



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Riesgo de preeclampsia en gestantes expuestas a primipaternidad, atendidas en
el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023-febrero 2024

Para optar el Título Profesional de

Médico Cirujano

Presentado por:

Autora: Zuñiga Zuñiga, Nahomi Antonella

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9281-3508>

Asesor: Mg. Pérez Aliaga, Carlos Francisco

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2699-7788>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

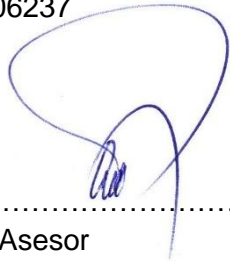
Yo, Zuñiga Zuñiga, Nahomi Antonella egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “RIESGO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES EXPUESTAS A PRIMIPATERNIDAD, ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, DICIEMBRE 2023-FEBRERO 2024” Asesorado por el docente: M.C. Perez Aliaga, Carlos Francisco DNI 07972438 ORCID 0000-0003-2699-7788 tiene un índice de similitud de (15) (QUINCE)% con código 14912:438273207 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad.
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 Bch. Nahomi Antonella, Zuñiga Zuñiga
 DNI: 73306237



.....
 Firma de Asesor
 M.C. Carlos Francisco, Perez Aliaga
 DNI: 07972438

Lima, 13 de enero de 2025

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mis abuelos Alejita, Balta y Mateito que están en el cielo cuyas palabras siempre me inspiraron valor y me brindaron fuerza para continuar en el camino de la medicina, a mi madre Aida por todo el sacrificio que hizo por mí a lo largo de mi vida, gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba; este trabajo es un reflejo de su apoyo incondicional y un testimonio de la fuerza que me han brindado.

Agradecimiento

Quiero comenzar agradeciendo a mi familia, mamá, tíos y primos, gracias por su apoyo incondicional, su paciencia y comprensión especialmente después de las largas jornadas laborales y los momentos de estrés, ya que gracias a ello siempre pude mantener el enfoque, gracias por cada una de sus palabras de aliento y gracias por creer en mí, celebrar mis triunfos y consolarme en los fracasos.

Gracias también a mis amigos y a Kevin, su cariño ha sido una fuente inagotable de energía y motivación además de siempre recordarme el valor de la perseverancia y apoyo mutuo.

Y finalmente quiero hacer un agradecimiento especial a mi asesor el Dr. Carlos F. Perez Aliaga, cuyo invaluable apoyo y guía desinteresada en cada proceso de la elaboración de este trabajo, fueron el pilar para su realización. Su guía experta, siempre dispuesta sin esperar nada a cambio y su confianza en mi capacidad se convirtió en un faro de inspiración y motivación, muchísimas gracias Doctor.

Índice general

Carátula.....	i
Declaración jurada de autoría y originalidad del trabajo	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice general.....	v
Índice de tablas	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación.....	5
1.4.1. Teórica.....	5
1.4.2. Metodológica.....	6
1.4.3. Práctica.....	7
1.5. Limitaciones de la investigación	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Formulación de hipótesis.....	21
2.3.1. Hipótesis general.....	21
2.3.2. Hipótesis específicas	21
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	22
3.1. Método de investigación.....	22
3.2. Enfoque de la investigación.....	22
3.3. Tipo de investigación.....	22
3.4. Diseño de investigación.....	22
3.5. Población, muestra y muestreo.....	23

3.6.	Variables y operacionalización.....	25
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	31
3.7.1.	Técnica	31
3.7.2.	Descripción de instrumentos	31
3.7.3.	Validación	32
3.7.4.	Confiabilidad.....	32
3.8.	Procesamiento y análisis de datos	32
3.9.	Aspectos éticos	33
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....		35
4.1.	Resultados.....	35
4.1.1.	Análisis descriptivo de resultados	35
4.1.2.	Prueba de hipótesis.....	39
4.1.3.	Discusión de resultados.....	40
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		47
5.1.	Conclusiones.....	47
5.2.	Recomendaciones	48
REFERENCIAS.....		49
Anexo 1: Matriz de consistencia.....		55
Anexo 2: Instrumento		56
Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética		59
Anexo 4: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos		60
Anexo 5: Carta de aprobación del comité metodológico de la institución para la recolección de los datos.....		61
Anexo 6: Reporte de similitud de Turnitin		62

Índice de tablas

Tabla 1 Variables y operacionalización	26
Tabla 2 Variables intervinientes: Características clínicas y epidemiológicas más comunes en las gestantes	35
Tabla 3 Variables intervinientes: Características de los resultados maternos y perinatales en las púerperas de acuerdo al grupo de estudio	34
Tabla 4 Prevalencia de preeclampsia en las gestantes	38
Tabla 5 Prevalencia de gestantes expuestas a la primipaternidad	38
Tabla 6 Asociación entre el riesgo de preeclampsia y las gestantes expuestas a primipaternidad	39

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre el riesgo de preeclampsia y las gestantes expuestas a primipaternidad atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante diciembre 2023 - febrero 2024. Se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles, en el que los casos fueron puérperas con diagnóstico de preeclampsia y los controles fueron puérperas sin diagnóstico de preeclampsia, la muestra fue de 132 puérperas con una distribución 1:1, es decir, 66 casos y 66 controles. Los resultados revelaron que las variables intervinientes más predominantes fueron edad paterna joven ($p= 0,014$), periodo intergenésico corto ($p=0,002$) y antecedentes de preeclampsia ($0,014$), así también las complicaciones más significantes fueron vía de parto por cesárea ($p<0.001$) y peso del recién nacido bajo ($p=0.001$). La prevalencia de preeclampsia en la población estudiada fue de 12% y de primipaternidad en las gestantes del grupo caso fue 42.4%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre primipaternidad y preeclampsia ($p=0.001$), con un OR de 3.684 (IC 95%: 1.638 - 8.288), indicando que las gestantes expuestas a primipaternidad tienen 3.684 veces más probabilidad de desarrollar preeclampsia. Se concluye que el riesgo de preeclampsia se asocia significativamente con las gestantes expuestas a primipaternidad, destacando la importancia de su consideración en la evaluación del riesgo obstétrico.

Palabras clave: Preeclampsia, primipaternidad, embarazo, factores de riesgo, hipertensión gestacional.

Abstract

The present study aimed to determine the association between the risk of preeclampsia and pregnant women exposed to primipaternity, attended at the National Maternal Perinatal Institute during December 2023 - February 2024. An analytical observational case-control study was conducted, in which the cases were postpartum women with a diagnosis of pre-eclampsia and the controls were postpartum women without a diagnosis of pre-eclampsia. The sample consisted of 132 postpartum women with a 1:1 distribution, i.e. 66 cases and 66 controls. The results revealed that the most predominant intervening variables were young paternal age ($p=0.014$), short inter-gestational period ($p=0.002$) and history of pre-eclampsia (0.014), as well as the most significant complications were caesarean section ($p<0.001$) and low birth weight ($p=0.001$). The prevalence of pre-eclampsia in the study population was 12% and of primipaternity in the case group was 42.4%. A statistically significant association was found between primipaternity and preeclampsia ($p=0.001$), with an OR of 3.684 (95% CI: 1.638 - 8.288), indicating that pregnant women exposed to primipaternity are 3.684 times more likely to develop preeclampsia. It is concluded that the risk of preeclampsia is significantly associated with pregnant women exposed to primipaternity, highlighting the importance of its consideration in obstetric risk assessment.

Keywords: Preeclampsia, primipaternity, pregnancy, risk factors, gestational hypertension.

Introducción

La preeclampsia constituye una de las complicaciones más significativas durante el embarazo, representando un desafío considerable para la salud materna a nivel mundial. Esta patología caracterizada por hipertensión arterial y afección multiorgánica, es actualmente una causa importante de morbi-mortalidad materna y perinatal. Según estudios recientes, Munares W. en 2021 y Aliaga M. en 2023, el estado de ser padre por primera vez (primipaternidad) ha emergido como un factor de riesgo potencialmente relevante para el desarrollo de esta enfermedad, es así que actualmente existe un creciente interés en la comunidad científica por comprender su rol en la génesis de la preeclampsia.

La presente investigación, pretende profundizar el conocimiento sobre la asociación de la preeclampsia con ser padres por primera vez y así mismo valorar otros factores de riesgo asociados con esta patología y comprender sus implicaciones en la práctica clínica, es por ello que el trabajo se desarrolla en el Instituto Materno Perinatal, cuya característica comprende en ser centro especializado en la atención al binomio madre-niño y que cuyo valor dentro del sistema de salud lo dotan como centro de referencia nacional.

De esta manera, se presenta esta investigación en la que se pretende encontrar asociación entre la preeclampsia y la primipaternidad. El trabajo se estructura en cinco capítulos. El capítulo I, presenta el problema de investigación, desarrolla y formula el problema fundamental y los específicos, los objetivos y por último justifica el desarrollo del estudio. El capítulo II, desarrolla el marco teórico que se justifica en los antecedentes nacionales e internacionales y sienta las bases teóricas para formular las hipótesis. En el capítulo III se resuelve la metodología planteada en el estudio describiendo su diseño, la población y el muestreo, así también se expone los procedimientos de recolección y el análisis de datos. El capítulo IV expone los resultados obtenidos durante la investigación y presenta la discusión del mismo y finalmente el capítulo V expone las conclusiones y las recomendaciones finales

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La preeclampsia (PE) es uno de los eventos obstétricos con mayor impacto durante la gestación, pues no solo pone en riesgo la salud materna sino también la del nuevo ser y es por ello que representa un desafío significativo en la salud Obstétrica global, diversos factores de riesgo contribuyen en la aparición de esta patología, es así como la primipaternidad ha emergido como un factor de interés creciente para los investigadores (1). En el año 2020 la Organización mundial de la salud reportó que aproximadamente 800 mujeres perdían la vida a diario por las complicaciones Obstétricas que eran prevenibles (complicaciones asociadas al embarazo y parto), lo cual significa la pérdida de una vida materna cada dos minutos (2). Por otro lado, pese a que entre 2000 y 2020 las muertes maternas se redujeron hasta una cifra cerca al 34%, la preeclampsia sigue siendo una causa importante de estas muertes prevenibles en gestantes, lo que subraya la urgencia de identificar y comprender factores de riesgo como la primipaternidad (2).

El riesgo que la preeclampsia representa para las gestantes es considerable, ya que esta condición complica entre 5% - 10% de los embarazos y a nivel mundial es responsable aproximadamente del 15% de todas las muertes maternas, constituyendo un problema de salud materna significativo (3)(4). Así mismo se reportan 70,000 fallecimientos maternos y 500,000 muertes fetales anualmente (5) (6) (7).

Por otro lado, la prevalencia del riesgo de Preeclampsia en gestantes varía según la región y las características de la población, lo que podría estar relacionado con factores como la primipaternidad. En Estados Unidos, se observa hasta en el 8% de las gestaciones (8), y representa el 32.6% de los casos de trastornos hipertensivos del embarazo, siendo más prevalente entre las primigrávidas (54%) en comparación con las multigrávidas (46%). Así

mismo, se observó que los trastornos hipertensivos y la primipaternidad fueron más altos entre el grupo de edad de 18 a 22 años (9).

Por otra parte, en Indonesia, por ejemplo, la mayoría de las pacientes fueron diagnosticadas con preeclampsia de inicio tardío (69.14%), y la complicación más común fue la primipaternidad, además de la combinación de dos complicaciones siendo las más comunes la eclampsia y el síndrome HELLP (13.58%) (10).

Mientras que, en Perú, el riesgo de preeclampsia para las gestantes es igualmente preocupante, con una incidencia reportada del 10% y más de 20,000 muertes maternas (11). Se observa también que esta condición muestra un ligero descenso a medida que incrementa la edad materna, desde un 59.09% entre los 10 a 19 años hasta un 49.61% entre los 40 a 49 años, esta variación podría estar relacionada también con factores como la primipaternidad, que es más común en madres más jóvenes (12).

La contribución paterna al riesgo de preeclampsia en gestantes, particularmente la primipaternidad, aunque menos estudiada que los factores maternos, es potencialmente significativa, ya que, las estimaciones sugieren que la heredabilidad general de la preeclampsia es de aproximadamente el 55% al 60%, con contribuciones maternas del 30% al 35%, fetales del 20% y paternas del 13%, lo cual, sugiere que podría existir una tendencia en la presentación de casos de preeclampsia en mujeres cuyas parejas serían padres por primera vez, asimismo este hecho ha llevado a considerar que la primipaternidad podría tener un impacto significativo en el riesgo de preeclampsia (13).

La Preeclampsia forma parte del grupo de patologías obstétricas denominadas como trastornos hipertensivos del embarazo y suele manifestarse después de la semana 20 de gestación, y se presenta en muchos casos con hipertensión arterial con o sin proteinuria lo que normalmente se atribuye como preeclampsia sin criterios de severidad; así también en gestantes con cuadros de preeclampsia con criterios de severidad suele manifestarse con cefaleas severas, alteraciones

visuales, molestias en el cuadrante superior derecho del abdomen y edema; en casos más complejos, se han documentado casos de convulsiones, sugiriendo una posible progresión a eclampsia. (11)

Llama la atención la aparente correlación entre estos casos, pues se ha observado que un grupo considerable de gestantes con la patología podrían no solo tener la condición de ser madres primerizas sino también la de tener un hijo de un padre primerizo lo cual ha generado la hipótesis de la contribución paterna al desarrollo de la preeclampsia, esto se justificaría mediante las investigaciones que afirman que la exposición previa al esperma paterno puede tener un efecto protector en embarazos posteriores más no en el primero (14) (15). Esta hipótesis plantea la interrogante de si la primipaternidad podría ser un factor de riesgo independiente o si estaría asociado con otros elementos de riesgo conocidos para la preeclampsia; los profesionales de salud también han reportado que en casos donde la gestante ha tenido embarazos previos con una pareja diferente, podría existir un incremento en el riesgo de preeclampsia con el nuevo padre, sugiriendo la posibilidad de que cada nueva pareja represente un nuevo riesgo inmunológico para la madre (16).

La situación podría ser más compleja considerando que las gestantes en relaciones con padres primerizos podrían enfrentar mayores niveles de estrés y ansiedad, factores que posiblemente contribuyan al desarrollo de la preeclampsia, lo cual también suma a la interrogante de si el efecto de la primipaternidad sería puramente biológico o si de igual modo involucraría factores psicosociales (15). La identificación de gestantes con potencial riesgo que posean la condición de una gestación con primipaternidad, es una opción que puede permitir una intervención más oportuna con un seguimiento más cercano, sin embargo, la poca comprensión del papel de la primipaternidad en la preeclampsia influye en la implementación de medidas preventivas y eficaces para abordar la preeclampsia (17).

Es por ello que esta asociación sugiere la necesidad ser investigada a fondo para establecer relación entre preeclampsia y primipaternidad, ya que la problemática de la primipaternidad podría no abordarse adecuadamente e incluso ser tomado como un factor sin relevancia en los primeros controles prenatales y siendo este un potencial factor de riesgo que conllevaría a un aumento de la incidencia de la preeclampsia y posiblemente un incremento de complicaciones severas de esta patología, como son la Eclampsia y el Síndrome de Hellp. Así también conllevaría a un incremento de las complicaciones fetales y neonatales, como son la prematuridad, bajo peso al nacer, entre otros, todo ello desencadenando una sobrecarga del sistema de salud, además mayor demanda de atención especializada y recursos hospitalarios, lo que implica costos significativos tanto económicos como psicológicos que son evitables para la familia y el sistema de salud pública.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la asociación entre la primipaternidad y la preeclampsia, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es la prevalencia de preeclampsia en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024?

¿Cuál es la prevalencia de primipaternidad en las gestantes que tienen preeclampsia en comparación con las gestantes que no tienen dicha condición, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre la primipaternidad y la preeclampsia en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

Verificar la prevalencia de preeclampsia, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024

Verificar la prevalencia de primipaternidad en las gestantes que tienen preeclampsia en comparación con las gestantes que no tienen dicha condición, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La presente investigación se fundamenta en la teoría de Jean Watson, la cual enfatiza la importancia de una atención integral que tome en cuenta todo el contexto familiar y emocional de la gestante, incluyendo la experiencia del padre primerizo (18), también se apoya de la teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, que considera que la preeclampsia es resultado de la interacción compleja entre diversos factores, incluyendo la primipaternidad, dentro del sistema biológico materno-fetal y el entorno social (19).

Por consiguiente, la investigación de la primipaternidad y su asociación con la preeclampsia amplían el conocimiento sobre los factores que influyen en el desarrollo de esta condición. Así también, los hallazgos pretenden contribuir a una mejor comprensión de los mecanismos biológicos y psicosociales que subyacen a la preeclampsia, lo que podría conducir a nuevas investigaciones y teorías sobre la influencia del padre en la salud de la gestante.

Asimismo, los resultados de esta investigación, al ser similares a otros estudios realizados en diferentes contextos permiten su replicabilidad, en diversos tipos de

investigaciones lo que aumenta su validez y generalización, además de contribuir con la disminución de la carga de enfermedad que representa la preeclampsia mediante la identificación de factores de riesgo y abordaje temprano.

1.4.2. Metodológica

Este estudio adopta un enfoque cuantitativo de diseño Observacional, Analítico de Casos y controles, ampliamente utilizado en ciencias de la salud para identificar los factores de riesgo de diversas patologías, en este caso entre la primipaternidad y la preeclampsia. Así mismo, este diseño es ideal para establecer temporalidad entre la exposición y el desenlace, y es más factible que los estudios de cohortes al requerir menos recursos y tiempo. (20)

En comparación con estudios previos, como Robillard et al. (2022) y Munares (2021), que también emplearon estudios de casos y controles, este estudio sigue una metodología similar, pero se enfoca en la exposición a la primipaternidad y a diferencia del estudio de Hercus et al. (2020) que también utilizaron diseños correlacionales, el enfoque en este estudio permite una mayor precisión en la identificación de factores de riesgo. (21) (6) (16)

La revisión de datos se realizó retrospectivamente mediante el análisis de Historias Clínicas, utilizando la ficha de recolección (Anexo 2) lo que asegura la consistencia y reduce los sesgos, método similar al empleado en el estudio de Aliaga y Zorrilla (17). Así también, el análisis estadístico incluyó pruebas como Chi-cuadrado y el cálculo del Odds Ratio (OR), que permitieron identificar asociaciones significativas y evaluar la fuerza de la relación entre la primipaternidad y la preeclampsia.

La metodología utilizada para este estudio refuerza la validez interna del mismo pues permite establecer temporalidad, es eficiente en recursos y ha demostrado ser efectivo en investigaciones previas. La identificación de factores clínico-epidemiológicos y factores resultantes a través del análisis aumenta la robustez de los hallazgos, haciéndolos aplicables en la práctica clínica.

1.4.3. Práctica

Desde un enfoque práctico, la presente investigación cobra relevancia por su papel en la atención prenatal y la prevención de la condición de estudio (preeclampsia), ya que al explorar del papel contributor de un nuevo factor de riesgo como la primipaternidad, los resultados pueden conducir a la implementación de estrategias de detección temprana y manejo preventivo más efectivo desde el primer nivel de atención. Por tanto, puede reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal asociadas a la preeclampsia, lo cual constituye la reducción de la problemática de Salud Pública. Así mismo los hallazgos pueden contribuir al desarrollo de guías de práctica clínica más completas en las que se presente programas de educación prenatal que involucren más activamente la participación del padre, promoviendo con ello un enfoque integral y centrado plenamente en la familia.

1.5. Limitaciones de la investigación

La presente investigación presentó algunas limitaciones, como su diseño retrospectivo basado en historias clínicas, lo que pudo generar registros incompletos o ausentes, que pudieran afectar la calidad y el tiempo de la recolección de información. En segundo lugar, al realizarse en un solo centro hospitalario (Instituto Nacional Materno Perinatal), los resultados pudieron no ser completamente generalizables a otras poblaciones o contextos hospitalarios diferentes. Otra limitación relevante fue la imposibilidad de evaluar algunos factores psicosociales y ambientales, como el estrés o el apoyo familiar, que no suelen registrarse en las historias clínicas. que pudieron influir en la relación entre primipaternidad y preeclampsia. Finalmente, al ser un estudio de casos y controles, no se puede evaluar complicaciones a largo plazo ni establecer causalidad, solo asociación.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Asres et al.(20),2023, en Etiopía, tuvo como objetivo “establecer los factores relacionados con la preeclampsia en mujeres gestantes en centros de salud públicos” estudio caracterizado como cuantitativo, de casos y controles no emparejados observacional, con una muestra de 51 casos y 80 controles, además como instrumento fue aplicado un cuestionario. Sus hallazgos demostraron que se encontraron varios factores asociados con la preeclampsia, tales como embarazos múltiples (aOR = 2,75; IC 95%: 1,20-6,28), antecedentes de aborto (aOR = 3,17; IC 95%: 1,31-7,70) y el cambio de pareja (aOR = 3,16; IC 95%: 1,47-6,83). Además, observaron que el uso previo de implantes (aOR = 0,41; IC 95%: 0,13-0,96).

Robillard et al (21), 2022, en Francia, tuvieron como objetivo “Comparar embarazos de multíparas el efecto de tener una nueva pareja para un embarazo único, versus los efectos de multíparas con la misma pareja masculina y primíparas” Estudio cuantitativo, observacional, con una muestra de 2233 participantes. Sus hallazgos demostraron que las gestantes expuestas a la primipaternidad tenían un riesgo significativamente superior en el desarrollo de Preeclampsia (OR: 1.74; $p < 0.001$). Los autores concluyen que las multíparas que experimentan un embarazo con un nuevo compañero presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar morbilidades tanto perinatales como maternas, en comparación con aquellas multíparas que conciben con la misma pareja de embarazos anteriores, este aumento del riesgo es semejante al observado en mujeres que están embarazadas por primera vez, lo que sugiere que el cambio de paternidad puede reintroducir o amplificar ciertos desafíos inmunológicos y fisiológicos que se habían atenuado o resuelto en embarazos anteriores con la misma pareja

Hercus et al (16),2020, en Australia tuvo como objetivo “Examinar los principales factores de riesgo potencial en una población vulnerable en los suburbios del norte de

Adelaida” Realizaron un estudio cuantitativo, correlacional, observacional, con una muestra de 2003 participantes y fue aplicada una guía de observación. Sus hallazgos demostraron que las mujeres que habían tenido un embarazo normal previo mostraron un incremento considerable en la probabilidad de desarrollar preeclampsia durante la etapa de gestación posterior cuando hubo un cambio de pareja, es decir, la introducción de una nueva paternidad o un largo periodo entre embarazos podría alterar las respuestas inmunológicas y hormonales, desencadenando esta peligrosa condición hipertensiva (OR: 2,27 [p = 0,015]). Además, observaron que un mayor intervalo entre nacimientos y embarazos estaba vinculado a un riesgo considerablemente elevado de preeclampsia en embarazos subsecuentes, con un OR de 1,39 a los 3 años (p = 0,042) y un OR de 2,05 a los 4 años (p = 0,002).

2.1.2. Nacionales

Munares W.(6), 2022, Piura. Tuvo como objetivo “Evidenciar que la primipaternidad constituye un elemento de riesgo para la preeclampsia en las mujeres gestantes”. Realizó un estudio caracterizado como cuantitativo, descriptivo, observacional, con una muestra de 156 participantes (117 no expuestas y 39 expuestas) en la que fue aplicada una ficha de recolección. Sus resultados revelaron que en un 71% de los pacientes con preeclampsia había experimentado esta condición en embarazos anteriores, por tanto, se confirmó como un factor de riesgo independiente después de llevar a cabo un análisis multivariado (RRa=17.63; p<0.001). Además, el 54% de los embarazos con primipaternidad resultaron en Preeclampsia (RR=2.14; p=0.009), y este cambio siguió siendo un factor de riesgo independiente para la Preeclampsia tras el análisis multivariado (RRa=3.36; p=0.011).

Aliaga y Zorrilla (17), 2023, Huancayo. Plantearon como objetivo “Establecer como se asociaba la primipaternidad con la preeclampsia en mujeres gestantes” Realizaron un estudio cuantitativo con diseño, descriptivo-observacional, con una muestra de 144 participantes (36 casos y 198 controles) siendo aplicada ficha de recolección. Sus hallazgos demostraron que el

55.6% de las pacientes que desarrollaron preeclampsia tenían el registro de Primipaternidad, mientras que, en el grupo sin preeclampsia, solo el 30.6% tuvieron primipaternidad; estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p=0.007$), lo que demuestra que la primipaternidad es un factor de riesgo independiente (ORa:2.59; $p=0.033$). Entre todas las variables evaluadas, únicamente el antecedente de preeclampsia presentó una asociación significativa (ORa: 3.43; $p=0.005$).

Chiroque y Zavale (22), 2024, Lima, su objetivo fue “Examinar la nuliparidad como un factor de riesgo en el desarrollo de la condición”. Realizaron un estudio cuantitativo, con diseño observacional, con una muestra de 575 participantes fue aplicada una guía de observación. Sus hallazgos demostraron que los elementos que afectan de manera significativa el riesgo de preeclampsia son los siguientes: la nuliparidad, que multiplica la probabilidad de desarrollar preeclampsia por más de tres veces (RPa: 3,87; IC 95%: 2,98-5,04); la edad, ya que cada año adicional reduce el riesgo de preeclampsia en un 2% (RPa: 0,98; IC 95%: 0,98-1,01); los antecedentes de hipertensión arterial, que aumentan la probabilidad en más de un 20% (RPa: 1,82; IC 95%: 1,50-2,20); los antecedentes familiares de preeclampsia, que duplican el riesgo (RPa: 2,00; IC 95%: 1,63-2,47); y el tabaquismo, que incrementa la probabilidad en un 0,01% (RPa: 0,10; IC 95%: 0,82-1,29).

Elena Yáñez M. (5), 2017, Lima, tuvo como objetivo “Determinar la primipaternidad como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital III Suárez Angamos, octubre – diciembre 2016”. En su estudio observacional analítico de caso – control, donde 32 personas pertenecieron al grupo caso y 64 al grupo control. Demostró que la primipaternidad y la preeclampsia previa aumentaban la hipertensión inducida por el embarazo hasta aproximadamente 3 veces más de lo usual en su población (ORa: 3.707; IC85%a: 1.401-9.804 y ORa: 3.855; IC95%a: 1.220-12.187 respectivamente)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Primipaternidad

2.2.1.1. Conceptualización de la primipaternidad

La primipaternidad es considerado actualmente como un probable factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, pues se considera que tiene influencia en la respuesta inmunológica del cuerpo de la mujer ante el embarazo, ya que, durante la primipaternidad, el organismo de la mujer se enfrenta por primera vez a la exposición de antígenos fetales, los cuales provienen del material genético del padre; esta primera exposición puede generar una reacción inmunitaria que no siempre es adecuada, lo que puede llevar a un mal desarrollo de la placenta, el órgano clave en la nutrición y oxigenación del feto; este mal desarrollo placentario puede desencadenar problemas que impactan tanto a la madre como al bebé, siendo la preeclampsia una de las más comunes (15).

En este sentido, el riesgo asociado con la primipaternidad no sólo reside en la novedad del embarazo para el cuerpo de la mujer, sino también en la manera en que su sistema inmunológico responde al material genético paterno (23). A medida que la mujer experimenta embarazos posteriores, su sistema inmunológico se adapta mejor a la presencia de estos antígenos, lo que reduce el riesgo de preeclampsia en embarazos subsiguientes, por ello, la primipaternidad se conceptualiza como una etapa crítica en la que el riesgo de desarrollar preeclampsia es significativamente mayor debido a la falta de adaptación inmunológica inicial (24).

2.2.1.2. Dimensiones de la primipaternidad

En términos de riesgo, la primipaternidad es definida como un factor predisponente debido a la inexperiencia biológica del cuerpo femenino en gestionar un embarazo, de esta manera la falta de exposición previa a los antígenos fetales paternos puede resultar en una respuesta inmunológica irregular, lo cual contribuiría a problemas a nivel placentario, creando

una condición poco óptima del ambiente intrauterino, lo cual representa a un factor importante en la etiología de la preeclampsia. Por lo tanto, la primipaternidad marca un hito en la vida reproductiva de la mujer, requiriendo de una atención médica especial a fin de disminuir los riesgos asociados y asegurar un embarazo óptimo (24) (26).

Estado de la primipaternidad: Este estado es importante en el ámbito de la salud reproductiva, pues el organismo materno experimenta exposición al embarazo con un padre primerizo, lo que puede crear desafíos únicos, tanto en el ámbito inmunológico como hormonal. Esto implicando adaptaciones físicas, como el desarrollo y la implantación placentaria, así también, cambios psicológicos en ambos padres, al ser el primer contacto de ellos con la experiencia de la paridad. Por lo tanto, la primipaternidad requiere de detección oportuna, para brindar atención médica de mayor cuidado a fin de garantizar la salud de la gestante y del feto. Según lo expuesto, se considera que al ser un factor crítico, requiere de un seguimiento y apoyo integral para asegurar un desarrollo saludable del embarazo y una transición adecuada tanto hacia la maternidad como hacia la paternidad (27).

2.2.1.3. Teorías del área de salud

La teoría del cuidado humanizado propuesta por Jean Watson durante 1979, se enfoca en una visión integral del cuidado del paciente, que trasciende las tareas clínicas tradicionales y se centra en la relación afectiva y espiritual entre el personal de salud y el paciente, dado que, se propuso que el cuidado va más allá de simplemente atender las necesidades físicas, ya que también involucra el apoyo emocional, la empatía y la conexión humana, a este acto íntegro lo denominó “caritas” lo cual es esencial para crear un ambiente de confianza y respeto mutuo con el paciente esencial para no solo aliviar el sufrimiento sino también promover la salud (18).

Este enfoque contribuye positivamente en la recuperación del paciente, por lo tanto, se considera también como un proceso bidireccional pues ambos se enriquecen ya que el acto de cuidar también contribuye al crecimiento personal y profesional y holístico pues se considera

al paciente como un ser completo, con cuerpo, mente y espíritu interconectados. En este sentido, se redefine el rol del personal de salud, alejándolo de un modelo biomédico centrado en la enfermedad, hacia un modelo centrado en la persona, donde la calidad de la relación y la experiencia del cuidado son fundamentales para el proceso de curación (25).

2.2.2. Preeclampsia

2.2.2.1. Conceptualización de la preeclampsia

Es una complicación durante la etapa de gestación que se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial (mayor a 140/90 mmHg) y frecuentemente afectación de otros órganos, como los riñones, el hígado y el sistema nervioso; además, es más frecuente en mujeres que están en su primer embarazo, aunque también puede ocurrir en mujeres con antecedentes de preeclampsia, embarazos múltiples, o aquellas con afecciones preexistentes como diabetes o hipertensión crónica (28). Por otro lado, aunque su etiología sea incierta, se considera que está asociada con un desarrollo anormal de los vasos sanguíneos, lo que provoca una respuesta inflamatoria exagerada y daño vascular en la madre, afectando la perfusión adecuada del feto y los órganos maternos (2) (4).

2.2.2.2. Dimensiones de la preeclampsia

La preeclampsia es una complicación del embarazo cuyos síntomas aparecen usualmente después de la semana 20 de gestación, se caracteriza por un aumento en la presión arterial y puede o no, ir acompañada de proteínas en la orina (proteinuria) (4). Así mismo, el estado inflamatorio y la alteración de la presión arterial pueden traer consigo complicaciones serias, como la eclampsia, que puede causar convulsiones y poner en peligro tanto a la madre como al bebé (27). El abordaje adecuado de la preeclampsia requiere un monitoreo constante y decisiones acertadas del inicio de tratamiento farmacológico. (4) Además, la preeclampsia puede tener efectos duraderos en la salud de la madre, aumentando el riesgo de problemas

cardiovasculares y metabólicos, por lo que es crucial un enfoque completo que no solo trate la condición a tiempo, sino que también asegure un seguimiento después del parto. (20)

Diagnóstico de la preeclampsia. El proceso para detectar la preeclampsia comienza con una serie de pasos cuidadosamente monitoreados para diferenciarlos de otros trastornos hipertensivos de la gestación. Primero, se corrobora que la paciente tiene una gestación mayor a las 20 semanas ya sea mediante la ecografía del primer trimestre (medio más efectivo) o por fecha de última regla, seguidamente el médico realiza un examen físico para observar síntomas como la presión arterial elevada (mayor o igual a 140/90 mmHg) y edemas, que a menudo se observan en tercio inferior de miembros inferiores y la cara, pudiendo ser también generalizado (29). Además, se hacen análisis de orina en primera instancia para verificar si hay proteinuria, lo que es una señal de disfunción renal. Continuando con evaluaciones laboratoriales, se pueden realizar pruebas de función hepática y renal para corroborar el impacto en estos órganos, ya que el daño a estos sistemas puede manifestarse a través de elevaciones en enzimas hepáticas y alteraciones en los niveles de creatinina, urea en sangre (30)(32). Así también, la monitorización continua de la presión arterial y los síntomas de la madre, junto con ultrasonidos para evaluar el bienestar fetal, son esenciales para ajustar el manejo clínico. En resumen, el diagnóstico definitivo se basa en la combinación de los hallazgos clínicos y de laboratorio, y en la evaluación de la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo (4).

2.2.2.3. Manejo y abordaje de la preeclampsia

El manejo temprano de esta patología es crucial, debido a las graves implicaciones para la salud materna y fetal que esta condición conlleva, dado que, si no se maneja de manera efectiva, puede resultar en complicaciones severas que comprometen la vida tanto de la madre como del bebé (5). Un enfoque integral y oportuno es necesario para prevenir dichas complicaciones y garantizar con ello el mejor estado de salud para ambos; así mismo la intervención temprana aporta en el control y supervisión de signos y síntomas, reduciendo con

ello el riesgo de progresión a formas más graves de la enfermedad, y ayudando finalmente a tomar decisiones más acertadas sobre el momento del parto para disminuir los riesgos (29).

Asimismo, el abordaje idóneo de la preeclampsia implica también la identificación de los factores de riesgo durante los primeros controles prenatales ya que son de vital importancia para el manejo preventivo, es así que, si se identifican en una paciente con más de 14 y menos de 20 semanas de gestación, debe administrarse Ácido Acetilsalicílico conjunto al calcio para prevenir cualquier forma futura de hipertensión del embarazo conjunto a las instrucciones que se brindan a la madre para que pueda identificar las características de la preeclampsia y acudir oportunamente al centro de salud más cercano (32).

Una vez se confirme el diagnóstico de preeclampsia el tratamiento será instaurado de acuerdo al compromiso de órgano blanco; es así que, en casos en los que no haya criterios de severidad, es decir sin compromiso de otros órganos, la gestante ameritará controles periódicos de la presión arterial, y monitoreo cercano de la madre y el feto hasta que el embarazo llegue a término; por otro lado, en gestaciones de preeclampsia con criterios de severidad, es decir con compromiso de otros órganos, se deben realizar medidas inmediatas y el manejo se instaurará de acuerdo a la semana de gestación. Se recomienda que si la paciente se encuentra entre el rango de 24-34 semanas de gestación se administre sulfato de magnesio, corticoides e interrupción del embarazo en menos de 48 horas; por el contrario, si la paciente tuviese una gestación menor de 24 o mayor de 34 semanas, se recomienda la administración de sulfato de magnesio y la inminente interrupción del embarazo (29) (4). De igual manera, el esquema anticonvulsivante de sulfato de magnesio al 20% debe ser administrado mediante infusión intravenosa diluido en solución salina al 50%. Asimismo, en este punto ya se encuentra indicado manejo de la PA, iniciando en una primera instancia con 1 gramo de metildopa vía oral, y requiriendo el uso de nifedipino cuando no se pueda mantener la PA por debajo de 160/110mmHg. (30).

Si bien, la preeclampsia posee en nuestro medio un manejo efectivo y eficiente, el tratamiento final de esta patología es únicamente la interrupción del embarazo, ello conjunto al incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares que se produce por las alteraciones a nivel del sistema circulatorio y demás implicaciones a largo plazo para la salud de la mujer, han hecho de esta patología un problema de salud pública. Por esta razón, es primordial que las mujeres que no han sufrido de preeclampsia, pero tengan factores de riesgo (obesidad, la hipertensión preexistente, los antecedentes familiares, etc.) sean identificadas de manera temprana y monitorizadas continuamente durante el embarazo para prevenir la aparición de complicaciones (31).

A largo plazo, un buen manejo de esta condición no solo mejora los resultados inmediatos durante la gestación, sino que también tiene implicaciones para la salud futura de la madre, reduciendo las posibles complicaciones del período posterior al parto. Además, la identificación y el tratamiento temprano de la preeclampsia contribuyen a un cuidado prenatal de alta calidad, que es esencial para la reducción de las tasas de morbilidad materna y perinatal (33).

2.2.3. Factores de control relacionados a la preeclampsia

Hay una serie de factores relacionados en el desarrollo de preeclampsia, como son:

- **Edad.** Es un factor determinante en el riesgo de complicaciones durante la etapa de gestación, tanto en mujeres jóvenes como en aquellas de mayor edad, el riesgo de desarrollar condiciones como la preeclampsia puede estar elevado debido a la inmadurez biológica o a los cambios fisiológicos acumulados con el tiempo. Las mujeres en su primer embarazo pueden estar en mayor riesgo debido a la falta de exposición previa a los cambios inmunológicos y hormonales que ocurren durante la gestación (35).

- **Gravidez.** El número total de embarazos previos, incluyendo abortos y partos, influye en el riesgo de complicaciones durante la etapa de gestación actual. Las mujeres con menos experiencias gestacionales pueden tener una respuesta inmunológica menos adaptada, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar preeclampsia y otras complicaciones (36).
- **Periodo intergenésico.** Este término se refiere al intervalo de tiempo entre el final de un embarazo y el inicio de otro. Un periodo intergenésico demasiado corto o excesivamente largo puede elevar el riesgo de preeclampsia, ya que el cuerpo puede no haber tenido suficiente tiempo para recuperarse por completo o, en el caso de intervalos largos, haber perdido la memoria inmunológica adquirida en embarazos anteriores (37).
- **Antecedente de Preeclampsia.** Las mujeres que han experimentado preeclampsia en embarazos anteriores tienen un riesgo significativamente mayor de enfrentar la misma complicación en embarazos subsecuentes, debido a factores predisponentes persistentes, como problemas vasculares o inmunológicos (39).
- **Obesidad pregestacional,** El exceso de peso antes del embarazo es un factor de riesgo importante para la preeclampsia, además, está asociada con una mayor resistencia a la insulina y niveles elevados de inflamación, lo que puede afectar la función placentaria y aumentar la probabilidad de complicaciones (40).
- **Antecedente de otros trastornos hipertensivos.** Las mujeres con registro de hipertensión crónica o que desarrollan hipertensión durante el embarazo tienen un mayor riesgo de preeclampsia, dado que, esta puede comprometer la circulación placentaria, aumentando las probabilidades de que surjan complicaciones graves (41).
- **Antecedente familiar de preeclampsia.** Ello sugiere una predisposición genética a desarrollar esta condición, por ende, las mujeres con antecedentes familiares de

preeclampsia requieren un monitoreo más estrecho durante el embarazo para identificar y manejar cualquier signo temprano de esta complicación (42).

- **Grado de instrucción.** El nivel educativo alcanzado es un factor significativo que influye en la comprensión y manejo de la salud materna, las gestantes con mayor nivel educativo tienden a tener mejor acceso a información sobre cuidados prenatales y reconocimiento temprano de signos de alarma, lo que puede influir en el curso y manejo de complicaciones como la preeclampsia (43).
- **Procedencia.** El lugar de origen o residencia de la gestante puede determinar el acceso a servicios de salud y la calidad de atención prenatal recibida. Las diferencias socioeconómicas y culturales entre zonas urbanas y rurales pueden influir en el reconocimiento temprano y manejo de complicaciones obstétricas (44).
- **Estado civil.** La condición de la relación de pareja de la gestante puede influir en el soporte emocional y económico durante el embarazo. La estabilidad de la relación y el apoyo de la pareja pueden impactar en el manejo del estrés y la adherencia a los controles prenatales, factores relevantes en el desarrollo de complicaciones como la preeclampsia (45).
- **Edad paterna.** Es el número de años que ha cumplido un hombre en el momento de la concepción de su hijo o al nacer este, y se considera un factor relevante en estudios de genética y salud reproductiva debido a posibles implicancias en la salud y desarrollo del hijo (46).
- **Tiempo de convivencia.** El tiempo que se lleva viviendo con la pareja podría influir en el riesgo de preeclampsia, ya que la exposición prolongada a los antígenos del padre podría tener un impacto. Si la convivencia es más corta, podría haber una respuesta inmunológica materna inadecuada, lo que aumentaría el riesgo de complicaciones (45).

- **Índice de Masa Corporal.** El índice de masa corporal es un indicador del estado nutricional que puede influir significativamente en el desarrollo de complicaciones obstétricas. La obesidad y el sobrepeso están asociados con un mayor riesgo de preeclampsia debido a la inflamación crónica y alteraciones metabólicas que pueden afectar la función placentaria (43)

2.2.4. Factores resultantes de preeclampsia

Estos factores surgen como resultado, desenlace o complicación directa o indirecta de la preeclampsia y son:

- **Vía de parto.** La modalidad de parto anterior, ya sea vaginal o por cesárea, puede influir en el riesgo de complicaciones en embarazos futuros, por ejemplo, una cesárea previa puede aumentar la probabilidad de preeclampsia debido a la cicatrización uterina y otros factores asociados (38).
- **Sexo del RN.** El sexo del feto puede influir en el desarrollo de complicaciones durante el embarazo, ya que existe evidencia de que los embarazos de fetos masculinos son los que tienden a presentar un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia, esto debido a diferencias en la respuesta inmunológica materna y la función placentaria (45).
- **Peso del RN.** El peso al nacer es un indicador importante del bienestar fetal y puede estar relacionado con complicaciones maternas. La preeclampsia puede afectar el crecimiento fetal, resultando en alteraciones del peso que pueden manifestarse como restricción del crecimiento o macrosomía (43)
- **Tipo de preeclampsia.** La clasificación de la severidad de la preeclampsia es clave para determinar el manejo y pronóstico. La presencia de criterios de severidad indica un mayor riesgo de complicaciones materno-fetales y requiere un manejo más intensivo y monitoreo más estrecho (27).

- **Complicación agregada.** La presencia de complicaciones adicionales a la preeclampsia puede empeorar el pronóstico materno-fetal. Estas complicaciones pueden manifestarse tanto en la madre como en el feto, requiriendo intervenciones específicas y modificando el manejo general del caso (27).

2.2.5. Teorías del área de salud vinculadas a la preeclampsia

La teoría de los sistemas planteada por Ludwig Von Bertalanffy durante 1968, ofrece una perspectiva integral para comprender fenómenos complejos mediante el análisis de sistemas como conjuntos interrelacionados. Según esta teoría, los sistemas, biológicos y/o sociales, están compuestos por varios componentes que interactúan entre sí, de modo que, si uno de estos cambia, puede afectar todo el sistema. En el caso de la preeclampsia, esta perspectiva es útil porque nos ayuda a entender cómo factores incluyendo la genética, el entorno y las condiciones de salud de la madre se combinan para desencadenar esta complicación. También permite ver la preeclampsia como un desequilibrio en el sistema del cuerpo de la madre, donde problemas como la disfunción placentaria alteran el equilibrio del organismo, afectando tanto a la madre como al bebé (19).

Aplicar esta teoría al manejo de la preeclampsia significa mirar el problema desde una perspectiva más amplia, teniendo en cuenta cómo diferentes factores de riesgo y elementos del cuerpo de la madre interactúan entre sí, incluyendo evaluar cuidadosamente los antecedentes médicos e identificar aquellos factores genéticos y ambientales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar preeclampsia, además, se busca aplicar intervenciones que ayuden a restaurar el equilibrio en el organismo, para proteger tanto a la madre como al bebé. La teoría subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario y la necesidad de un monitoreo continuo para detectar y corregir cualquier desajuste en el sistema. Por ello, la intervención temprana basada en esta visión sistémica puede mejorar de gran manera a los resultados para la madre y el bebé al prevenir complicaciones y promover un manejo adecuado de la preeclampsia, por tanto, este

enfoque integral permite no solo abordar los síntomas y efectos de la preeclampsia, si no también permite entender y tratar las causas subyacentes y las interacciones entre los diversos factores involucrados (34).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Existe asociación significativa entre la primipaternidad y la preeclampsia, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas

La prevalencia de preeclampsia, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024, es elevada.

La prevalencia de primipaternidad es mayor en las gestantes que tienen preeclampsia en comparación con las gestantes que no tienen dicha condición, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024, es elevada.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Se utilizó el método hipotético-deductivo, pues partimos de la hipótesis que planteó una probable relación entre la primipaternidad y preeclampsia; dicha conjetura se verificó mediante el análisis de los datos obtenidos en la ficha de recolección de las participantes del estudio y con ello se presentó y refutó los hallazgos.

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, se define como aquel que utiliza la recolección de datos numéricos y su análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (47). Este estudio adoptó dicho enfoque para examinar objetivamente la relación entre primipaternidad y preeclampsia, facilitando la cuantificación del riesgo mediante el cálculo del Odds Ratio.

3.3. Tipo de investigación

El estudio fue de tipo aplicada de nivel correlacional, ya que busca identificar las causas o factores de riesgo asociados a un fenómeno, examinando la existencia de asociaciones entre una exposición y un resultado (47). Este estudio utilizó este tipo de investigación para evaluar la fuerza de asociación entre la primipaternidad y la preeclampsia.

3.4. Diseño de investigación

El diseño de la investigación se clasificó como no experimental, pues no hubo intervención alguna por parte del investigador sobre los sujetos de estudio y de corte transversal pues se tomó la muestra un periodo de tiempo determinado, observacional analítico de casos y controles como aquel que compara un grupo con una condición específica (casos) contra otro sin ella (controles), evaluando retrospectivamente la exposición a un factor (47). Este estudio comparó gestantes con y sin preeclampsia, analizando la exposición a primipaternidad en ambos grupos para determinar su asociación con el desarrollo de la enfermedad.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

En el presente estudio, la población estuvo compuesta por 3228 puérperas atendidas durante diciembre 2023 y febrero 2024, de las cuales inicialmente 388 pacientes eran del grupo caso y 2840 del grupo control, finalmente aplicando los criterios de exclusión resultaron 297 participantes en el grupo caso y 1203 en el grupo control.

3.5.1.1. Criterios de Selección de Muestra:

Criterios de inclusión (casos): Gestantes por encima de los 18 años de edad que presenten una gestación mayor a las 20 semanas, con Diagnóstico de preeclampsia.

Criterios de inclusión (controles): Gestantes por encima de los 18 años de edad que presenten una gestación mayor a las 20 semanas, sin diagnóstico de preeclampsia

Criterios de exclusión (casos y controles):

- Puérperas con embarazo múltiple.
- Feto con malformaciones incompatibles con la vida.
- Puérperas con registro de hipertensión crónica previo al embarazo actual.
- Puérperas con registro de Hipertensión gestacional versus preeclampsia que no especifique diagnóstico final.
- Puérperas con diagnóstico de Enfermedad Renal crónica, Diabetes Mellitus tipo I o II o con Enfermedades autoinmunes como, Lupus Eritematoso Sistémico o Síndrome antifosfolipídico.
- Puérperas con registro de infección por Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) , hepatitis crónica y/o patologías oncológicas.

3.5.2. Muestra

El cálculo del tamaño muestral se realizó utilizando el programa EPIDAT 4.2 en el módulo de casos y controles, tomando como referencia el estudio de Munares (6) donde se encontró una proporción de exposición a primipaternidad del 54% en casos y 29% en controles. Se consideraron los siguientes parámetros.

- Nivel de confianza: 95%
- Potencia estadística: 80%
- Razón de controles por caso: 1:1
- Odds ratio a detectar: 2.874

Con estos parámetros, se determinó una muestra de 132 gestantes, distribuidas en:

66 casos (puérperas con preeclampsia)

66 controles (puérperas sin preeclampsia)

Tamaños de muestra. Estudios de casos y controles. Grupos independientes:

Datos:

Proporción de casos expuestos:	54,000%
Proporción de controles expuestos:	29,000%
Odds ratio a detectar:	2,874
Número de controles por caso:	1
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Casos	Controles	Total
80,0	66	66	132

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 con la corrección por continuidad de Yates (χ^2).

- Unidad de muestreo: Puérperas atendidas entre diciembre de 2023 a febrero de 2024
- Unidad de análisis: Historia clínica de las gestantes
- Marco muestral:
Casos: Puérperas con diagnóstico de Preeclampsia (CIE 10: O14.9)

Controles: Puérperas sin diagnóstico de Preeclampsia

La selección aleatoria se realizó utilizando el programa Excel 2019 en el cual se dispuso los códigos de registro de las historias clínicas que cumplían con los criterios de selección establecidos. En la *fig. 1* se puede observar todo el proceso de selección.

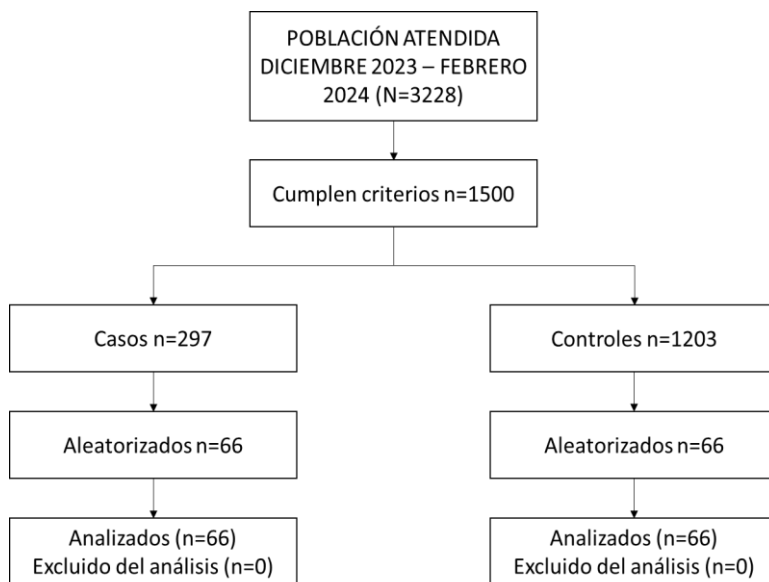


Fig. 1 Fases del muestreo

3.6. Variables y operacionalización

3.6.1. Variables

Variable 1: Primipaternidad

Variable 2: Preeclampsia

3.6.2. Operacionalización de variables

Tabla 1

Variables y operacionalización

VARIABLES PRINCIPALES						
Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Primipaternidad	Se refiere a la condición de ser padre por primera vez, descrito en el contexto médico también como la experiencia de los hombres del nacimiento de su primer hijo. (26)	Estado identificado en la primera sección de la Ficha de recolección (instrumento de doble entrada), que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante los indicadores presenta/no presenta.	Estado de primipaternidad	Presenta	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
				No presenta		
Preeclampsia	Es una complicación del embarazo caracterizada por la hipertensión arterial y la presencia de proteínas en la orina (proteinuria), que generalmente ocurre después de la semana 20 de gestación. (29)	Estado identificado en la primera sección de la Ficha de recolección (instrumento de doble entrada), que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante los indicadores presenta/no presenta.	Diagnóstico de Preeclampsia	Presenta	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
				No presenta		
VARIABLES DE CONTROL						
Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)

Edad materna	Tiempo de vida de la gestante. (35)	Estado identificado en la segunda sección, apartado "A" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante los indicadores de años.	Edad materna	Número de años	Cuantitativa de razón	Años
Edad paterna	Tiempo de vida del padre. (35)	Estado identificado en la segunda sección, apartado "A" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante los indicadores de años	Edad paterna	Número de años	Cuantitativa de razón	Años
Gravidez	Número total de embarazos y/o partos previos. (36)	Estado identificado en la segunda sección, apartado "B" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante la clasificación por números de embarazos	Primigesta	1 embarazo	Cualitativa ordinal	Cantidad (1,2,3 o más)
			Segundigesta	2 embarazos		
			Multigesta	3 o más embarazos		
Periodo intergenésico	Tiempo entre el fin de una gestación y el inicio de otra. (37)	Estado identificado en la segunda sección, apartado "C" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante cantidad de años	Corto	0-5 años	Cualitativa ordinal	Años cumplidos
			Intermedio	6-10 años		
			Largo	11-17 años		
Obesidad pregestacional	Presentar obesidad previa al inicio de la gestación actual. (40)	Medido de acuerdo a segunda sección, "E" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante presenta/no presenta	Presenta	$IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
			No presenta	$IMC < 30 \text{ kg/m}^2$		

Antecedente de Preeclampsia	Haber presentado preeclampsia en un embarazo anterior. (39)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "F" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante presenta/no presenta	Presenta	No tiene	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
			No presenta			
Antecedente de otros trastornos hipertensivos	Afecciones que involucran presión arterial alta durante la gestación. (41)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "G" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante presenta/no presenta	Presenta	No tiene	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
			No presenta			
Antecedente familiar de preeclampsia	Registrados casos de preeclampsia en parientes cercanos. (42)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "H" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante presenta/no presenta	Presenta	No tiene	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
			No presenta			
Grado de instrucción	Nivel educativo alcanzado por la persona (43)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "I" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante la clasificación de indicador	Educación básica	Primaria	Cualitativa ordinal	Completa Incompleta
				Secundaria		
			Educación superior	Superior técnico		
				Superior universitario		
Procedencia	Distrito o zona de residencia de la gestante (44)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "J" de la Ficha de recolección, que se usó para	Lima Metropolitana	Lima norte	Cualitativa nominal	Urbano Rural
				Lima sur		
				Lima este		
				Lima centro		

		recopilar información directa de la Historia clínica mediante la clasificación de indicador	Otras regiones	Costa Sierra Selva		
Estado civil	Condición de la gestante respecto a su relación de pareja (45)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "K" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante la clasificación de indicador	Unión formal Unión informal	Casada Divorciada Viuda Soltera Conviviente Separada	Cualitativa nominal	Con unión legal Sin unión legal
Tiempo de convivencia	Tiempo que la gestante convive con su pareja actual (45)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "O" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante la clasificación de indicador	No convive Convivencia reciente Convivencia prolongada	Sin registro de convivencia Menor a 1 año De 3 a más de 5 años	Cualitativa ordinal.	Años cumplidos
Valoración nutricional de acuerdo a IMC actual	Índice de masa corporal pregestacional (40)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "P" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante la clasificación de indicador	Estado nutricional adecuado Estado nutricional inadecuado	Normal (18.5 - 24.9 kg) Bajo peso (<18.5 kg) Sobrepeso (25.0 - 29.9 kg) Obesidad (30.0 kg >)	Cualitativa categórica	Categorías (Bajo peso, Normal, Sobrepeso, Obesidad)
VARIABLES RESULTANTES						
Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
Vía de parto	Se refiere al método a través del cual se produce el nacimiento del bebé (38)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "D" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información	Parto Vaginal Cesárea	No tiene	Cualitativa nominal dicotómica	Tipo (Vaginal/ Cesárea)

		directa de la Historia clínica mediante la clasificación de indicador				
Sexo del RN	Características biológicas que diferencian al recién nacido (44)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "M" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante masculino/femenino	Masculino	No tiene	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino
			Femenino			
Peso del RN	Peso del recién nacido al momento del nacimiento (43)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "N" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante peso adecuado/ peso alterado	Peso adecuado	2500-4000 gr	Cuantitativa continua	Gramos
			Peso alterado	<2500 gr		
				>4000 gr		
Tipo de preeclampsia	Clasificación de la severidad de la preeclampsia (27)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "R" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante con criterios de severidad/ sin criterios de severidad	Con criterios de severidad	Presenta compromiso de órganos	Cualitativa nominal dicotómica	Con criterios de severidad Sin criterios de severidad
			Sin criterios de severidad	No presenta Compromiso de órganos		
Complicación agregada	Complicación adicional al diagnóstico de preeclampsia (27)	Medido de acuerdo a segunda sección, apartado "S" de la Ficha de recolección, que se usó para recopilar información directa de la Historia clínica mediante la clasificación mediante los indicadores presenta/no presenta.	Complicaciones maternas	Síndrome HELLP	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
				Eclampsia		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica empleada fue análisis documental, el cual permitió extraer, interpretar y sintetizar información relevante a partir de registros escritos, informes y otros materiales documentales relacionados con el estudio (49). A través del análisis documental, se obtuvo una comprensión más profunda del tema investigado y se apoyó la validación.

3.7.2. Descripción de instrumentos

El instrumento empleado correspondió a una ficha de recolección de datos centrada en las historias clínicas, esta facilitó la recolección y análisis de datos específicos relacionados (48). La ficha de recolección permitió sistematizar la información extraída de las historias clínicas de las gestantes, asegurando que se capturaran todos los datos relevantes para el estudio. Incluyó secciones estructuradas para registrar información sobre antecedentes médicos, características del embarazo, diagnósticos de preeclampsia y cualquier otro dato relevante. Además, al emplear este instrumento, se estandarizó el proceso de recopilación de datos, lo que facilitó la comparación y el análisis de la información entre diferentes casos así mismo el instrumento fue aceptado por el comité metodológico del INMP previamente de la recolección (anexo 2).

Instrumento 1. La ficha de recolección consistió en un instrumento creado por el autor principal de la investigación en la cual se encuentran todas las variables de estudio incluida la PMP, los datos requeridos fueron recolectados de la historia clínica de cada paciente. Así mismo, este instrumento asegura la calidad y precisión de los datos obtenidos facilitando de esta manera la generación de resultados y conclusiones significativos.

3.7.3. Validación

No se consideró necesario la validación del instrumento principal del estudio, puesto que las variables a evaluar no constituyen una evaluación directa sobre el paciente ni tampoco se valoran opiniones subjetivas.

3.7.4. Confiabilidad

En este caso, no se llevó a cabo una evaluación de la confiabilidad del instrumento, dado que se basa en el uso de historias clínicas, dado que, las historias clínicas son documentos establecidos y uniformes, no es necesario realizar una prueba de confiabilidad adicional, ya que la información contenida en ellas es objetiva y sistemática por su naturaleza.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Se solicitó la aprobación del proyecto de estudio a la Universidad Norbert Wiener para obtener el permiso necesario para su ejecución en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), una vez aprobada la propuesta, se acudió al servicio de Ginecología y Obstetricia durante el período de diciembre de 2023 a febrero de 2024 para presentar el proyecto en el área de investigación del INMP, el objetivo fue obtener la autorización para llevar a cabo la investigación y acceder a la base de datos del instituto para consultar las historias clínicas.

Se procedió con la selección de la muestra mediante un muestreo probabilístico aleatorizado, aplicando los criterios de inclusión previamente establecidos, donde, se revisaron las historias clínicas correspondientes para extraer la información necesaria, utilizando una guía documental diseñada para asegurar la consistencia en la recolección de datos. Con la información completa, se ingresaron los datos en una base de datos estructurada utilizando el programa Excel 2019. Los datos fueron ordenados y procesados para su análisis estadístico, en el análisis descriptivo, se evaluó la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para los datos cuantitativos, se calcularon medianas y desviaciones estándar, mientras que para los datos cualitativos se presentan en frecuencias y porcentajes.

En el análisis inferencial, se utilizó la prueba Chi-cuadrado para comparar y la prueba U de Mann-Whitney para datos cuantitativos, donde, la relación entre la primipaternidad y la preeclampsia se evaluó calculando el chi cuadrado, a través de ello se elaboraron tablas para cumplir con los objetivos propuestos y redactar el informe final.

3.9. Aspectos éticos

El estudio contó con la debida aprobación de los comités de ética e investigación de las instituciones pertinentes, en plena conformidad con las normativas internas de cada entidad. Este proceso de aprobación garantizó que se cumplan todos los estándares éticos y legales requeridos para la realización de investigaciones en salud. El estudio adhirió específicamente a la pauta 12 de las pautas CIOMS (50), que establece los criterios éticos para el manejo y protección de datos en investigaciones relacionadas con la salud, enfatizando la importancia de mantener la confidencialidad mientras se garantiza la validez científica de la investigación.

Asimismo, la investigación se desarrolló siguiendo las directrices establecidas por el Código de Ética del Colegio Médico del Perú (51) y la Declaración de Helsinki (52), abarcando aspectos de vital relevancia como es el respeto a la dignidad, la privacidad de los participantes y el manejo adecuado de la información personal.

Se garantizó que toda la información personal y médica de los participantes fuese tratada con la máxima confidencialidad, donde, el anonimato de los pacientes fue mantenido en todo momento mediante técnicas de codificación y almacenamiento seguro de los datos; la información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines meramente científicos, y no fue divulgada ni utilizada para propósitos ajenos del ámbito del estudio. Además, se implementaron medidas adicionales para proteger la privacidad de los datos, como el acceso restringido a la información por parte del personal autorizado y la utilización de sistemas de seguridad informática. Finalmente, se revisó continuamente el cumplimiento de los estándares éticos a lo largo del estudio, realizando auditorías periódicas y ajustando las prácticas conforme

sea necesario para asegurar la integridad y el respeto hacia los participantes; este enfoque integral aseguró que el estudio se realizó de manera ética, respetuosa y en plena conformidad con los principios internacionales de investigación.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 2

VARIABLES DE CONTROL: Características clínicas y epidemiológicas más comunes en las gestantes

Variables de control	Categorías	Caso		Control		Valor p
		F	%	F	%	
Procedencia	Lima	38	57,6%	41	62,1%	0,594
	Metropolitana					
	Otras regiones	28	42,4%	25	37,9%	
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Grado de instrucción	Educación básica	53	82,6%	56	84,8%	0,491
	Educación superior	13	17,4%	10	15,2%	
	Total	66	100,0%	66	100,0%	
Estado civil	Unión formal	7	10,6%	11	16,7%	0,310
	Unión informal	59	89,4%	55	83,3%	
	Total	66	100,0%	66	100,0%	
Tiempo de convivencia	No convive	17	25,8%	11	16,7%	0,050
	Convivencia reciente	20	30,3%	12	18,2%	
	Convivencia prolongada	29	43,9%	43	65,2%	
	Total	66	100,0%	66	100,0%	
Edad materna	18 a 29 años	29	43,9%	26	39,4%	0,471
	30 a 41 años	34	51,5%	39	59,1%	
	42 a 53 años	3	4,5%	1	1,5%	
	Total	66	100,0%	66	100,0%	

	18 a 29 años	25	37,9%	12	18,2%	
Edad paterna	30 a 41 años	35	53,0%	51	77,3%	0,014
	42 a 53 años	6	9,1%	3	4,5%	
Total		66	100,0%	66	100,0%	
	Primigesta	14	21,2%	10	15,2%	
Gravidez	Segundigesta	21	31,8%	23	34,8%	0,664
	Multigesta	31	47,0%	33	50,0%	
Total		66	100,0%	66	100,0%	
	0-5 años	44	66,7%	30	45,5%	
Periodo intergenésico	6-10 años	15	22,7%	34	51,5%	0,002
	11-17 años	7	10,6%	2	3,0%	
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Obesidad pregestacional	No tiene	41	62,1%	45	68,2%	
	Si tiene	25	37,9%	21	31,8%	0,465
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Valoración nutricional de acuerdo a IMC actual	Estrado nutricional adecuado	18	27,3%	19	28,8%	
	Estado nutricional inadecuado	48	72,7%	47	71,2%	0,846
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Antecedente de Preeclampsia	No tiene	54	81,8%	63	95,5%	
	Si tiene	12	18,2%	3	4,5%	0,014
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Antecedentes de otros trastornos hipertensivos	No tiene	56	84,8%	52	78,8%	
	Si tiene	10	15,2%	14	21,2%	0,367
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Antecedentes familiares de preeclampsia	No tiene	51	77,3%	51	77,3%	
	Si tiene	15	22,7%	15	22,7%	0,100
Total		66	100,0%	66	100,0%	

En el análisis de la *Tabla 2*, las características clínicas y epidemiológicas más comunes se observó significancia estadística del grupo casos vs los controles en: edad paterna ($p=0.014$), periodo intergenésico ($p=0.002$) y antecedentes de preeclampsia ($p=0.014$), así mismo se demuestra que el tiempo de convivencia presentó diferencia marginalmente significativa ($p=0.05$).

Tabla 3

FACTORES RESULTANTES: Características de los resultados maternos y perinatales en las puérperas de acuerdo al grupo de estudio

Factores de control	Categorías	Caso		Control		Valor p
		F	%	F	%	
Vía de parto	Parto natural	15	22,7%	35	53,0%	<0,001
	Cesárea	51	77,3%	31	47,0%	
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Sexo del Rn	Masculino	36	54,5%	36	54,5%	0,100
	Femenino	30	45,5%	30	45,5%	
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Peso del Rn	Adecuado	43	65,2%	59	89,4%	0,001
	Inadecuado	23	34,8%	7	10,6%	
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Tipo de preeclampsia	Con criterios de severidad	27	40,9%	-	-	N.A.
	Sin criterios de severidad	39	59,1%	-	-	
	Sin preeclampsia	-	-	66	100,0%	
Total		66	100,0%	66	100,0%	
Complicación agregada	No	60	90,9%	66	100,0%	N.A.
	Si	6	9,1%	-	-	
Total		66	100,0%	66	100,0%	

En la tabla 3, del análisis de los resultados maternos y perinatales en las puérperas expuestas a primipaternidad se observó significancia estadística en los grupos: vía de parto ($p < 0.001$) y peso del recién nacido ($p = 0.001$).

Objetivo específico 1: Verificar la prevalencia de preeclampsia, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024

Tabla 3

Prevalencia de preeclampsia en las gestantes

Prevalencia	Frecuencia	Porcentaje
SI	388	12%
NO	2840	88%
Total	3228	100%

El análisis de la tabla 4, demuestra que la prevalencia de preeclampsia en la población es del 12% es decir de las 3228 gestantes atendidas en el INMP entre diciembre de 2023 a febrero de 2024, 388 presentaron esta condición.

Objetivo específico 2: Verificar la prevalencia de primipaternidad en las gestantes que tienen preeclampsia en comparación con las gestantes que no tienen dicha condición, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024.

Tabla 5

Prevalencia de gestantes expuestas a la primipaternidad

Prevalencia	Caso		Control	
	F	%	F	%
No	38	57,6%	55	83,3%
Si	28	42,4%	11	16,7%
Total	66	100%	66	100%

Al analizar la prevalencia de gestantes expuestas a primipaternidad según grupos de estudio, se encontró que en el grupo caso (gestantes con preeclampsia), 28 pacientes (42.4%) estuvieron expuestas a primipaternidad, mientras que en el grupo control (gestantes sin preeclampsia) solo 11 pacientes (16.7%) manifestaron esta característica.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Objetivo general: Determinar la asociación entre el riesgo de preeclampsia y las gestantes expuestas a primipaternidad, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024

Prueba de hipótesis general

Hipótesis nula (H0): No existe asociación significativa entre el riesgo de preeclampsia y las gestantes expuestas a primipaternidad, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 - febrero 2024.

Hipótesis alterna (H1): Existe asociación significativa entre el riesgo de preeclampsia y las gestantes expuestas a primipaternidad, atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 - febrero 2024.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$ (5%)

Estadístico de prueba: Chi-cuadrado

Tabla 6

Asociación entre el riesgo de preeclampsia y las gestantes expuestas a primipaternidad

Preeclampsia	Primipaternidad						OR (IC 95%)	p-valor
	No		Si		Total			
	N	%	N	%	N			
No	55	41,7%	11	8,3%	66	50%	3,684 (1,638 - 8,288)	0,001
Si	38	28,8%	28	21,2%	66	50%		
Total	101	70,5%	39	29,5%	132	100%		

Valor de Chi-cuadrado = p-valor = 0.001

Toma de decisión: Como el p-valor (0.001) es menor que el nivel de significancia (0.05), se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, existe evidencia estadística para afirmar que existe una asociación significativa entre el riesgo de preeclampsia y las gestantes expuestas a primipaternidad.

4.1.3. Discusión de resultados

En el presente apartado se realizó un análisis crítico de los hallazgos encontrados en la investigación, contrastándolos con los resultados de estudios previos. La discusión se estructuró siguiendo el orden de los objetivos planteados, comenzando con el análisis de las variables intervinientes más comunes en las participantes estudiadas, seguido por la evaluación de la prevalencia de la primipaternidad y la preeclampsia, para finalmente examinar la asociación significativa encontrada entre estas dos variables principales. Este análisis permitirá establecer similitudes y diferencias con la literatura existente, identificar las posibles explicaciones de los resultados obtenidos, y comprender las implicaciones de estos hallazgos en el contexto de la práctica clínica obstétrica.

En primer lugar, en relación a los hallazgos generales de las características clínico-epidemiológicas identificadas en las gestantes atendidas en el lugar de estudio, se encontró que las variables intervinientes con significancia estadística fueron principalmente tres: edad paterna, periodo intergenésico y antecedentes de preeclampsia.

Respecto a la edad paterna, el análisis estadístico mostró diferencias significativas entre los grupos de caso y control ($p=0.014$), los padres comprendidos en el rango etario joven de 18-29 años, fueron más frecuentes en el grupo caso (37.9%) a diferencia del grupo control (18.2%), por otro lado aunque los padres del grupo etario mayor comprendido entre 42-53 años fueron el doble en el grupo caso (9.1%) que el control (4.5-%) esta categoría presenta un tamaño muestral reducido y con ello limita su interpretación; en conclusión los datos analizados

sugieren que la juventud en la edad paterna podría estar asociada a un mayor riesgo para la condición estudiada, mientras que la edad intermedia podría ser un factor protector, este hecho indica una importante contribución genética por línea paterna en el desarrollo de la enfermedad, lo cual podría explicarse por la transmisión de factores genéticos que predisponen a alteraciones en la placentación o en la respuesta inmunológica (15) (24). Este hallazgo es concordante con el estudio reportado por Chiroque y Zavale (19) en Lima, quienes encontraron que factores como la edad tenían una asociación clínicamente significativa, con una reducción del riesgo de preeclampsia en un 2% por cada año adicional (RPa: 0,98; IC 95%: 0,98-1,01).

Por otro lado, el periodo intergenésico, evidenció un valor de $p=0.002$, demostrando con ello significancia estadística, así también la distribución muestral tanto de los grupos de intervalo corto (1-5 años) y largo (11-17 años), fueron más frecuentes en el grupo caso con 66.7% y 10.6% respectivamente, finalmente la conclusión de estos resultados sugieren que un periodo intergenésico corto podría estar asociado con un mayor riesgo para la preeclampsia, probablemente debido a una recuperación fisiológica insuficiente entre embarazos. (36) (37) Sin embargo, estos resultados discrepan con Hercus et al. (12) en Australia, donde se observó que un mayor intervalo entre nacimientos estaba vinculado a un riesgo considerablemente elevado de preeclampsia en embarazos subsecuentes, con un OR de 1,39 a los 3 años ($p = 0,042$) y un OR de 2,05 a los 4 años ($p = 0,002$).

Así mismo, los antecedentes de preeclampsia mostraron asociación con un valor de $p=0.014$, en el grupo caso 18.2% de las participantes tenía antecedente de preeclampsia, en comparación con el grupo control con 4.5%, esto sugiere que la presencia de antecedentes de preeclampsia está asociada con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad en embarazos subsecuentes, esto es comparable con el estudio de Yáñez, E. (5), en un hospital de Lima, Perú en el que se demuestra la asociación con el análisis binario OR: 2.270, IC95%: 0.867 – 5.942,

demostrando con ello que este factor puede incrementar sustantivamente el riesgo de preeclampsia.

Del mismo modo, se encontró que las variables más predominantes fueron la vía de parto por cesárea ($p < 0.001$), con una marcada diferencia entre el grupo caso (77.3%) y control (47%), y el peso del recién nacido ($p = 0.001$), los recién nacidos con peso inadecuado fueron más comunes en el grupo caso (34.8%) que en el control (10.6%). Estas diferencias sugieren que ambos factores podrían tener un papel importante en el desarrollo de la preeclampsia. Tanto la alta tasa de cesáreas y el peso inadecuado al nacimiento en el grupo caso podría estar relacionado con la necesidad de la finalización temprana del embarazo debido a complicaciones de la misma preeclampsia (29) (43). Estos hallazgos se relacionan con lo reportado por Aliaga y Zorrilla (17) en Huancayo, quienes encontraron que la vía de parto por cesárea fue significativamente más frecuente en pacientes con preeclampsia ($p = 0.007$). Por otro lado, la vía de parto por cesárea, puede influir en el riesgo de complicaciones en embarazos futuros, ya que una cesárea previa puede aumentar la probabilidad de preeclampsia debido a la cicatrización uterina y otros factores asociados (37).

Así mismo se observó falta de significancia en variables que demostraron asociación en otros estudios y que hoy por hoy son considerados factores de riesgo como son, tiempo de convivencia que si bien se mostró con cierta tendencia ($p = 0.005$) no cumplió con un rol relevante en el presente estudio, así también como obesidad pregestacional ($p = 0.465$), gravidez ($p = 0.664$) y antecedentes de otros trastornos hipertensivos ($p = 0.367$), desde la perspectiva teórica, se alinean con lo propuesto por Jung et al. (30), quienes señalan que la etiología de la preeclampsia es multifactorial y compleja, donde las características clínicas y demográficas individuales podrían tener un papel menos preponderante que los mecanismos inmunológicos y placentarios subyacentes. Esto podría explicar por qué, las características analizadas no mostraron asociaciones clínicamente significativas con el desarrollo de la preeclampsia.

En segundo lugar, en relación a la prevalencia de preeclampsia en las gestantes atendidas, los resultados mostraron que el 12% de las gestantes (388 pacientes de la muestra) presentaron diagnóstico de preeclampsia, mientras que el otro 88% restante (2840 pacientes de la muestra) no desarrollaron esta condición. Esta distribución refleja el perfil específico de la población atendida en la institución, donde la proporción considerable de las gestantes requirieron manejo especializado por preeclampsia, evidenciando la significativa carga de esta patología en la práctica obstétrica institucional, pues esta excede en 2% a la prevalencia nacional (10%) y su relevancia como problema de salud pública en el contexto de la atención materna especializada (8) (12). Asimismo, la prevalencia de preeclampsia encontrada en el presente estudio (12%) concuerda con lo reportado por Chiroque y Zavale (2024) en Lima, quienes encontraron una prevalencia exponencialmente mayor al de la prevalencia nacional, 32.6%. Por el contrario, difiere con los hallazgos de Hercus et al. (2020) en Australia, donde la preeclampsia afectó solo al 10% de la población estudiada. Estas diferencias sustanciales podrían explicarse por las características propias del Instituto Nacional Materno Perinatal como centro de referencia de alta complejidad, que concentra mayores casos seleccionados y referidos específicamente por sospecha o diagnóstico de preeclampsia, a diferencia de los otros estudios realizados en centros de menor complejidad o con población general, donde naturalmente la prevalencia tiende a ser menor (53).

Sumando, el resultado puede comprenderse desde la perspectiva conceptual que define a esta condición como una complicación del embarazo que surge después de la semana 20, caracterizada por una formación inadecuada de la placenta que afecta la circulación sanguínea entre la madre y el feto, desencadenando una respuesta inflamatoria en el organismo materno (39). Esta proporción significativa de casos resalta la relevancia de lo planteado en el marco teórico sobre cómo la inflamación y el aumento en la presión arterial pueden conducir a complicaciones graves, siendo fundamental la vigilancia rigurosa y las decisiones precisas

sobre el momento del parto, especialmente considerando que la única resolución definitiva es el nacimiento del bebé (17) (39) (29).

En tercer lugar, al analizar la prevalencia de gestantes expuestas a primipaternidad en el Instituto Nacional Materno Perinatal, los resultados evidenciaron diferencias notables entre los grupos de estudio. En el grupo que desarrolló preeclampsia se encontró una proporción significativamente mayor de exposición a primipaternidad (42.4%) en comparación con el grupo control (16.7%), siendo más del doble la frecuencia en el grupo caso. Esta diferencia marcada en la distribución refleja la importancia de la primipaternidad como factor asociado a la preeclampsia e indica que la primera exposición a antígenos paternos podría representar un desafío significativo para la adaptación inmunológica materna durante la gestación. (20) (39)

Por otro lado, se observan similitud respecto a la investigación de Robillard et al. (24) en Francia, donde la prevalencia de primipaternidad alcanzó el 45% de los casos estudiados. Sin embargo, lo hallado se diferencia de lo reportado por Munares (18) en Piura, quien encontró una prevalencia de 25% de exposición a primipaternidad en su población de estudio. Esta variación podría explicarse por las diferencias socioculturales entre poblaciones y los distintos patrones de formación familiar entre países europeos y latinoamericanos, así como por las características específicas de los centros de salud donde se realizaron los estudios. (30)

Mientras, este resultado puede analizarse desde la perspectiva de las bases teóricas que señala que la primipaternidad no solo representa una primera experiencia paterna, sino que implica adaptaciones físicas como el desarrollo y la implantación placentaria, además de cambios psicológicos al ser el primer contacto con la experiencia de la paternidad. Este proceso requiere una atención médica cuidadosa para garantizar la salud tanto de la madre como del feto (27). La proporción encontrada revela la importancia de comprender este fenómeno como un período crítico que demanda un seguimiento cercano y apoyo integral para asegurar un desarrollo saludable del embarazo y una transición adecuada hacia la paternidad.

Por otro lado, al analizar la asociación entre el riesgo de preeclampsia y la primipaternidad en gestantes atendidas, se encontró que, de las pacientes sin preeclampsia, el 41.7% no estuvo expuesta a primipaternidad y solo el 8.3% sí lo estuvo. En contraste, entre las pacientes con preeclampsia, el 28.8% no estuvo expuesta a primipaternidad mientras que el 21.2% sí presentó esta condición. Esta asociación fue estadísticamente significativa ($p=0.001$), con un OR de 3.684 (IC 95%: 1.638 - 8.288), indicando que las gestantes expuestas a primipaternidad tienen 3.684 veces más probabilidad de desarrollar preeclampsia en comparación con las no expuestas, además se valida la primipaternidad como factor de riesgo para preeclampsia.

Ahora, los hallazgos de la presente investigación coinciden con lo reportado por Robillard et al. (24), quienes encontraron que las gestantes expuestas a primipaternidad tenían un riesgo significativamente superior de desarrollar preeclampsia (OR: 1.74; $p<0.001$), aunque el OR encontrado en el presente estudio fue considerablemente mayor. De manera similar, concuerda con los resultados de Aliaga y Zorrilla (17) en Huancayo, donde la primipaternidad se confirmó como factor de riesgo independiente para preeclampsia ($p=0.033$), encontrando que el 55.6% de las pacientes con preeclampsia eran primíparas. Asimismo, los resultados son consistentes con lo reportado por Munares (6) en Piura, quien confirmó la primipaternidad como factor de riesgo independiente después de un análisis multivariado ($p<0.001$), encontrando que el 54% de los embarazos con cambio de paternidad resultaron en preeclampsia ($p=0.009$). Esta consistencia en los hallazgos a través de diferentes contextos y poblaciones refuerza la evidencia sobre el papel de la primipaternidad como factor de riesgo significativo para el desarrollo de preeclampsia, indicando que los mecanismos inmunológicos asociados a la primera exposición paterna podrían ser un determinante importante en la patogénesis de esta condición.

Finalmente, la asociación significativa encontrada entre primipaternidad y preeclampsia puede analizarse desde dos perspectivas teóricas complementarias. Desde la teoría del cuidado humanizado de Watson (25), la relevancia de esta asociación trasciende lo puramente biológico, enfatizando la necesidad de un enfoque integral que considere no solo los aspectos fisiológicos de la preeclampsia, sino también el contexto familiar y emocional de la gestante, incluyendo la experiencia del padre primerizo. Complementariamente, la teoría general de sistemas de Bertalanffy (19) permite comprender esta asociación como parte de una interacción compleja entre diversos componentes, donde la primipaternidad actúa como un factor que altera la homeostasis del sistema materno-fetal, desencadenando una cascada de eventos que pueden culminar en preeclampsia. Este marco teórico dual resalta la importancia de considerar tanto los aspectos biológicos como psicosociales en la comprensión y manejo de la relación entre primipaternidad y preeclampsia.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primero, en el presente estudio realizado en el “Instituto Nacional Materno Perinatal” entre diciembre de 2023 y febrero del 2024, se evidenció una prevalencia de preeclampsia en 12% de la población constituida por 3228 gestantes. Esta cifra se sitúa por encima de los reportes de la prevalencia nacional (11), sugiriendo de esta manera la necesidad de estrategias de atención específicas desde la atención prenatal (43). Así mismo, la variabilidad en la prevalencia de preeclampsia reportados en los diversos estudios es notable, con lo reportado a nivel mundial que oscila entre el 2% y el 8% (9) (20). La diferencia de estos datos puede atribuirse a factores internos como la metodología de los estudios y las características de la población estudiada (11).

Segundo, se evidenció una prevalencia significativamente mayor de primipaternidad (42.4%) en el grupo con preeclampsia en comparación con el grupo control (16.7%). Este resultado coincide con investigaciones previas que sugieren una probable asociación entre la preeclampsia y la primipaternidad (6) (16) (17) (26), Ya que la prevalencia entre ambos grupos resulto estadísticamente significativa, refuerza la necesidad de investigar más a fondo esta relación.

Finalmente determinamos mediante el análisis estadístico una asociación significativa ($p=0.001$) entre primipaternidad y preeclampsia, con un OR de 3.684 (IC 95%: 1.638 – 8.288) este resultado también refuerza la hipótesis de que la primipaternidad es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de preeclampsia (15) (23). Sin embargo, es importante considerar la influencia de otros factores de riesgo como la edad materna, antecedentes familiares y el periodo intergenésico que resultaron significativos en este estudio y que se respaldan en hallazgos internacionales. Por otro lado, la frecuencia de cesáreas y bebés con

bajo peso al nacer en este grupo de riesgo, resalta la gravedad de la condición y la necesidad de una atención prenatal exhaustiva.

5.2. Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales de salud de los servicios de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal implementar protocolos específicos para la identificación y seguimiento de gestantes, esto podría lograrse con la inclusión de la primipaternidad como factor de riesgo en las Historias clínicas, además se podría considerar la inclusión de otros datos más específicos como son, la edad paterna y el tiempo de convivencia.

Así mismo ya que la preeclampsia es uno de los principales problemas de salud pública en las gestantes (43) se recomienda mejorar la atención prenatal en el nivel primario de atención, implementando protocolos de atención diferenciados, incluyendo la evaluación exhaustiva de los factores de riesgo de todas las gestantes y estableciendo la identificación temprana de padres primerizos. Ya que con esta medida se pretende prevenir las complicaciones futuras, ya sea mediante tratamiento o consejería de planificación familiar.

Por otro lado recomendamos incentivar el cumplimiento de los Controles Prenatales en el que se debe brindar educación y consejería no solo para las gestantes sino también para las parejas haciendo hincapié en los factores de riesgo y las señales de alerta de la preeclampsia, ya que el mismo es una de las principales estrategias para reducir las cifras de morbilidad materna y perinatal.(18).

Finalmente se recomienda al personal de salud y a los investigadores interesados en las patologías Obstétricas sobre todo la Preeclampsia, la realización de estudios prospectivos y multicéntricos para investigar la asociación entre la primipaternidad y la preeclampsia considerando la influencia de los otros mecanismos biológicos subyacentes, esta iniciativa permitirá sumar a la evidencia de la asociación y contribución de la primipaternidad en los trastornos hipertensivos del embarazo.

REFERENCIAS

1. Muñoz L, Estupiñan A, Torres Y, Cacay C. Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. *Recimundo*. [Internet]. 2020. [Consultado 4 de julio 2024]; 4(1): p. 343-352. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/910>.
2. Organización Mundial de la Salud - OMS. Mortalidad materna. [Online].; 2023. [cited [Consultado 11 de agosto 2024]]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality>.
3. Dávila M, Mendoza J, Paucar M. Características de pacientes con preeclampsia en tiempos de covid-19 atendidas en el hospital departamental de Huancavelica – Peru,2021. *Cienc. Lat. Rev. Cient. Multidiscip.* [Internet]. 2022. [Consultado 10 de julio 2024]; 6(2): p. 2517-2538. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/2039>.
4. Bokuda K, Ichihara A. Preeclampsia up to date—What’s going on? *Hypertens. Res.* [Internet]. 2023. [Consultado 7 de julio 2024]; 46(1): p. 1900–1907. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41440-023-01323-w#citeas>.
5. Elera Yáñez MM. repositorio.urp.edu.pe. [Online].; 2017 [cited 2024 noviembre 21]. Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e892997c-4b7f-43a7-9a0d-dd093ca24496/content>.
6. Munares W. Primipaternidad como factor de riesgo para preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital de apoyo II de Sullana. Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Obrego; 2021.
7. Rana S, Lemoine E, Granger J, Karumanchi S. Preeclampsia: Pathophysiology, challenges and perspectives. *Circ. Res.* [Internet]. 2019 [Consultado 8 de julio 2024]; 29(124): p. 1094-1112. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313276>.
8. Karrar S, Hong P. Preeclampsia. *Treasure Islands: Statperls. N.C.B.I.* [Internet]. 2023. [Consultado 19 de julio 2024]; p. 234-256. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570611/>.
9. Sengodan S, Sreeprathi N. Prevalence of hypertensive disorders of pregnancy and its maternal outcome in a tertiary care hospital, Salem, Tamil Nadu, India. *Int. J. Reprod.* [Internet]. 2020. [Consultado 2 de agosto 2024]; 9(1): p. 3-9. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA614266089&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=23201770&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E8ee0d42&aty=open-web-entry>.
10. Firmanto N, Maulydia A, Mulawardhana P, Fitriati M. Severe preeclamptic patients in the resuscitation room of dr. Soetomo general academic hospital surabaya: a retrospective study. *Indones. J. Anesthesiol. Reanim.* [Internet]. 2021. [Consultado 15 de julio 2024]; 4(2): p. 62–71. Disponible en: <https://e-journal.unair.ac.id/IJAR/article/view/32461>.

11. Rojas L, Villagómez MRA, Rojas E. Preeclampsia-eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Rev. Eugenio Espejo*. [Internet]. 2019. [Consultado 1 de agosto 2024]; 13(2): p. 78-91. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572861392011/html/>.
12. Moquillaza V, Munares O, Romero A. Características de los registros diagnósticos. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez.* [Internet]. 2020. [Consultado 21 de julio 2024]; 80(1): p. 32-36. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20173.
13. Nieves M, Badillo K, Sandoval K, Villanueva V, Enriquez L. Clotting factor genes are associated with preeclampsia in high-altitude pregnant women in the Peruvian Andes. *ASHG*. [Internet]. 2022. [Consultado 22 de julio 2024]; 109(6): p. 1-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002929722001628>.
14. Galaviz C SMTEGJLB. PubMed Central. [Online].; 2018 [cited 2024 Agosto 14. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6330890/>.
15. Jaatinen N, Jaatinen T, Ekholm E, Laivuori H. Searching for a paternal phenotype for preeclampsia. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* [Internet]. 2022. [Consultado 4 de julio 2024]; 101(8): p. 826-870. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.14388>.
16. Hercus A, Dekker G, Leemaq S. Primipaternity and birth interval; independent risk factors for preeclampsia. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* [Internet]. 2020. [Consultado 16 de julio 2024]; 33(2): p. 303-306. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29914280/>.
17. Aliaga M, Zorrilla I. Primipaternidad como factor asociado a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, 2023. Tesis Pregrado, Universidad Continental; 2023.
18. Escobar A, Olivo M, Rodríguez J. Adaptación del modelo de kristen Swanson en el cuidado de las embarazadas durante el primer trimestre para prevenir complicaciones maternas fetal. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Humanid.* [Internet]. 2023. [Consultado 14 de julio 2024]; IV(2): p. 3176-3188. Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.827>.
19. Zhang B, Ahmed S. Systems Thinking—Ludwig Von Bertalanffy, Peter Senge, and Donella Meadows. *Sci. Educ. Theory Pract.* [Internet]. 2020. [Consultado 9 de agosto 2024]; 1(1): p. 419-436. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-43620-9_28#citeas.
20. Asres A, Tilahun A, Addissie A. Factors associated with preeclampsia among pregnant women in Gojjam zones, Amhara region, Ethiopia: a case-control study. *Blood Press.* [Internet]. 2023. [Consultado 10 de julio 2024]; 32(1): p. 2-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37706501/>.
21. Robillard P, Dekker G, Scioscia M. The necessity to specify paternities in all obstetrical files in multigravidae. *J Reprod Immunol.* 2022; 15(1).

22. Chiroque M, Zavala A. Asociación entre nuliparidad y el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2021-202. Tesis de pregrado, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2024.
23. Robillard P, Dekker G, Scioscia M. The necessity to specify paternities in all obstetrical files in multigravidae. *J. Reprod. Immunol.* [Internet]. 2022. [Consultado 29 de julio 2024]; 154(1): p. 103-107. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165037822002765>.
24. Robillard P, Dekker G, Scioscia M, Saito S. Progress in the understanding of the pathophysiology of immunologic maladaptation related to early-onset preeclampsia and metabolic syndrome related to late-onset preeclampsia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* [Internet]. 2022. [Consultado 4 de julio 2022]; 226(6): p. 867-875. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937821012138>.
25. Alharbi M, Baker O. Jean Watson's Middle Range Theory of Human Caring: A Critique. *Int. J. Adv. Multidiscip. Sci. Res.* [Internet]. 2020. [Consultado 4 de julio 2024]; 3(1): p. 1-14. Disponible en: https://ijamsr.com/issues/6_Volume%203_Issue%201/20200202_114310_3011.pdf.
26. Robillard P, Dekker G, Chaouat G, Scioscia M, Boukerrou M. Primipaternities and human birthweights. *J. Reprod. Immunol.* [Internet]. 2021. [Consultado 27 de julio 2024]; 147(1): p. 103-106. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165037821000954>.
27. Dekker G, Robillard P. Preeclampsia—an immune disease? An epidemiologic narrative. *Explor. Immunol.* [Internet]. 2021. [Consultado 4 de julio 2024]; 1(1): p. 325–340. Disponible en <https://www.explorationpub.com/Journals/ei/Article/100322>.
28. Muñoz L, Alvarado H, Alvarado R, Alvarado B. Preeclampsia: complicación durante el embarazo que se puede prevenir. *Pro. Sciences.* [Internet]. 2022. [Consultado 4 de julio 2024]; 4(30): p. 72-76. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/287162105.pdf>.
29. Hernández L. Importancia de la prevención y detección oportuna de la preeclampsia/eclampsia. *Rev. Eugenio Espejo.* [Internet]. 2023. [Consultado 16 de julio 2024]; 17(1): p. 1-4. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?pid=S2661-67422023000100001&script=sci_arttext.
30. Jung E, Romero R, Yeo L, Lopez N, Chaemsaitong P. The etiology of preeclampsia. *Am. J. Obstet. Gynecol.* [Internet]. 2022. [Consultado 18 de julio 2024]; 226(2): p. 844-866. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937821025850>.
31. Melchiorre K, Giorgione V, Thilaganathan B. The placenta and preeclampsia: villain or victim? *Am. J. Obstet. Gynecol.* [Internet]. 2020. [Consultado 20 de julio 2024]; 226(2): p. 954-962. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820311984>.

32. Velumania V, Durán C, Hernández G. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Rev Fac Med UNAM*. [Internet]. 2021. [Consultado 6 de agosto 2024]; 64(5): p. 7-18. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102348>.
33. Pereira J, Pereira Y, Quirós L. Actualización en preeclampsia. *Rev.méd.sinerg*. [Internet]. 2020. [Consultado 24 de julio 2024]; 5(1): p. 340-350. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340>.
34. Piha A, Debora S, Singh S. Commingling Conceptual Framework to Ludwig Von Bertalanffy's. *Environ. Pharmacol. Life Sci*. [Internet]. 2022. [Consultado 25 de julio 2024]; 4(1): p. 539-541. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jasmindebora-Settepalli/publication/371070682_Commingling_Conceptual_Framework_to_Ludwig_Von_Bertalanffy's_General_System_Theory_in_Evidence_Based_Research/links/6470e52a6a3c4c6efbe1f981/Comming.
35. Sheen J, Huang Y, Andrikopoulou M, Wright J, Goffman D, D'Alton M. Maternal Age and Preeclampsia Outcomes during Delivery Hospitalizations. *Am J Perinatol*. [Internet]. 2020. [Consultado 4 de agosto 2024]; 37(02): p. 044-052. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0039-1694794>.
36. Wainstock T, Sergienko R, Sheiner E. Who Is at Risk for Preeclampsia? Risk Factors for Developing Initial Preeclampsia in a Subsequent Pregnancy. *J. Clin. Med*. [Internet]. 2020. [Consultado 7 de agosto 2024]; 9(4): p. 104-110. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/4/1103>.
37. Yang C, Baker P, Davidge S, Granger S, Tong J. Long-Term Impacts of Preeclampsia on the Cardiovascular System of Mother and Offspring. *Hypertens*. [Internet]. 2023. [Consultado 8 de agosto 2024]; 80(9): p. 10-20. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21061>.
38. Wu S, Zhang W. International of General Medicine. *Int. J. Gen. Med*. [Internet]. 2021. [Consultado 7 de agosto 2024]; 14(1): p. 9681-9687. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/IJGM.S335893>.
39. Coban U, Takmaz T, Unyeli O, Ozdemir O. Adverse Outcomes of Preeclampsia in Previous and Subsequent Pregnancies and the Risk of Recurrence. *Med. Bull. Sisli Etfal Hosp*. [Internet]. 2020. [Consultado 12 de julio 2024]; 55(3): p. 426–431. Disponible en: https://jag.journalagent.com/sislietfaltip/pdfs/SETB_55_3_426_431%5BA%5D.pdf.
40. Pogačnik R, Bregar A, Lučovnik M, Krajec M, verdenik I. The effect of interaction between parity, gestational diabetes, and pregravid obesity on the incidence of preeclampsia. *J. Matern. Fetal Neonatal Med*. [Internet]. 2020. [Consultado 25 de julio 2024]; 33(6): p. 931-934. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2018.1509311>.

41. Shah S. Hypertensive Disorders in Pregnancy. *Obstet. Gynecol. Nephrol.* [Internet]. 2020. [Consultado 3 de agosto 2024]; 1(1): p. 11-23. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-25324-0_2.
42. Wu C, Kuo C, Lin C, Huang Y, Chen S, Wu H. Association of family history with incidence and gestational hypertension outcomes of preeclampsia. *Int. J. Cardiol. Hypertens.* [Internet]. 2020. [Consultado 8 de agosto 2024]; 9(1): p. 100-110. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590086221000094>.
43. Dávila J, Palacios M, Macías Á, Macay R. Mortalidad materna y control prenatal. *Rev. Cient. Mundo Investig. Conoc.* [Internet]. 2023. [Consultado 13 de julio 2024] Mar; 7(3): p. 456-467. Disponible en: [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.456-467](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.456-467).
44. Vargas ,A, Florez L, Baquero J, Suad S, Neira D, Rodriguez M. Estimación de la función familiar percibida en gestantes que acuden al programa de control prenatal de un centro de salud nivel I durante el periodo posterior al aislamiento social por la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Cali, Colombia. *FVL.* [Internet]. 2023. [Consultado 5 de agosto 2024] Septiembre; 45(3): p. 4-8. Disponible en: <https://doi.org/10.56050/01205498.2272>.
45. Monterrosa A, González A, Romero , S.. Estrés psicológico percibido y factores asociados en gestantes de bajo riesgo en control prenatal. *Arch. Med. (Manizales).* [Internet]. 2022. [Consultado 20 de julio 2024] May; 22(1): p. 3-7. Disponible en: <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.4085.2022>.
46. Chan P, Robaire B. Advanced Paternal Age and Future Generations. *Front. Endocrinol.* [Internet]. 2022. [Consultado 11 de julio 2024] Junio; 13: p. 5-10. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.897101>.
47. Ruiz A, Gomez C. *Epidemiología Clínica. Investigación Clínica Aplicada* [Internet] 2 , editor.: Bogotá; 2015. [Consultado 27 de julio 2024]. Disponible en: https://www.academia.edu/43416866/Epidemiolog%C3%ADa_Cl%C3%ADnica_2_Edici%C3%93n_a_Investigaci%C3%B3n_Cl%C3%ADnica_Aplicada.
48. Hernández R, Mendoza C. *Metodología de la investigación.* [Internet]. 2018. [Consultado 17 de julio 2024]. Primera ed.: McGraw Hill. Disponible en: https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=kULnhl0AAAAJ&citation_for_view=kULnhl0AAAAJ:dhFuZR0502QC.
49. Arias J, Covinos M. *Diseño y metodología de la investigación.* [Internet]. 2021. [Consultado 20 de julio 2024]: (1 ed.). Enfoques Consulting EIRL. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf.
50. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* [Internet]; 2017 [Consultado el 10 de agosto 2024]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf.

51. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. [Internet]. ; 2017. [Consultado 10 de agosto 2024]. Disponible en: <pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>.
52. Mundial DdHdlAM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. AMM. [Internet]. 2008. [Consultado 22 de julio 2024];: p. 12-20. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
53. Guevara Ríos E. Morbilidad materna extrema en el Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú, experiencia y resultados. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2024 agosto; 70(2).
54. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis. [Internet]. 2018. [Consultado 23 de julio 2024]: Ediciones de la U. Disponible en:https://www.lopezgalvezasesores.com/descargas/metodologia_investigaci%C3%B3n.pdf.
55. Quezada N. Metodología de la investigación. [Internet]. 2021. [Consultado 26 de julio 2024]: (1 ed.). Marcombo. Disponible en:https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9788426733047_A41299735/preview-9788426733047_A41299735.pdf.

Anexo 1: Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la primipaternidad y la preeclampsia, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>Problema específico 1: ¿Cuál es la prevalencia de preeclampsia en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024?</p> <p>Problema específico 2: ¿Cuál es la prevalencia de primipaternidad en las gestantes que tienen preeclampsia en comparación con las gestantes que no tienen dicha condición, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la asociación entre la primipaternidad y la preeclampsia en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Objetivo específico 1: Verificar la prevalencia de preeclampsia, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024</p> <p>Objetivo específico 2: Verificar la prevalencia de primipaternidad en las gestantes que tienen preeclampsia en comparación con las gestantes que no tienen dicha condición, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe asociación significativa entre la primipaternidad y la preeclampsia, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Hipótesis específica 1: La prevalencia de preeclampsia, en las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024, es elevada.</p> <p>Hipótesis específica 2: La prevalencia de primipaternidad es mayor en las gestantes que tienen preeclampsia en comparación con las gestantes que no tienen dicha condición, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 – febrero 2024, es elevada.</p>	<p>Intervinientes/ control</p> <hr/> <p>Preeclampsia</p> <hr/> <p>Primipaternidad</p>	<p>Método: Método Analítico</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Aplicada</p> <p>Nivel: Correlacional</p> <p>Diseño: Analítico observacional de casos y controles</p> <p>Población: Gestantes atendidas durante diciembre 2023 y febrero 2024.</p> <p>Muestra: 132 pacientes, 66 casos y 66 controles.</p> <p>Técnica: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Historias clínicas</p> <p>Método estadístico: Análisis descriptivo e inferencial</p>

Anexo 2: Instrumento

Ficha de recolección de datos de historias clínicas

Datos Generales

Número de Historia Clínica: _____

Fecha de ingreso: _____

Variables principales

1. Primipaternidad

Presenta: _____

No presenta: _____

2. Preeclampsia

Presenta: _____

No presenta: _____

Variables de Control

A. Edad

Edad materna: ____ años

Edad paterna: ____ años

B. Gravidéz

Primigesta: _____

Segundigesta: _____

Multigesta: _____

C. Periodo intergenésico

Cantidad de meses: _____

Cantidad de años: _____

D. Vía de parto

Vaginal: _____

Cesárea: _____

E. Obesidad pregestacional

Presenta: _____

No presenta: _____

F. Preeclampsia previa

Presenta: _____

No presenta: _____

G. Antecedente de otros trastornos hipertensivos

Presenta: _____

No presenta: _____

H. Antecedente familiar de preeclampsia

Presenta

No presenta

I. Grado de instrucción

Educación básica: _____

Educación superior: _____

J. Procedencia

Lima metropolitana: _____

Otras regiones: _____

K. Estado civil

Unión formal: _____

Unión informal: _____

L. Edad paterna

Grupo etario joven: _____

Grupo etario adulto: _____

M. Sexo RN

Características primarias: _____

Características fenotípicas: _____

N. Peso del RN

Peso adecuado: _____

Peso alterado: _____

O. Tiempo de convivencia

Convivencia reciente: _____ años

Convivencia prolongada: _____ años

P. Valoración nutricional de acuerdo a IMC actual

Estado nutricional adecuado: _____

Estado nutricional inadecuado: _____

Q. Antecedentes familiares de preeclampsia

Antecedentes maternos: _____

Antecedentes paternos: _____

R. Tipo de preeclampsia

Con criterios de severidad: _____

Sin criterios de severidad: _____

S. Complicación agregada

Eclampsia: _____

Síndrome de HELLP: _____

Observaciones adicionales:

Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 14 de agosto de 2024

Investigador(a)
Nahomi Antonella Zuñiga Zuñiga
Exp. N°: 0514-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **“RIESGO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES EXPUESTAS A PRIMIPATERNIDAD ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, DICIEMBRE 2023-FEBRERO 2024” Versión 01 con fecha 11/01/2024.**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Nahomi Antonella Zuñiga Zuñiga.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avances** se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

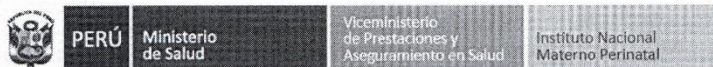
Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 4: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

HETG 24-16651-1

Lima, 02 de setiembre de 2024

CARTA N°0123-2024-DG-N°075-OEAIDE-INMP

Señora Alumna
NAHOMI ANTONELLA ZUÑIGA ZUÑIGA
 Investigadora Principal
 Universidad Privada Norbert Wiener
 Presente. -

**Asunto: Aprobación del Proyecto de Investigación
 Caso y Control**

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente, y a la vez manifestarle que el proyecto de investigación titulado: "RIESGO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES EXPUESTAS A PRIMIPATERNIDAD ATENDIDAS EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, DICIEMBRE 2023 - FEBRERO 2024", cuyo estudio es de tipo caso y control; ha sido aprobado por el Comité de Evaluación Metodológica y Estadística en la Investigación, así como también por el Comité de Ética en Investigación de nuestra institución, cuya vigencia es hasta el 27 de AGOSTO de 2025.

En consecuencia, por tener características de ser autofinanciado, se autoriza la ejecución del mencionado proyecto, quedando bajo responsabilidad de la investigadora principal.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

 Mg. FÉLIX DASIO AYALA PERALTA
 C.M.P. N° 19726 - R.N.E. N° 8170
 DIRECTOR DE INSTITUTO

FDAP/bfc.
 c.c.:

- DEOG
- DEN

- DEEMSC
- OEAIDE

- UFI
- Archivo

www.iemp.gob.pe

Jr. Santa Rosa N°941
 Cercado de Lima. Lima 1, Perú
 (511) 328 0998
direcciongeneral@iemp.gob.pe



Anexo 5: Carta de aprobación del comité metodológico de la institución para la recolección de los datos

Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada
Instituto Nacional Materno Perinatal



F-07

COMITÉ DE EVALUACIÓN METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

INFORME N°054-2024-CEMI/INMP

N ° DE EXPEDIENTE 24-16651-1 FECHA 23/08/2024

1. Título del Protocolo "Riesgo de preeclampsia en gestantes expuestas a primiparidad atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, diciembre 2023 - febrero 2024"

2. Autor (es) Nahomi Antonella Zuñiga Zuñiga

Resumen de Evaluación. Poner visto bueno en los espacios dando su conformidad

ITEM	Adecuado	Observación
Título de investigación	/	
Descripción del Problema.	/	
Formulación del Problema.	/	
Justificación.	/	
Antecedentes de la investigación.	/	
Bases teóricas.	/	
Definiciones conceptuales.	/	
Objetivos.	/	
Hipótesis.	/	
Tipo de Estudio.	/	
Diseño Muestral	/	
Definición y Operacionalización de variables.	/	
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	/	
Plan de Recolección de datos.	/	
Plan de procesamiento y Análisis de datos.	/	
Presupuesto.	/	
Cronograma de Actividades.	/	
Referencias bibliográficas	/	
Anexos	/	

APROBACION: SI () NO ()

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
 Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

PRESIDENTE
 Comité de Evaluación Metodológica y Estadística de La Investigación
 Juan Torres Osorio

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
 Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada

SECRETARIO
 Comité de Evaluación Metodológica y Estadística de La Investigación
 Oscar Limay Ríos

Anexo 6: Reporte de similitud de Turnitin

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

TESIS NAHOMI ZUÑIGA ZUÑIGA.docx

AUTOR

Nahomi Zuñiga

RECuento DE PALABRAS

16224 Words

RECuento DE CARACTERES

96374 Characters

RECuento DE PÁGINAS

71 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.8MB

FECHA DE ENTREGA

Mar 10, 2025 5:55 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 10, 2025 5:57 PM GMT-5

● 15% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material citado

Reporte de similitud

● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	uwiener on 2024-08-02 Submitted works	<1%
3	repositorio.uncp.edu.pe Internet	<1%
4	repositorio.continental.edu.pe Internet	<1%
5	hdl.handle.net Internet	<1%
6	uwiener on 2024-10-04 Submitted works	<1%
7	cybertesis.unmsm.edu.pe Internet	<1%
8	upc.aws.openrepository.com Internet	<1%

Descripción general de fuentes

Reporte de similitud

9	repositorio.unasam.edu.pe Internet	<1%
10	repositorio.usmp.edu.pe Internet	<1%
11	Universidad Catolica De Cuenca on 2025-02-20 Submitted works	<1%
12	Universidad Wiener on 2024-12-06 Submitted works	<1%
13	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
14	slideshare.net Internet	<1%
15	alicia.concytec.gob.pe Internet	<1%
16	grafiati.com Internet	<1%
17	pesquisa.bvsalud.org Internet	<1%
18	Universidad Wiener on 2022-09-07 Submitted works	<1%
19	Universidad Wiener on 2022-10-08 Submitted works	<1%
20	repositorio.ug.edu.ec Internet	<1%

Reporte de similitud

21	repositorio.unsch.edu.pe Internet	<1%
22	uwiener on 2025-02-21 Submitted works	<1%
23	deboni.he.com.br Internet	<1%
24	coursehero.com Internet	<1%
25	Universidad Catolica De Cuenca on 2024-11-13 Submitted works	<1%
26	archive.org Internet	<1%
27	ltu.sld.cu Internet	<1%
28	Universidad Wiener on 2024-09-28 Submitted works	<1%
29	uwiener on 2024-09-06 Submitted works	<1%
30	uwiener on 2025-03-03 Submitted works	<1%
31	revistagastroenterologiamexico.org Internet	<1%
32	Universidad de San Martín de Porres on 2021-06-16 Submitted works	<1%

Reporte de similitud

33	bdigital.unal.edu.co Internet	<1%
34	porticonetwork.ca Internet	<1%
35	Guo-Xun Zhang, Run-Ze Zhao, Wen-Ting Zhang, Wen-Jin Yu et al. "The ... Crossref	<1%
36	ichgcp.net Internet	<1%
37	BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on ... Submitted works	<1%
38	Universidad Anahuac México Sur on 2023-11-13 Submitted works	<1%
39	ciencialatina.org Internet	<1%
40	repositorio.uta.edu.ec Internet	<1%
41	uwiener on 2023-04-14 Submitted works	<1%
42	uwiener on 2025-03-08 Submitted works	<1%
43	Universidad Andina del Cusco on 2024-06-04 Submitted works	<1%
44	Universidad Wiener on 2021-07-30 Submitted works	<1%

Reporte de similitud

45	moam.info Internet	<1%
46	uwiener on 2023-02-04 Submitted works	<1%
47	uwiener on 2023-03-30 Submitted works	<1%
48	Basurto Torres, Adriana Evangelista Zevallos, Cecilia Carol. "Relacion e... Publication	<1%
49	Carlos Test Account on 2016-02-24 Submitted works	<1%
50	Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2017-06-21 Submitted works	<1%
51	Universidad Privada Antenor Orrego on 2022-07-02 Submitted works	<1%
52	austinpublishinggroup.com Internet	<1%
53	repositorio.unfv.edu.pe Internet	<1%
54	repositorio.upsjb.edu.pe Internet	<1%
55	uwiener on 2023-01-24 Submitted works	<1%
56	Carmen Amelia Durán Verdesoto. "Alteraciones anatomopatológicas d... Crossref posted content	<1%

Reporte de similitud

57	Castro, Sandra Daniza Morales. "La circunscripcion Electoral en el Per..." Publication	<1%
58	Universidad Catolica De Cuenca on 2025-01-19 Submitted works	<1%
59	Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2017-07-21 Submitted works	<1%
60	Universidad Privada San Juan Bautista on 2023-11-14 Submitted works	<1%
61	Universidad Privada San Juan Bautista on 2024-12-04 Submitted works	<1%
62	Universidad Ricardo Palma on 2017-02-15 Submitted works	<1%
63	University of Queensland on 2019-06-27 Submitted works	<1%
64	cybertesis.urp.edu.pe Internet	<1%
65	extwprlegs1.fao.org Internet	<1%
66	mulpix.com Internet	<1%
67	repositorio.udh.edu.pe Internet	<1%
68	repositorio.unsaac.edu.pe Internet	<1%

Reporte de similitud

69	repositorio.upao.edu.pe Internet	<1%
70	uwiener on 2023-02-21 Submitted works	<1%
71	uwiener on 2024-09-10 Submitted works	<1%
72	ags-psicologosmadrid.com Internet	<1%
73	cirugiaycirujanos.com Internet	<1%
74	scribd.com Internet	<1%
75	BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA BIBLIOTECA on ... Submitted works	<1%
76	Romero, Tania Margaret Pinares. "Efectos de la aplicación del Progra... Publication	<1%
77	Universidad Andina del Cusco on 2024-05-04 Submitted works	<1%
78	Universidad Catolica De Cuenca on 2019-09-16 Submitted works	<1%
79	Universidad Privada del Norte on 2024-11-18 Submitted works	<1%
80	apirepositorio.unh.edu.pe Internet	<1%

Reporte de similitud

81	catalonica.bnc.cat Internet	<1%
82	dokumen.pub Internet	<1%
83	gresis.osc.int Internet	<1%
84	mpt.gob.es Internet	<1%
85	pdfkul.com Internet	<1%
86	pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Internet	<1%
87	repositorio.uam.es Internet	<1%
88	repositorio.untumbes.edu.pe Internet	<1%
89	uwiener on 2023-05-02 Submitted works	<1%
90	uwiener on 2023-10-26 Submitted works	<1%
91	cochrane.org Internet	<1%

● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	uwiener on 2024-08-02 Submitted works	<1%
3	repositorio.uncp.edu.pe Internet	<1%
4	repositorio.continental.edu.pe Internet	<1%
5	hdl.handle.net Internet	<1%
6	uwiener on 2024-10-04 Submitted works	<1%
7	cybertesis.unmsm.edu.pe Internet	<1%
8	upc.aws.openrepository.com Internet	<1%