



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

**RESULTADOS MATERNOPERINATALES DE PARTO TEMPRANO  
PLANIFICADO VERSUS MANEJO EXPECTANTE EN  
PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD LEJOS DEL  
TÉRMINO HOSPITAL NACIONAL SERGIO ERNESTO BERNALES  
2015-2020**

**PRESENTADO POR  
FREDDY ALONSO FORTUNA HORNA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**ASESOR  
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA – PERÚ  
2021**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**RESULTADOS MATERNOPERINATALES DE PARTO TEMPRANO  
PLANIFICADO VERSUS MANEJO EXPECTANTE EN  
PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD LEJOS DEL  
TÉRMINO HOSPITAL NACIONAL SERGIO ERNESTO BERNALES  
2015-2020**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR  
FREDDY ALONSO FORTUNA HORNA**

**ASESOR  
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## ÍNDICE

	Págs.
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	1
1.1 Descripción del problema	2
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Viabilidad y factibilidad	3
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	4
2.1 Antecedentes	4
2.2 Bases teóricas	7
2.3 Definición de términos básicos	13
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	14
3.1 Formulación de la hipótesis	14
3.2 Variables y su operacionalización	14
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	17
4.1 Tipos y diseño	17
4.2 Diseño muestral	17
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	18
4.4 Procesamiento y análisis de datos	19
4.5 Aspectos éticos	20
<b>CRONOGRAMA</b>	21
<b>PRESUPUESTO</b>	22
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	23
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción del problema**

La preeclampsia con criterios de severidad se posiciona como uno de los síndromes multisistémicos de mayor impacto sanitario, a consecuencia de las implicancias físicas, biológicas y orgánicas que acarrea su emersión (1, 2).

Este trastorno hipertensivo se caracteriza por evidenciar una tendencia temporal y epidemiológica creciente, usualmente asociada a manejos deficientes y posterior emersión de complicaciones graves, entre las que destacan: edema agudo de pulmón, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, rotura hepática, falla renal, desprendimiento prematuro de placenta y síndrome de Hellp (3).

Esta situación se reverbera en las cifras estadísticas otorgadas por la Organización Mundial de la Salud, que reporta una incidencia de 25% para formas graves de preeclampsia (4), preponderante en los países en vías de desarrollo y con una carga de mortalidad materna de 14% (50 000 y 75 000 muertes) (4, 5).

América Latina no es indiferente a esta realidad, ya que posiciona a la preeclampsia con criterios de severidad, como la responsable del 22% de muertes maternas (6), entre 8-45% de morbilidad neonatal y entre 1-33% de mortalidad perinatal (7).

El Perú exterioriza un escenario análogo, ya que el Instituto Nacional Materno Perinatal reportó, entre 2012 y 2018, un total de 1870 casos de morbilidad materna extrema, entre los cuales el 56.6% (164 casos) correspondió a la preeclampsia con criterios de severidad, síndrome de Hellp y eclampsia (2). En relación a la mortalidad, el Ministerio de Salud posicionó a la preeclampsia severa como una de las causas específicas más frecuentes de mortalidad neonatal y materna durante el puerperio (8, 9).

Bajo ese contexto, la comunidad científica decidió indagar en el origen de la tendencia epidemiológica de morbimortalidad materna y perinatal y posicionó al manejo o conducta médica como una de las causas más asiduas del evento, especialmente antes de las 34 semanas de edad gestacional (10, 11).

Esta situación se suscitó a consecuencia de la divergencia existente entre los resultados del parto temprano planificado y del manejo expectante, ya que ambos evidencian efectos deletéreos y tasas de mortalidad fluctuantes, que no permiten estructurar un consenso médico representativo que mejore la integridad del binomio materno-perinatal (10, 11).

Por ello, se torna imprescindible ejecutar una investigación, que permita determinar con certeza los resultados maternoperinatales del parto temprano planificado versus el manejo expectante, con el objeto de absolver las controversias científicas y mejorar las prácticas hospitalarias en pacientes preeclámpicas con criterios de severidad lejos del término.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los resultados maternoperinatales del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterios de severidad lejos del término, en el Hospital Nacional Sergio Ernesto Bernales, 2015-2020?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar los resultados maternoperinatales del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterio de severidad lejos del término, en el Hospital Sergio Ernesto Bernales, 2015-2020.

### **Objetivos específicos**

Comparar los resultados maternos del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterio de severidad lejos del término.

Comparar los resultados perinatales del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterio de severidad lejos del término.

#### **1.4 Justificación**

El presente trabajo de investigación se justifica en la determinación de los resultados maternoperinatales del parto temprano planificado y del manejo expectante en pacientes preeclámpticas con criterios de severidad lejos del término, ya que su constitución permitiría identificar la conducta médica de mayor seguridad y eficacia y, por ende, reducir las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Así mismo, permitirá la actualización y enriquecimiento del conocimiento preexistente y la subsecuente materialización de la experiencia empírica en la práctica hospitalaria diaria.

Finalmente, la publicación de los resultados servirá de referente científico, para la creación futura de nuevas investigaciones, especialmente en el ámbito nacional, que no exterioriza pesquisas estructuradas bajo el mismo enfoque temático.

#### **1.5 Viabilidad y factibilidad**

La viabilidad de la presente investigación se cimienta en cada una de las condiciones técnicas y operativas del estudio, asociadas a la adquisición de permisos y al acceso raudo de cada uno de los registros médicos, además de tener la autorización del hospital para su realización.

Además, se cuenta con una población cautiva y numerosa, que permitirá tomar una muestra representativa que refleje con precisión los resultados maternoperinatales del parto temprano planificado y del manejo expectante.

Finalmente, no existirán dificultades éticas o problemas de intereses, y se contará con los recursos materiales (bienes tangibles), humanos (asesor de tesis, de metodología y de estadística) y económicos suficientes (autofinanciamiento) para la estructuración total del proyecto y la publicación de sus resultados.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Sanjanwala A et al., en 2020, desarrollaron una investigación tipo cohorte retrospectivo que incluyó a 543 pacientes con preeclampsia severa. Los resultados mostraron entre los principales desenlaces maternoperinatales antes y después del manejo expectante: ingreso a UCI 1.1 versus 3%, síndrome de Hellp 3.6 versus 4.2%, muerte materna 0 versus 0.4%, Apgar a los 5' <3 4.3 versus 5.3% y muerte neonatal 5.4 versus 2.7% ( $p_{total} > 0.05$ ). Esta investigación trajo como conclusiones que no hubo diferencias significativas en los resultados antes y después del manejo expectante (12).

En 2019, Chappell L et al. realizaron un ensayo clínico controlado y aleatorio, que incluyó a 899 pacientes con preeclampsia prematura tardía. Los resultados mostraron una incidencia de desenlaces maternos comprimarios de 65% para parto planificado y 75% para conducta expectante ( $p: 0.0006$ ); mientras que los desenlaces perinatales exteriorizaron un porcentaje de 42 y 34% ( $p: 0.0107$ ), sin indicadores de morbilidad neonatal mayor. Finalmente, se concluyó que el parto planificado redujo los resultados maternos adversos y no exacerbó los desenlaces neonatales (10).

Le Y et al., en China, ejecutaron durante el 2019, un estudio observacional y retrospectivo que incluyó 213 pacientes con preeclampsia severa de inicio temprano. Los resultados mostraron entre los principales desenlaces perinatales del manejo expectante: peso promedio al nacer 1.582 kg, mortalidad neonatal 14.5% y muerte fetal 21.59%. Finalmente, se concluyó que el manejo expectante exteriorizó resultados perinatales adversos en pacientes con preeclampsia severa (13).

En 2019, Zwertbroek E et al. desarrollaron un trabajo tipo observacional y prospectivo que incluyó a 740 gestantes con trastornos hipertensivos. Los resultados mostraron entre los principales desenlaces neonatales (manejo activo y expectante): PEG 10.8 versus 18.4% ( $p: 0.05$ ), EG al nacer 36.1 versus 37 ss ( $p < 0.001$ ) y problemas de motricidad en niños de 2 años 6.8 versus 2% ( $p: 0.02$ ).



Concluyeron que la conducta expectante redujo los resultados neonatales y de desarrollo infantil adversos (14).

Hoshino A et al., en 2019, publicaron una investigación observacional y prospectivo que incluyó a 109 pacientes con preeclampsia grave (PG) y superpuesta a hipertensión crónica (PSH). Los resultados mostraron entre los principales desenlaces maternoperinatales del manejo expectante (PG versus PSH): síndrome de Hellp 14.3 versus 8.3% (p: 0.71), eclampsia 4.1 versus 0% (p: 1.00), edema pulmonar 6.1 versus 0% (p: 0.55) e ingreso a UCI neonatal 98 versus 100% (p: 1.00). Finalmente, se concluyó que el manejo expectante no evidencio diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos (15).

En 2018, Vásquez J y Barboza D realizaron un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a 40 pacientes con preeclampsia severa. Los resultados mostraron entre los principales desenlaces maternoperinatales del manejo expectante: síndrome de Hellp (17.8%), edema pulmonar agudo (4.45%), eclampsia (2.2%), prematuridad (100%), ingreso a UCIN (39.02%) y RCIU (21.95%). Finalmente, se concluyó que el tratamiento expectante suscito un alto porcentaje de complicaciones maternoperinatales (16).

Guzmán Y et al., en 2018, ejecutaron una investigación de cohorte retrospectivo que incluyó a 86 gestantes con preeclampsia no severa. Los resultados mostraron entre los principales desenlaces maternoperinatales de las pacientes sometidas a manejo expectante: preeclampsia severa (47.7%), síndrome de Hellp (3.5%), eclampsia (2.3%), ingreso a UCIN (27.9%), bajo peso al nacer (8.1%), RCIU (4.7%) y Apgar bajo a los 5' (1.2%). Finalmente, se concluyó que las pacientes con preeclampsia severa y manejo expectante precisan de un estricto control (17).

Un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 66 pacientes con preeclampsia severa temprana fue realizado por Rendón C y Ortiz R, en 2016. Los resultados mostraron entre los principales desenlaces (manejo activo y expectante): 1. Maternos: Estancia hospitalaria 3 versus 3 días, síndrome de Hellp 11.43 versus 6.45%, muerte 0 versus 3.23% e ingreso a UCI 11.43 versus 16.13% (p total>0.05); 2. Neonatales: estancia en UCIN 6 versus 9 días, BPEG 62.86 versus 67.74%, y

muerte 0 versus 3.23% (p total>0.05). Finalmente, se concluyó que no existieron diferencias significativas entre los resultados de ambos manejos (11).

Broekhuijsen K et al., en 2015, desarrollaron un ensayo controlado y aleatorio que incluyó a 703 pacientes con trastornos hipertensivos. Los resultados mostraron para parto inmediato y conducta expectante: desenlaces maternos adversos 1.1% versus 3.1% y síndrome de dificultad respiratoria en neonatos 5.7% versus 1.7% (p: 0.005). Finalmente, se concluyó que el parto inmediato redujo los resultados maternos adversos e incremento significativamente el síndrome de dificultad respiratoria en neonatos (18).

En 2015, Ertekin A et al. publicaron un artículo, cuya metodología fue de estudio de cohorte prospectivo que incluyó a 70 pacientes con preeclampsia severa. Los resultados mostraron entre los principales desenlaces maternos (manejo expectante y agresivo): morbilidad renal 0 versus 5.4% (p:0.49) y hepática 3 versus 13.5% (p:0.20); y neonatales: estancia hospitalaria 23.58 versus 32.29 días (p:0.182) y mortalidad 3 versus 18.9% (p:0.058). Finalmente, se concluyó que no hubo diferencias significativas en los resultados de pacientes sometidas a manejo expectante o agresivo (19).

Rajani M y Sreenivas K, en 2015, realizaron un estudio observacional y prospectivo que incluyó a 209 pacientes con preeclampsia severa. Los resultados mostraron entre los principales desenlaces fetomaternos del manejo expectante: ausencia de mortalidad materna, supervivencia perinatal global de 45.56% y mortalidad perinatal de 52.1%. Finalmente, se concluyó que el manejo expectante influyó en la mortalidad perinatal, sin afectar los resultados maternos (20).

En 2014, Pandey U et al. publicaron un trabajo observacional y retrospectivo que incluyó a 50 pacientes con preeclampsia severa. Los resultados mostraron entre los principales desenlaces maternoperinatales del manejo expectante: eclampsia (8%), síndrome de Hellp (4%), edema pulmonar (4%), RCIU (2%) y muerte neonatal (6 casos). Finalmente, se concluyó que la preeclampsia grave puede ser manejada de forma expectante, siempre que se controle el bienestar maternofetal (21).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Preeclampsia con criterios de severidad**

Según el Ministerio de Salud, la preeclampsia con criterios de severidad está conceptualizada como un trastorno hipertensivo que emerge después de las 20 semanas de edad gestacional y se cohesiona a los siguientes criterios clínicos (22, 23):

Presión sistólica igual o superior a 160 mmHg y diastólica igual o superior a 110 mmHg.

Menoscabo en la función hepática, con aglomeración de enzimas hepáticas (TGO) dos veces superior al valor normal y con dolor persistente en el cuadrante superior derecho o epigastrio.

Trombocitopenia inferior a 100 000 /mm<sup>3</sup>

Valor sérico de a creatinina superior a 1.1 mg/dl

Edema pulmonar

Trastorno cerebrales y visuales

Disfunción útero –placentaria

### **Fisiopatología**

La fisiopatología de la preeclampsia se cimienta en una serie de mecanismos clave, que suscitan la emersión de insuficiencia placentaria y la liberación de predictores placentarios al interior de la circulación materna, que anexados a una respuesta inflamatoria desmedida provocarán disfunción endotelial, activación leucocitaria, del complemento y aglutinación. Entre los principales mecanismos destacan (24):

Respuesta inmune en la interfase placenta-madre: Hace referencia a la embrio-expresión de antígenos paternos, que estimulan la regulación del sistema inmunológico durante la interfase placenta-madre, que a pesar de exteriorizar células trofoblásticas vellosas con ausencia de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad (clase I y II), expresan la clase I a través del gen polimórfico HLA-C, particularizado por ser el ligando dominante de los receptores de inmunoglobulinas asesinas. Finalmente, en la segunda mitad de la gestación cuando las vellosidades sincitiotrofoblásticas se tornen dominantes, emergerá una

vez más la interfase inmunológica, provocando la emersión del trastorno hipertensivo (24).

Placentación y angiogénesis: Posicionan al receptor del factor de crecimiento endotelial FLT1, como único responsable de la enfermedad hipertensiva, ya que en su forma soluble, ha sido detectada en pacientes preeclámpticas; atribuyendo su emersión a la encapsulación de sus ligandos (factor de crecimiento vascular y placentario) y a la subsecuente reducción de la libre circulación en un grado realmente severo (hipoxia) (24).

Estrés oxidativo o inflamación: La hipoperfusión de la placenta se posiciona como un elemento clave en la emersión de especies reactivas de oxígeno y pro inflamatorias, suscitadas por la modificación arterial y el ingreso vigoroso de la sangre (oxígeno fluctuante), que paralelamente explican la exacerbación inflamatoria y la subsecuente producción de citocinas en pacientes con preeclampsia (24).

Bases genéticas subyacentes: Asocia la presencia de ciertos genes con el riesgo de preeclampsia y posiciona a la interacción hemostática, cardiovascular y a la respuesta inflamatoria como principales facultades (24).

### **Manifestaciones clínicas**

El 25% de las pacientes con preeclampsia evidencian una o más de las siguientes manifestaciones, especialmente en los espectros severos de la patología, que precisan de evaluación urgente y probablemente de la culminación de la gestación. Entre los principales signos y síntomas destacan (22):

Cefalea persistente o severa

Perturbaciones en la visión (visión borrosa, escotomas, fotofobia y en algunos casos ceguera temporal)

Dolor epigástrico o en la región superior del abdomen

Perturbación del estado mental

Dolor torácico retrosternal

Sensación subjetiva de dificultad respiratoria (disnea)

## **Diagnóstico**

Diagnóstico clínico: Para ejecutar un diagnóstico clínico adecuado, se precisa de la toma de la presión arterial en al menos dos oportunidades y cada seis horas, además de la presencia de albuminuria en 24 horas superior o igual a 300 miligramos al día (25).

Usualmente, se posiciona como estándar de oro diagnóstico a la proteinuria en 24 horas, sin embargo, en ausencia de ella, la diagnosis se cimienta en la presencia de plaquetopenia, perturbación de la función del órgano hepático, insuficiencia renal, edema pulmonar o emersión de perturbaciones visuales y cerebrales (25, 26).

Asimismo, es necesario tomar en consideración los criterios de severidad ya mencionados, otorgados por el Ministerio de Salud (25).

Exámenes de patología clínica: Incluye a exámenes hematológicos (hematocrito, fibrinógeno, plaquetas, lámina periférica, tiempo de protrombina y tiempo de tromboplastina parcial) bioquímicos (creatinina, bilirrubinas totales y fraccionadas, TGO, TGP y HDL) y de orina (examen completo de orina, proteinuria y depuración de creatinina en 24 horas) (22).

Exámenes imagenológicos: Incluye a la ecografía (evaluación de líquido amniótico y crecimiento fetal), monitoreo fetal anteparto (ejecutar cada 72 horas partir de las 32 semanas) y al doppler (evaluación arterial) (22).

Exámenes especializados complementarios: Incluye la ejecución de tomografías axiales computarizadas o resonancias magnéticas cerebrales, evaluación del factor de crecimiento placentario PIGF (9-11 ss), tirocincinasa 1(4-5 ss) y proteína de la placenta 13 (reducción durante el 1er trimestre de embarazo) (22).

## **Manejo**

Hidratación: Colocación de una vía endovenosa periférica permeable, con solución salina de 9 0/00, para infundir 1000 centímetros cúbicos a chorro en un periodo de 20 minutos. Posterior a ello, se reevaluará al paciente y si se evidencia una frecuencia cardiaca superior a 90 latidos x min, diuresis inferior a 30 cc/hora y mucosa oral seca (signos de deshidratación) se continuará con la hidratación por reto de fluidos (26).

Empleo de anticonvulsivantes: Inicia con la infusión de sulfato de magnesio por vía endovenosa (5 ampollas al 20% en 50 cc de solución salina 9 0/00, para infundir 40 cc en 20 minutos) y una dosis de mantenimiento de 10 cc por hora hasta 24 horas después del nacimiento (26).

En caso de eclampsia, se administrará una dosis inicial de 40 cc en 20 minutos y de mantenimiento de 20 cc por hora (26).

En ambos casos, es necesario verificar el reflejo rotuliano, diuresis, frecuencia respiratoria, cardiaca, control de saturación, funciones vitales y estado de conciencia, para detectar intoxicación por sulfato de magnesio y administrar gluconato de calcio para contrarrestarla (26).

Empleo de antihipertensivos: Incluye el uso de Metildopa (1 gramo vía oral cada 12 horas, apenas se ejecute la diagnosis de preeclampsia con criterios de severidad) y Nifedipino (10 miligramos vía oral si la presión arterial no mejora, y de ser necesario se administrará cada 20 minutos, tomando en consideración la dosis máxima 3-5) (26).

Empleo de corticoides: En las pacientes con 32 a 34 semanas de edad gestacional se les administrará betametasona de 12 mg vía intramuscular, cada 24 horas x 2 dosis, para madurar el pulmón del feto y culminar la gestación 48 o 72 horas después (26).

Solicitud de interconsultas: Solicitar el internamiento en UCI neonatal ante gestaciones menores o iguales a 34 semanas y UCI materna en todos los casos (26).

Culminación de la gestación: Se ejecuta en pacientes con 35 semanas o más de edad gestacional, en embarazos de 32- 34 semanas con maduración de pulmón completa, en preeclampsias con criterios de severidad no controladas, ante manifestaciones clínicas persistentes, detrimentos en órganos blancos, presencia de eclampsias, edema cerebral, síndrome de Hellp, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, hematoma subcapsular hepático, DPP y en gestaciones con menos de 24 semanas (26).

Vía de parto: Usualmente, se recomienda la vía vaginal, a menos que existan contraindicaciones obstétricas o compromisos maternos-fetales que ameriten la ejecución de una cesárea (26).

Control posparto: Incluye el monitoreo de las funciones vitales, control de los resultados de laboratorio, preservación del tratamiento con sulfato de magnesio hasta 24 horas posparto, tratamiento del dolor (paracetamol) y control del cuadro hipertensivo mediante nifedipino (26).

### **Conductas**

Conducta expectante: La conducta expectante se conceptualiza como aquella actitud de elección y espera, que se asume en ausencia de riesgo o peligro del binomio materno-fetal y que se aplica usualmente en pacientes con menos de 35 semanas (25).

Su selección precisa de un control materno y fetal estricto que permita preservar la conducta o culminar la gestación (25).

Control materno: Incluye la monitorización de la presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, reflejo patealar, saturación de oxígeno, diuresis y control seriado de azoemia, creatininemia, hemograma, crisis, LDH e ionograma (25).

Control fetal: Se ejecutan Test no estresantes y ecografías doppler de forma semanal y ecografías obstétricas bisemanal; a menos que se evidencien las siguientes contrariedades: perturbación de los movimientos fetales, genitorragia y deterioro del estado de la madre (25).

Además, es necesario precisar que la conducta expectante no es siempre elegible, ya que existen criterios maternos y fetales que contraindican su aplicación (25):

Criterios de no elegibilidad maternos: Incluye a la ausencia de consentimiento, presión arterial incontrolable, pródromos que no cesan con la administración de esquemas profilácticos anticonvulsivantes, epigastralgia, edema pulmonar, estado materno deteriorado, deterioro de la función renal y hepática, plaquetopenia progresiva y emersión de contrariedades maternas severas (25).

Criterio de no elegibilidad fetales: Incluye al Test no estresante no reactivo y a flujos diastólicos ausentes en la arteria umbilical ante la ejecución de ecografías doppler (25).

Finalmente, entre los principales resultados maternos y perinatales adversos destacan: Mortalidad materna, eclampsia, edema pulmonar, síndrome de Hellp, insuficiencia renal, desprendimiento prematuro de la placenta, muerte perinatal, síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, sepsis neonatal, bajo peso al nacer, pequeño para edad gestacional y admisión a UCI neonatal (27).

Parto temprano planificado: Hace referencia a la programación precoz del parto en acuerdo conjunto del médico y la paciente preecláptica, usualmente cuando esta evidencia criterios de severidad y la salud de la madre y el feto dependen del parto vaginal o quirúrgico. (28) Si esta intervención se ejecuta antes de las 34 semanas, usualmente se evidencian complicaciones neonatales (inmadurez del lactante y sus respectivas contrariedades), (25, 29) sin embargo, si se efectúa entre las 34-37 semanas, se ha demostrado la efectividad y seguridad de la conducta, especialmente, porque la prolongación no ha evidenciado beneficios substanciales (25).



### 2.3 Definición de términos básicos

**Preeclampsia con criterios de severidad:** Trastorno hipertensivo, particularizado por la presencia de criterios clínicos de daño de órgano blanco, usualmente asociados a la tensión arterial, detrimientos hepáticos, concentraciones séricas bioquímicas y presencia de síntomas vasculoespasmódicos (23).

**Parto temprano no planificado:** Programación precoz del parto, usualmente instituida para eludir contrariedades maternas y perinatales (28).

**Manejo expectante:** Actitud de elección y espera que se asume en ausencia de riesgo y se aplica usualmente en pacientes con menos de 34 semanas de edad gestacional (25).

**Resultados maternos:** Efecto o consecuencia que repercute en la madre (30, 31).

**Resultados perinatales:** Efecto o consecuencia que afecta al producto en el periodo anterior o posterior a su nacimiento (30, 32).

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1.1 Formulación de la hipótesis

**Hi:** Los resultados maternoperinatales del parto temprano planificados son mejores en comparación con el manejo expectante en preeclampsia con criterios de severidad lejos del término Hospital Sergio Ernesto Bernales, 2015-2020.

**Ho:** Los resultados maternoperinatales del parto temprano planificados son iguales a los del manejo expectante en preeclampsia con criterios de severidad lejos del término Hospital Sergio Ernesto Bernales, 2015-2020

### 3.2 Variables y su operacionalización

#### Variables

Variable 1

Resultados maternoperinatales

Variable 2

Manejo del parto

#### Operacionalización de variables

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación	
Datos generales	Edad materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre hasta el momento de su gestación.	Cuantitativo	Años	Razón	-	Ficha de recolección
	Número total de gestaciones	Cantidad total que la gestante a estado embarazo independientemente del momento del término de la gestación.	Cuantitativo	Números	Razón	-	
	Número total de partos	Cantidad total que la gestante ha parido independientemente	Cuantitativo	Números	Razón	-	

		de la vía de término de la gestación.					
	Antecedente de aborto	Presencia de culminaciones de embarazos antes de las 22 semanas de edad gestacional.	Cualitativo	Respuesta cerrada	Nominal	Sí No	
	Antecedente de parto prematuro	Presencia de culminaciones de embarazos antes de las 37 semana de edad gestacional.	Cualitativo	Respuesta cerrada	Nominal	Sí No	
	Antecedente de preeclampsia	Presencia de presión arterial alta crónica en gestaciones anteriores.	Cualitativo	Respuesta cerrada	Nominal	Sí No	
	Manejo del parto	Acciones clínicas gineco-obstétricas realizadas para el manejo del parto en las pacientes con preeclampsia con criterios de severidad lejos del término.	Cualitativo	Tipo de manejo	Nominal	Manejo temprano planificado  Manejo expectante	Ficha de recolección
Resultados maternos	Edad gestacional al momento del parto	Tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta el momento de la resolución del embarazo.	Cuantitativo	Semanas	Razón	-	
	Vía de parto	Lugar anatómico materno por donde se produce el parto.	Cualitativo	Tipo de parto	Nominal	Vaginal  Cesárea	
	Complicaciones	Eventos adversos inesperados que surgen como consecuencia de la preeclampsia con criterios de severidad que ponen en riesgo la vida de la madre y del feto	Cualitativo	Tipo de complicación	Nominal	Ninguno Eclampsia Síndrome HELLP DPP Edema pulmonar Otros	Ficha de recolección
	Ingreso a UCI	Estancia hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos.	Cualitativo	Respuesta cerrada	Nominal	Sí No	
	Estancia hospitalaria	Cantidad de días que la madre permaneció en las instalaciones	Cuantitativo	Días	Razón		

		nosocomiales, independientemente del servicio hospitalario.				-	
	Muerte materna	Deceso o fallecimiento de la madre.	Cualitativo	Respuesta cerrada	Nominal	Sí No	
Resultados perinatales	Sexo	Características biológicas que diferencian a los recién nacidos mujeres de los varones.	Cualitativo	Fenotipo	Nominal	Masculino Femenino	Ficha de recolección
	Edad gestacional al momento de nacimiento	Tiempo transcurrido desde el primer día de la última menstruación hasta el momento del nacimiento del recién nacido.	Cuantitativo	Semanas	Razón	-	
	Puntuación APGAR	Valoración que se brinda al recién nacidos al primer y quinto minuto de vida.	Cuantitativo	Números	Razón	-	
	Peso al nacer	Fuerza que ejerce la gravedad sobre el cuerpo del recién nacido en dirección al suelo.	Cuantitativo	Gramos	Razón	-	
	Ingreso a UCIN	Hospitalización del recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.	Cualitativo	Respuesta cerrada	Nominal	Si No	
	Estancia hospitalaria	Cantidad de días que el recién nacidos se quedó en las instalaciones de la institución nosocomial independientemente del servicio hospitalario.	Cuantitativo	Días	Razón	-	
	Muerte neonatal	Deceso o fallecimiento del recién nacido.	Cualitativo	Respuesta cerrada	Nominal	Si No	

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipos y diseño**

Según la intervención del investigador: Observacional, pues las variables de estudio no serán controladas deliberadamente; por el contrario, el investigador se limitará a observar, medir y analizar determinados resultados.

Según el alcance: Descriptivo-comparativo, ya que se compararán los resultados de dos variables de estudio.

Según el número de mediciones de la o las variables de estudio: Transversal, puesto que los datos que se recolectaran representan un momento específico en el tiempo.

Según el momento de la recolección de datos: Retrospectivo, porque el diseño del estudio se ejecutó posterior a los hechos.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población universo**

Todas las gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, entre enero 2015 a diciembre 2020.

#### **Población de estudio**

Pacientes diagnosticadas con preeclampsia con criterios de severidad lejos del término atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, entre enero 2015 a diciembre 2020.

#### **Tamaño de la muestra**

Debido a que la población es de fácil acceso, se considerarán a las 100 pacientes diagnosticadas con preeclampsia con criterios de severidad lejos del término, de los cuales 70 presentaron parto temprano planificado (grupo I) y 30 presentaron manejo expectante (grupo II).

## **Muestreo o selección de la muestra**

Es censal, pues se considerará a toda la población.

## **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

#### **Grupo 1**

Son 70 pacientes diagnosticadas con preeclampsia con criterios de severidad lejos del término (22 a 33 6/7 semanas), cuyo manejo haya sido parto temprano planificado.

#### **Grupo 2**

Son 30 pacientes diagnosticadas con preeclampsia con criterios de severidad lejos del término (22 a 33 6/7 semanas), cuyo manejo haya sido expectante.

### **Criterios de exclusión**

Pacientes con gestación múltiple, con inestabilidad hemodinámica al momento del ingreso hospitalario, presencia de sufrimiento fetal, casos de desprendimiento prematuro de placenta, oligohidramnios, e historias clínicas que no cuenten con información completa para el estudio.

## **4.3 Técnica y procedimiento de recolección de datos**

La técnica a utilizar será la documental, ya que la información requerida, se adquirirá de fuentes secundarias (historias clínicas), respetando los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio.

El instrumento a utilizar será una ficha de recolección, estructurada por el propio investigador en base a los objetivos y operacionalización de las variables.

Finalmente, la calidad de los datos requeridos será alta, ya que cada una de las historias clínicas seleccionadas, deberán cumplir con los requisitos indispensables de un registro médico: veracidad, exactitud, rigor técnico, completa e identificación del profesional.

## **Instrumento**

El instrumento a utilizar será una ficha de recolección de datos, previamente evaluada por un grupo de expertos, para validar su contenido mediante una prueba binomial (ver anexos). Su contenido incluye:

- I. Datos generales (edad materna, número total de gestaciones y partos, antecedentes de aborto, parto prematuro y preeclampsia).
- II. Manejo del parto (temprano planificado, expectante).
- III. Resultados maternos (edad gestacional al momento del parto, vía de parto, complicaciones, ingresos a UCI, estancia hospitalaria, muerte materna).
- IV. Resultados perinatales (sexo, edad gestacional al momento del nacimiento, puntuación Apgar, pero al nacer, ingreso UCIN, estancia hospitalaria, muerte neonatal).

## **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Se diseñará una base de datos en el programa SPSS 25, la cual pasará por un proceso de consistencia de registros para el posterior análisis estadístico.

### **Análisis descriptivo**

Se calcularán frecuencias absolutas y relativas (%) para describir a las variables cualitativas, mientras que se calcularán medidas de tendencia central y dispersión (promedio y desviación estándar) para las variables cuantitativas.

### **Análisis inferencial**

Para comparar los resultados maternoperinatales del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterio de severidad lejos del término, se usará la prueba estadística Chi cuadrado y se considerará una significancia del 5%; es decir, un valor  $p < 0.05$  será considerado significativo.

### **Presentación de resultados**

Los resultados se presentarán en tablas simples y dobles, además de gráficos como el de barras y/o circulares según la operacionalización de variables. Se usará el programa Microsoft Excel 2013.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Se solicitará autorización al Comité de Ética e Investigación de la Universidad San Martín de Porres, así como a la dirección del Hospital Sergio Ernesto Bernales, para el desarrollo completo del estudio.

Además, se respetarán los cuatro principios básicos de la bioética:

**Autonomía:** Se preservará la privacidad y confidencialidad de los pacientes, mediante la codificación de las fichas de recolección (anonimato) y el empleo de la información obtenida para fines exclusivos de la investigación.

**No maleficencia:** No se provocarán daños que afecten la integridad del paciente, por tratarse de un estudio retrospectivo que trabajará con fuentes secundarias.

**Beneficiencia:** Se respetarán los derechos humanos y el objetivo estará orientado a la elución de resultados adversos que afecten el binomio materno-fetal.

**Justicia:** Se tomarán en consideración los criterios de distribución, sin crear conflictos de intereses.



## CRONOGRAMA

Pasos	2020-2021									
	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.
Redacción final del proyecto de investigación	X									
Aprobación del proyecto de investigación		X	X							
Recolección de datos				X						
Procesamiento y análisis de datos				X	X					
Elaboración del informe						X				
Correcciones del trabajo de investigación							X	X		
Aprobación del trabajo de investigación									X	X
Publicación del artículo científico										X

## PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

<b>Concepto</b>	<b>Monto estimado (soles)</b>
<b>Material de escritorio</b>	650.00
<b>Adquisición de software</b>	900.00
<b>Internet</b>	300.00
<b>Impresiones</b>	400.00
<b>Logística</b>	400.00
<b>Traslados</b>	900.00
<b>TOTAL</b>	<b>3550.00</b>

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Herrera K. Preeclampsia. Revista Médica Sinergia. 2018; 3(3): 8-12. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/117>
2. Guevara E. La preeclampsia, problema de salud publica. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2019; 8(2): 7-8. DOI:10.33421/inmp.2019147. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147>
3. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 64(4): 385-393. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/index>
4. National Institutes of Health. NHI. [Online]. 2015. [Revisado el 29 de Octubre del 2020].  
Disponible en:  
<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preeclampsia/informacion/riesgos-madre#:~:text=Según%20la%20Organización%20Mundial%20de,mujeres%20en%20todo%20el%20mundo.>
5. De Jesus-García A, Jimenez-Beaz M, González-Ortiz D, De La Cruz-Toledo P, Sandoval-Jurado L, Kuc-Peña L. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2018; 26(4): 256-262. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85061>
6. Organización Panamericana de la Salud. PAHO. [Online]. 2019. [Revisado el 29 de Octubre del 2020].

Disponible en:

[https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=215&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=215&lang=es).

7. Condo-Baque C, Barreto-Pincay G, Montaña-Parrales G, Borbor-Sánchez L, Manrique-Regalado G, García-Sigcha A. Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 - junio del 2017. Dom Cien. 2018; 4(3): 278-293. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

<https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/810>

8. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico del Perú. Lima: Gobierno del Perú; 2017. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2017/52.pdf>

9. Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP. [Online].2019. [Revisado el 29 de Octubre del 2020].

Disponible en:

<https://www.inmp.gob.pe/noticia/inmp-implementa-programa-para-prevenir-preeclampsia-en-gestantes>.

10. Chappell L, Brocklehurst P, Verde M, Hunter R, Hardy P, Juszczak E. Planned early delivery or expectant management for late preterm preeclampsia (PHOENIX): a randomised controlled trial. The Lancet. 2019; 394(10204): 1181-1190. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31963-4. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31472930/>

11. Rendon C, Ortiz R. Comparación de dos protocolos de manejo en preeclampsia severa lejos del término, y resultados maternos y neonatales: Una cohorte histórica Hospital Universitario San José Popayán (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginec. 2016;(67): 26-35. DOI: 10.18597/rcog.371. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/371>

12. Sanjanwala A, Jauk C, Cozzi G, Becker D, Harper L, Casey B, et al. Outcomes before and after adopting guidelines for expectant management of severe preeclampsia. *Am J Perinatol*. 2020; 1-8. DOI: 10.1055/s-0040-1714677. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0040-1714677>

13. Le Y, Ye J, Lin J. Expectant management of early-onset severe preeclampsia: a principal component analysis. *Ann Transl Med*. 2019; 7(20): 1-8. DOI: 10.21037 / atm.2019.10.11. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6861742/>

14. Zwertbroek E, Franssen M, Broekhuijsen K, Langenveld J, Bremer H, Ganzevoort W, et al. Neonatal developmental and behavioral outcomes of immediate delivery versus expectant monitoring in mild hypertensive disorders of pregnancy: 2-year outcomes of the HYPITAT-II trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2019; 221(2): 154.e1-154.e11. DOI:10.1016/j.ajog. 2019.03.024. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30940558/>

15. Hoshino A, Obata S, Tochio A, Seki K, Miyagi E, Aoki S. Efficacy of expectant management of severe preeclampsia and preeclampsia superimposed on chronic hypertension before 34 weeks gestation. *Pregnancy Hypertension*. 2019;(15): 177-180. DOI: 10.1016/j.preghy.2019. 01.007. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

[https://www.researchgate.net/publication/330548545\\_Efficacy\\_of\\_expectant\\_management\\_of\\_severe\\_preeclampsia\\_and\\_preeclampsia\\_superimposed\\_on\\_chronic\\_hypertension\\_before\\_34\\_weeks\\_gestation](https://www.researchgate.net/publication/330548545_Efficacy_of_expectant_management_of_severe_preeclampsia_and_preeclampsia_superimposed_on_chronic_hypertension_before_34_weeks_gestation)

16. Vásquez J, Barboza D. Resultados maternos y perinatales del tratamiento expectante de la preeclampsia severa. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018; 56(4): 379-386. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8410>
17. Guzman Y, Parra E, Javela J, Barrios J, Montalvo C, Perdomo H. Manejo expectante en preeclampsia no severa, resultados obstetricos y perinatales en un hospital de alta complejidad, Neiva, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2018; 69(3): 160-168. DOI: 10.18597/rcog. 3075. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v69n3/es\\_0034-7434-rcog-69-0300160.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v69n3/es_0034-7434-rcog-69-0300160.pdf)
18. Broekhuijsen K, Van Baaren G, Van Pampus M, Ganzevoort W, Sikkema M, Woiski M. Immediate delivery versus expectant monitoring for hypertensive disorders of pregnancy between 34 and 37 weeks of gestation (HYPITAT-II): an open-label, randomised controlled trial. *The Lancet.* 2015; 385(9986): 1-10. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25817374/>
19. Ertekin A, Kapudere B, Kurek M, Ilhan G, Dirman S, Akif M, et al. Does aggressive and expectant management of severe preeclampsia affect the neurologic development of the infant? *Int J Clin Exp Med.* 2015; 8(10): 19325-19331. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26770571/>
20. Rajani M, Sreenivas K. Expectant mangement of early onset severe pre eclampsia: Fetomaternal outcomes: A study in a tertiary institution in North Kerala. *J of Evolution of Med and Dent Sci.* 2015; 4(42): 7387-7395. DOI: 10.14260/jemds/2015/1071. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11028578/>

21. Pandey U, Thapa S, Singh J, Sharan J. Expectant management of severe preeclampsia in mid-trimester: a hospital based study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2014; 3(4): 990-994. DOI: 10.5455/2320-1770 .ijrcog20141222. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11384801/>
22. Hospital Cayetano Heredia. Guía práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo: Preeclampsia. Lima: Ministerio de Salud , Departamento de Obstetricia y Ginecología; 2019: [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
[http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD\\_326-2019-HCH-DG.pdf](http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_326-2019-HCH-DG.pdf).
23. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima: Ministerio de Salud ; 2018. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
URL: [file:///D:/Downloads/MODIFICADA\\_RD\\_N\\_026\\_-\\_APROBAR\\_LA\\_GU%C3%8DA\\_DE\\_PR%C3%81CTICA\\_CL%C3%8DNICA\\_PARA\\_LA\\_PREVENCI%C3%93N\\_Y\\_MANEJO\\_DE\\_PREECLAMPSIA\\_Y\\_ECLAMPSIA-VERSI%C3%93N\\_EXTENSA\\_DEL\\_INMP%20\(3\).pdf](file:///D:/Downloads/MODIFICADA_RD_N_026_-_APROBAR_LA_GU%C3%8DA_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_PARA_LA_PREVENCI%C3%93N_Y_MANEJO_DE_PREECLAMPSIA_Y_ECLAMPSIA-VERSI%C3%93N_EXTENSA_DEL_INMP%20(3).pdf).
24. González-Navarro P, Martínez-Salazar G, García-Najera O, Sandoval-Ayala O. Preeclampsia, eclampsia y HELLP. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2015; 38(1): S118-S127. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas151x.pdf>
25. Rosinger J, Soldatti L, Pérez A. Manejo en preeclampsia severa. Revisión de la literatura. *Archivos de Ginecología y Obstetricia.* 2018; 56(2): 87-98. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.  
Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000400013](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400013)

26. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2015; 4(1): 38-45. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/42>

27. 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.* 2014; 60(4): 373-378. [Internet] 2020. Extraído el 16 de Diciembre del 2020.

Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000400013](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400013)

28. Cluver C, Novikova N, Koopmans C. Cochrane. [Online]. 2017. [Revisado el 29 de Octubre del 2020].

Disponible en:

[https://www.cochrane.org/es/CD009273/PREG\\_parto-temprano-programado-versus-manejo-expectante-para-los-trastornos-hipertensivos-de-la-semana-34](https://www.cochrane.org/es/CD009273/PREG_parto-temprano-programado-versus-manejo-expectante-para-los-trastornos-hipertensivos-de-la-semana-34).

29. Amorim M, Souza A, Katz L. Cochrane. [Online]. 2017. [Revisado el 29 de Octubre del 2020].

Disponible en:

[https://www.cochrane.org/es/CD009430/PREG\\_cesarea-programada-versus-parto-vaginal-programado-para-la-preeclampsia-grave](https://www.cochrane.org/es/CD009430/PREG_cesarea-programada-versus-parto-vaginal-programado-para-la-preeclampsia-grave).

30. Real Academia Española- Asociación de Academias de la Lengua Española. DLE. [Online]. 2020. [Revisado el 29 de Octubre del 2020].

Disponible en:

<https://dle.rae.es/resultado>.



31. Real Academia Española- Asociación de Academias de la Lengua Española. DLE. [Online]. 2020. [Revisado el 29 de Octubre del 2020].  
Disponible en:  
<https://dle.rae.es/materno>.
32. Real Academia Española- Asociación de Academias de la Lengua Española. DLE. [Online]. 2020. [Revisado el 29 de Octubre del 2020].  
Disponible en:  
<https://dle.rae.es/perinatal>.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento	Instrumento de recolección
Resultados materno-perinatales del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterio de severidad lejos del término. Hospital Sergio E. Bernales, 2015-2020	¿Cuáles son los resultados maternoperinatales del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterio de severidad lejos del término. Hospital Sergio E. Bernales, 2015-2020?	<p><b>Objetivo General</b> Determinar los resultados maternoperinatales del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterio de severidad lejos del término. Hospital Sergio E. Bernales, 2015-2020.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b> Comparar los resultados maternos del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterio de severidad lejos del término. Hospital Sergio E. Bernales, 2015-2020.</p> <p>Comparar los resultados perinatales del parto temprano planificado versus manejo expectante en preeclampsia con criterio de severidad lejos del término. Hospital Sergio E. Bernales, 2015-2020.</p>	<p><b>Hi:</b> Los resultados maternoperinatales del parto temprano planificados son mejores en comparación con el manejo expectante en preeclampsia con criterios de severidad lejos del término. Hospital Sergio E. Bernales, 2015-2020.</p> <p><b>Ho:</b> Los resultados maternoperinatales del parto temprano planificados son iguales a los del manejo expectante en preeclampsia con criterios de severidad lejos del término. Hospital Sergio E. Bernales, 2015-2020.</p>	Observacional, retrospectivo, comparativo y cuantitativo.	<p><b>Población</b> 100 Pacientes diagnosticadas con preeclampsia con criterios de severidad lejos del término atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales, entre enero 2015 a diciembre 2020.</p> <p><b>Procesamiento</b> Frecuencias absolutas, frecuencias relativas, promedio, desviación estándar, Chi cuadrado.</p>	Ficha de recolección

## 2. Instrumentos de recolección de datos

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/2020

N.º de ficha: \_\_\_\_\_

#### I. Datos generales

Edad materna: \_\_\_\_\_ años

Número total de gestaciones: \_\_\_\_\_

Número total de partos: \_\_\_\_\_

Antecedente de aborto: Sí ( ) No ( )

Antecedente de parto prematuro: Sí ( ) No ( )

Antecedente de preeclampsia: Sí ( ) No ( )

- II. Manejo del parto: Manejo temprano planificado ( )  
Manejo expectante ( )

#### III. Resultados maternos

Edad gestacional al momento del parto: \_\_\_\_\_ semanas

Vía de parto: Vaginal ( ) Cesárea ( )

Complicaciones: Ninguno ( )  
Eclampsia ( )  
Síndrome HELLP ( )  
Desprendimiento prematuro de placenta ( )  
Edema pulmonar ( )  
Otros ( ) \_\_\_\_\_

Ingreso a UCI: Sí ( ) No ( )

Estadía en UCI: \_\_\_\_\_ días

Estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_ días

Muerte materna: Sí ( ) No ( )

#### IV. Resultados perinatales

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Edad gestacional al momento del nacimiento: \_\_\_\_\_ semanas

Puntuación Apgar: 1' \_\_\_\_\_ 5' \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ g.

Ingreso a UCIN: Sí ( ) No ( )

Estadía en UCIN: \_\_\_\_\_ días

Estancia hospitalaria: \_\_\_\_\_ días

Muerte neonatal: Sí ( ) No ( )

Día de deceso: \_\_\_\_\_