

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**PREECLAMPSIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO CON PRODUCTO
INMADURO**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

AUTOR (A): LOURDES OMAIRA SALAZAR RONDO

ASESOR (A): DR. JUAN CARLOS ROJAS RUIZ

Trujillo – Perú

2017



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA

**“PREECLAMPSIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO CON
PRODUCTO INMADURO”**

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. LEONCIO VENEGAS SAAVEDRA
PRESIDENTE

Dr. RAVELO PELAEZ RODRIGUEZ
SECRETARIO

Dr. HUGO VICUÑA RIOS
VOCAL

ASESOR

Dr. Juan Carlos Rojas Ruiz

Docente contratado de la cátedra de Gineco-Obstetricia de la Universidad Privada

Antenor Orrego

DEDICATORIA

A Dios y a la Santísima Virgen de la Alta Gracia por ser mi guía, fortaleza y por el don de la perseverancia para alcanzar una de mis metas.

A Rosita por sus enseñanzas, consejos y por estar a mi lado en cada paso del camino. Y porque mis ideales, esfuerzos y logros han sido también tuyos e inspirados en ti.

A Shoco por su ejemplo de superación incansable, por su comprensión y confianza, por su amor y amistad incondicional.

A Lule que con su ejemplo me ha enseñado a vivir y a reír con el mundo, y por compartir mis momentos felices, ambiciones, sueños e inquietudes.

A Roy por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mis angelitos (Julita y Evita) que desde el cielo me cuidan.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Juan Carlos Rojas Ruiz por su ayuda y acertada dirección en la asesoría de esta investigación.

A mis maestros quienes con amor y sabiduría, depositaron en mí, todo su apostolado; y me han acogido a lo largo de mi formación académica.

Al Hospital de Apoyo Sullana por ser parte de mi formación como médico, mi eterna gratitud al equipo profesional por su enorme calidad humana.

A mis pacientes porque he recibido una lección de tenacidad y entereza ante las adversidades.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si la Preeclampsia es un factor de riesgo para parto con producto inmaduro en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2016.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio analítico de casos y controles. La muestra estuvo constituida por 270 historias clínicas de pacientes, 90 casos de partos con productos inmaduros y 180 controles con productos a término.

Resultados: La prevalencia de parto con producto inmaduro fue 6.4% en el servicio de Obstetricia. La preeclampsia se identificó en 40% de todas las gestantes atendidas por parto natural. El 61.1% de casos fueron productos del género femenino frente al 51.7% de los controles. La preeclampsia se presentó en el 57.8% de casos frente al 31.1% de controles, con diferencia estadística altamente significativa ($X^2=17.78$; $p=0.0000$; $OR=3.03$; $IC95\%=1.79-5.12$); la preeclampsia severa fue más frecuente en el grupo de casos que en controles (36.7% y 10.6% respectivamente), con diferencia estadística altamente significativa ($p<0.01$).

Conclusiones: La preeclampsia es un factor de riesgo para parto con producto inmaduro y ocasiona un triple riesgo de padecerlo. La de tipo severo es una condición importante a considerar, sugiriéndose estudios de asociación que consideren incluirla específicamente.

Palabras Clave: Preeclampsia, embarazos, recién nacido de bajo peso, Obstetricia, riesgo.

ABSTRACT

Objective: To determine whether preeclampsia is a risk factor for immature childbirth in pregnant women at the Regional Teaching Hospital of Trujillo, 2015-2016.

Material and Methods: An analytical case-control study was carried out. The sample consisted of 270 patient histories, 90 cases of immature childbirth and 180 controls with term products.

Results: The prevalence of immature childbirth was 6.4% in the Obstetrics service. Preeclampsia was identified in 40% of all pregnant women attended by natural birth. 61.1% of cases were female products compared to 51.7% of the controls. Preeclampsia was present in 57.8% of cases compared to 31.1% of controls, with a highly significant statistical difference ($X^2 = 17.78$, $p = 0.0000$, $OR = 3.03$, $95\% CI = 1.79-5.12$); Severe preeclampsia was more frequent in the group of cases than in controls (36.7% and 10.6%, respectively), with a highly significant statistical difference ($p < 0.01$).

Conclusions: Preeclampsia is a risk factor for immature childbirth and causes a triple risk of developing it. Severe type is an important condition to consider, suggesting association studies that consider including it specifically.

Key words: Preeclampsia, pregnancies, low birth weight, obstetrics, risk.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	3
AGRADECIMIENTO.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
ÍNDICE.....	7
I. INTRODUCCION.....	8
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
III. RESULTADOS.....	22
IV. DISCUSIÓN.....	27
V. CONCLUSIONES.....	30
VI. SUGERENCIAS.....	31
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXO.....	35

I. INTRODUCCION

1.1 Marco Teórico

El parto pre término es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel que ocurre entre las 22 y antes de las 37 semanas de gestación.^{1,2} El nacimiento prematuro es responsable del 75 % de la mortalidad neonatal; los que sobreviven, por lo general, presentan múltiples problemas, no solo en el período perinatal, sino también en la niñez, la adolescencia y aún en la edad adulta³, pues a menudo ocurren discapacidades neurológicas como trastornos del lenguaje y del aprendizaje, alteraciones visuales y auditivas, retraso mental y parálisis cerebral, lo cual influye negativamente en su adaptación social.⁴

Mundialmente se ha reportado que el parto prematuro tiene una incidencia cercana al 11% del total de nacimientos, con rangos que van desde el 5% en países europeos, hasta el 18% en países africanos.⁵ De este modo, se estima que anualmente en el mundo ocurren 15 millones de nacimientos prematuros. Pese a los esfuerzos por reducir el número de partos prematuros, la incidencia ha aumentado en la última década. En el año 2013 Estados Unidos reportó una cifra de 11,8% de nacimientos prematuros, cifra que en relación a los reportes de la década de 1990, ha aumentado en 21%. En Chile, la incidencia reportada por la guía de prevención de parto prematuro publicada en 2010 por el Ministerio de Salud, señala que el 6% del total de los nacimientos corresponde a partos prematuros, y según datos del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Universidad de Chile, el parto prematuro aumentó en 36% entre los años 1994 y 2012, con una prevalencia de 7,7% en el año 2012.⁶

El Ministerio de Salud del Perú, en el 2004, informó una incidencia acumulada de prematuridad en sus establecimientos de 3,4 por 1 000 nacidos vivos.⁷ Un estudio efectuado el 2001 en 14 hospitales, correspondientes a las tres regiones del país, que incluyó 60 699 nacimientos, nos permitió determinar que la incidencia de recién nacidos de peso muy bajo, que involucra prematuridad moderada y extrema, fue 1,27% (770), falleciendo de ellos 398 (51,7%).⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que a nivel mundial, el 84% de los partos pretérminos se produjo cuando la gestación fluctuaba entre las 32 a 36

semanas, el 10% se produjo entre las 28 a 32 semanas y 5% ocurrieron en edades gestacionales menores a 28 semanas.⁹

Se conoce que el parto pretérmino tiene un carácter multifactorial, puesto que en su ocurrencia intervienen enfermedades maternas, embarazos múltiples originados por técnicas de reproducción asistida e inductores de la ovulación, eclampsia, sangrado en el segundo trimestre, ruptura prematura de membranas, corioamnionitis y desprendimiento de placenta, estilos de vida y diferentes situaciones sociales, elementos básicos en su génesis.^{10,11}

El parto con producto inmaduro es definido como el producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos, esta propuesta fue hecha por Lozano en 1981.¹²

Es conveniente mencionar, como concepto general, que se puede calificar que en los niños inmaduros, la mortalidad llega a ser de alrededor de 80% mientras que en los prematuros, en general, ésta es de 10% y aún mayor en los que tienen una menor edad de gestación.¹²

En el estudio realizado por Romero-Arauz et al. reporta que la edad gestacional temprana antes de las 28 semanas se asocia con preeclampsia en un 58%, entre 28-33 correspondió a 26%, entre 34-36 a 28% y, finalmente, cuando fue mayor de 37 a 12%, respectivamente.¹³

En México se estima que 8% de las mujeres embarazadas cursan con algún grado de preeclampsia. En el Centro Médico “La Raza”, por cada 100 nacimientos fallecen cinco niños en la etapa perinatal y otros cinco son mortinatos; tres de los que fallecen en las primeras 24 horas es por inmadurez extrema y asfixia perinatal y los otros dos, que mueren después de las primeras 24 horas, es por inmadurez- prematurez, por el síndrome de dificultad respiratoria, por deficiencia del factor surfactante o por hemorragia peri-intraventricular: la preeclampsia-eclampsia es responsable en dos de cada tres de los niños fallecidos en la etapa prenatal temprana. Por otra parte, la revisión hecha en 500 mortinatos mostró que 156 (31%) eran inmaduros, 228 (46%) prematuros y 116 (23%) niños a término.¹⁴

La preeclampsia (PE) es un trastorno de la gestación humana que altera profundamente las condiciones de salud de la madre, tanto a corto como a largo plazo. Desde el punto de vista pediátrico, la PE usualmente se ha considerado como una causa relevante de morbilidad neonatal, ya que genera gran parte de los nacimientos que se producen antes del término de la gestación o por el impacto negativo que tiene sobre el peso neonatal.¹⁵

La preeclampsia, definida como hipertensión arterial que usualmente debuta (o agrava la hipertensión pre-gestacional) a las ≥ 20 semanas de embarazo,¹⁶ junto con un aumento de la presión arterial ≥ 140 y/o 90 mmHg, proteinuria ≥ 300 mg en orina de 24 horas y se resuelve dentro de las primeras 6 semanas posteriores al parto.¹⁷

La preeclampsia, se presenta entre un 5 y 8%, de todos los embarazos en países desarrollados y, un 10%, en regiones en vía de desarrollo (Hauth et al. 2000).¹⁸

A nivel mundial, la pre-eclampsia y eclampsia contribuyen entre un 10 y 15% de la mortalidad materna. En Estados Unidos, la preeclampsia es la tercera causa de mortalidad materna, presentándose 540 muertes maternas, en el 2004, acompañada de embolismo y de hemorragia (ACOG, 2013). En Colombia, tiene una incidencia del 7% de los embarazos y una tasa de mortalidad del 42x100.000 nacidos vivos. Se asocia con mayores complicaciones para el binomio madre-feto (Connor-Gorber et al. 2012).¹⁹

En el Perú, en cambio, la preeclampsia es la segunda causa de mortalidad materna, representado 23,3% del total de las muertes maternas. Entre los años 2002 y 2011, alrededor de 1 499 madres murieron por hipertensión inducida por el embarazo.¹⁹

El mecanismo de la preeclampsia parece ser una combinación de factores genéticos, epigenéticos y ambientales.²⁰

La preeclampsia se caracteriza por la alteración en la fisiología de las células endoteliales de las arterias espirilares del útero, produciéndose una inadecuada invasión del citotrofoblasto en estas arterias; esto altera la placentación y se desarrolla el síndrome isquémico en el tejido placentario y el compromiso de varios órganos maternos.^{21, 22}

De acuerdo con el reporte de García et al., en las gestantes preeclámpticas, fue mucho más frecuente el parto prematuro ($p < 0,001$; RR=5,5; IC95% para RR: 3,7-7,1), así también, en el estudio de Osorno y colaboradores se reporta que las mujeres con preeclampsia tienen un riesgo de prematuridad entre el 1,4 y el 1,9.²³

Los hijos de madres hipertensas tuvieron 7 veces más riesgo de nacer con bajo peso para edad gestacional, con un O.R. de 7.43 lo cual demuestra asociación como factor de riesgo, en un estudio estadísticamente significativo y confiable ya que trabajando con un porcentaje de confiabilidad de 95% se encontró una $p < 0.0000$ y un intervalo de confianza de 3.5 a 15.83.²⁴

Si bien los mecanismos implicados en esta nociva acción sobre el peso fetal no están bien aclarados, es factible que el marcado aumento de la resistencia vascular periférica, que presentan las madres hipertensas, interfiera en la circulación placentaria y por ende en el normal crecimiento del feto.²⁴

Los nacimientos prematuros han aumentado de manera considerable en todos los países del mundo. En concreto, de los 135 millones de bebés que nacieron en 2010, 15 millones lo hicieron de manera prematura y de ellos murieron 1,1 millones, según el informe "Born Too Soon" (Nacer Muy Pronto), presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según el informe, los partos prematuros representan casi la mitad de las muertes de recién nacidos a nivel global. Además, mientras que más del 90% de los bebés nacidos antes de las 28 semanas de gestación en los países ricos sobrevive, en las naciones pobres mueren más del 90%.²⁵

Bombrys et al. (2008) incluyeron a casi 200 mujeres con preeclampsia grave antes de las 24 semanas y hasta las 26 semanas completas de gestación. Las complicaciones maternas fueron frecuentes y no hubo lactantes sobrevivientes entre las que se presentaron antes de las 23 semanas. Por lo tanto, los autores recomendaron la terminación del embarazo para estas pacientes. Para aquellas con 23 semanas, la tasa de supervivencia perinatal fue 18%, pero todavía se desconoce la morbilidad perinatal a largo plazo. Para las personas con embarazos de 24 a 26 semanas, la supervivencia perinatal se aproximó a 60% y el promedio llegó casi a 90% cuando se completaron las 26 semanas de gestación.²⁶

La prematuridad es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal en los países subdesarrollados. Dada su importancia, es necesario buscar medidas eficientes de prevención, especialmente evitar los factores de riesgo prevenibles.²⁷

Debido a que se han descrito a estos lactantes como frágiles y vulnerables debido a sus órganos y sistemas inmaduros (Vohr y Allen, 2005).²⁶

1.2. Antecedentes

Osorno et al. (México 2000 – 2004) en su estudio hallaron una tasa de prematuridad de 11,9 %. Entre los factores de riesgo asociados a prematuridad destacaron: madre analfabeta (RM 1,54), no casada, trabajadora, de edad avanzada (RM 1,81), con parto prematuro previo (RM 2,21), embarazo multifetal, preeclampsia – eclampsia (RM 7,9), diabetes gestacional (RM 2,3), infecciones urinarias (RM 1,8) y vaginales, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios, polihidramnios (RM 4,48), placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta (RM 9,96).²⁸

Vásquez (Perú 2004-2008) en un estudio epidemiológico, retrospectivo, descriptivo, analítico de los casos de parto pretérmino ocurridos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, se compararon los factores de riesgo presentes en la población de gestantes con parto antes del término versus la población de gestantes que resultaron en partos con niños a término. La incidencia de partos pretérmino fue del 8.8%, siendo actualmente 9.5%.²⁵ Las gestantes que tuvieron finalmente el parto pretérmino tenían significativamente ausencia de CPN, y también una mayor tasa de cesáreas, concluyendo que las patologías maternas asociadas al parto pretérmino y con valor significativo son preeclampsia (26 %), 2 veces más frecuente; embarazo múltiple (15.4 %) 17 veces más frecuente y restricción de crecimiento intrauterino (7.7 %) 3.8 veces más frecuente en partos pretérmino que en gestaciones a término.²⁹

Romero et al. (Perú 2013) en un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Materno Infantil “El Carmen” de Huancayo, conformado por 105 casos (parto pretérmino) y 105 controles (parto a término), durante el período 2010 a 2011. La frecuencia de parto pretérmino fue de 8,57% (105) de un total de 1225 partos, con una media de edad de 25,7 (DE+/-6,8); se encontró como factores de riesgo el número de controles prenatales menores de seis, ruptura prematura de membranas y preeclampsia.²⁸

García et al. (Cuba), en el hospital San Antonio de los Baños, durante los años 1986 a 2005, de un total de 40 078 nacidos vivos, encontró 0,14% de RN con peso menor de 1000 g y una edad gestacional inferior de 28 semanas.³⁰

Martin et al. (Estados Unidos 2009) en un estudio realizado en donde se registraron 6 666 nacimientos en el 2006. Los resultados se mostraron en función al

peso al nacer como la edad gestacional. Después de alcanzar un peso al nacer 1 000 g o una edad gestacional de 28 semanas (para las mujeres) a 30 semanas (para los varones), las tasas de supervivencia neonatal alcanzaron 95%.²⁶

Saigal y Doyle (2008) reunieron 16 informes basados en cohortes definidas por región geográfica provenientes de Australia y de varios países europeos. La supervivencia se incrementó de manera progresiva de 1.7% a las 22 semanas a 54% a las 25 semanas.²⁶

Saudan (Australia), en un estudio retrospectivo que duró ocho años, reportó 416 pacientes con hipertensión gestacional, de las que 62 casos (15%) evolucionaron a preeclampsia.

Este autor, al dividir la población estudiada por semanas de gestación, señala que cuando el tiempo de embarazo fue menor de 30 semanas, la evolución a preeclampsia fue de 42%, de 30-33 correspondió a 36%, de 34-35 de 20% y, finalmente, cuando fue mayor de 36 a 10%, respectivamente.¹³

Barton (Estados Unidos), en un estudio que incluyó 748 embarazos únicos entre 24 y 35 semanas con hipertensión gestacional, señala que la preeclampsia se diagnosticó en 343 casos (46%) y 72 (9.6%) de las pacientes tuvieron la forma severa de la enfermedad. Concluye que la edad gestacional y el peso al nacer fueron significativamente menores en las pacientes con preeclampsia ($p < 0.001$).³¹

Wu y cols. analizaron la historia clínica de más de un millón y medio de partos únicos en Dinamarca. Encontraron que los hijos de mujeres danesas con PE, independientemente de la edad gestacional, tienen un 11- 25% más de probabilidades al año, de ser hospitalizados por cualquier causa durante los primeros 24 meses de vida, riesgo que es más alto entre los que llegan al término de la gestación.³²

1.3. Identificación del problema.

El presente trabajo está relacionado con nuestra realidad local, donde el parto con producto inmaduro es una eventualidad frecuente e involucra al Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), debido a ser un centro especializado referencial en cuanto

a la atención materno-perinatal, categorizado en el nivel III-1, teniendo así gran afluencia de pacientes en el Servicio de Obstetricia, comprometido en brindar atención integral a la población, con solidaridad y equidad, articulados al sistema nacional de salud.

1.4. Justificación:

La realización del estudio fue conveniente debido a que el parto con producto inmaduro es un problema de Salud Pública a nivel Mundial que puede afectar tanto a la madre como al recién nacido. De lo mencionado, radica la importancia de describir la preeclampsia como factor de riesgo de parto con producto inmaduro, este hecho constituiría parte integral de las estrategias dirigidas a intervenir, aconsejar y tratar los factores de riesgo desde la preconcepción y durante el embarazo; además de promover medidas preventivas para así disminuir tasas morbi-mortalidad materno-infantil.

Nuestra investigación tiene relevancia social, ya que nos permite valorar el grado de asociación, entre estos dos problemas en nuestro medio, de esta manera se podrá proporcionar datos estadísticos reales, confiables y actuales que sirvan para implementar programas de atención primaria de salud, beneficiando así a la población obstétrica.

Y por último, es viable gracias a la accesibilidad a las historias clínicas de las pacientes, además la capacidad técnica para desarrollar el proyecto es óptima.

1.5. Problema:

¿Es la Preeclampsia un factor de riesgo para parto con producto inmaduro, en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2016?

1.6. Hipótesis:

H0: La Preeclampsia no es un factor de riesgo para parto con producto inmaduro, en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2016.

Ha: La Preeclampsia es un factor de riesgo para parto con producto inmaduro, en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2016.

1.7. Objetivos:

1.7.1. Objetivo General:

Determinar si la preeclampsia es un factor de riesgo para parto con producto inmaduro en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2016.

1.7.2. Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia de parto con producto inmaduro, en el Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2016.
- Determinar la frecuencia de preeclampsia en las gestantes del servicio en estudio.
- Asociar la preeclampsia y el parto con producto inmaduro.
- Clasificar al tipo de preeclampsia según presencia de parto con producto inmaduro.

II.-MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Material:

Población diana:

Gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Población de estudio:

Gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo. Período 2015-2016, que cumplan con los criterios de selección.

Criterios de selección.

Criterios de inclusión para casos:

Historia Clínica completa de gestantes atendidas en el período 2015-2016, cuyo parto con producto inmaduro fue en el HRDT.

Criterios de inclusión para controles:

Historia Clínica completa de gestantes atendidas en el período 2015-2016, cuyo parto con producto a término fue en el HRDT.

Criterios de exclusión para casos y controles:

Historia Clínica incompleta de gestante, producto obtenido por cesárea, óbito fetal, anomalías incompatibles con la vida, Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, Embarazo múltiple, Obesidad.

2.2. Muestra:

TIPO DE MUESTREO: Probabilístico, aleatorio simple.

UNIDAD DE ANALISIS: Cada gestante atendida en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo. Período 2015-2016, y que cumplieron con los siguientes criterios de selección.

UNIDAD DE MUESTREO: Cada historia clínica de las gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo. Período 2015-2016, y que cumplan con los criterios de selección.

TAMAÑO MUESTRAL: Para su cálculo se utilizó fórmula para casos y controles:

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

donde $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$ y los valores $z_{1-\alpha/2}$ y $z_{1-\beta}$ son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio. En particular, para una seguridad de un 95% y un poder estadístico del 80% se tiene que $z_{1-\alpha/2} = 1,96$ y $z_{1-\beta} = 0,84$.

Obtención del tamaño de muestra:

DATOS:

- Nivel de seguridad 95%
- Poder estadístico 80%
- $p_1 = 25\%$ ³³
- $p_2 = 60\%$ ³³
- OR = 1.95

CASOS: 90

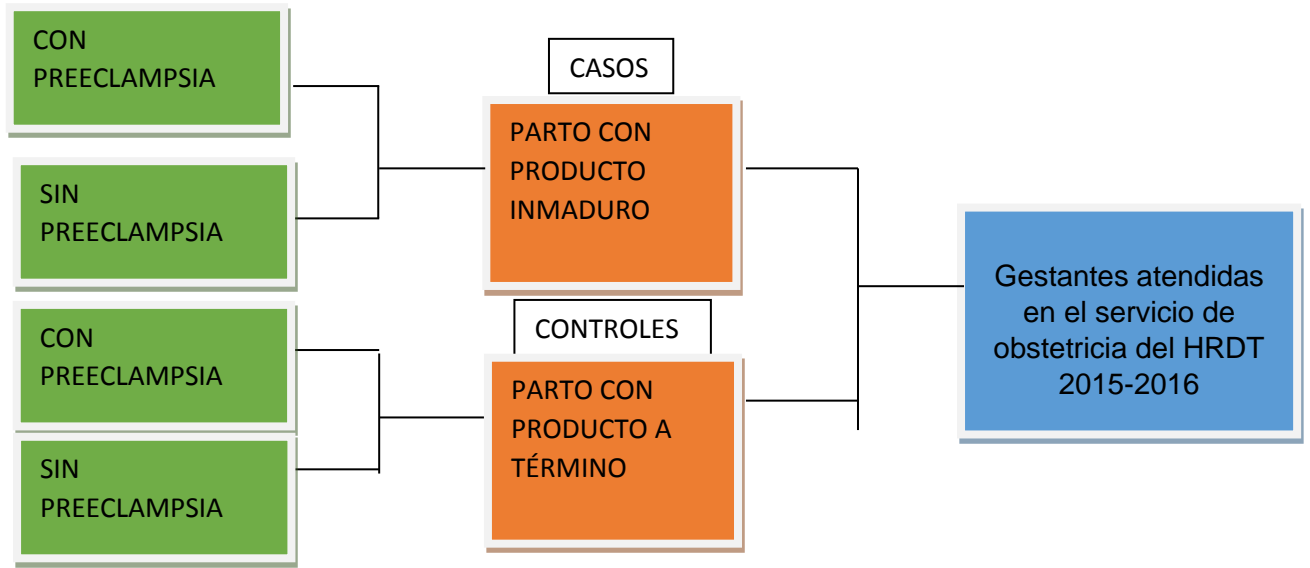
CONTROLES: 180

2.3. Diseño del estudio:

2.3.1. Tipo de estudio: Analítico; retrospectivo, transversal, comparativo efecto/causa, observacional.

2.3.2. Diseño Específico: Casos y controles.

TIEMPO



RETROSPECTIVO



2.4. VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

Identificación y operacionalización:

Variable	Tipo	Escala	Indicadores	Índice
<u>Variable Dependiente</u> Parto con Producto Inmaduro	CUALITATIVA	NOMINAL	Registro de la condición del neonato de 21 a 27 semanas o de 500 a menos de 1000 gramos.	SI / NO
<u>Variable Independiente</u> Preeclampsia	CUALITATIVA	NOMINAL	Registro de la gestante: PA \geq 140/90 mmHg más proteinuria \geq 300 mg en orina de 24 hrs o \geq 1+ con tira reactiva	SI / NO

2.5. Definición operacional de variables

Variable Dependiente

Parto con Producto Inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.¹²

Variable Independiente:

Preeclampsia: es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación.³⁴ Con Presión arterial sistólica \geq 140mmHg o diastólica \geq 90 mmHg, en dos o más ocasiones con 4-6 horas de diferencia entre ambos registros y proteinuria \geq 300 mg, pero menor de 2 g en una recolección de orina de 24 horas o \geq 1+ con tira reactiva .¹⁵

2.6 Método de recolección de datos:

Se solicitó permiso previo (ANEXO 1) a la dirección del Hospital Regional Docente de Trujillo, para que se nos permita el ingreso y la aplicación del instrumento de investigación. Una vez obtenido el permiso se revisaron las historias clínicas del servicio de Obstetricia. Posteriormente se eligieron las historias clínicas de manera aleatoria que cumplieron con los criterios de selección. El proceso de recolección duró un tiempo aproximado de 15 días. Se registraron los datos pertinentes correspondientes a las variables en la ficha de recolección de datos (ANEXO 2).

Se recogió la información de todas las fichas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.7 Análisis e interpretación de la información:

Después de la recolección de datos, se procedió a reconocer cuales son las fichas aptas el estudio después de comprobar que cumplan con los criterios de inclusión y que no presenten algún criterio de exclusión. Una vez seleccionados los datos fueron procesados en una base de datos.

Una vez obtenida la información, la organización de datos se realizó a través de una matriz de tabulación, instalada en una Pc con procesador Core i5 con Windows 8 y construida mediante el programa estadístico (SPSS versión 20.0) para su análisis automático.

2.7.1. Estadística descriptiva:

Se necesitó estimaciones de Frecuencia y Razón. Para la presentación final de los resultados se utilizó gráficos y cuadros.

2.7.2. Estadística inferencial:

Se aplicó el test de chi cuadrado para establecer la relación entre las variables cualitativas; las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de error fue menor al 5% ($p < 0.05$).

2.7.3 Estadígrafos de estudio:

Se calculó el Odds Ratio (OR) puntual e intervalo para el 95% de confianza, esperando que sea mayor que 1 y permita afirmar que es un factor de riesgo.

CONDICIÓN:
Parto con Producto Inmaduro

PREECLAMPSIA		Casos	Controles	
	SI	A	B	A+B
	No	C	D	C+D
		A+C	A+B	N

$$OR = A \times D / B \times C$$

2.8 Consideraciones éticas:

Según dicta el artículo 43 del Código de Ética y Deontología Médica del Perú, el estudio contó con la aprobación del Comité de Investigación y Ética del Hospital Regional Docente de Trujillo.³⁵

Se consideraron las normas éticas internacionales, como lo pide el artículo 42° del Código de Ética y Deontología Médica del Perú, presentes en la Actualización de la Declaración de Helsinki 2013, razón por la que se tomaron las precauciones necesarias para proteger la privacidad de las personas así como la confidencialidad de la información.^{36,37}

Se destaca el hecho que el presente estudio, de acuerdo a sus características, no precisó con el protocolo de consentimiento informado, aunque fue necesario obtener el permiso de revisión de historias por parte de la dirección hospitalaria.

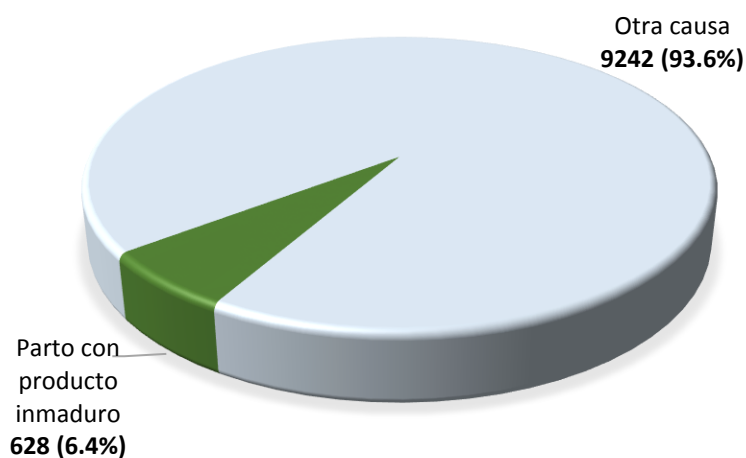
III.- RESULTADOS

La muestra en estudio se obtuvo de Gestantes atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2015-2016. De acuerdo a cifras del área estadística se registraron 9870 atenciones en el servicio de interés durante el periodo de estudio, de las cuales aproximadamente 3600 fueron por partos, siendo 628 los partos con productos inmaduros. De los 628 partos inmaduros se investigó a 90 que constituyeron nuestro grupo de casos, cuyas historias clínicas fueron seleccionadas probabilísticamente al azar, donde aquellas incompletas o que no cumplieron con los criterios de inclusión se descartaron. Por otro lado, de los 2972 partos que no presentaron inmadurez, se llevó a cabo el mismo procedimiento de selección que en el grupo de casos hasta obtener un total de 180 historias clínicas con parto a término y que constituyeron nuestro grupo de controles. Fueron un total de 270 historias clínicas analizadas, entre casos y controles.

En los objetivos de nuestro trabajo, según el área de estadística, se determinó primeramente la prevalencia de parto con producto inmaduro en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015-2016, datos que se presentan en el Gráfico 1 siguiente.

GRÁFICO 1:

PREVALENCIA DE PARTO CON PRODUCTO INMADURO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA



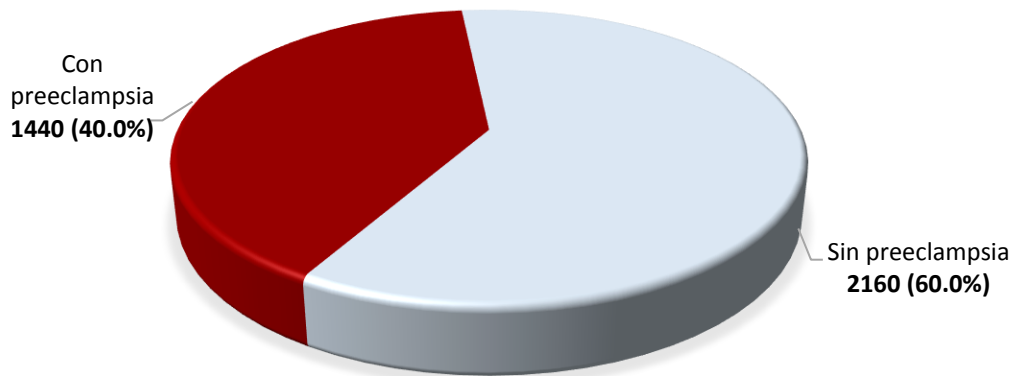
Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2015-2016

En el gráfico 1 se aprecia que la prevalencia de parto con producto inmaduro fue de 6.4% del total de causas de atención en el servicio en estudio.

En el gráfico 2 se pretendió determinar la frecuencia de preeclampsia en las 3600 gestantes registradas en el servicio en estudio:

GRÁFICO N°2:

FRECUENCIA DE PREECLAMPSIA EN LAS GESTANTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA



Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2015-2016

El presente gráfico 2 permite observar que la preeclampsia tuvo una frecuencia de 40% en las gestantes atendidas por parto natural en el servicio.

En el cuadro 1 se presentan las características generales de los productos según presencia de inmadurez:

CUADRO N°1:**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PRODUCTOS SEGÚN PRESENCIA DE INMADUREZ**

CARACTERÍSTICAS GENERALES	PARTO CON PRODUCTO INMADURO		PARTO CON PRODUCTO A TÉRMINO	
	N° de casos	Porcentaje	N° de casos	Porcentaje
Sexo				
Femenino	55	61.1%	93	51.7%
Masculino	35	38.9%	87	48.3%
Preeclampsia				
Sí	52	57.8%	56	31.1%
No	38	42.2%	124	68.9%

Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2015-2016.

Se puede observar que el sexo femenino se presentó en el 61.1% de los casos y en el 51.7% de los controles, mientras que los casos con preeclampsia registraron 57.8% y los controles con preeclampsia 31.1%.

En el cuadro 2 se presenta la asociación de la preeclampsia y el parto con producto inmaduro:

CUADRO N°2:**ASOCIACIÓN DE PREECLAMPSIA Y PARTO CON PRODUCTO INMADURO**

PREECLAMPSIA	PARTO CON PRODUCTO INMADURO	
	SÍ	NO
	N° de pacientes	N° de pacientes
SÍ	52	56
NO	38	124
TOTAL	90	180

$X^2 = 17.78$
 $p = 0.0000$
 $OR = 3.03$
 $IC (95.0\%) = 1.79-5.12$

Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2015-2016.

En el cuadro 2 puede apreciarse que el valor p fue 0.0000, mientras que el OR fue de 3.03.

Finalmente, en el cuadro 3 siguiente, se clasificó al tipo de preeclampsia según presencia de parto con producto inmaduro:

CUADRO N°3:**TIPO DE PREECLAMPSIA SEGÚN PRESENCIA DE PARTO CON PRODUCTO INMADURO.**

TIPO DE PREECLAMPSIA	PARTO CON PRODUCTO INMADURO				Valor <i>p</i>
	SÍ		NO		
	N° de pacientes	%	N° de pacientes	%	
LEVE	19	21.1	37	20.5	0.916
SEVERA	33	36.7	19	10.6	0.000
NINGUNA	38	42.2	124	68.9	0.000
TOTAL	90	100.0	180	100.0	

Fuente: Archivo clínico del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2015-2016.

En el cuadro 3 se observa que el valor *p* fue de 0.000 cuando se trató de preeclampsia severa, similar situación para cuando la preeclampsia no se presentó.

IV. DISCUSIÓN

El presente trabajo pretendió determinar si la preeclampsia es un factor de riesgo para parto con producto inmaduro en gestantes del Hospital Regional Docente de Trujillo, con el fin de comprender mejor dicha eventualidad..

La prevalencia de parto con producto inmaduro fue establecida en el cuadro 1, denotando una frecuencia importante en relación a todos los diagnósticos establecidos dentro del servicio estudiado, la cifra fue calculada para un periodo de 2 años, es decir 2015-2016. Si bien es cierto no contamos con reportes previos de esta institución hospitalaria sobre su prevalencia en años anteriores al periodo que elegimos, la literatura médica documentada recoge al menos cifras que reportan una incidencia mundial de 11%⁵, por lo que se puede sugerir que la frecuencia encontrada en nuestra investigación se encuentra dentro de un rango reconocido, con la salvedad que en nuestro trabajo se determinó prevalencia en cuanto a causas de atención obstétrica además de la gestación y no únicamente en gestantes, como si se puede apreciar en la información de la literatura. De haber tomado como base únicamente a la atención en gestantes la cifra se elevaría a más del 17%, es decir, superaría los rangos internacionales reportados. Independientemente de la forma de apreciar esta eventualidad, constituye un hecho preocupante su identificación si tomamos en cuenta que es responsable de incrementar las cifras de morbi-mortalidad.

Independientemente de lo anterior, fue de nuestro interés investigar la frecuencia de preeclampsia en las gestantes del servicio de Obstetricia, cuyos resultados mostrados en la gráfica 2 permiten sugerir que su frecuencia es considerablemente superior a los datos estadísticos reportados en la literatura médica, que la sitúa entre un 5 y 8% de todos los embarazos en países desarrollados y en un 10%, en regiones en vías de desarrollo¹⁸ o como reporta Connor-Gorber¹⁹ de 7% en Colombia, por lo que no se encontró coincidencia con los mismos al identificarse en un 40% de gestantes, aunque con la limitante que la cifra establecida pertenece a una sola institución hospitalaria; sin embargo al ser un centro referencial de nuestra localidad pensamos que la cifra global no debe estar tan alejada de la estimada, motivo adicional que reta a que el personal sanitario esté atento no solo a su diagnóstico sino a su detección temprana y en la medida de lo posible a su prevención, más aún si tomamos en cuenta que la literatura médica reconoce que es causa relevante de morbilidad neonatal¹⁵.

Consideramos prudente presentar las características generales del producto, mismas que fueron divididas en casos y controles de acuerdo a nuestro tamaño muestral. Al respecto, para el grupo de casos sobresalió el género femenino al identificarse en poco más del 61% como pudo apreciarse en el cuadro 1, con un ratio aproximado de 1.57 mujeres por cada varón. Sin embargo, dicho resultado también se documentó en los controles, es decir con producto a término, aunque en menor frecuencia, ya que el ratio se presentó alrededor de 1.07. Debido a que en ambos grupos el género más afectado fue el femenino no existe suficiente soporte en los resultados para suponer que éste fuese más vulnerable a ser un producto inmaduro, más bien la explicación puede ser demográfica ya que tenemos conocimiento previo de que la población femenina en general es mayor que la masculina, aunque al parecer la brecha entre ambos géneros se ha estrechado.

Adicionalmente, consideramos dejar establecida como otra característica general a la presencia de preeclampsia, dividida por casos y controles. Así, se pudo apreciar que casi el 58% de casos la presentó, frente a cerca del 69% de controles que no la tuvo, de ahí que consideramos que la frecuencia observada de preeclampsia fue alta y supera incluso el dato global obtenido en todo el servicio si tomamos como criterio diferenciador al producto inmaduro. El resultado obtenido no coincide con la literatura documentada, ya que fue ampliamente superada, al mencionar distintos rangos que oscilan entre 5% hasta 15% ^{18,19}.

Debemos señalar que en los resultados no se presentaron las características generales de la madre, lo cual reconocemos como una limitación del estudio que permitiría una apreciación más amplia de la eventualidad, aunque según nuestro diseño y variables de interés específico no constituía un dato principal de recolección.

En el cuadro 2 se determinó la asociación de la preeclampsia en relación al diagnóstico de parto con producto inmaduro y, de acuerdo a lo calculado, hubo diferencia estadística altamente significativa, por lo que se estableció que la preeclampsia es un factor de riesgo, resultado que era sugerente al analizar el cuadro anterior donde la proporción de preeclampsia en el grupo de casos superaba descriptivamente a los controles. Podemos decir entonces que la preeclampsia tiene 3 veces más riesgo de estar presente y a la vez asociarse a un parto con producto inmaduro, de acuerdo al resultado de nuestro OR. Nuestro resultado coincide con los estudios previos llevados a cabo en México por

Osorno et al. ²⁸ y en Perú por Romero ²⁸ y Vásquez ²⁹. Incluso supera el mencionado resultado nacional de Vásquez, al establecer un riesgo de 2.

Finalmente, en el cuadro 3 se pretendió clasificar el tipo de preeclampsia según presencia de parto con producto inmaduro. En base al resultado anterior, de que la preeclampsia se constituyó factor de riesgo para parto con producto inmaduro, consideramos útil clasificarla y se apreció que hubo diferencia estadística altamente significativa entre la frecuencia de preeclampsia severa en el grupo de casos frente a la de controles. Contrariamente a la preeclampsia severa, se pudo determinar que la preeclampsia leve no marcó una diferencia estadísticamente significativa. Esta situación permite sugerir la posibilidad de llevar a cabo investigaciones a futuro sobre la asociación con productos inmaduros cuando de preeclampsia severa se trate. Al mismo tiempo constituye motivo de atención especial desde el punto de vista clínico, para favorecer una conducta eficaz para su control, ya que llama la atención que se haya presentado prácticamente en el 37% de partos con productos inmaduros. No se documentó mayor evidencia sobre preeclampsia severa en la literatura documentada, excepto el estudio de Barton ³¹ en Estados Unidos, quien la identifica en 9.6%, cifra por debajo de nuestro resultado y que contrasta notablemente, por lo que el interés en ella queda propuesto para estudios posteriores.

V. CONCLUSIONES

1. La preeclampsia si es un factor de riesgo para parto con producto inmaduro.
2. La prevalencia de parto con producto inmaduro fue de 6.4% en el servicio de Obstetricia.
3. La frecuencia de preeclampsia fue 40% en las gestantes con parto natural.
4. La preeclampsia fue un factor asociado a parto con producto inmaduro ($p < 0.01$), constituyéndose factor de riesgo, con $OR = 3.03$.
5. La preeclampsia severa mostró diferencia estadística altamente significativa. ($p < 0.01$ en el parto con producto inmaduro).

VI. SUGERENCIAS

1. Se sugiere mayor consideración de recursos para la atención de partos con productos inmaduros.
2. El manejo clínico de la preclampsia constituye un proceso que debe ser tratado con la mayor eficacia posible debido a su alta frecuencia. Además las acciones para su detección temprana e incluso prevención deben reforzarse con el propósito de evitar el tipo severo.
3. Se sugiere la consideración de investigaciones donde la preeclampsia severa se proponga como un probable factor de riesgo, ya sea como variable única o dentro de un panorama multicausal.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández López T., Ares Mateos G., Carabaño Aguado I., Sopeña Corvinos J. El prematuro tardío: el gran olvidado. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 Sep [citado 2017 Feb 08]; 14(55): e23-e29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000400013&lng=es.
2. Diaz L. Factores de riesgo asociados al parto pre término en el hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a junio del 2010. Rev ECIPERU. 2010; 8(2):143–9.
3. Dolcet MA, Flores KB, Cortés R. Efectividad del tratamiento de la amenaza de parto pretérmino con progesterona natural micronizada. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2014 Sep [citado 2017 Feb 08]; 74(3): 148-153. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000300002&lng=es.
4. Retureta S, Rojas L, Retureta M. Factores de riesgo de parto prematuro en gestantes del Municipio Ciego de Ávila. Medisur [Internet]. 2015 Ago [citado 2017 Feb 08]; 13(4): 517-525. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400008&lng=es.
5. Minguet-Romero R, Cruz-Cruz PR, Ruíz-Rosas RA, Hernández-Valencia M. Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012). Ginecol Obstet. Mex 2014;82: 465-471.
6. Barrios RM, Varas J, Lattus J. Caracterización de los partos prematuros en Hospital Dr. Luis Tisné Brousse durante año 2015. Rev Obs Ginecol. Chile 2016; 11(1):31–36.
7. Oliveros M, Shimabuku R, Chirinos J, Barrientos A. Factores de riesgo asociados a muerte hospitalaria en recién nacidos de muy bajo peso en el Perú. Diagnóstico. 2007;46(1):7-14.5. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido. Lima Perú, 2007
8. Bergsjö P, Denman DW 3rd, Hoffman HJ, Meirik O: Duration of human singleton pregnancy. A population-based study. Acta Obstet Gynecol Scand 2009, 69(3):197–207.
9. Cuzcano AD. Características de las madres adolescentes con parto pretérmino en el hospital Sergio Bernal durante el periodo de noviembre 2014 a noviembre 2015. [Tesis]. Lima: Univesidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina; 2016. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/502/1/Cuzcano_a.pdf
10. Couto D, Danilo N, Montes de Oca P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. Cuba. 2014; 18(6):841–7.
11. Olaya R. Factores de Riesgos Desencadenantes del Trabajo de Parto Pretérmino en Adolescentes Embarazadas Primigestas en el Hospital Gineco-Obstétrico “Enrique C. Sotomayor” en el Período ee Septiembre del 2012 a Febrero del 2013. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2013.

12. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, Aceves-Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. 2012; 79:32–9.
13. Romero-Arauz JF, Ortiz-Díaz CB, Leaños-Miranda A, Martínez-Rodríguez OA. Evolución de hipertensión gestacional a preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82:229-235.
14. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C. El neonato de madre con preeclampsia-eclampsia. *Rev Mex Pediatr*. 2006;73(2):82–8.
15. Diaz L, Díaz N del M, Serrano N. El pronóstico de los hijos de madres con preeclampsia. Parte 2: efectos a largo plazo. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2011; 109(6):519–24. Available from: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2011/v109n6a10.pdf>
16. Gómez L. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. *Rev. Perú. Ginecol. Obstet* [online]. 2014; 60(4): 321-332. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S2304-51322014000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Lagos A, Arriagada J, Iglesias J. Fisiopatología de la preeclampsia. *Rev Obs Ginecol*. 2013; 8(3):157–60.
18. Beltrán L, Benavides P, López J, William O. Estados Hipertensivos En El Embarazo : Revisión. *Rev UDCA Act Div Cient*. 2014; 17(2):311–23.
19. La Rosa M, Ludmir, J. Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [online]. 2014; 60(4): 373-378. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400013&lng=es&nrm=iso
20. Pérez-de-Villa-Amil-Álvarez A, Prieto-Clavero E, Hernández-Placia R. Preeclampsia grave: características y consecuencias. *Revista Finlay* [revista en Internet]. 2015 [citado 2017 Feb 16]; 5(2): 118-128. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/354>
21. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [online]. 2014; 60(4): 309-320 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007&lng=es&nrm=iso
22. Rodríguez M, Egaña G, Márquez R, Bachmann M, Soto A. Preeclampsia: mediadores moleculares del daño placentario. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2012; 77(1):72–8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Ahumada-Barrios M, Alvarado G. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospita. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016;24 (e2750):1–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27463110>
24. Xiquitá T, Recinos S. Bajo Peso al Nacer Relacionado con Hipertensión Arterial Materna. Universidad De San Carlos De Guatemala [Tesis]. Guatemala: 2014.
25. Cortés A, González K. Prevalencia de recién nacidos pretérmino hospitalizados en unidad de Neonatos del Hospital General de Zona 11 del IMSS en el 2013. México; 2013.

26. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D. Williams Obstetricia. 23a edición: México: McGRAW-HILL Interamericana Editores. 2006.
27. Cnattingius S, Villamor E, Johansson S, Edstedt Bonamy A, Persson M, Wikström A, et al. Obesidad materna y riesgo de parto prematuro. Rev Chil Obs Ginecol. 2014; 79(1):64–6.
28. Rodriguez D, Morales V, Escudero R, Arévalo D, Cabrera L. Factores de riesgo maternos asociados a parto pretérmino: un estudio multicéntrico. Trujillo metropolitano, 2011 –. UCV - Sci. 2014; 6(2):143–7.
29. Guillén Guevara JJ. Factores Maternos Asociados Al Parto Pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014. [Tesis]. Perú: Universidad San Martín de Porres; 2015.
30. Ticona-Rendon, M, Huanco-Apaza D, Ticona-Huanco, D. Incidencia, supervivencia y factores de riesgo del recién nacido con extremo bajo peso en un hospital. Acta méd. peruana [online]. 2015; 32(4):211-220. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172015000400004&lng=es&nrm=iso
31. Barton JR, O'Brien JM, Bergauer NK, et al. Mild gestational hypertension remote from term: progression and outcome. Am J Obstet Gynecol 2001;184:979-83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11303208>
32. Díaz L, Díaz N, Serrano N, Colmenares C. El pronóstico de los hijos de madres con preeclampsia. Parte 2: efectos a largo plazo. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2011;109(6):519–24. Available from: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2011/v109n6a10.pdf>
33. Jaramillo-Prado J, López-Giraldo I, Arango-Gómez F. Pretérmino en el Tercer Nivel de Atención en Salud en Manizales. Julio 2004 - Junio 2005. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2006; 57(2):74–81.
34. Vargas V, Acosta G, Moreno M. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2017 Feb 13]; 77(6): 471-476. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000600013>.
35. Código de ética y deontología Médica. Colegio Médico del Perú (2007).
36. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones con seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre. 2013.
37. Congreso de la república del Perú. Ley general de Salud. Ley N°26842,20 julio 1997:1-30

ANEXO 01

SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA PROYECTO DE TESIS

Sr. Director General del Hospital Regional Docente de Trujillo

S.D.

Yo, Lourdes Omaira Salazar Rondo, con DNI N° 70233845, alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego, me presento y expongo:

Que por motivos académicos, solicito autorice realizar mi Proyecto de Tesis: “Preeclampsia como Factor de Riesgo para Parto con Producto Inmaduro”.

Por lo expuesto:

Solicito a Ud. Señor Director ordenar a quien corresponda y de trámite a dicha petición.

Trujillo, 10 de Febrero del 2017

SALAZAR RONDO LOURDES OMAIRA

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PREECLAMPSIA COMO FACTOR DE RIESGO PARA PARTO CON PRODUCTO
INMADURO”

HCL N°.....

N°.....

CASO	
CONTROL	

VARIABLE DEPENDIENTE:

Parto con Producto Inmaduro	SI
	NO
Peso del RN	
Sexo del RN	Masculino
	Femenino

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Preeclampsia	SI	LEVE	
		SEVERA	
	NO		