de visión y audición.¹

El estudio epidemiológico es muy importante ya que permite adaptar medidas preventivas para evitar complicaciones futuras. Cabe recalcar que hace muchos años se viene estudiando los probables determinantes de riesgo al principio del parto prematuro. Se menciona que la causa primaria es desconocida, se han descrito infinidad de factores que podrían desencadenarlo. Entre las razones más comúnmente mencionadas, se mencionan, preeclampsia, edad materna, antecedentes de partos prematuros previos, infecciones, embarazos múltiples, ablación placentaria, obesidad y condiciones de vida estresante, provoca que el parto ocurra antes de las 37 semanas y después de la semana 20 de embarazo.²

Existe un inicio temprano (antes de las 34 semanas) y una forma tardía (después de las 34 semanas de gestación). Al principio de las enfermedades muy raro que se presente la enfermedad, pero existe una tasa alta de casos reportados que indican que pueden complicar al desarrollo de los recién nacidos. En el inicio de la enfermedad se presenta una fase llamada placentación y acompañado del defecto de las AE que quedan con un lumen estrecho las cuales son muy importantes para entender la patología de aquella enfermedad, lo cual provoca disminución del aporte sanguíneo hacia la placenta, como también de elementos inflamatorios y factores proangiogénicos que conllevan a una respuesta endotelial desfavorable que aumenta el riesgo de padecer la enfermedad.

En el estadio más tardío, las vascularizaciones anómalas tienen más limitaciones y se reducen comparadas con la forma más temprana. Resultando, en complicaciones que afectan a los neonatos por ende tienen mayor riesgo de complicarse por el nacimiento precipitado.^{2,35}

La preeclampsia genera aumentos abruptos de patologías como: daño al hígado, congestión del pulmón, sangrado a nivel cerebral, DPP y muerte fetal. En el recién nacido, la disminución del aporte sanguíneo hacia la placenta genera RCIU y disminución del líquido amniótico. El peso de los RN es muy importante con respecto a madres con eclampsia cursan con menor peso en comparación con los RN de nacidos por parto precipitados. Al inicio de la patología, muy bajo con respecto al valor de las edades gestacionales. La tasa de muertes de los RN de madres con preeclampsia es de aproximadamente del 5% por ende tienen un poco de relación con respecto al valor a nivel internacional, en comparación a un 3% que se excluye por otras patologías no relacionadas con la HTA.

La preeclampsia tiene ciertas consecuencias muy negativas en el perfil social como psicológico de las mujeres. Las cuales se asocian con la gravedad con la preeclampsia grave. Nuevas indagaciones donde se observó independiente a las gestantes con diagnóstico la patología antes mencionada tiene un pronóstico negativo en relación a la salud cognitiva. En este sentido, dentro del grupo de RNP, el diagnóstico de preeclampsia grave es hasta ante de las 30 semanas tiene muy malas consecuencia que repercuten en la sociedad que el diagnóstico a las 30-34 semanas de gestación.

Aproximadamente en las últimas investigaciones de manera temporal se vio reflejada los diversos efectos psicológicos como por ejemplo alteraciones de la salud mental en aquellas gestantes que cursan con la semana 6 y 12 después de dar a luz y se menciona que presentaron un declive en el paso del tiempo; sin embargo, el impacto de la patología mencionada en el trabajo suele ser más duradero. En el caso de las mujeres con preeclampsia de inicio temprano y parto prematuro, se han registrado síntomas de estrés postraumático hasta 7 años después del embarazo. La marca psicosocial de la patología mencionada también

está muy apegada con los resultados del embarazo. Se presentan resultados negativos, como la muerte de los RN y el ingreso a UCIN, lo cual se presenta muy frecuente y golpea directamente al bienestar mental de las madres que esperan con muchas ansias el nacimiento de sus RN.^{2,46}

El nacimiento anticipado es una falla tanto nacional como mundial que afecta a la población en general y por ende el estado tiene una labor muy importante para corregir aquella problemática. Sin embargo, en la mayoría de los países de bajos ingresos, se hace poco hincapié en la intervención para prevenir la prematuridad como medio para reducir la mortalidad infantil. La magnitud y los posibles factores de riesgo de la prematuridad varían de una región a otra. Además, se indagó en un estudio donde se calculó el tamaño de muestra adecuado, técnica de muestreo y área de estudio multicéntrica) que los estudios anteriores no tuvieron en cuenta. Como resultado se dio a conocer un aporte positivo con respecto a las intervenciones de salud pública. Por otra parte, la prevalencia de parto prematuro es muy alta y con respecto a la incidencia este alrededor del 8-10%.

Como se sabe se debe pelear de forma precoz y acabar complementamente a la patología mencionada y es muy importante enfatizar de qué forma se relaciona el parto precipitado con los nacimientos precoces de los RN. El uso de momentos donde se involucra la PAM, IDPM y los niveles séricos maternos-placentarios generan un efecto muy negativo con respecto a la enfermedad ya mencionada. En última instancia, la evaluación de otros factores de riesgo maternos bien conocidos por preeclampsia prematura y a término puede mejorar aún más las tasas de detección al utilizar dichos algoritmos y puede permitir una mejor prevención de la preeclampsia mediante el uso de ácido acetilsalicílico profiláctico.^{2,34}

El síndrome materno de preeclampsia es provocado por una placenta disfuncional, que libera factores en la sangre materna que generan inflamación sistémica y disfunción endotelial. Se cree que el momento de aparición de la preeclampsia refleja una diferencia subyacente en la etiología.

Se sabe que existen criterios para diagnosticar con énfasis con respecto a los exámenes de laboratorio y la clínica que puede estar cursando en ese momento la

gestante lo cual la bibliografía menciona que aplicando una buena anamnesis y un buen pensamiento cognitivo se puede llegar a diagnosticar aquella patología. Un estudio retrospectivo reciente basado en la población determinó que clasificar la preeclampsia solo en el momento del parto puede subestimar la incidencia de preeclampsia de aparición temprana hasta en un 20%.^{2,23,24}

No se ha resuelto si la preeclampsia se puede clasificar según los síntomas. La preeclampsia generalmente presenta complicaciones como las convulsiones, accidente cerebrovascular hemorrágico, síndrome de enzimas hepáticas elevadas y plaquetas por debajo del valor normal, desprendimiento de placenta, etc. La patología ya mencionada, especialmente relacionada al parto precipitado, se enfatiza en la disminución del flujo sanguíneo hacia la placenta y una alteración en el circuito que influye en la placenta lo que genera un aumento de partos precipitados. Las afecciones en la resistencia y el flujo generan bloqueo en las células cardíacas y terminan por afectar el nacimiento y modificaciones de las AE. A pesar de esto, pocos estudios han investigado el impacto de la preeclampsia y la hipertensión gestacional en la estructura y función cardíacas de la descendencia.^{2,47}

En la actualidad, el número de estudios que informan sobre la estructura y función vascular y cardíaca en los hijos de embarazos preeclámpticos nacidos prematuramente con un grupo de comparación apropiado de individuos nacidos prematuramente a embarazos normotensos sigue siendo limitado. Ante lo expuesto, se tiene en mente que las personas que presenta parto precipitado y cursan con las patologías mencionadas tiene algo en común que en ambos se altera la irrigación de los tejidos por afectados de los vasos placentarios importantes, Se menciona mucho que las AE están muy relacionadas al inicio temprano de la patología mencionada cabe recalcar que los datos que se presentar en algunas referencias tiene más sentido con el trabajo actualmente mencionado. Además, algunos cambios adversos en los cambios estructurales y funcionales del VI y el VD también son distintivos en los hijos nacidos con preeclampsia e hipertensión gestacional, que también están presentes incluso en ausencia de prematuridad.^{2,45}

La preeclampsia presenta un curso complejo, y su causa exacta sigue sin estar clara. Hoy en día, se conoce que la integración de células del trofoblasto y modificación de las AE y AU durante la génesis de la placenta se relacionan en el principio de la patología mencionada. Ciertos autores plantean fases que se podrían inclinar por explicar cómo se produce aquella patología, iniciamos con: "dos etapas" para la aparición de la patología ya mencionada y han perfeccionado aún más el modelo de las "seis etapas". Se menciona que al complicarse aquella enfermedad puede traer consigo múltiples y generar un parto precipitado, por ende, se presenta al inicio y esto puede generar efectos nocivos de manera temprana y repercutir en la aparición de la preeclampsia, se debe mencionar que al afectarse la parto cognitiva de las gestantes se agrega factores condicionantes que aumentan más el riesgo de contraer aquella enfermedad. Se debe mencionar que es importante saber diferencias los condicionantes desencadenantes para la patología ya mencionada y saber diagnóstico, por ende, identificar a las pacientes y de esa forma evitar algunas complicaciones a un plazo largo. Se menciona que el pronóstico es muy variable debido a que la presentación de la patología es muy variable en todas las gestantes.^{3,17,25}

Los estudios adquiridos se engloban en el análisis de la HTAC como la preeclampsia, es muy difícil llegar a una conclusión debido a que cada uno afecta independiente a las estructuras ya conocidas. Las AE Y AU ya menciono en un apartado donde son las estructuras principales que si fallan se desencadena la patología mencionada. Se debe tener en cuenta que esta enfermedad es aún poco estudiada y por ende los datos obtenidos serán muy importantes con relación a la HTA y su progresión hacia una preeclampsia ya establecida. Por ende, hasta ahora no se sabe con exactitud la causa exacta de la patología estudiada y aun más tratar de entender cuáles son los factores causantes de la enfermedad. Este pequeño estudio se diseñó para comprender la relacionante gestante y el desarrollo temprano de la patología ya mencionada y explorar el comportamiento a largo plazo de las pacientes afectadas, así como la afectación directa en los resultados maternos y fetales, a fin de orientar mejor la detección de grupos de alto riesgo antes del embarazo y reducir la aparición de resultados maternos y fetales adversos.^{3,40}

Se menciona que el parto precipitado causa alteraciones en la genesis del RN, ya que por ser muy inmaduro no desarrolla por completo sus órganos y por ende no pueden sobrevivir al mundo externo que los rodeada y por lo tanto la tasa bruta de muerte tienda a ascender, entonces poco a poco se nota que la relación entre parto precipitado y la enfermedad ya mencionada se relacionan fuertemente. A pesar de que los determinantes de riesgos asociados son múltiples y por ende se asociaban al parto prematuro, es importante conocerlos para poder combatirlos de tal forma se podrá proponer estrategias de prevención con el fin de reducir su frecuencia.^{3,16}

El parto prematuro se sabe que es un enigma de seguridad pública en el mundo, especialmente por las secuelas que puede ocasionar sobre la madre, su hijo y cabe recalcar a la familia. La OMS plantea múltiples recomendaciones clínicas que pueden ayudar con la reducción de su incidencia, entre las que se consideran: administración de corticosteroides, sulfato de magnesio, tocolisis y profilaxis antibiótica, entre otros.⁴

La preeclampsia es una complicación frecuente durante el embarazo cursa con hipertensión grave que puede llegar a interrumpir la gestación se menciona que presenta una incidencia cerca del 2 al 10% con mayor ocurrencia en países emergentes.⁵ El ministerio de salud se encargó de investigar y recaudar datos tanto los trastornos hipertensivos y el parto prematuro son elementos que complicaran al bebe y provocaran este mismo.^{6,20}

A escala internacional esta cobra más del 26% de víctimas maternas, cabe recalcar que la cuarta parte de las gestantes están relacionadas con este tipo de complicaciones, la mayoría de las muertes pueden prevenirse de manera eficaz en la consulta por ende es importante mencionar que deben acudir a sus chequeos prenatales.^{7,30}

Durante los últimos meses se observó un aumento de los casos de parto prematuro asociado a preeclampsia con el consiguiente dilema para elegir el manejo adecuado, así como la falta de conocimiento sobre las posibles causas que condujeron a la gestante a su situación actual. Este estudio abarcó el periodo de 1 año (2023-2024), se buscó determinar la relación de preeclampsia de riesgos

vinculados con el alumbramiento prematuro con la finalidad de orientar a la gestante durante su embarazo.

Ante lo expuesto se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Será la preeclampsia un factor de riesgo para parto prematuro en gestantes?

La razón de ser de este estudio se enfocó en la frecuencia de preeclampsia en gestantes y su vínculo con el alumbramiento prematuro. Los resultados que se obtendrán, no solo servirán para obtener información importante sobre las gestantes con preeclampsia; sino que, permitirá fortalecer el seguimiento para evitar posibles complicaciones con relación a sus factores de riesgo.

Se podrá contribuir a la optimización de dichas estrategias preventivas como en el tratamiento definitivo de preeclampsia, evitando el incremento de parto prematuros. Además, se podrá reducir el factor de morbimortalidad de estos.

En nuestra nación, los estudios son escasos; por ello, se llevó a cabo este trabajo para establecer si la preeclampsia constituye un condicionante de peligro para el alumbramiento prematuro. El propósito general fue establecer la preeclampsia como un elemento de riesgo para nacimientos anticipados, con los siguientes objetivos específicos: cuantificar la prevalencia de preeclampsia en mujeres embarazadas, identificar la recurrencia de partos prematuros en gestantes, y determinar la magnitud del vínculo entre la preeclampsia en gestantes y la prematuridad. Como hipótesis se planteó: La preeclampsia es un elemento de amenaza para parto prematuro en gestantes.

Etil.¹, Este estudio examinó con qué frecuencia se presenta el parto prematuro (PTB) y sus determinantes relacionados dentro del contexto de los partos en LRRH realizados. Se realizó una investigación analítica transversal, empleando una metodología cuantitativa. La muestra utilizó datos secundarios obtenidos de un total de 590 datos clínicos, de alumbramientos ocurridos en el establecimiento entre abril de 2020 y julio de 2021, los datos recolectados se examinaron utilizando el programa STATA versión 17. Los autores concluyeron que la preeclampsia fue un predictor estadísticamente significativo de parto prematuro.

Edgar ², Este estudio buscó determinar factores materno-neonatales asociados a parto prematuro. Se realizó una indagación descriptiva, retrospectiva y transversal, con un diseño longitudinal orientado al análisis de 134 expedientes clínicos de pacientes admitidos en el centro obstétrico público. La totalidad de los datos se obtuvo de dichos registros clínicos, los cuales no fueron archivados en Excel. Los autores concluyeron que la ocurrencia de preeclampsia estaba representada por un 34% de las embarazadas.

Al ³, este estudio buscó identificar factores maternos vinculados al alumbramiento prematuro, Este escrutinio de marcos no emparejados se ejecutó en cuatro hospitales de maternidad en Mogadiscio, Somalia, Se utilizaron tabulaciones cruzadas y regresión logística binaria para analizar los datos; un valor p de 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Los autores concluyeron que: complicaciones obstétricas, antecedentes de alumbramientos extemporáneos y la toxemia gestacional ejercen una repercusión sucesiva en los índices de natalidad adelantada.

An⁴ Este estudio buscó investigar el aumento de presión arterial gestacional y preeclampsia en el parto prematuro. Se ejecutó una investigación de cohorte prospectivo donde se investigó los impactos de la hipertensión gestacional y preeclampsia en el parto prematuro. Se utilizó el ensayo t de Student para contrastar las variables numéricas, y el test χ^2 fue implementado para examinar las variables cualitativas. Los autores concluyeron que la preeclampsia se asocia fuertemente al parto prematuro.

Azizi ⁵ Esta indagación tuvo como meta discernir una correspondencia entre los elementos maternos y el alumbramiento anticipado. Se llevó a cabo una pesquisa retrospectiva, abarcando un lapso de rastreo comprendido entre los años 2015 y 2021, basado en un protocolo de revisión bibliográfica que incluyó una revisión bibliográfica de artículos científicos de revistas indexadas. Los autores concluyeron que: La preeclampsia tiene una intensidad baja con respecto al riesgo de parto prematuro.

Padhan ⁶ Esta indagación procuró discernir los condicionantes peligrosos de la preeclampsia. Se llevó a cabo una pesquisa de comparativa entre episodios y contrapartes, en la cual se integraron un centenar de episodios con preeclampsia y otro centenar sin dicho trastorno. Los datos se acoplaron mediante un formulario preconfigurado y se desmenuzaron empleando el software IBM SPSS Statistics para entornos Windows, iteración 26. Los eruditos concluyeron que la preeclampsia constituye un elemento catalizador directo del alumbramiento adelantado.

Dahman ⁷ Esta exploración pretendió dilucidar los agentes de riesgo más prevalentes del alumbramiento anticipado. Se ejecutó una indagación retrospectiva de situaciones y equivalentes, en la cual se inscribieron un centenar de féminas con parto precoz como ejemplos y 400 mujeres con parto a término como grupo control y se analizaron utilizando IBM SPSS versión 24. Los autores concluyeron que la preeclampsia está relacionada como determinante de riesgo predisponente para parto prematuro.

Murguia ⁸ Este estudio buscó evaluar los factores maternos vinculados al parto prematuro. Se ejecutó un estudio analítico, observacional, retrospectivo, donde se incluyeron 60 casos y 120 controles, La data se acopio utilizando un formulario prediseñado y se analizaron utilizando IBM SPSS Statistics para Windows, versión 24. Los autores concluyeron que: la preeclampsia se asocia fuertemente en relación al parto prematuro.

Enzo ⁹. Esta pesquisa aspiró a desentrañar los componentes sociodemográficos y mórbidos en el alumbramiento extemporáneo. Se realizó una indagación de tipo comparativo entre eventos y contrapartes, abarcando 67 expedientes clínicos de gestantes y 137 sujetos de control. Se aplicó un escrutinio de regresión logística bifactorial, junto con un análisis de cuadrado de Chi, empleando una significación de 0,05. Los indagadores arribaron a la conclusión de que la preeclampsia ostenta un peso estadístico del 95% como elemento predisponente para el nacimiento prematuro.

Huarcaya ¹⁰. Fueron escrutados los factores de riesgo en correlación con el alumbramiento intempestivo en féminas jóvenes a través de un artículo no

experimental, sistemático y retrospectivo, que abarcó a 32 progenitoras con parto anticipado. La información fue recabada de historiales clínicos utilizando un formulario de acopio de datos. Asimismo, se efectuó un análisis numérico para calcular frecuencias y parámetros de dispersión, tales como el cuadrado de Chi y el cálculo de la Razón de Momios (OR), con un umbral de significancia del 95% ($p < 0,05$). Se concluyó que la preeclampsia acrecienta la probabilidad de parto extemporáneo.

La OMS caracterizó el alumbramiento anticipado como cualquier retoño que emerge antes de completar las 37 semanas de gravidez.¹⁰

Se clasifican en:

- Prematuros extremos (hasta 28 sem. no completas).^{10,26,27}
- Muy prematuros (28 sem. enteras a 32 sem.).^{10,26,27}
- PMT (32 sem. no completas a las 37 no completas).^{10,26,27}

Los últimos estudios indicaron que la prematuridad extrema se atribuye principalmente a infecciones, mientras que los determinantes de formas de vivencia explican la prematuridad leve. Además, una mezcla de ambos tipos de contextos contribuye al parto muy prematuro. En continente africano, asiático y latinoamericano, cabe recalcar que los nacidos hasta 28 semanas incompletas el 90% fallecen dentro de las primeras horas de vida, en contraste con menos del 10% en países industrializados. Esta disparidad se atribuye probablemente a la disponibilidad de cuidados neonatales superiores en los países desarrollados.^{14,28}

Fisiológicamente, la prematuridad es un fenómeno complejo y aún poco entendido. Se relaciona con varios factores entre ellos la falta de oxígeno en la placenta, modificaciones en el cuello uterino, hemorragias, estrés, infecciones y procesos inflamatorios. Durante el embarazo, los tejidos se modifican, el cuello uterino madura y se activan la envoltura amniótica y la placenta, lo que puede aumentar la actividad contráctil del útero de un estado de reposo a uno activo al comenzar el parto. Asimismo, la presencia de sustancias antiangiogénicas en el entorno materno

de la preeclampsia puede suprimir el desarrollo de la angiogénesis y generar mayor riesgo de prematuridad en el bebé.⁴⁵

La preeclampsia es una complicación hipertensiva más común durante la gestación, con graves repercusiones sistémicas. Según las directrices (ACOG), se diagnostica dicha patología cuando la PAS = > a 140 mmHg y/o diastólica es equivalente o superior a 90 mmHg después de las 20 semanas de gravidez en una fémina con presión arterial dentro de los parámetros normales. Esto debe ir acompañado de proteinuria de al menos 300 mg en una prueba de orina de 24 horas, o disfunción en órganos tanto maternos como fetales, así como signos de gravedad como dolor en el cuadrante superior del abdomen. La patogénesis de la preeclampsia es muy tediosa, y aunque se han propuesto varias teorías, la más cercana está relacionada a alteraciones en la placentación. La placenta es fundamental en la preeclampsia: la preeclampsia se detecta solo cuando hay o ha habido placenta recientemente. La función de la placenta fuerte depende de la bifurcación y angiogénesis espaciosa de las vellosidades placentaria durante la etapa de la gestación, y la placenta vieja se forma en gran parte hacia el final del primer trimestre.

El embarazo se crea tras la implantación del espermatozoide al ovulo y se implanta en el endometrio. Aquella estructura mencionada se prepara para recibir el producto. Después de la implantación, la placenta se forma a partir de linajes extraembrionarios en el blastocisto: las células del trofotodermo se diferencian en citotrofoblastos progenitores de las vellosidades , que se fusionan para formar el sincitiotrofoblasto o se diferencian en trofoblastos extravellosos invasivos , y el mesodermo extraembrionario se diferencia en tejido estromal central de las vellosidades y vasos sanguíneos.

La lanosidad placentaria presenta dos capas de trofoblasto: el sincitiotrofoblasto multinucleado, que bordea la placenta y está en empalme inmediato con la sangre materna, y el citotrofoblasto, que formó el trofoblasto extravelloso y galga la lanosidad placentaria a la decidua materna a través de pilastras celulares. Los trofoblastos extravellosos entran desde las pilastras celulares hasta el tercio superior del miometrio desde tan pronto como 14 días después de la

implantación hasta las 18 semanas de gestación, cuando la placentación se completa en gran medida .

Los trofoblastos extravelosos liberan factores para mejorar la decidualización, de esta forma se crea el tejido decidual semipermanente que se conserva alrededor de la totalidad del embarazo. Las vellosidades placentarias bañadas en sangre materna facilitan todo el intercambio de nutrientes y gases necesarios para sustentar al feto durante el embarazo. Los vasos sanguíneos que se encuentran en el núcleo de las vellosidades pueden llevar nutrientes y gases que van y regresan del feto a través de los vasos umbilicales. En los primeros tres meses, las arterias espirales del útero tienen ciertas remodelaciones creando vasos de calibre aumentado, flujo incrementado y baja resistencia para una perfusión de la placenta en las finales etapas del embarazo.

La remodelación se inicia mediante las células inmunes innatas que residen en el útero, incluyendo las células NK uterinas y las células T reguladoras (T_{reg}), que originan la disminución de células musculares lisas vasculares que envuelven las arterias espirales y normalizan la incursión del trofoblasto extraveloso por medio de la decidua que secreta factores de crecimiento de angiogénesis y citocinas . Los trofoblastos extravelosos endovasculares entran las arterias, sustituyendo las células endoteliales vasculares y atrancando transitoriamente las arterias maternas, cercando el flujo sanguíneo a la placenta en progreso y transportando al desarrollo del embrión en situaciones de bajo oxígeno. Alrededor de las 10-12 semanas de gestación, los tapones endovasculares del trofoblasto se desprenden, lo que permite que volúmenes cada vez mayores de sangre materna perfundan el espacio intervelloso y, de este modo, aumenten la oxigenación fetoplacentaria.^{45,46}

Por otra parte, es una condición importante, común y grave durante el embarazo la cual está vinculada a varias complicaciones durante la semana 29 hasta la 40 de gestación, como un mayor riesgo de parto prematuro (PP). Los bebés prematuros tienen una mayor vulnerabilidad clínica y enfrentan un riesgo significativo de morbilidad y mortalidad, lo que subraya la importancia de identificar factores asociados con la prematuridad durante el cuidado prenatal.^{15,32}

Se cree que el endotelio materno es un objetivo importante de los factores liberados por la placenta que se supone que impulsan la preeclampsia. La disfunción endotelial generalizada podría sustentar el daño orgánico sistémico en mujeres con preeclampsia. El endotelio interviene la tonicidad del músculo liso y la elaboración y liberación de factores vasoconstrictores y vasodilatadores (incluido el óxido nítrico), asimismo de organizar las funciones anticoagulantes, antiplaquetarias y de fibrinólisis. La alteración endotelial puede condicionar la disminución del flujo sanguíneo a porciones como el corazón y el riñón y a una reducción del desagüe sanguíneo venoso y la congestión venosa agrupada. Esto contribuye a la disfunción orgánica y puede inducir el apocamiento refleja de las arterias. En conjunto, se plantea la hipótesis de que la disfunción endotelial impulsada por los factores liberados por la placenta inicia e impulsa la hipertensión en la preeclampsia.

Los hallazgos de las ecografías Doppler con alteraciones de la AU (flujo sanguíneo de los vasos) son más comunes en la preeclampsia de inicio precoz que en la de inicio tardío, lo que confirma la alta impedancia del flujo sanguíneo coligada con la falla de la remodelación fisiológica de las AE y la consecuente mala perfusión placentaria, disminución de aporte de oxígeno a los tejidos y lesiones por reperusión en la preeclampsia de inicio temprano.

Por ende, la patología antes mencionada, de inicio pausado a menudo está concerniente con la mengua de las células endoteliales maternas y se cree que está influenciado por situaciones maternas precursoras que podrían afectar la rectitud endotelial. Sin embargo, se cree que los enfoques de noviciado automático que utilizan datos bioquímicos recuperados de registros médicos electrónicos de 11 006 mujeres de entre 14 y 17 a 34 semanas de gestación predicen la preeclampsia de aparición tardía a principios del segundo trimestre, lo que sugiere que el deterioro vascular placentario al comienzo del embarazo también ocurre en la preeclampsia de aparición tardía.

Existen preguntas que hasta el momento no se pueden responder y crea la incógnita sobre varias preguntas y saber de qué forma se puede vencer a aquella patología iniciando desde la prevención primaria y secundaria, en particular la patología

mencionada, pero de inicio prolongado. Un inconveniente detectar a tiempo la alteración en la placenta y muchas veces diagnosticarlo antes de tiempo es muy difícil, por ende, plantear estrategias de afrontamiento se torna un desafío. Los marcadores moleculares son una gran brecha para el diagnóstico actual, hasta la fecha no se encuentra la causa exacta que pueda explicar cómo se genera la patología antes mencionada.

Una consideración importante es que los subtipos de preeclampsia, en particular la preeclampsia prematura y la preeclampsia a término, probablemente tengan una fisiopatología diferente, pero muchas investigaciones no distinguen entre los dos subtipos. De hecho, aún está por demostrar experimentalmente si el desarrollo y la función anormales de la placenta impulsan la preeclampsia a término. La indagación de pruebas de laboratorio de la placenta a través de CVS o secundariamente mediante BL, como micropartículas, ARNE no codificante y ADN exento de células, en la sangre materna. Pueden generar un rastro de la mala función de la placenta que ocurre en la patología mencionada, pero en estadios un poco avanzados.

Se requiere nuevos avances con respecto a la investigación, para avanzar sustancialmente en el conocimiento sobre la patogénesis y su efecto directo en el parto prematuro.

El aumento de la presión que ejerce la sangre en las paredes de las arterias genera aumento de la PA en aquellas pacientes que cursan con el problema de preeclampsia. A pesar de ser un factor desencadenante que se puede cambiar, la hipertensión sigue siendo una de las causas primarias de muerte en mujeres de la edad moderna. La preeclampsia suele estar estrechamente asociada con factores de, pero lamentablemente afecta a todos los grupos de edad y es un contribuyente importante a la carga de enfermedad a lo largo de la vida. Se sabe que la aparición de hipertensión durante una edad más temprana conduce a una mayor incidencia de preeclampsia, así como a una mortalidad acumulada general.

II. METODOLOGÍA

El tipo de investigación es aplicada, analítica y retrospectiva, mientras que el diseño es observacional, de casos y controles.

La presente investigación contó con dos variables: la variable independiente fue preeclampsia y la variable dependiente fue parto prematuro.

La variable dependiente se define operativamente como una categoría cualitativa nominal dicotómica (CND), determinada mediante el registro en la historia clínica del parto a través de la Fecha de Última Regla (FUR) o exploración clínica mediante el test de Capurro. Este registro sirve como guía para determinar la presencia o ausencia del diagnóstico de prematuridad.¹⁹

Por otro lado, la VI se conceptualiza funcional como una categoría CND, evaluada mediante el registro en la historia clínica que indica si el embarazo estuvo o no afectado por Preeclampsia, según la indagación de las HC ginecológica. La presencia o ausencia de este diagnóstico se utiliza como indicador para clasificar esta variable.¹⁹

La cohorte estuvo compuesta por expedientes médicos de gestantes asistidas en un nosocomio público, situado en Chimbote, durante el lapso que abarcó de enero de 2023 a diciembre de 2023. Los parámetros de inclusión para los episodios considerados fueron: información íntegra de las gestantes; edad gestacional entre 28 y 37 semanas; gestantes con diagnóstico de preeclampsia y sin diagnóstico de síndrome nefrótico. En cuanto a los controles, los criterios incluyeron: datos completos de los historiales clínicos; gestantes sin diagnóstico de preeclampsia y sin diagnóstico de síndrome nefrótico.

Entre los parámetros de exclusión se contemplaron: gestantes que no se ajustaran a la edad gestacional especificada; gestantes con presión arterial dentro de los rangos habituales, y aquellas con diagnóstico de síndrome nefrótico.

No se realizó muestra para este estudio ya que se tomó la totalidad de los casos reportados en el periodo de enero- diciembre del 2023, la cantidad de casos fue 68

y 832 controles, estos serán los datos para conocer la existencia de la relación entre preeclampsia y parto prematuro.

Respecto al muestreo fue aleatorio simple, escogiendo las historias clínicas requeridas y se descartaron las que no contenían los registros precisados en el instrumento elaborado para tal fin.

Las entidades examinadas fueron los expedientes médicos de preñadas que satisfacen los parámetros de admisión y rechazo estipulados.

La gestación de la iniciativa se ejecutó subsecuentemente a la adquisición del beneplácito por parte de la potestad pertinente de la institución académica. De igual manera, se solicitó anuencia a la jefatura del nosocomio para indagar en los archivos y prontuarios escogidos del departamento de ginecología, abarcando el lapso de enero a diciembre del 2023.

Con el propósito de delimitar los especímenes y los contrastes, se confeccionó como artilugio una cédula para la acopio y catalogación de los pormenores de los expedientes médicos. Dicha cédula contenía particularidades generales de las preñadas conforme a los fines del análisis (semanas de gravidez, cronología del neonato, magnitud de la tensión arterial, género del infante, manifestaciones conexas); así como los demarcadores de espécimen y contraste según correspondiera.

La cédula de acopio de pormenores fue ratificada a través del veredicto de tres galenos expertos en ginecología, quienes escrutarán el artilugio para juzgar su idoneidad, logrando así extraer desenlaces fidedignos.

En lo que concierne al procedimiento, se emitió una misiva al Superior de la Sección de Epidemiología del Sanatorio La Caleta con el objeto de conseguir la venia correspondiente para la ejecución de la iniciativa y la obtención de los expedientes médicos de los mencionados servicios con el diagnóstico de preeclampsia bajo los códigos O140, O141, O149 conforme al CIE-10, categorizándolos como especímenes; y aquellos carentes del diagnóstico, como contrastes.

Subsecuentemente, mediante el método de muestreo estocástico, azaroso elemental, se seleccionaron los prontuarios clínicos imprescindibles y se desecharon aquellos que carecían de los detalles requeridos en la cédula de acopio de pormenores previamente elaborada para dicho propósito.

Los pormenores fueron escrutados a través del volcado en las cédulas de acopio y transferidos a un aparato de manejo de información, Excel versión 2021, donde se integraron. Se discernió la correlación entre la incidencia de preeclampsia como factor de riesgo para alumbramiento anticipado, empleándose el ensayo no paramétrico para una sola muestra. El estadístico chi cuadrado fue aplicado con un umbral de significancia de 0,05; y, para cuantificar la magnitud de la asociación, se calculó la razón de probabilidades (OR) con un intervalo de certidumbre del 95%.

En cualquier investigación que involucre a seres humanos como muestra de estudio, es esencial adherirse a principios éticos que cuiden los derechos y la seguridad de los individuos de todas las edades. Por lo tanto, se considerarán los siguientes aspectos éticos:

La confidencialidad garantizó la defensa de data de los participantes, las cuales no se hicieron públicos en ninguna fase de la investigación.

Relevancia, los objetivos establecidos en el estudio se cumplieron adecuadamente y si la investigación contribuirá a enriquecer el conocimiento del público objetivo.

Respeto, durante el desarrollo del proyecto, se siguieron respetuosamente las normativas de la Universidad César Vallejo y se empleó correctamente las Normas Vancouver para la presentación de los contenidos.

Estos principios son fundamentales pues aseguraron la integridad y la calidad ética de la investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Prevalencia de preeclampsia en gestantes en Hospital La Caleta Chimbote enero-diciembre del 2023.

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Con preeclampsia	68	68	8%	8%
Sin preeclampsia	832	900	92%	100%
Total	900		100%	

Fuente: Historias clínicas de gestantes del Hospital La Caleta - Chimbote, enero-diciembre 2023

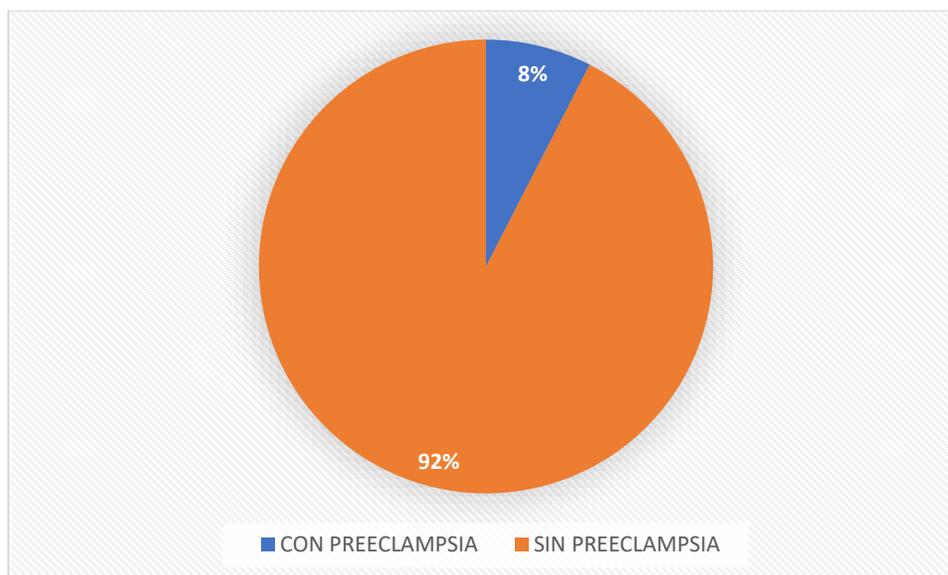


Figura 1. Prevalencia de preeclampsia en gestantes del Hospital La Caleta, Enero-Diciembre 2023

Fuente: Historias clínicas de gestantes del Hospital La Caleta - Chimbote, enero-diciembre 2023

Resultado N°1: Las gestantes con preeclampsia se presentaron en un 8% (68) del total de casos en el servicio de estudio y aquellas sin preeclampsia representaron un 92% (832) del total.

Tabla 2. Frecuencia de parto prematuro en gestantes.

	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Prematuros extremos	2	2	3%	3%
Muy prematuros	13	15	22%	25%
Prematuros tardíos	45	60	75%	100%
Total	60		100%	

Fuente: Historias clínicas de gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Enero-Diciembre 2023.

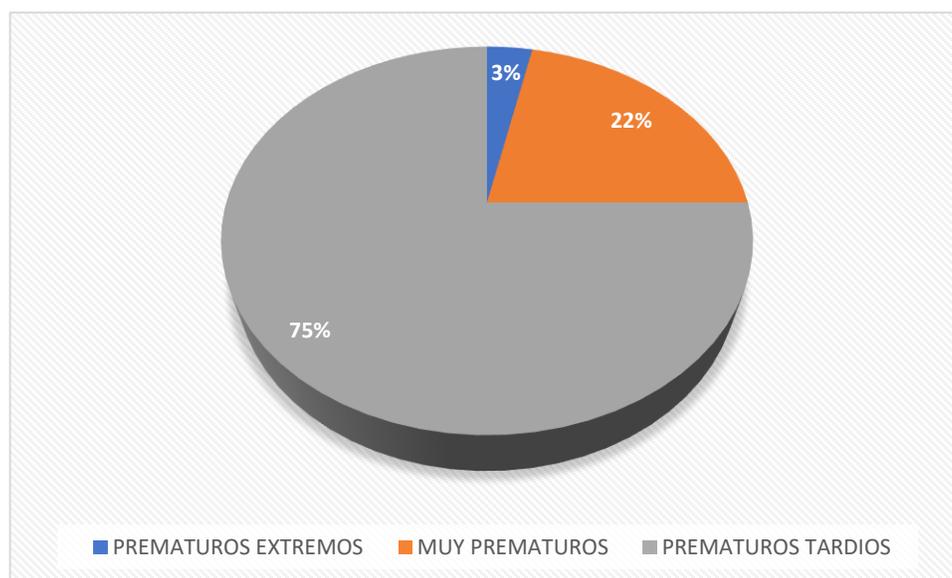


Figura 2. Frecuencia de parto prematuro en gestante del Hospital La caleta Enero-Diciembre 2023

Fuente: Historias clínicas de gestantes del Hospital La Caleta - Chimbote, enero-diciembre 2023

Resultado N°2: Las gestantes que cursaron con parto prematuro tardío fue del 75% (45) siendo el más representativo que corresponde de las 32 semanas hasta las 37 semanas, en segundo lugar, las gestantes con parto muy prematuro fueron de un 22% (13) y el menor que pertenece a gestantes con parto prematuro extremo con un 3% (2) que corresponde hasta la semana 28.

Tabla 3. Fuerza de asociación entre preeclampsia en gestantes y Parto prematuro

Parto prematuro	Preeclampsia	
	CON	SIN
Si	59	541
No	9	291
Total	68	832
	p=	0.0004
	OR=	3.52
	IC=95%	1.72- 7.21

Fuente: Historias clínicas de gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Enero-diciembre 2023.

Resultado N°3: La intensidad de la vinculación entre la preeclampsia y el alumbramiento prematuro se evidenció con un OR de 3,52 IC 95% [1,72-7,21] ($p=0,0004$), indicando que la preeclampsia triplica la probabilidad de un parto anticipado, siendo esta correlación estadísticamente significativa. En consecuencia, se concluye que la preeclampsia constituye un factor determinante para el alumbramiento prematuro.

IV. DISCUSIÓN

El presente trabajo tuvo como propósito precisar si la preeclampsia es un factor de amenaza para parto prematuro en gestantes del Hospital La Caleta de Chimbote con la finalidad de entender mejor aquella eventualidad. Luego del diagnóstico de esta patología, las opciones de manejo son muy limitadas y muchas veces se debe culminar la gestación si se llega a cumplir los criterios que indican culminar la gestación mediante el procedimiento quirúrgico que es la cesárea, por esta razón en los últimos años se enfatiza mucho en la prevención. Pese a las diversas indagaciones realizadas sobre el tema, ninguna estrategia demostró prevenir su progresión de la enfermedad que muchas veces es silenciosa y, por lo tanto, la culminación del embarazo es el único tratamiento curativo.

En primer lugar, con respecto a la frecuencia de preeclampsia en gestantes corresponde a un 8%, lo cual se relaciona con investigaciones anteriores que identificaron a la preeclampsia como una complicación frecuente durante la gestación, un ejemplo de esto es: Huarcaya (13), obtuvo determinante a la preeclampsia en el 25% de casos y Bigolin (41), que halló un 23,8% de casos de preeclampsia. Se debe tener en cuenta que existen diferentes factores clínicos que condicionan a esta patología, por este lado representa un riesgo considerable para este tipo de parto.

Paredes (43), Se descubrió que las preñadas con historial de hipertensión crónica diagnosticada representaban un factor primordial para mitigar la aparición de preeclampsia y generar nacimientos con recién nacidos prematuros y como consecuencia, las gestantes son catalogadas como pacientes vulnerables por la aparición temprana de la patología.

La literatura médica documentada recoge cifras sobre la frecuencia a nivel mundial está en relación de un 2-10%, siendo en el Perú la frecuencia bordea un 10-15%, por lo que se puede sugerir que la frecuencia encontrada en la presente investigación se encuentra dentro de un rango reconocido. (42)

Por otro lado, la frecuencia de parto prematuros en el Hospital La Caleta Chimbote, correspondiendo al 75% de casos a prematuros tardíos siendo el más significativo y el 3% a prematuros extremos, tal es el caso también de Bigolin (41) encontró que el 12% de partos prematuros corresponde a los tardíos y Etil(1) identifico que la frecuencia de partos pretérminos son de 38.5% lo cual tuvo una relación fuerte con la presencia de preeclampsia como factor de riesgo. Moreno (44), identifico que la frecuencia de partos prematuros tardíos es de 50% entre las semanas 34-36, por lo tanto, menciona que la edad promedio es alrededor de la semana 36 con una mínima de 28 semanas.

Por otro lado, la fuerza de asociación en gestantes con preeclampsia y prematuridad, dando como resultado un OR 3.52 IC 95% [1,72-7,21] ($p=0,0004$), la preeclampsia incrementa el riesgo de parto prematuro en 3 veces, obteniendo un dato significativamente importante. Estos hallazgos son respaldados por Vergara (37), Aquel que discernió la preeclampsia en el 32% de neonatos inmaduros; Caiña y Vela (38), que consignaron una vinculación notable entre la inmadurez neonatal y la preeclampsia ($p = 0.048$), y Berger et al (39), quienes hallaron una proporción de nacimientos prematuros en el 23% de mujeres encintas con dicha patología. Moreno (44) puso en evidencia que las féminas gestantes padecían de preeclampsia, lo cual estuvo correlacionado con la prole prematura en un 44%, exhibiendo un desenlace numéricamente trascendente. Es menester subrayar que los hallazgos logrados en variados entornos y colectivos brindan un cimientro robusto para comprender esta conexión y afianzan la importancia clínica de la supervisión y administración de la preeclampsia como un determinante de riesgo frente a la inmadurez neonatal. (40).

V. CONCLUSIONES

- La prevalencia de preeclampsia en gestantes en el Hospital La Caleta es con preeclampsia un 8 % y aquellas sin preeclampsia representan un total de 832 que representa un 92%.
- La frecuencia de parto prematuro es predominante con respecto al parto prematuro tardío siendo el más representativo, en segundo lugar, las gestantes con parto muy prematuro y el menor que pertenece a gestantes con parto prematuro extremo.
- En relación con la magnitud del vínculo entre la Preeclampsia y el alumbramiento anticipado, se constató que la Preeclampsia incrementa tres veces la probabilidad de un nacimiento prematuro. Por ende, la Preeclampsia es tenida como un elemento de riesgo para el alumbramiento adelantado.

VI. RECOMENDACIONES

- Considerar recursos para atender para la atención de gestantes con preeclampsia y riesgo de parto de parto prematuro, de esa forma evitar complicaciones futuras.
- Reforzar la prevención primaria/prevención secundaria: toma de presión arterial, seguimiento a las gestantes y diagnóstico precoz con los exámenes de laboratorio como proteína en 24h + niveles de creatinina y de esa forma evitar los signos de severidad.
- Proponer en posteriores investigaciones a la preeclampsia como variable única para parto prematuro.

REFERENCIAS

1. Etil T, Opió B, Odur B, Lwanga C, Atuhaire L. Risk factors associated with preterm birth among mothers delivered at Lira Regional Referral Hospital. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023 [citado el 12 de marzo de 2024];23(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37996791/>
2. Vista de Preeclampsia Severa asociada a Parto Pretérmino: Resultados Materno-Neonatales según factores de riesgo [Internet]. Jah-journal.com. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/134/266>
3. Omar AI, Mohamed AD, Farah MG, Mahad IA, Mohamed SA, Dimbil AH, et al. Maternal risk factors associated with preterm births among pregnant women in Mogadishu, Somalia. Children (Basel) [Internet]. 2022 [citado el 12 de marzo de 2024];9(10):1518. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36291454/>
4. An H, Jin M, Li Z, Zhang L, Li H, Zhang Y, et al. Impact of gestational hypertension and pre-eclampsia on preterm birth in China: a large prospective cohort study. BMJ Open [Internet]. 2022 [citado el 12 de marzo de 2024];12(9):e058068. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058068>
5. Vista de Factores de riesgo de la preeclampsia [Internet]. Edu.ec. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1557/1308>
6. Padhan SC, Pradhan P, Panda B, Pradhan SK, Mishra SK. Risk factors of pre-eclampsia: A hospital-based case-control study. Cureus [Internet]. 2023 [citado el 13 de marzo de 2024];15(7). Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/172634-risk-factors-of-pre-eclampsia-a-hospital-based-case-control-study#!/>

7. Dahman H. Risk factors associated with preterm birth: a retrospective study in Mukalla Maternity and Childhood Hospital, Hadhramout Coast/Yemen. Sudan J Paediatr [Internet]. 2020 [citado el 13 de marzo de 2024];20(2):99–110. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24911/sjp.106-1575722503>
8. Vista de Relación entre preeclampsia y parto prematuro: Impacto en la vida del feto y la madre [Internet]. Revistamaternofetal.com. [citado el 12 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/225/269>
9. Vista de Factores de riesgo en el parto pretérmino de gestantes adolescentes en un hospital de Junín [Internet]. Gob.pe. [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/347/355>
10. Murguía-Ricalde FN, Indacochea-Cacéda S, Roque Quezada JCE, De La Cruz-Vargas JA. Factores de riesgo maternos asociados a parto prematuro en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo año 2018 al 2019, Lima - Perú. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2021 [citado el 12 de marzo de 2024];10(2):35–41. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/226>
11. Chavez-Mauricio RD, Beltrán-Garate BE, Arango-Ochante P. Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el período de 2019-2020. Investigación Materno Perinatal [Internet]. 2023 [citado el 12 de marzo de 2024];11(4):19–26. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/314>
12. Martínez Ramos AJ, Virú Flores H, Quezada JCR, Alburquerque Melgarejo J, Saldaña Díaz CV. Estudio de caso control en amenaza de parto pretérmino y sus factores de riesgo en gestantes en un hospital de referencia del Perú durante la pandemia COVID-19. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet].

- 2022 [citado el 12 de marzo de 2024];20(1):39–45. Disponible en: <https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/2450>
13. Huarcaya-Gutierrez Rocio, Cerda-Sanchez Mayra, Barja-Ore John. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. MEDISAN [Internet]. 2021 Abr [citado 2024 Mar 05]; 25(2): 346-356. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200346&lng=es. Epub 05-Abr-2021.
14. Toro-Huamanchumo Carlos J., Barboza Joshuan J., Pinedo-Castillo Liseth, Barros-Sevillano Shamir, Gronerth-Silva Jim K., Galvez-Díaz Norma del Carmen et al. Factores maternos asociados a prematuridad en gestantes de un hospital público de Trujillo, Perú. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 Jul [citado 2024 Mar 05]; 14(3): 287-290. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000400006&lng=es.
15. Jantsch Leonardo Bigolin, Canto Raphael Teixeira, Melo Amanda Martins de, Scaburi Isadora Rinaldo, Andrade Eduardo Nascimento Correa de, Neves Eliane Tatsch. Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos. Enferm. glob. [Internet]. 2021 [citado 2024 Mar 05]; 20(61): 23-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100002&lng=es. Epub 01-Feb-2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.417281>.
16. Pretérmino P. Guía de Asistencia Práctica [Internet]. Segeo.es. [citado el 5 de marzo de 2024]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n5/GAP-Parto_pretermino_2020.pdf
17. Uruguay. Ministerio de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Manual de recomendaciones en el embarazo y parto prematuro. Montevideo: Ministerio de Salud, 2019. 75
18. Org.ar. [cited 2024 Mar 12]. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rsad/v56s1/2346-9420-rsad-56-s1-63.pdf>

19. Las variables - Libros [Internet]. 3Ciencias. [citado el 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://3ciencias.com/libros/libro/variables-metodologia-investigacion-cientifica/>
20. Davies, EL, Bell, JS y Bhattacharya, S. (2016). Preeclampsia y parto prematuro: un estudio de casos y controles de base poblacional. *Hipertensión durante el embarazo: Diario oficial de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión durante el Embarazo* , 35 (4), 510–519. <https://doi.org/10.1080/10641955.2016.1190846>
21. Frost, AL, Suriano, K., Aye, CYL, Leeson, P. y Lewandowski, AJ (2021). El impacto inmediato y a largo plazo de la preeclampsia en la fisiología vascular y cardíaca de la descendencia en el recién nacido prematuro. *Fronteras en pediatría* , 9 . <https://doi.org/10.3389/fped.2021.625726>
22. Dimitriadis, E., Rolnik, DL, Zhou, W., Estrada-Gutiérrez, G., Koga, K., Francisco, RPV, Whitehead, C., Hyett, J., da Silva Costa, F., Nicolaides, K ., y Menkhorst, E. (2023). Preeclampsia. *Reseñas de la naturaleza. Cebadores de enfermedades* , 9 (1), 1–22. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00417-6>
23. Ahumada-Barrios, ME y Alvarado, GF (2016). Factores de riesgo de parto prematuro en un hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 24 (0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>
24. Anto, EO, Ofori Boadu, WI, Opoku, S., Senu, E., Tamakloe, VCKT, Tawiah, A., Ankobea, F., Acheampong, E., Anto, AO, Appiah, M., Wiafe, YA , Annani-Akollor, ME, Obirikorang, C. y Addai-Mensah, O. (2022). Prevalencia y factores de riesgo del parto prematuro entre mujeres embarazadas ingresadas en la sala de partos del Hospital Universitario Komfo Anokye, Ghana. *Fronteras en la salud global de la mujer* , 3 . <https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.801092>
25. Sitio web. (s/f). *Preeclampsia: ¿cuáles son los factores de riesgo de la preeclampsia? Una perspectiva de investigación actualizada* . Fundación Preeclampsia - Salvando a madres y bebés de la preeclampsia. Recuperado el 24 de abril de 2024, de <https://www.preeclampsia.org/the-news/health->

[information/what-are-the-risk-factors-for-preeclampsia-an-updated-research-perspective](#)

26. Gurung, A., Wrammert, J., Sunny, AK, Gurung, R., Rana, N., Basaula, YN, Paudel, P., Pokhrel, A. y Kc, A. (2020). Incidencia, factores de riesgo y consecuencias del parto prematuro: hallazgos de un estudio observacional multicéntrico durante 14 meses en Nepal. *Archives Belges de Sante Publique [Archivos de Salud Pública]* , 78 (1). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00446-7>
27. Tingleff, T., Vikanes, Å., Räisänen, S., Sandvik, L., Murzakanova, G. y Laine, K. (2022). Riesgo de parto prematuro en relación con los antecedentes de parto prematuro: un estudio de registro poblacional de 213.335 mujeres en Noruega. *BJOG: Revista internacional de obstetricia y ginecología* , 129 (6), 900–907. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17013>
28. Sukma, HAD y Tiwari, S. (2021). FACTORES DE RIESGO DEL NACIMIENTO PREMATURO EN INDONESIA. *Revista de Biometría y Población* , 10 (1), 61–67. <https://doi.org/10.20473/jbk.v10i1.2021.61-67>
29. Gurung, A., Wrammert, J., Sunny, AK, Gurung, R., Rana, N., Basaula, YN, Paudel, P., Pokhrel, A. y Kc, A. (2020). Incidencia, factores de riesgo y consecuencias del parto prematuro: hallazgos de un estudio observacional multicéntrico durante 14 meses en Nepal. *Archives Belges de Sante Publique [Archivos de Salud Pública]* , 78 (1). <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00446-7>
30. Lisonkova, S., Bone, JN, Muraca, GM, Razaz, N., Wang, LQ, Sabr, Y., Boutin, A., Mayer, C. y Joseph, KS (2021). Incidencia y factores de riesgo de preeclampsia grave, hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y síndrome de recuento bajo de plaquetas, y eclampsia en gestaciones prematuras y a término: un estudio poblacional. *Revista Estadounidense de Obstetricia y Ginecología* , 225 (5), 538.e1-538.e19. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.04.261>
31. Fox, R., Kitt, J., Leeson, P., Aye, CYL y Lewandowski, AJ (2019). Preeclampsia: factores de riesgo, diagnóstico, manejo e impacto

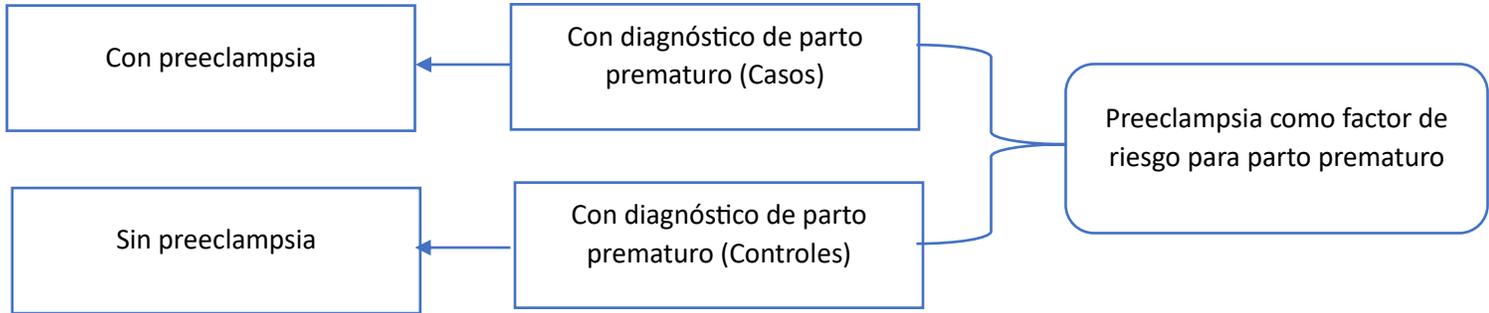
- cardiovascular en la descendencia. *Revista de Medicina Clínica* , 8 (10), 1625. <https://doi.org/10.3390/jcm8101625>
32. Khan, B., Allah Yar, R., Khakwani, AK, Karim, S. y Arslan Ali, H. (2022). Incidencia de preeclampsia y sus resultados maternos y neonatales con factores de riesgo asociados. *Cureus* , 14 (11). <https://doi.org/10.7759/cureus.31143>
33. Slomski, A. (2021). El parto prematuro es un factor de riesgo de hipertensión a largo plazo. *JAMA: Revista de la Asociación Médica Estadounidense* , 326 (21), 2120. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.21429>
34. *La preeclampsia puede aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca* . (s/f). Massgeneralbrigham.org. Recuperado el 24 de abril de 2024, de <https://www.massgeneralbrigham.org/en/about/newsroom/articles/preeclampsia-can-raise-risk-of-heart-disease>
35. *Las mujeres negras nacidas en Estados Unidos tienen mayor riesgo de preeclampsia que sus contrapartes nacidas en el extranjero; La raza por sí sola no explica la disparidad* . (2021, 29 de diciembre). Medicina Johns Hopkins. <https://www.hopkinsmedicine.org/news/newsroom/news-releases/2021/12/us-born-black-women-at-higher-risk-of-preeclampsia-than-foreign-born-counterparts-race-> por sí sola no explica la disparidad
36. Boobpamala, S., Jindapaisan, S., Wanniyom, N. y Thessawadwong, R. (2023). Efectividad del Programa de Prevención del Trabajo de Parto Prematuro para mujeres embarazadas de alto riesgo: un ensayo controlado aleatorio. *Revista Internacional de Investigación en Enfermería de Pacific Rim* , 28 (1), 71–87. <https://doi.org/10.60099/prijnr.2024.263001>
37. Vergara A. Factores asociados a prematuridad en recién nacidos de cesárea por preeclampsia, Hospital Sergio E. Bernales, 2017-2019 [tesis para optar el título de médico cirujano]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2020 [citado 3 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/2981>

38. Organización mundial de la salud. Nacimientos prematuros. Acta Obstet Gynecol Scand. [Internet] 2022. [citado el 14 de mayo 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
39. Berger H, Melamed N, Davis B, Hasan H, Mawjee K, Barrett J, et al. Impact of diabetes, obesity and hypertension on preterm birth: Population-based study. PLoS One. 2020;15(3). doi: 10.1371/journal.pone.0228743
40. Shulman J, Weng C, Wilkes J, Greene T, Hartnett M. Association of Maternal Preeclampsia With Infant Risk of Premature Birth and Retinopathy of Prematurity. JAMA Ophthalmol. 2020;135(9):947-953. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2020.2697
41. Jantsch Leonardo Bigolin, Canto Raphael Teixeira, Melo Amanda Martins de, Scaburi Isadora Rinaldo, Andrade Eduardo Nascimento Correa de, Neves Eliane Tatsch. Factores obstétricos asociados con el nacimiento de bebés prematuros moderados y tardíos. Enferm. glob. [Internet]. 2021 [citado 2024 Sep 07] ; 20(61): 23-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100002&lng=es. Epub 01-Feb-2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.417281>.
42. Pacheco-Romero José, Acosta Oscar, Huerta Doris, Cabrera Santiago, Vargas Marlene, Mascaro Pedro et al. Marcadores genéticos de preeclampsia en mujeres peruanas. Colombia. Medicina. [Internet]. marzo de 2021 [consultado el 7 de septiembre de 2024]; 52(1): e2014437. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342021000100002&lng=en. Publicación electrónica el 26 de febrero de 2021. <https://doi.org/10.25100/cm.v52i1.4437>.
43. Paredes-García Jorge I., Salcedo-Cuadrado José J., Maldonado-Rengel Ruth. Factores de riesgo predisponentes al desarrollo de preeclampsia y eclampsia en el embarazo. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2023 Jun [citado 2024 Oct 09] ; 37(2): 72-79. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-

44. Moreno ERG, Guallpa JPG, Palaguachi JVG, Verdugo AAH. Preeclampsia Severa asociada al Parto Pretérmino: Resultados Materno-Neonatales según factores de riesgo. jah [Internet]. 2022 [citado el 9 de octubre de 2024];5(2). Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/134>
45. Frost AL, Suriano K, Aye CYL, Leeson P, Lewandowski AJ. El impacto inmediato y a largo plazo de la preeclampsia en la fisiología vascular y cardíaca de los hijos prematuros. Front Pediatr [Internet]. 2021;9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2021.625726>
46. Dimitriadis E, Rolnik DL, Zhou W, Estrada-Gutiérrez G, Koga K, Francisco RPV, et al. Preeclampsia. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2023 [citado el 25 de octubre de 2024];9(1):1–22. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41572-023-00417-6>
47. Langlois AWR, Park AL, Lentz EJM, Ray JG. La preeclampsia acerca el riesgo de enfermedad cardiovascular prematura en mujeres al de los hombres. Can J Cardiol [Internet]. 2020;36(1):60–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0828282X19304647>

ANEXOS

Anexo 1. Diseño de investigación



Anexo 2. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
VI: PREECLAMP SIA	Presión arterial sistólica ≥ 140 mmhg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmg en 2 tomas separadas por 4 horas.	Diagnóstico confirmado de preeclampsia en historia clínica. (Con preeclampsia/ Sin preeclampsia)	Única	Según Historia Clínica	Nominal
VD: PARTO PREMATURO	Todo nacimiento entre las 22 y 37 semanas de gestación, independiente del peso al nacer.	Evento de parto prematuros registrados en la historia clínica cuyos valores son: Prematuros extremos/ Muy prematuros/ Prematuros tardíos	Única	Según Historia Clínica	Nominal

Anexo 3. Ficha de recolección de datos

I. DATOS GENERALES

- Tiempo de Embarazo (semanas): _____

-Edad del RN: -----

II. PREECLAMPSIA

- () Con diagnóstico de preeclampsia

- () Sin diagnóstico de preeclampsia

III. IDENTIFICACIÓN DE CASOS/CONTROLES

- () Con diagnóstico de parto prematuro [CASO]

- () Sin diagnóstico de parto prematuro [CONTROL]

Anexo 4. Evaluación de instrumento



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I DATOS GENERALES
 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO *Sanchez Asencios Silvia*
 INSTITUCIÓN *Hospital La Caleta*
 CARGO QUE DESEMPEÑA *Medico asistente*
 INSTRUMENTO MOTIVO DE INVESTIGACIÓN *Ficha de recolección de datos*
 AUTOR DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN *César Huacamani Jordan*

II ASPECTOS DE EVALUACIÓN
 MUY DEFICIENTE(1) DEFICIENTE(2) ACEPTABLE(3) BUENO(4) EXCELENTE(5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.					✓
OBJETIVIDAD	Los ítems tienen coherencia con la variable en todas sus dimensiones e indicadores, tanto en su aspecto conceptual y operacional.					✓
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico inherente.					✓
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición conceptual y operacional de las variables en todas sus dimensiones e indicadores, manera que permite agilizar la capacidad intelectual del participante.					✓
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en calidad y cantidad.					✓
INTEENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y medir la capacidad intelectual de los participantes.					✓
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de investigación.					✓
COHERENCIA	Los ítems del instrumento presentan similitud en la intencionalidad y coherencia en la mente del comprendedor.					✓
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados responden al propósito de la investigación.					✓
SUB TOTAL						
TOTAL						

III PROMEDIO DE VALORACIÓN *Aplicable*

CHIMBOTE *14* de *agosto* del *2024*


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 UNIDAD EJECUTORA 484 - SALUD LA CALETA
 HOSPITAL "LA CALETA" - CHIMBOTE

Dra. Silvia Sanchez Asencios
 C.M.D. 864074 - RNE: 045127 - DNI: 45443065

FIRMA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I DATOS GENERALES
 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Luis Miguel Paz Luna
 INSTITUCIÓN Hospital La Caleta
 CARGO QUE DESPEÑA Médico Asistente
 INSTRUMENTO MOTIVO DE INVESTIGACIÓN Fecha de recolección de datos
 AUTOR DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Cueva Humani Forja Andre

II ASPECTOS DE EVALUACIÓN
 MUY DEFICIENTE(1) DEFICIENTE(2) ACEPTABLE(3) BUENO(4) EXCELENTE(5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems tienen coherencia con la variable en todas sus dimensiones e indicadores, tanto en su aspecto conceptual y operacional.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico inherente.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición conceptual y operacional de las variables en todas sus dimensiones e indicadores, manera que permite agilizar la capacidad intelectual del participante.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en calidad y cantidad.					X
INTEENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y medir la capacidad intelectual de los participantes.					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento presentan similitud en la intencionalidad y coherencia en la mente del comprendedor.					X
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados responden al propósito de la investigación.					X
SUB TOTAL						
TOTAL						

III PROMEDIO DE VALORACIÓN Aptlicable

CHIMBOTE 15 de agosto del 2024

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 UNIDAD EJECUTORA 404 SALUD LA CALETA
 HOSPITAL "LA CALETA" CHIMBOTE

Dr. Luis Miguel Paz Luna
 C.M.P. 075395 - B.M.E. 043598 - D.N.I: 70429651

FIRMA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INFORME DE JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I DATOS GENERALES
 APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO Hernán Rebaza Toro
 INSTITUCIÓN Hospital La Caleta
 CARGO QUE DESPEÑA Médico Asistente
 INSTRUMENTO MOTIVO DE INVESTIGACIÓN Ficha de Recolección de datos
 AUTOR DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Wendy Huamani Jordan

II ASPECTOS DE EVALUACIÓN
 MUY DEFICIENTE(1) DEFICIENTE(2) ACEPTABLE(3) BUENO(4) EXCELENTE(5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están formulados con lenguaje apropiado, es decir libre de ambigüedades.					X
OBJETIVIDAD	Los ítems tienen coherencia con la variable en todas sus dimensiones e indicadores, tanto en su aspecto conceptual y operacional.					X
ACTUALIDAD	El instrumento evidencia vigencia acorde con el conocimiento científico inherente.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento traducen organicidad lógica en concordancia con la definición conceptual y operacional de las variables en todas sus dimensiones e indicadores, manera que permite agilizar la capacidad intelectual del participante.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento expresan suficiencia en calidad y cantidad.					X
INTEENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento evidencian ser adecuados para el examen de contenido y medir la capacidad intelectual de los participantes.					X
CONSISTENCIA	La información que se obtendrá mediante los ítems, permitirá analizar, describir y explicar la realidad motivo de investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento presentan similitud en la intencionalidad y coherencia en la mente del comprendedor.					X
METODOLOGIA	Los procedimientos insertados responden al propósito de la investigación.					X
SUB TOTAL						
TOTAL						

III PROMEDIO DE VALORACIÓN Aplicable

CHIMBOTE 14 de agosto del 2024

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
 UNIDAD EJECUTORA DE SALUD LA CALETA
 HOSPITAL "LA CALETA" - CHIMBOTE

Dr. Hernán Eduardo Rebaza Toro
 C.M.P. 083815 - B.P.E. 039066 DNI: 45211777

FIRMA

Anexo 5. Base de datos

PUE RPE RA	EDAD GESTA CIONAL	E D A D P R E M I U M	CON O SIN PART O PREM ATUR O	PREECL AMPSI A	SE X O	EDA D MAT ERN A	GRAD O DE INSTR UCCIÓ N	PESO AL NACI MIEN TO	PAR IDA D	CONT ROLE S PREN ATALE S	PERIOD O INTERG ENÉSIC O	sind rom e nefr ótico	PA C R E A	ALTERACI ONES	TEST SULFO SALIC O	PRO TEIN A EN O 24H	
1	34ss	35 ss	con	si	F	30	secund aria comple ta	2440	3	7	6 años	no	150 /10 83 0	0. 83	TINNITUS	POSITI VO	150
2	36SS	36	con	SI	F	43	SUCUN DARIA COMPL ETA	2410	2	8	12 AÑOS	NO	150 /80 9	0. 9	CEFALEA SEVERA	POSITI VO	210
3	37SS	38	SIN	SI	F	36	SECUN DARIA COMPL ETA	2460	1	9	0	NO	140 /98 1	1. 1	TINNITUS	POSITI VO	407
4	34SS	35	con	SI	F	32	SUPERI OR	2415	2	12	4AÑOS	NO	145 /90 89	0. 89	CEFALE SEVERA+ ESCOTOM AS	POSITI VO	278
5	38	40	SIN	SI	M	19	secund aria comple ta	2265	1	10	0	NO	141 /78 74	0. 74	NINGUNA	POSITI VO	151

6	40SS	39 SS	SIN	SI	F	32	SUPERIOR OR NO UNIVERSITARIO	3360	1	9	0	NO	150 /90	0. 8	ESCOTOMAS	POSITIVO	98
7	36	37	con	SI	F	39	SECUNDARIA COMPLETA	2945	3	8	6 AÑOS	NO	148 /10 0	1. 1	TINNITUS	POSITIVO	230
8	39SS	40	SIN	SI	F	19	SECUNDARIA COMPLETA	2720	1	8	0	NO	140 /90	0. 8	NINGUNA	NEGATIVO	316
9	34SS	34	con	SI	F	41	SECUNDARIA COMPLETA	1990	3	6	3 AÑOS	NO	191 /98	0. 95	EPISGALTRAGIA	NEGATIVO	345
10	31SS	32	con	SI	M	40	SECUNDARIA COMPLETA	1065	6	3	2 AÑOS	NO	170 /10 0	1. 47	TINNITUS	POSITIVO	238
11	37	37	con	SI	F	30	SUPERIOR OR NO UNIVERSITARIO	3140	1	9	0	NO	155 /90	1. 1	TINNITUS+ ESCOTOMAS	POSITIVO	100
12	37SS	37 SS	con	SI	F	18	SECUNDARIA COMPLETA	2240	1	9	0	NO	140 /90	0. 79	EPIGASTRALGIA	POSITIVO	230

13	37SS	37 SS	con	SI	F	26	secundaria completa	2140	1	10	0	NO	150 /11 0	1. 1	EPIGASTR ALGIA	POSITIVO	385
14	38	39	SIN	SI	F	30	SECUNDARIA COMPLETA	3355	2	10	4AÑOS	NO	140 /10 0	0. 83	NINGUNA	NEGATIVO	320
15	37	37	con	SI	M	21	SECUNDARIA COMPLETA	2150	1	12	0	NO	143 /11 0	1. 1	CEFALEA SEVERA	POSITIVO	300
16	34	35	con	SI	F	19	SECUNDARIA COMPLETA	1910	1	10	0	NO	150 /90	0. 9	TINNITUS	POSITIVO	250
17	37	37	con	SI	F	35	SECUNDARIA COMPLETA	3330	3	9	3AÑOS	NO	140 /90	0. 68	NINGUNA	POSITIVO	500
18	35	35	con	SI	F	25	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	2220	1	10	0	NO	145 /10 0	1	ESCOTOMAS	NEGATIVO	310
19	37	37	con	SI	M	19	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	3650	1	12	0	NO	140 /90	0. 5	NINGUNA	POSITIVO	350
20	34	35	con	SI	F	17	SECUNDARIA	2210	1	6	0	NO	145 /90	1. 1	TINNITUS	POSITIVO	390

COMPLETA																	
21	36	36	con	SI	M	20	secundaria completa	2810	1	10	0	NO	140/90	0.85	EPIGASTRALGIA	POSITIVO	320
22	36	36	con	SI	F	17	secundaria completa	2865	1	4	0	NO	155/100	0.75	DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO	POSITIVO	450
23	34	34	con	SI	F	18	secundaria completa	2010	1	8	0	NO	140/90	1	NINGUNA	NEGATIVO	300
24	36	36	con	SI	F	20	secundaria completa	2010	2	12	2 AÑOS	NO	150/98	0.75	CEFALEA SEVERA	POSITIVO	365
25	34	36	con	si	m	32	secundaria completa	2315	1	10	0	no	140/90	0.98	ICC + HTA CRONICA	POSITIVO	450
26	34	35	con	SI	F	30	secundaria completa	2280	2	8	6 AÑOS	NO	150/110	0.95	TINNITUS	POSITIVO	400
27	34	35	con	SI	F	36	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	2200	5	10	2 AÑOS	NO	140/90	1.1	CEFALEA SEVERA	POSITIVO	95

28	37	37	con	SI	F	28	secundaria completa	2430	5	12	3AÑOS	NO	140 /10 0	0. 8	ESCOTOMAS	POSITIVO	340
29	31	31	con	SI	F	27	secundaria completa	1140	1	9	0	NO	140 /92	0. 65	NINGUNA	POSITIVO	300
30	35	35	con	SI	F	21	secundaria completa	2270	2	12	2	NO	150 /98	1. 1	ICC + HTA CRONICA	POSITIVO	450
31	37	37	con	SI	m	21	secundaria completa	2240	1	10	0	no	170 /10 0	1. 5	CEFALEA SEVERA	POSITIVO	507
32	37	37	con	SI	f	20	secundaria completa	2255	1	7	0	NO	160 /10 0	0. 96	TINNITUS	POSITIVO	302
33	35	35	con	si	F	18	secundaria completa	2118	1	5	0	NO	140 /96	0. 75	NINGUNA	POSITIVO	254
34	36	36	con	SI	F	24	SEcundaria completa	2267	2	7	4	NO	142 /10 0	0. 9	CEFALEA SEVERA	POSITIVO	345
35	33	33	con	SI	F	17	SECUNDARIA INCOMPLETA	1350	1	4	0	NO	152 /90	0. 78	TINNITUS	POSTIVO	380

36	31	31	con	SI	F	16	SECUN DARIA INCOM PLETA	1120	1	5	0	NO	145 /90	0. 89	NINGUNA	POSITI VO	438
37	37	37	con	SI	F	25	SECUN DARIA COMPL ETA	2540	2	10	4	NO	140 /90	0. 87	NINGUNA	POSITI VO	305
38	33	34	con	SI	M	27	SUPERI OR NO UNIVE RSITAR IO	2450	1	7	0	NO	147 /90	0. 95	ESCOTOM AS	POSITI VO	510
39	31	31	con	SI	F	35	SECUN DARIA COMP ELTA	1345	1	7	0	NO	140 /90	0. 98	NINGUNA	POSITI VO	310
40	38	38	SIN	SI	F	38	SECUN DARIA COMP ELTA	3560	3	6	4	NO	145 /90	0. 67	TINNITUS	POSITI VO	145
41	32	32	con	SI	F	36	SECUN DARIA COMPL ETA	1650	4	9	6	NO	170 /90	1. 1	CEFALEA SEVERA	POSITI VO	200
42	38	38	SIN	SI	F	28	SECUN DARIA COMPL ETA	3600	1	6	0	NO	159 /10 0	0. 56	NINGUNA	POSITI VO	540
43	34	34	con	si	F	35	SECUN DARIA	2020	2	7	5	NO	140 /90	0. 8	NINGUNA	POSITI VO	190

							COMPL ETA											
44	35	35	con	SI	F	29	SUPERI OR NO UNIVE RSITAR IO	2100	3	7	2	NO	143 /90	0. 79	NINGUNA	POSITI VO	210	
45	35	35	con	SI	F	37	SUPERI OR NO UNIVE RSITAR IO	1980	5	6	3	NO	150 /90	0. 89	CEFALEA SEVERA	POSITI VO	360	
46	38	38	SIN	SI	F	32	SECUN DARIA COMPL ETA	3670	2	4	5	NO	170 /90	1. 1	ESCOTOM AS	POSITI VO	430	
47	36	36	con	SI	F	29	SECUN DARIA COMPL ETA	2579	2	8	7	NO	143 /10 0	0. 9	TINNITUS	POSITI VO	590	
48	28	28	con	SI	F	31	SECUN DARIA COMPL ETA	1350	3	1	5	NO	160 /10 0	1	TINNITUS	POSITI VO	400	
49	35	35	con	SI	F	31	SECUN DARIA COMPL ETA	2230	2	7	2	NO	150 /90	0. 75	NINGUNA	POSITI VO	178	
50	29	29	con	SI	F	28	SECUN DARIA COMPL ETA	1120	1	7	0	NO	140 /95	0. 7	NINGUNA	POSITI VO	400	

51	37	37	con	SI	F	36	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	2410	1	7	0	NO	150/90	0.9	CEFALEA SEVERA	POSITIVO	650
52	32	33	con	SI	F	30	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	2025	3	8	4	NO	180/100	1.4	TINNITUS+ ESCOTOMAS	POSITIVO	540
53	29	30	con	SI	M	33	SECUNDARIA COMPLETA	1780	2	6	3	NO	140/90	0.56	NINGUNA	POSITIVO	70
54	31	31	con	SI	M	35	SUPERIOR NO UNIVERSITARIO	1560	4	6	4	NO	140/95	0.67	NINGUNA	POSITIVO	65
55	31	32	con	SI	F	29	SECUNDARIA COMPLETA	1065	1	6	0	NO	140/90	0.87	NINGUNA	POSITIVO	80
56	28	28	con	SI	F	37	SECUNDARIA COMPLETA	1210	4	7	3	NO	140/90	0.57	ESCOTOMAS	POSITIVO	300
57	36	36	con	SI	F	31	SECUNDARIA COMPLETA	2430	4	7	2	NO	153/98	0.76	CEFALEA SEVERA	POSITIVO	410

58	30	30	con	SI	F	39	SECUN DARIA COMPL ETA	1910	5	8	3	NO	145 /99	0. 89	CEFALEA SEVERA	POSITI VO	500
59	33	33	con	SI	F	34	SECUN DARIA COMPL ETA	2120	2	8	4	NO	140 /10 0	0. 79	NINGUNA	POSITI VO	120
60	35	35	con	SI	F	31	SECUN DARIA COMPL ETA	2135	1	6	0	NO	155 /90	0. 67	TINNITUS + ESCOTOM AS	POSITI VO	670
61	29	29	con	SI	F	34	SECUN DARIA COMPL ETA	1029	1	6	0	NO	160 /90	1. 2	TINNITUS + ESCOTOM AS	POSITI VO	470
62	37	37	con	SI	F	32	SECUN DARIA COMPL ETA	2680	1	6	0	NO	140 /90	0. 56	NINGUNA	POSITI VO	150
63	31	31	con	SI	F	38	SECUN DARIA COMPL ETA	2115	2	7	7	NO	149 /90	0. 76	ACC	POSITI VO	670
64	38	39	SIN	SI	M	30	SECUN DARIA COMPL ETA	3700	2	7	6	NO	150 /90	0. 9	TINNITUS	POSITI VO	300
65	37	37	con	SI	F	37	SECUN DARIA COMPL ETA	3330	2	3	7	NO	160 /11 0	1. 2	CEFALEA SEVERA	POSITI VO	420

66	34	34	con	SI	F	37	SECUN DARIA COMPL ETA	2585	3	2	2	NO	179 /99	1. 1	CEFALEA SEVERA + TINNITUS	POSITI VO	480
67	31	31	con	SI	F	30	SECUN DARIA COMPL ETA	2290	1	6	0	NO	150 /11 0	0. 82	CEFALEA SEVERA	POSITI VO	320
68	35	35	con	SI	F	35	SECUN DARIA COMPL ETA	2360	2	4	5	NO	140 /90	0. 64	NINGUNA	POSITI VO	170

Anexo 6. Prevalencia de preeclampsia en gestantes que no han tenido parto prematuro.

	FRECUENCIA	FRECUENCIA ACUMULADA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
TERMINO TEMPRANO	6	6	75%	75%
TERMINO COMPLETO	2	14	25%	100%
TOTAL	8		100%	

Fuente: Historias clínicas de gestantes del Hospital La Caleta-Chimbote, Enero-Diciembre 2023.



Prevalencia de preeclampsia en gestantes que no han tenido parto prematuro.

Fuente: Tabla 3

Anexo 7. Autorización del hospital



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Medicina
Unidad de Investigación

Carta N° 409-2024-UI-EM-FCS-UCV

Trujillo, 05 de Julio de 2024

Señor Doctor
ANTONIO ARNULFO SOLÓRZANO PÉREZ
Director Médico
Hospital La Caleta
Presente.

De mi especial consideración.

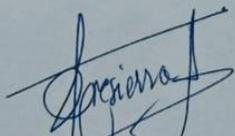
A través de la presente, le hago llegar mi saludo personal y universitario, a la vez comunicarle que, el alumno del Ciclo XIV del Programa Académico de Medicina de la Universidad César Vallejo, **CUEVA HUAMANÍ JORDAN ANDRE**, desea desarrollar su Proyecto de Investigación **PREECLAMPSIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO PREMATURO**, en la distinguida institución que usted dirige. El proyecto está aprobado por la Dirección de Escuela de Medicina de nuestra Universidad Resolución Directoral N° 013-2018-VI-UCV

El mencionado alumno está siendo asesorado por el **DR. FEDERICO MARTIN MALPARTIDA QUISPE**, quien es docente RENACYT de nuestra Escuela.

En este contexto solicito a usted, brindar las facilidades del caso a nuestro alumno, para poder recolectar los datos estadísticos – historias clínicas del servicio de Ginecoobstetricia que comprenden el periodo enero 2023-diciembre 2023, necesarios para el desarrollo de su investigación y posterior elaboración de su Tesis.

Seguro de contar con vuestra anuencia, le reitero mi saludo y consideración

Agradezco su atención a la presente, muy atentamente,


MIGUEL ANGEL TRESIERRA AYALA
Responsable Unidad de Investigación



Anexo 8. Fotografías

