



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO

**PARTO PREMATURO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA
EN GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO
OBSTETRICO DEL CENTRO DE SALUD
DE AYAPATA MACUSANI 2024**

PRESENTADO POR:

JENNY NARCISA CHOQUE BUSTINZA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

JULIACA – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

**PARTO PREMATURO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA
EN GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO
OBSTÉTRICO DEL CENTRO DE SALUD
DE AYAPATA MACUSANI 2024**

PRESENTADO POR:

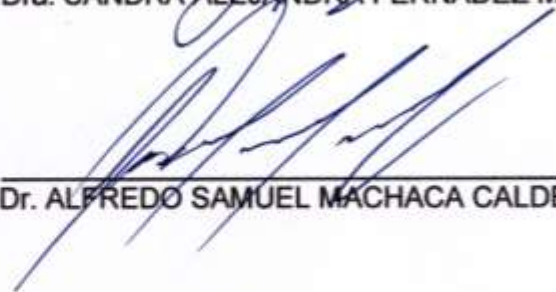
JENNY NARCISA CHOQUE BUSTINZA

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN

ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

APROBADO POR:

PRESIDENTE DEL JURADO : 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

MIEMBRO DEL JURADO : 
Dr. ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON

MIEMBRO DEL JURADO : 
Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04

**UNIVERSIDAD ANDINA**
"NÉSTOR CÁCERES VELÁZQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 025-2026-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 12 de junio del 2026

VISTOS:

El Expediente N° 013835, presentado por el (la) Egresado (a): **CHOQUE BUSTINZA JENNY NARCISA**, con DNI N° 41056318, código de matrícula N° 1710100902, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, de la Sede Central Juliaca

CONSIDERANDO:

Que, el (la) Egresado (a): **CHOQUE BUSTINZA JENNY NARCISA**, solicita rectificación de la **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 640-2024-SEP-EPG/UANCV**, de fecha 24 de diciembre del 2024, a efectos de incorporar al responsable de la asesoría de su Trabajo Académico, requisito necesario para la continuidad del trámite de obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, conforme al tercer párrafo, del Numeral 8.3, del Artículo 8° **Responsabilidades de las universidades, instituciones y escuelas de educación superior en general** de la **Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD** (Modificación del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI), dispone "El texto completo del trabajo conducente a un grado o título deberá contener entre sus páginas preliminares el resultado del informe de similitud del trabajo o, en su defecto, una declaración de originalidad consignando los nombres completos del responsable de la asesoría y del autor" (...);

Que, siendo requisito para el registro, publicación en el repositorio institucional, y debiendo contener en sus páginas preliminares el resultado del informe y similitud del trabajo o, en su defecto, una declaración de originalidad consignando los **nombres completos del responsable de la asesoría** y del autor;

Que, considerando que el Trabajo Académico fue sustentado con trámite de fecha anterior a la vigencia de las disposiciones que exigen a un responsable de la asesoría para efectos de registro en el Repositorio Institucional y en el Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI. Corresponde asignar e incorporar formalmente al **Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA** como **ASESOR** del referido Trabajo Académico, con la finalidad de adecuar la documentación académica a la normativa vigente y garantizar la continuidad del procedimiento para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, asimismo, resulta necesario proceder a la rectificación solicitada en aplicación del principio de eficacia administrativa, evitando afectar los intereses de la egresada y garantizando la validez de los actos administrativos emitidos;

Que, habiendo cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "s" del artículo 17° del reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 56° del Estatuto Universitario.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - RECTIFICAR la Resolución Directoral N° 640-2024-SEP-EPG/UANCV, de fecha 24 de diciembre del 2024, e **INCORPORAR** al Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA, como asesor del Trabajo Académico, presentado por el egresado **CHOQUE BUSTINZA JENNY NARCISA**, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**.

ARTÍCULO SEGUNDO. - RATIFICAR la conformación de los miembros del **JURADO** y asesor, integrado por los docentes:

Presidente	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Primer Miembro	:	Dr. ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON
Segundo Miembro	:	Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Asesor	:	Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA

ARTÍCULO TERCERO. - RATIFICAR la realización del acto de sustentación del Trabajo Académico efectuado:

Fecha	:	Lunes 30 de diciembre del 2024
Hora	:	08:30 a.m.
Lugar	:	Aula N° 209 – EPG – UANCV – JULIACA

ARTÍCULO CUARTO. - PRECISAR que la presente rectificación tiene carácter complementario y responde a la adecuación de las disposiciones vigentes del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, no afectando la validez de la sustentación, la evaluación realizada ni los resultados académicos obtenidos

ARTÍCULO QUINTO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, Secretaría Académica y Administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁZQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
[Firma]
Dr. Enrique Eleuterio Zuñiga Medina
DIRECTOR (a)

Cc. (Anexo: EPG) (01)
Información (01)Jr. Loreto N° 450 - ☎ (051) 329145 - Pag. Web: www.epg@uancv.edu.pe - Juliaca - Perú

**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO****RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°640-2024-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 24 de diciembre del 2024

VISTO:

El Expediente N°2024-013835 del Egresado (a): **CHOQUE BUSTINZA JENNY NARCISA** con DNI N°41056318 y Código N°1710100902 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** de la Sede JULIACA de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** de la Sede JULIACA de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO. - NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico del egresado (a): **CHOQUE BUSTINZA JENNY NARCISA** del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** en la Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Primer Miembro	:	Dr. ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON
Segundo Miembro	:	Dra. GLADYS MARUJA TORRES CONDORI

SEGUNDO. - DETERMINAR que LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Fecha	:	Lunes 30 de diciembre del 2024
Hora	:	08:30 am.
Lugar	:	Aula N° 209 - EPG - UANCV - JULIACA

TERCERO. - AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Dr. Leopoldo Vilanchoza Cerdas Corti
DIRECTOR (a)Cof. Res. EPG-2024 (03)
CARBO (01)
LWCC/mhe



TESIS UANCV



VICERRECTORADO DE
INVESTIGACIÓN
"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"

PARTO PREMATURO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO OBSTETRICO DEL CENTRO DE SALUD DE AYAPATA MACUSANI 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

9%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Andina Nestor
Caceres Velasquez

Trabajo del estudiante

7%

2

dspace.ucuenca.edu.ec

Fuente de Internet

1%

3

www.coursehero.com

Fuente de Internet

<1%

4

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

5

repositorio.uancv.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

6

repositorio.uroosevelt.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

7

www.slideshare.net

Fuente de Internet

<1%

8

Jónathan Hernández Núñez, Magel Valdés
Yong, Yoanca de la Caridad Suñol Vázquez,
Marelene de la Caridad López Quintana.
"Maternal and perinatal risk factors for
neonatal morbidity: a narrative literature
review", Medwave, 2015

Publicación

<1%

9

hdl.handle.net

Fuente de Internet

<1%

10

repositorio.ujcm.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

11

Submitted to Universidad Privada San Juan
Bautista

Trabajo del estudiante

<1%



METADATOS COMPLEMENTARIOS – UANCV

TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO	
PARTO PREMATURO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO OBSTÉTRICO DEL CENTRO DE SALUD DE AYAPATA MACUSANI 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JENNY NARCISA CHOQUE BUSTINZA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	41056318
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-1289-5239
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
Tipo de documento de identidad	DNI
Numero de documento de identidad	02419543
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4793-9053
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Miembro Del Jurado 1	
Nombres y apellidos	ALFREDO SAMUEL MACHACA CALDERON
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	29433035
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5849-7764

Escaneado con CamScanner



Miembro Del Jurado 2	
Nombres y apellidos	GLADYS MARUJA TORRES CONDORI
Tipo de documento	DNI
Numero de documento de identidad	02360070
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5861-0392
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin Financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: Carabaya Distrito: Macusani Centro de salud: Ayapata Coordenadas Latitud: 13°46'39.6"S Longitud: 70°19'28.4"W URL maps: https://tinyurl.com/26uo4z6n 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2024 – Diciembre 2024
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la Salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05



Chusya Zaga
VICERRECTOR
DE INVESTIGACIÓN -EPG-



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo JENNY NARCISA CHOQUE BUSTINZA identificado con DNI
Nro. 41056318 en mi condición de egresado de:

- ☐ Escuela Profesional
☒ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

informo que he elaborado el/la ☐ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☒ Trabajo Académico
denominada:

PARTO PREMATURO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE
ACUDEN AL SERVICIO OBSTÉTRICO DEL CENTRO DE SALUD DE AYAPATA
MACUSANI 2024

Asesorado por: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

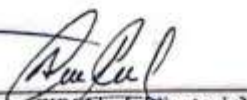
Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 12 de Junio del 2026


Firma de Jenny Narcisa Choque Bustinza
(obligatoria)


FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Con cariño y mucho aprecio a mis familiares
más cercanos y los colegas de mi institución
laboral.



AGRADECIMIENTO

A la escuela de POSGRADO, a los
catedráticos de la segunda especialidad de
la Universidad Andina Néstor Cáceres
Velásquez – Juliaca.



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO.....	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. PROBLEMA GENERAL	3
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	3

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivos específicos.....	6

CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. BASES TEORICAS	7
3.2. MARCO REFERENCIAL	29



3.3. MARCO CONCEPTUAL	32
-----------------------------	----

CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

1.1. METODOLOGÍA	35
1.1.1. Métodos aplicados a la investigación	35
1.1.2. Diseño de la investigación.....	35
1.1.3. Población	35
1.1.4. Muestra.....	36
4.1.4. Técnicas, instrumentos y fuentes de recolección de datos	36
4.1.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	36
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES.....	55
REFERENCIAS	56
ANEXO.....	59



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. El tiempo de gestación asociado a la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata 2024	38
Tabla 2. Las contracciones uterinas asociado a la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata 2024	41
Tabla 3. Las infecciones del tracto urinario asociado a la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata 2024	44
Tabla 4. Describir la asociación que existen entre la rotura prematura de membranas y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata 2024.....	47
Tabla 5. Describir la asociación que existen entre el sangrado vaginal y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata.	50



INTRODUCCIÓN

El parto prematuro y la preeclampsia representan dos de las principales complicaciones obstétricas que afectan la salud materna y neonatal a nivel global, nacional y local. La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica al parto prematuro como una de las principales causas de mortalidad neonatal, mientras que la preeclampsia contribuye significativamente a la morbilidad materna y complicaciones graves durante el embarazo. Estas condiciones no solo afectan la calidad de vida de las mujeres y sus recién nacidos, sino que también imponen una carga significativa sobre los sistemas de salud, especialmente en contextos rurales y de acceso limitado a servicios especializados (1).

En el Perú, las cifras de mortalidad materna y neonatal relacionadas con estas complicaciones son alarmantes, especialmente en comunidades rurales como Ayapata, donde factores como la limitada infraestructura sanitaria, barreras geográficas y acceso desigual a la atención obstétrica agravan el problema. En el Centro de Salud de Ayapata, se observa una alta incidencia de partos prematuros asociados a la preeclampsia, lo que destaca la necesidad de investigaciones que exploren esta relación en profundidad (2).

Este trabajo académico, titulado "Parto Prematuro Asociado a la Preeclampsia en Gestantes que Acuden al Servicio Obstétrico del Centro de Salud de Ayapata, Macusani 2024", tiene como objetivo general determinar cómo se asocia el parto prematuro con la preeclampsia en esta población. A través de objetivos específicos, se analizan factores como el tiempo de gestación, las contracciones uterinas, las infecciones del tracto urinario, la rotura prematura de membranas



y el sangrado vaginal, todos ellos identificados como determinantes clave en el desarrollo de estas complicaciones (3).

La relevancia de este estudio radica en su potencial para generar conocimiento que contribuya a mejorar la calidad de la atención obstétrica en Ayapata, identificando los factores asociados y proponiendo estrategias de intervención adaptadas a las necesidades de las gestantes en esta región. Asimismo, los resultados obtenidos pueden servir de base para fortalecer las políticas de salud pública y los programas de atención prenatal en zonas rurales, reduciendo así las desigualdades en salud y mejorando los desenlaces materno-neonatales. De esta manera, este trabajo académico se presenta como una contribución significativa no solo al ámbito académico, sino también a la práctica clínica y la gestión sanitaria, promoviendo la atención integral y oportuna de las gestantes en Ayapata (4).

El trabajo se encamina en desarrollar cuatro capítulos los mismos como: el Capítulo I, se encuentra los aspectos como la descripción del problema, el título y la justificación de trabajo. El Capítulo II, se desarrolló los objetivos. El Capítulo III, se desarrolló el marco teórico en sus diversos aspectos como las bases teóricas, el marco referencial y conceptual. El Capítulo IV, se desarrolló, la metodología y los resultados.



RESUMEN

El trabajo tiene como **objetivo**, determinar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes. **Metodología**, El método de investigación se caracterizará mediante el método deductivo, enfoque cuantitativo, se implementó un diseño no experimental. La muestra de estudio estará conformada por 63 gestantes; se utilizó la técnica del análisis documental y el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. **Resultados**. El tiempo de gestación menor a 32 semanas se asoció principalmente con preeclampsia severa, representando 50% (9 de 18 casos) de las gestantes con menos de 28 semanas y 31.3% (5 de 16 casos) entre 28-31 semanas. Las contracciones uterinas estuvieron presentes en el 57.1% (36 casos) de las gestantes, de las cuales 47.2% (17 casos) tenían preeclampsia severa y 44.4% (16 casos) preeclampsia leve. Las infecciones del tracto urinario (ITU) estuvieron presentes en el 39.7% (25 casos), asociándose predominantemente a preeclampsia leve en 52% (13 casos) y a preeclampsia severa en 36% (9 casos). La rotura prematura de membranas afectó al 31.7% (20 casos), con predominio de preeclampsia severa en 55% (11 casos) y leve en 40% (8 casos). **Conclusión**, el estudio permitió determinar que el parto prematuro está significativamente asociado a la preeclampsia en las gestantes. Las condiciones maternas analizadas, como el tiempo de gestación, contracciones uterinas, infecciones del tracto urinario, rotura prematura de membranas y sangrado vaginal, mostraron una asociación directa en la incidencia y severidad de la preeclampsia, afectando el desenlace obstétrico.

Palabras claves: eclampsia, preeclampsia, prevalencia, hipertensión gestacional.



ABSTRACT

The aim of this work is to determine the risk factors associated with preeclampsia in pregnant women. **Methodology.** The research method will be characterized by the deductive method, quantitative approach, a non-experimental design was implemented. The study sample will consist of 63 pregnant women; the documentary analysis technique was used and the instrument used was the data collection form. **Results.** The gestation time less than 32 weeks was mainly associated with severe preeclampsia, representing 50% (9 of 18 cases) of pregnant women with less than 28 weeks and 31.3% (5 of 16 cases) between 28-31 weeks. Uterine contractions were present in 57.1% (36 cases) of pregnant women, of which 47.2% (17 cases) had severe preeclampsia and 44.4% (16 cases) mild preeclampsia. Urinary tract infections (UTI) were present in 39.7% (25 cases), predominantly associated with mild preeclampsia in 52% (13 cases) and severe preeclampsia in 36% (9 cases). Premature rupture of membranes affected 31.7% (20 cases), with a predominance of severe preeclampsia in 55% (11 cases) and mild preeclampsia in 40% (8 cases). Vaginal bleeding was present in 33.3% (21 cases), associated with mild preeclampsia in 47.6% (10 cases).

Conclusion: the study allowed to determine that premature birth is significantly associated with preeclampsia in pregnant women treated in the obstetric service of the Ayapata Health Center. The maternal conditions analyzed, such as gestational age, uterine contractions, urinary tract infections, premature rupture of membranes and vaginal bleeding, showed a direct association with the incidence and severity of preeclampsia, affecting obstetric outcome.

Keywords: eclampsia, preeclampsia, prevalence, gestational hypertension.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO:

PARTO PREMATURO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE OBSTETRICIA EN EL CENTRO DE SALUD DE AYAPATA MACUSANI 2024

NOMBRE DEL AUTOR: Jenny Narcisa CHOQUE BUSTINZA

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El parto prematuro sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad neonatal a nivel mundial, afectando aproximadamente al 10 % de todos los nacimientos anuales, según la Organización Mundial de la Salud. La hipertensión gestacional, y en especial la preeclampsia, se presenta en entre el 2 y el 8 % de las embarazadas y se reconoce como un detonante importante de esa prematuridad. El acceso limitado a controles prenatales, la falla en la detección precoz y el tratamiento inadecuado de las complicaciones maternas han elevado todavía más la incidencia combinada, sobre todo en los países en desarrollo. A esos determinantes clínicos se añaden desigualdades económicas y sociales que restringen la cobertura de intervenciones capaces de evitar desenlaces severos en gestaciones de alto riesgo (5).



En el Perú, el parto prematuro y la preeclampsia siguen representando retos relevantes para la salud pública, sobre todo en las zonas rurales. Datos del Ministerio de Salud revelan que el parto prematuro es responsable de alrededor del 35% de las muertes neonatales en el país, mientras que las formas graves de hipertensión gestacional, como la preeclampsia y la eclampsia, explican el 20% de las muertes maternas. A pesar de las iniciativas que ha puesto en marcha el sistema de salud nacional, las grandes distancias, la escasez de suministros y la falta de personal entrenado en los centros rurales siguen obstaculizando la detección temprana y el manejo oportuno de esos cuadros críticos. En las comunidades andinas, donde la oferta sanitaria suele ser más precaria, el riesgo de que estos problemas terminen en desenlaces fatales aumenta, evidenciando las desigualdades estructurales que perviven en el acceso a una atención de calidad (6).

En el distrito de Ayapata, provincia de Carabaya, departamento de Puno, el panorama se torna aún más preocupante. Las gestantes de esta zona deben afrontar una red de obstáculos que incluye caminos en mal estado, un hospital pequeño, escasez de médicos especializados y escaso equipamiento. El Centro de Salud, designado como el primer punto de contacto obstétrico, ha comenzado a reportar una frecuencia elevada de partos prematuros y de crisis hipertensivas en la gestación. Sin embargo, la evidencia de los propios registros sugiere que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno siguen siendo insuficientes, sobre todo porque muchas mujeres tardan horas, incluso días, en llegar a un servicio de referencia (7). El aumento del riesgo de muerte materna y neonatal se traduce no solo en tragedias personales, sino también en serias complicaciones económicas para las familias involucradas.



La asociación entre parto prematuro y preeclampsia en usuarias del Centro de Salud de Ayapata exige atención inmediata. Factores clínicos como la edad gestacional, contracciones, infecciones del tracto urinario, rotura temprana de membranas y sangrado vaginal determinan la ocurrencia de estas complicaciones, por lo cual se requiere un estudio completo que guíe iniciativas de prevención y tratamiento adaptadas a esta comunidad

1.3. Problema general

PG. ¿Cómo se asocia el parto prematuro con la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata Macusani 2024?

Problemas específicos

PE1 ¿Cómo se asocia el tiempo de gestación y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata?

PE2 ¿Cómo se asocia las contracciones uterinas y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata?

PE3 ¿Cómo se asocia las infecciones del tracto urinario con la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata?

PE4 ¿Cómo se asocia la rotura prematura de membranas y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata?

PE5 ¿Cómo se asocia el sangrado vaginal y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata?

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

El presente estudio, titulado "Parto Prematuro Asociado a la Preeclampsia en Gestantes que Acuden al Servicio Obstétrico del Centro de Salud de Ayapata,



Macusani 2024", responde a la urgencia de investigar una de los problemas sanitarios más relevantes en la actualidad, tanto a escala internacional como en el ámbito local. Tanto el parto prematuro como la preeclampsia figuran entre las principales causas de enfermedad y muerte en madres y recién nacidos, y además impactan la calidad de vida de las familias y la sostenibilidad de los sistemas de salud (8).

El costo económico y social de estas complicaciones obstétricas es elevado en cualquier escenario, pues implica la utilización de cuidados intensivos neonatales y el seguimiento a largo plazo de las secuelas que pueden sufrir los bebés prematuros. Cuando se analiza el contexto nacional y, en particular, el medio rural peruano, como el distrito de Ayapata, las carencias en infraestructura, la escasez de personal capacitado y los obstáculos de movilidad multiplican el riesgo y contribuyen a mantener las desigualdades en salud materna y neonatal (9).

En Ayapata, las mujeres embarazadas viven en un entorno donde se cruzan múltiples desventajas, como las infecciones, problemas crónicos de salud y el retraso en el acceso a centros médicos especializados. Aunque el sistema de salud local ha implementado iniciativas, estas no han conseguido reducir de forma palpable ni el número de partos prematuros ni las complicaciones que estos conllevan, lo que deja al descubierto la urgencia de estudios que guíen intervenciones concretas y alineadas con la realidad del lugar.

Al describir y confrontar las características clínicas y epidemiológicas del vínculo entre parto prematuro y preeclampsia en las gestantes atendidas en Ayapata, se obtienen evidencias que sitúan el problema en su contexto regional y que, por



tanto, son más útiles que datos tomados de otras áreas.

Los resultados que emerjan de la investigación ofrecerán la base para confeccionar medidas preventivas y protocolos de intervención más oportunos, con el fin de elevar la calidad de la atención obstétrica que reciben esas mujeres y, por extensión, sus recién nacidos.

En síntesis, el estudio se justifica tanto por el interés científico como por su potencial impacto directo en la salud y el bienestar de las familias ayapatinas, y, al fin y al cabo, al fortalecer el sistema sanitario concederá a esa población vulnerable la respuesta que verdaderamente necesita.



CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

OG. Determinar cómo se asocia el parto prematuro con la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio de obstetricia del Centro de Salud de Ayapata Macusani 2024.

2.2. Objetivos específicos

OE1. Establecer como se asocia el tiempo de gestación y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata.

OE2. Identificar asociación entre las contracciones uterinas y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata.

OE3. Analizar la asociación entre las infecciones del tracto urinario con la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata.

OE4. Describir la asociación que existen entre la rotura prematura de membranas y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata.

OE5. Describir la asociación que existen entre el sangrado vaginal y la preeclampsia en gestantes que acuden al centro de salud de Ayapata.



CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. BASES TEORICAS

3.1.1. Trastorno hipertensivo del embarazo

De acuerdo con Calvo et al. (7), lo que se conoce como trastornos hipertensivos durante el embarazo puede definirse como un conjunto de afecciones que presentan lecturas persistentes de presión arterial alta: una presión sistólica superior a 140 mmHg y/o una diastólica que excede 90 mmHg, siempre medidas en al menos dos ocasiones diferentes y con un intervalo de al menos cuatro horas entre cada toma.

Cada componente de esta definición es fundamental; si cualquiera de ellos no se cumple, no se puede confirmar que la paciente sufra un trastorno hipertensivo del embarazo (8).

Durante el embarazo el cuerpo femenino experimenta transformaciones hormonales y fisiológicas que, en ciertas situaciones, pueden catalizar complicaciones graves. Un problema reaccionariamente frecuente y delicado es el trastorno hipertensivo del embarazo, afección que afecta tanto a la mujer



gestante como al feto que lleva en su vientre. El grupo engloba diagnósticos diversos: hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica, destacando la preeclampsia por su curso impredecible y el peligro extremo que entraña para la supervivencia materna y perinatal (9).

Pese a los progresos en el control prenatal, los trastornos hipertensivos siguen ocupando uno de los primeros lugares en complicaciones obstétricas, sobre todo en regiones donde el acceso a atención médica oportuna resulta escaso. La problemática trasciende la mera elevación de la presión arterial y abarca afectación de órganos clave como hígado, riñón y sistema nervioso central. Asimismo, se vincula con parto prematuro, bajo peso al nacer y mayor tasa de cesáreas (10).

En comunidades como Ayapata, en la provincia de Carabaya, muchas mujeres llegan al centro de salud en el tercer trimestre y con pocos controles prenatales, lo que eleva su riesgo de preeclampsia y de complicaciones graves. Con ese escenario en mente, resulta urgente investigar de qué modo los trastornos hipertensivos, y sobre todo la preeclampsia, están disparando los partos prematuros en la localidad. El conocimiento que se obtenga no solo aclarará el panorama local, sino que permitirá diseñar intervenciones oportunas para proteger a las gestantes y sus bebés (11).

La preeclampsia es una de las complicaciones más frecuentes y peligrosas durante el embarazo. Se define por un aumento sostenido de la presión arterial y la aparición de proteínas en la orina a partir de la semana 20. Aunque al inicio los síntomas suelen ser sutiles o incluso inexistentes, la enfermedad puede progresar de forma fulminante y amenazar la vida de la madre y del recién nacido



si no se identifica y maneja prontamente (12).

Un hecho preocupante sobre la preeclampsia es que no solo pone en riesgo a la madre, sino que también influye en desenlaces negativos para el bebé, tales como parto prematuro, bajo peso al nacer e incluso complicaciones severas al nacer. A escala internacional, este trastorno se encuentra entre las principales causas de enfermedad y muerte materna, sobre todo en áreas donde el acceso a controles prenatales es escaso o irregular (12).

La enfermedad suele asociarse con factores de riesgo como antecedentes familiares, hipertensión crónica, obesidad y edad avanzada de la madre, entre otros, y aun así hay casos que surgen en mujeres sin historial, lo que la torna impredecible y difícil de tratar. Su efecto se acentúa en regiones rurales o de difícil acceso, donde las embarazadas rara vez reciben el seguimiento adecuado a lo largo de toda la gestación (9).

Entender la preeclampsia, sus causas, consecuencias y formas de prevención, es fundamental para mejorar la calidad de la atención materna. Abordarla desde una perspectiva local, como en el Centro de Salud de Ayapata-Macusani, permite no solo visibilizar la realidad de las gestantes en estas zonas, sino también diseñar intervenciones efectivas que reduzcan el riesgo de complicaciones como el parto prematuro (10).

3.1.1.1. Clases

En su obra, Benson (14) organiza los trastornos hipertensivos que se presentan durante el embarazo en cuatro categorías, las cuales se indican a continuación:

a. la hipertensión arterial gestacional (9).

- b. el espectro de trastornos asociado con la preeclampsia, la eclampsia y el síndrome HELLP.
- c. la hipertensión crónica pregestacional; y
- d. la hipertensión persistente que surge en el contexto de la preeclampsia.

Para entender la hipertensión que puede aparecer durante el embarazo, conviene mirar dos aspectos centrales.

1. La semana de gestación en que surgen las complicaciones.
2. La existencia de daño a un órgano concreto o no.

a) Hipertensión gestacional

Vázquez et al. (10) apuntan que, tras la vigésima semana de gestación, una mujer puede presentar hipertensión sin que haya proteinuria ni afectación observable en los órganos.

b) La preeclampsia

La preeclampsia es una afección que puede surgir durante la gestación, generalmente después de la semana veinte de desarrollo fetal. Para que el diagnóstico se considere válido, la hipertensión debe acompañarse, al menos, de uno de los siguientes hallazgos clínicos: presencia de proteínas en la orina, recuento bajo de plaquetas, alteraciones en la función hepática, deterioro renal, edema pulmonar, edema cerebral o alteraciones visuales. Estos signos y síntomas son reflejo de un daño que afecta a los órganos diana de la madre y, potencialmente, al feto (11)

c) Hipertensión crónica

La hipertensión persistente durante el embarazo se define como aquella que aparece antes de la vigésima semana de gestación o que permanece después



de dicho plazo. En términos clínicos, si la presión arterial elevada se manifiesta antes o durante esas primeras veinte semanas, se considera preexistente; esto se basa en el hecho de que los ajustes fisiológicos propios del embarazo, que pueden inducir un aumento de la presión arterial, suelen empezar a notarse después de ese periodo. En consecuencia, cualquier elevación de la tensión registrada antes de la semana veinte se clasifica como hipertensión preexistente (12).

d) Trastorno de hipertensión crónica

Hipertensión persistente en el embarazo. Una mujer gestante que ya padece hipertensión crónica puede presentar un nuevo episodio hipertensivo después de la semana 20, situación que exige una estrategia terapéutica más elaborada y aumenta el riesgo de daños orgánicos, frecuentemente advertidos por un incremento de la proteinuria (13).

Junto con la preeclampsia, es posible que surjan eclampsia y el síndrome de HELLP. Diversos investigadores han observado que estas entidades están interrelacionadas; aunque el orden temporal puede diferir entre pacientes, por lo general emergen bajo el mismo contexto clínico (14)

3.1.1.2. Preeclampsia

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un grupo de afecciones que comienzan a alterarse, habitualmente, después de la vigésima semana de gestación, siendo uno de los criterios diagnósticos más citados la presencia de dos mediciones de presión arterial superiores a 140/90 en intervalos de al menos cuatro horas. Este umbral no es suficiente por sí solo; el diagnóstico se consolida cuando surgen alteraciones adicionales, ya sea proteinuria reciente o datos de



daño orgánico, entre los cuales figuran trombocitopenia, lesiones hepáticas, deterioro de la función renal, edema pulmonar, cefaleas resistentes, encefalopatía o síntomas oculares, en particular aquellos que involucran el sistema nervioso central (15).

El pronóstico a menudo se articula en función del momento de aparición, de manera que una condición que emerge antes de la semana treinta y cuatro tiende a asociarse con complicaciones más severas, mientras que el inicio posterior sugiere, por lo general, una evolución menos adversa. Esto no significa, por supuesto, que quienes debutan tardíamente estén exentas de riesgos, pero la historia clínica muestra que aquellos que presentan signos precoces suelen enfrentar un recorrido más prolongado y desafiante (16).

3.1.1.3. Fisiopatología de la preeclampsia Manifestaciones clínicas

El dolor epigástrico o el malestar en la parte superior derecha del abdomen puede señalar la necesidad de un manejo intensivo, porque a menudo sugiere inflamación de la cápsula hepática y aumento de las transaminasas (17).

Los pacientes pueden quejarse de cefaleas frecuentes y graves que no ceden con analgésicos convencionales; esto suele reflejar disfunción endotelial que interfiere con los mecanismos normales de relajación cerebral (18).

La hinchazón generalizada responde a la retención de líquido en los tejidos y está mediada por edema periférico, lesión endotelial, y un incremento del volumen total de agua en el organismo.

Se suelen aportar también quejas gastrointestinales como náuseas persistentes y episodios de vómitos.

La dificultad respiratoria puede ser severa cuando el líquido se acumula en los alvéolos, lo que obstaculiza el intercambio gaseoso y deja al paciente respirando con esfuerzo. La debilidad general y la falta de energía son síntoma crónico, productivas del déficit de perfusión y el costo metabólico elevado del proceso inflamatorio (19). La oliguria aparece porque mediadores pro-inflamatorios directamente dañan los glóbulos rojos y las células tubulares del riñón. A nivel del sistema nervioso central se observan temblores rítmicos, como clonus (20).

Además, el estrechamiento de las arterias de la retina puede ocasionar alteraciones visuales que van desde visión empañada hasta aparición de puntos ciegos y destellos luminosos (21).

La preeclampsia es un síndrome multisistémico que aparece durante el embarazo y cuya etiología permanece parcialmente desconocida. La evidencia apunta, sin embargo, a una anomalía en la placentación inicial que provoca un desbalance entre las moléculas pro- y antiangiogénicas, reduciendo el flujo sanguíneo entre útero y placenta. Esta alteración genera lesión endotelial y, a su vez, activa rutas inflamatorias y vasoconstrictoras que pueden perjudicar riñones, hígado, sistema nervioso y mecanismos hemostáticos (17).

Desde un punto de vista fisiopatológico, la preeclampsia comienza cuando los trombocitos y células endoteliales que normalmente orquestan la vascularización placentaria se desarrollan inadecuadamente. Este déficit reduce el flujo sanguíneo, a su vez activa señales inmunitarias y promueve un estado de estrés oxidativo sostenido. Como efecto combinado, esas alteraciones desbalancean los sistemas maternos y producen los signos clásicos de la enfermedad (18).

Los hallazgos clínicos varían entre gestantes, pero casi siempre incluyen



hipertensión sostenida, proteinuria detectable, edemas de nueva aparición, cefaleas rebeldes, alteraciones visuales y malestar difuso. Si la condición progresa puede desencadenar crisis neurológicas, lesiones hepáticas y fallo renal, situaciones que amenazan tanto a la madre como al feto. Por esa razón, cada mujer que presente factores de riesgo o síntomas insidiosos debe acceder sin demora a evaluación obstétrica (19).

Entender la fisiopatología y los signos clínicos de la preeclampsia permite detectarla a tiempo y evitar secuelas graves como el parto prematuro, el desprendimiento de placenta e incluso la muerte materna y neonatal. Por esta razón, su estudio sigue ocupando un lugar prioritario en salud materna, sobre todo en entornos donde la vigilancia prenatal es escasa (20).

Abordaje a la paciente de preeclampsia

Es fundamental señalar que el diagnóstico de preeclampsia en una mujer embarazada requiere más que una sola lectura de presión alta; oficialmente hablamos de hipertensión cuando la tensión supera 140/90 en dos medidas tomadas con al menos cuatro horas de intervalo. Una vez confirmado el dato hemodinámico, el médico debe explorar el perfil toxémico de la paciente para verificar si hay daño a órganos o si aparece proteinuria, pues sin esa información el clínico solo sabe que la gestante tiene presión elevada y, tal vez, otros síntomas que pueden resultar vagos (23). En caso de que después de la vigésima semana aparezcan proteinuria o alteraciones en riñones, hígado o sistema neurológico, el cuadro puede catalogarse como preeclampsia y así abrir la puerta a un manejo más ágil y dirigido. Por ello se hace indispensable dominar un abanico de pruebas básicas, tales como:

A. El análisis completo de sangre sigue siendo la primera herramienta para



detectar trombocitopenia. Cuando la cuenta de plaquetas cae por debajo de 100.000/mm³, se torna sospechosa y abre la puerta a diagnósticos como la preeclampsia.

- B. La proteinuria en embarazadas se mide recogiendo orina durante 24 horas. Una cifra de 300 miligramos durante ese periodo sugiere un hallazgo leve; sin embargo, el criterio más aceptado es un cociente de proteinuria sobre creatinina superior a 0,3 mg/dl. La prueba con tiras reactivas aporta datos, pero su sensibilidad y especificidad son limitadas.
- C. Un valor de BUN por encima de 18-20 mg/dl puede advertir sobre posible lesión renal.
- D. Se observó que el LDH superaba las 600 U/l, lo que añade otro dato preocupante.
- E. A menudo, se considera que el hígado comienza a fallar cuando las transaminasas se doblan respecto al límite superior de la normalidad.
- F. Un aumento de la creatinina, ya sea mayor que 1,1 mg/dl o el doble del valor basal, se usa clásicamente como un marcador confiable de daño renal.

Además, se recomienda investigar signos de vasoespasmo para valorar el bienestar fetal mediante las siguientes pruebas:

- Ecografía fetal;
- Estimación del peso;
- Perfil biofísico;
- Monitorización de latidos cardíacos.

Dado la hipoperfusión, el feto puede mostrar signos de malestar por los cambios que la fisiopatología de la preeclampsia desencadena. Si una mujer embarazada

recibe un diagnóstico de preeclampsia en cualquiera de sus grados, la opción más segura suele ser interrumpir el embarazo. Esta intervención debe contemplar la clase exacta y la gravedad del trastorno y también tener en cuenta factores clínicos individuales al definir el tratamiento a seguir (24).

Para una paciente con preeclampsia severa, la inducción del parto se recomienda a partir de la semana 34; ante un embarazo no viable antes de la semana 24, el enfoque es similar.

- En el caso actual, la gestante tiene 37 semanas y presenta un cuadro de preeclampsia leve.
- Esa condición materna, junto con signos de bienestar fetal insatisfactorios, incrementa el riesgo y exige atención inmediata.
- La mujer había preferido un manejo expectante, pero un deterioro clínico obligó a reconsiderar esa opción, por lo que ahora se dispone a finalizar el embarazo.
- En esta situación, el nacimiento puede lograrse por cesárea o, si el estado de la madre y del feto lo permite, por vía vaginal.

Indicaciones: culminación del embarazo en pacientes con preeclampsia

- 1) Preeclampsia severa.
- 2) Se diagnostica preeclampsia leve, pero el cuello uterino se considera aun desfavorable.
- 3) Cuando la gestante presenta indicios de sufrimiento fetal, esa señal puede señalar un riesgo severo para el bebé.
- 4) De existir una sospecha de desprendimiento de placenta o de hematoma subcapsular hepático, la cesárea se plantea de inmediato como tratamiento indicado.



- 5) Si ninguno de esos problemas aparece, la inducción del parto se ofrece como alternativa para finalizar el embarazo.
- 6) Además, se deben valorar antecedentes médicos, estado materno y la presión arterial al tomar decisiones sobre una paciente con preeclampsia (25).

a. Medidas generales:

- Se admite a la paciente en el hospital para iniciar la atención clínica.
- Como medida de precaución, no se aconsejan fármacos orales durante el embarazo.
- Se inicia un tratamiento con líquidos endovenosos, en función del gasto urinario habitual y de la estabilidad hemodinámica materna.
- Los fluidos se regulan de forma continua, manteniéndolos dentro de un rango preestablecido.
- Un catéter vesical recoge de modo directo la orina para un control preciso.
- Asimismo, se implementan medidas para prevenir trombos y mantener permeables los vasos (26).

b. Medidas a tomar en el manejo de la preeclampsia

El cuidado de la preeclampsia es fundamental, pues esta complicación puede progresar de forma silenciosa y ocasionar daños severos si no se interviene pronto. Al afectar varios sistemas, su terapéutica debe ir más allá del control de la presión, incorporando el seguimiento del feto y las medidas que reduzcan riesgos tanto para la madre como para el recién nacido (27).

La estrategia terapéutica para la preeclampsia varía sustancialmente según la severidad de la afección y el periodo gestacional en que se manifiesta. En formas leves, el embarazo puede ser sostenido mediante controles periódicos, reposo relativo, una dieta pobre en sodio y, si fuera preciso, un

antihipertensivo de tendencia suave. En cambio, la aparición de datos de progresión o el diagnóstico de un cuadro severo obliga a la hospitalización, vigilancia continua y, en determinadas situaciones, a la inducción del parto cuando prolongar la gestación plantea mayor riesgo para la madre y el neonato (28).

El manejo clínico debe complementarse con educación estructurada sobre signos de alarma, como cefalea refractaria, alteraciones visuales, edema marcado en miembros inferiores o reducción en frecuencia de movimientos fetales. Reconocer y comunicar precozmente cualquier manifestación inusual permite iniciar intervenciones oportunas y minimizar complicaciones adversas. Esta orientación resulta aún más crítica en áreas rurales o con escaso acceso a atención obstétrica, donde la movilidad médica puede demorarse y los recursos tecnológicos son limitados (29).

En síntesis, el abordaje eficaz de la preeclampsia demanda un sistema integral que un monitoreo prenatal continuo, detección temprana, intervención farmacológica adecuada y, sobre todo, cuidado humanizado que coloque primero la seguridad materno-fetal. Asegurar esa secuencia constituye uno de los retos más apremiantes de la obstetricia contemporánea, particularmente en escenarios donde las desigualdades del sistema de salud persisten y limitan el acceso (30).

- Una estrategia para evitar o mitigar las convulsiones. Para lograrlo, es crucial administrar un medicamento llamado sulfato de magnesio, que compite con el calcio en los receptores neuronales postsinápticos (27).
- En otras palabras, al funcionar como bloqueador de calcio e inhibir su entrada a las células musculares lisas, disminuirá los vasoespasmos al detener la



contracción muscular.

- El protocolo preventivo recomienda administrar una dosis intravenosa de 4 gramos durante 15 minutos, lo que corresponde a dos ampollas de 150 mililitros de solución salina. A esto le debe seguir una dosis intravenosa de mantenimiento de 1 gramo por hora durante 24 horas. Esto equivale a seis viales de sulfato de magnesio disueltos en 500 mililitros de cloruro. (28)
- Es esencial monitorear los signos de toxicidad por sulfato de magnesio cuando las concentraciones sanguíneas superan los 9 mg/dl, ya que esto puede provocar la pérdida del reflejo rotuliano.
- Si esto persiste, podría desarrollarse parálisis respiratoria posteriormente cuando los niveles superen los 12 mg/dL. Además, si los niveles superan los 30 mg/dL, la futura madre corre un grave riesgo de paro cardíaco. Si aparecen síntomas de intoxicación, es fundamental considerar la administración de un antídoto, como 10 cc de gluconato de calcio por vía intravenosa durante 10 minutos, junto con furosemida (IV). (29).
- Las mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia grave deben recibir sulfato de magnesio como parte de su tratamiento. Asegúrese de que los pulmones fetales alcancen la madurez completa para la semana 37 de gestación.
- Esto favorece un desarrollo fetal aún más óptimo antes del nacimiento. Los corticosteroides son necesarios para promover la síntesis de fosfatidilcolina, un componente crucial del surfactante pulmonar.
- En consecuencia, los neumocitos tipo II se activarán para generar surfactante pulmonar, lo que provocará una disminución de la tensión alveolar y facilitará la maduración pulmonar.



- El tratamiento consiste en administrar 12 mg de betametasona por vía intramuscular una vez cada 24 horas, con un total de dos dosis. Se siguen las instrucciones dadas. La paciente se encuentra en el período de gestación de 24 a 34 semanas. (20)
- Manejo: La opción de tratamiento inicial incluye nifedipino, que es un tipo de bloqueador de los canales de calcio. Este medicamento inhibe la entrada de calcio en los vasos sanguíneos, lo que lleva a su relajación y expansión, lo que en última instancia ayuda a regular la presión arterial.
- El objetivo es mantener la presión arterial por debajo de 140/90 mmHg, lo cual se puede lograr mediante la administración oral de 30 mg de nifedipino cada ocho horas.
- Se determina cuando las lecturas de presión arterial superan 50 sobre 100. La dosis máxima permisible en un período de 24 horas es de 120 mg. Por lo tanto, si la presión arterial de una mujer embarazada supera los 160/100 a pesar de recibir la dosis correcta, es crucial evaluar el riesgo de una crisis hipertensiva. Si la crisis hipertensiva se asocia con daño a órganos diana, la paciente debe ser ingresada en la UCI. (21).
- Sin embargo, si no hay daño orgánico, puede ser hospitalizada en una unidad de cuidados intermedios específica para el manejo de emergencias hipertensivas durante el embarazo. En resumen, es crucial controlar la presión arterial de las embarazadas cada tres días y realizar evaluaciones de toxicidad para evaluar el estado de cada órgano (22).



3.1.2. Factores de riesgo

3.1.2.1. Factores sociodemográficos Edad materna

Varios especialistas apuntan que los extremos de la edad materna, es decir, tener menos de veinte años o más de treinta y cinco, pueden aumentar de forma notable la posibilidad de presentar hipertensión durante el embarazo. Según las observaciones, en estas etapas el riesgo de preeclampsia se llega incluso a duplicar. Un estudio transversal descriptivo realizado por Álvarez sobre un centenar de mujeres que cumplían los criterios diagnósticos de dicha enfermedad arrojó resultados que respaldaron esa hipótesis. Sus hallazgos, junto a los de otros autores cubanos, confirman el mismo patrón en la población de Cuba (23).

Pero, ¿qué justificaciones se han propuesto para explicar este peligro adicional? Por un lado, se suele argumentar que las mujeres mayores de treinta y cinco suelen tener un historial de afecciones vasculares crónicas, las cuales se asocian con una mayor incidencia de preeclampsia durante el embarazo. Por otro lado, en gestantes más jóvenes el desarrollo anómalo de la placenta sigue siendo relativamente frecuente, lo que refuerza la idea de que una maduración placentaria inadecuada también puede ser un factor desencadenante (24).

Escolaridad

La educación desempeña un papel fundamental al permitir a mujeres y hombres identificar los factores de riesgo y las estrategias preventivas de la preeclampsia, problemática que sigue siendo relevante en muchas zonas del Perú. Un entendimiento claro de esta patología y de su evolución se basa, en gran medida, en la difusión sistemática de información precisa. Aunque el síndrome ha sido



reiteradamente señalado como un peligro en el embarazo, las intervenciones coordinadas han logrado una disminución sensible en la mortalidad asociada (25).

Estado civil

El matrimonio, aunque generalmente se asocia con la estabilidad, puede también convertirse en un factor de riesgo cuando sus integrantes mantienen múltiples parejas o recurren a prácticas sexuales promiscuas, pues estas conductas amplían las vías de transmisión viral en la actividad sexual. Varias investigaciones han encontrado que los hombres son capaces de recoger el virus de una mujer y luego, en intercambios posteriores, transmitirlo a otra compañera. La promiscuidad, además, dificulta el diagnóstico temprano, ya que en un examen microscópico de muestras de tejido cervical suelen aparecer pocos síntomas visibles ante la superposición de múltiples cepas o coinfecciones (26).

2.2.2.2. Factores gineco obstétrico

Primigesta

Múltiples estudios epidemiológicos han documentado que la incidencia de preeclampsia en mujeres que afrontan su primer embarazo es de seis a ocho veces superior a la observada en quienes ya han tenido varios hijos. Hoy se entiende la enfermedad como una disrupción en la tolerancia inmunitaria materna, una disfunción que, al impedir la adecuada remodelación vascular, favorece el daño endotelial y, con él, la aparición del síndrome. En fotofinish, cuando la pareja experimenta una mutación significativa en su rutina compartida, el beneficio protector asociado a la historia de partos previos tiende a



desvanecerse. Posteriormente, y en un horizonte de diez años después del primer parto, esa misma tolerancia se extingue: la memoria inmunológica retrocede y la mujer se expone de nuevo a los factores enunciados. Además, hay evidencia que sugiere que un periodo breve de convivencia inicial entre futuros padres se asocia en forma independiente a un riesgo elevado de enfermedad. Curiosamente, las evidencias apuntan a que cuanto más prolongada es esa convivencia antes de la concepción, menor es la probabilidad, tanto en el primer embarazo como en gestaciones sucesivas (27).

El embarazo es un proceso complejo y transformador, y la primera gestación, o primigesta, introduce a la mujer en un círculo de cambios fisiológicos y emocionales sin precedentes. Durante esta etapa los sistemas internos comienzan a adaptarse a la presencia del feto, pero en ocasiones el duelo entre estas adaptaciones se traduce en patologías; entre ellas, la preeclampsia es, sin duda, la más temida. Sobrada de la vigésima semana, esta hipertensión gestacional se observa con frecuencia en quienes aún no han sido madres, y por esa misma razón se considera a las primigestas un colectivo de particular vulnerabilidad (28).

La literatura médica indica que las mujeres primerizas muestran una incidencia superior a la de gestantes posteriores, fenómeno que algunos investigadores atribuyen a una interacción inmunológica aún inexperta entre organismo materno y placenta. Esa falta de sincronía puede traducirse en una implantación defectuosa, flujo sanguíneo irregular y, en consecuencia, una secuencia inflamatoria que daña tanto al sistema circulatorio materno como a sus órganos. Las manifestaciones clínicas —hipertensión, proteinuria, cefalea resistente— aparecen si la condición progresa, y retrasar su diagnóstico se traduce en un



riesgo vital para madre e hijo (29).

Ser primigesta no es sólo un acontecimiento positivo en la vida de una mujer, también suele traducirse en una mayor fragilidad ante complicaciones si la gestación carece de controles sistemáticos. En lugares remotos o con pocos recursos, esa vulnerabilidad se acentúa porque muchas futuras madres no reciben ni la información ni el seguimiento que les permita reconocer signos de alarma. Por tal motivo, resulta indispensable dedicar cuidado adicional a este colectivo, asegurando que cada embarazada tenga un control prenatal temprano y adaptado a sus circunstancias (25).

Estudiar la relación entre primigestancia y aparición de preeclampsia, por su parte, facilita la identificación anticipada de factores de riesgo y, en consecuencia, el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas que pueden reducir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal. Decidirse a aplicar este conocimiento refuerza la calidad de la atención obstétrica y, en escenarios como Ayapata-Macusani, abre la puerta a embarazos más seguros y a futuros con menos sufrimiento (24).

Número de embarazo

Se ha observado que en los embarazos múltiples la posibilidad de sufrir preeclampsia tiende a subir, fenómeno que muchos atribuyen al mayor volumen de tejido placentario y a una perfusión inadecuada que a veces se sigue de ello. Dentro de los elementos obstétricos que se relacionan con esta hipertensión gestacional, su influencia no es menor. Los estudios indican que la tasa de preeclampsia se dobla en las gestaciones gemelares, hasta alcanzar cerca del 20 %; en el caso de tres fetos, el riesgo se triplica, llegando alrededor del 60 %;



y con cuatro descendientes o más, el porcentaje se eleva hasta un 90 %. La mola hidatidiforme merece una mención especial, dado que su afrontamiento presenta un riesgo particularmente elevado y su naturaleza gestacional respalda la hipótesis de que los genes paternos, cuando son los únicos presentes, pueden jugar un papel determinante en el desarrollo de la enfermedad (28).

El número de embarazos, fenómeno clínicamente designado como paridad, puede ejercer un impacto notable sobre el desarrollo de diversas complicaciones obstétricas, entre las cuales destaca la preeclampsia. Este trastorno, que se manifiesta mediante un aumento sostenido de la presión arterial y la excreción de proteínas en orina, presenta su incidencia más elevada en la gestación inicial, escenario que cautiva la atención de investigadores y clínicos por igual. Aun así, el cuadro no es exclusivo del primer embarazo, ya que puede surgir en gestaciones sucesivas cuando los intervalos entre partos son prolongados o cuando coexisten factores predisponentes adicionales (20).

Numerosos estudios epidemiológicos corroboran que la primigesta, por definición la mujer que vive su primera experiencia gestacional, muestra un riesgo superior de preeclampsia, hallazgo que algunos intérpretes vinculan con una respuesta inmunológica aún no entrenada ante el embarazo. Esta inexperiencia inmunitaria podría perturbar las adaptaciones placentarias necesarias y provocar una cascada inflamatoria full-class en el organismo. Sin embargo, el fenómeno no se limita a las primíparas; las mujeres múltiparas, es decir, aquellas con dos o más gestaciones previas, también pueden enfermar cuando enfrentan mutaciones, como un nuevo compañero sexual, un incremento en la edad materna o padecimientos crónicos que alteren la homeostasis vascular (21).

Analizar el número de embarazos de una mujer para evaluar el riesgo de preeclampsia permite clasificar mejor a los grupos que requieren vigilancia meticulosa y ajustar el control prenatal a cada paciente. Este procedimiento adquiere especial relevancia en entornos donde el acceso a la atención médica es limitado y muchas gestantes carecen de chequeos que capten con antelación los signos de alerta (22).

Entender de qué manera la paridad modula la aparición de la enfermedad es un paso clave para diseñar políticas de prevención, diagnóstico temprana y tratamiento oportuno. Además, ese conocimiento fortalece el acompañamiento durante la gestación, eleva la calidad de la atención obstétrica y protege, en última instancia, la salud de la madre y la del recién nacido (23).

Edad materna avanzada

La preeclampsia suele ser más común en mujeres menores de 21 años y en aquellas mayores de 35, lo que sugiere que la edad avanzada de la madre se relaciona con un riesgo más alto. Torres y sus coautores señalaron en su estudio que, por su propia experiencia clínica, sólo examinaron a pacientes de entre 28 y 46 años que presentaban formas severas de preeclampsia o eclampsia (29).

El retraso en la edad de maternidad, impulsado por decisiones educativas, laborales y personales, se ha vuelto una norma en muchas sociedades contemporáneas. No obstante, concebir después de los 35 años, considerado umbral de edad materna avanzada, se asocia con una mayor carga de complicaciones obstétricas, destacándose entre ellas la preeclampsia (15).

La preeclampsia es una patología hipertensiva que por lo general se manifiesta tras la vigésima semana de gestación y puede comprometer múltiples sistemas orgánicos. La incidencia de esta afección aumenta en mujeres de edad materna



avanzada, probablemente por la disminución progresiva de la flexibilidad vascular, la posibilidad de que ya existan estados crónicos como hipertensión o diabetes, y los cambios fisiológicos inherentes al envejecimiento. Juntas, estas condiciones hacen que el organismo tenga menor margen para adaptar sus funciones a las demandas añadidas del embarazo, lo que puede desembocar en complicaciones severas tanto para la madre como para el feto (15).

Los embarazos en edades más avanzadas requieren por ello un monitoreo prenatal más exhaustivo, no sólo porque la preeclampsia se vuelve más probable, sino porque también aumenta el riesgo de parto prematuro, restricción del crecimiento fetal y, en casos extremos, muerte perinatal. Cuando la atención médica es escasa o el acceso intermitente, como sucede en muchas comunidades rurales, esos peligros se intensifican de forma alarmante (16).

Investigar la conexión entre la edad avanzada de la madre y la aparición de preeclampsia resulta útil para diseñar medidas de prevención y control dirigidas a este grupo de futuras madres. A su vez, tal conocimiento permite ofrecer una atención obstétrica más personalizada y sensible, lo que contribuye a que los embarazos sean más seguros, sobre todo en regiones donde la supervisión médica aún es limitada.

Pacientes multíparas

Numerosos hospitales reciben una alta carga de mujeres que llegan embarazadas de varios bebés, y este colectivo evidencia un riesgo superior de padecer preeclampsia severa, convirtiéndose así la multiparidad en un marcador relevante de la enfermedad. Un análisis estadístico que consideró múltiples variables mostró que la obesidad, la hemoconcentración y la multiparidad se asociaron a un grado más intenso de preeclampsia, pues su frecuencia fue



considerablemente mayor en las pacientes catalogadas con la forma grave que en las que sólo presentaron síntomas leves (28).

La preeclampsia se reconoce como una de las complicaciones más serias del embarazo y, aunque su nombre suele vincularse a las mujeres que se embarazan por primera vez, también puede afectar a quienes ya han dado a luz en dos o más ocasiones, es decir, a las gestantes multíparas. En estas pacientes, el riesgo parece ser, en términos generales, inferior al de las primigestas, pero factores como intervalos prolongados entre gestas, cambio de pareja, enfermedades crónicas coexistentes, obesidad o edad materna avanzada pueden elevar en cambio la probabilidad de que la enfermedad se desarrolle (23).

La mujer que ha tenido varios embarazos suele considerarse, a veces, "más experta" y, por ende, menos vulnerable a complicaciones como la preeclampsia. Esta idea equivale a pensar que su historia obstétrica protege al nuevo bebé y a ella misma, y por esa razón no siempre recibe la misma atención que una primeriza. Sin embargo, la realidad es que la enfermedad puede surgir incluso después de embarazos previamente normales y, cuando aparece en una multípara, suele evolucionar más pronto y, potencialmente, de forma más agresiva si el diagnóstico demora (24).

Por eso, el seguimiento prenatal no debe depender del número de veces que la mujer ha sido madre. En áreas rurales o en localidades donde los centros de salud son escasos, muchas multíparas posponen o reducen las consultas y, al hacerlo, pierden la oportunidad de detectar a tiempo signos sutiles de preeclampsia. Un control frecuente, educación comunitaria y el acceso a laboratorios básicos siguen siendo medidas imprescindibles para proteger la



salud de madres y bebés en todos los contextos (25).

Por esa razón, indagar en cómo se vinculan los embarazos múltiples con el desarrollo de preeclampsia ofrece una oportunidad para identificar factores de riesgo, afinar estrategias preventivas desde el primer trimestre y establecer un acompañamiento más cercano y ajustado a cada mujer. El objetivo final es elevar la calidad de los resultados maternos y perinatales, sobre todo en escenarios donde las complicaciones del embarazo continúan representando una amenaza considerable para la salud pública (26).

3.2. MARCO REFERENCIAL

3.2.1. Antecedentes internacionales

Chamyan et al. (2) En su tesis "Preeclampsia y sus complicaciones en el estudio observacional del Hospital de Clínicas 2014-2018", se proponen explorar el cuadro grave de la enfermedad a través de la eclampsia y sus determinantes. Corresponde a un trabajo observacional retrospectivo-descriptivo que recupera información del sistema informático perinatal y de las historias clásicas de pacientes diagnosticadas. De las 186 mujeres incluidas, el 76,6% presente leve y el 23,4% grave; entre las que desarrollaron la forma severa pudieron aislarse obesidad (RR 1,29, IC 95%), hipertensión crónica, antecedentes cardiacos y diabetes gestacional. Asimismo, sea que la edad materna superior a 35 años se asocia con un mayor riesgo.

Vázquez (3) examinó el fenómeno de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Central del Instituto de Seguridad Social, en un trabajo que adoptó un diseño observacional descriptivo de carácter retrospectivo. El propósito fundamental de la investigación fue cuantificar la incidencia de la patología, para lo cual se revisaron los expedientes clínicos de 375 puérperas diagnosticadas



con la enfermedad durante ese mismo año. Los resultados indicaron que el 63,2% experimentó un cuadro leve mientras que el 36,8% evolucionó hacia formas severas, cifras que revelan la heterogeneidad de la entidad. Entre los determinantes, la hipertensión arterial crónica sobresalió como el principal riesgo, y un porcentaje adicional de pacientes desarrolló complicaciones maternas que involucraron sistemas neurológico, hepático y renal.

Orellana (4) En su trabajo "Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, El Salvador" indaga sobre las condiciones que favorecen el surgimiento de esta patología durante el embarazo. La investigación estudió a las usuarias del servicio de obstetricia-ginecología en el primer semestre de 2018 mediante un diseño analítico de casos y controles. Se revisaron 50 historias clínicas de gestantes diagnosticadas con preeclampsia y 150 registros seleccionados al azar, prestando especial atención a los desenlaces del sistema perinatal, así como a la morbilidad y mortalidad materna. Según el informe, la edad más frecuente de las pacientes fue 18 años, que representó 27,5% del total. Asimismo, se documentaron complicaciones en 33,3% de las enfermas, incluida hemorragia, la cual apareció en solo 0,5% de los casos. Por otra parte, una asociación entre obesidad y preeclampsia fue observada con un p de 0,41 y un odds ratio de 1,34. Las mujeres mayores, quienes residen en ciertas zonas o esperan su primer hijo sin la asistencia adecuada, son más propensas a desarrollar diabetes mellitus. De allí que un control prenatal riguroso, sumado a una alimentación equilibrada, podría fortalecer la resistencia frente a la preeclampsia. En estos estudios, la estadística descriptiva en sí no mostró cambios significativos vinculados ni a la obesidad ni a la desnutrición.



3.2.2. Antecedentes Nacionales.

Silvestre (5), una persona perspicaz y metódica, revisó un estudio publicado en 2018 en el Hospital Nacional arzobispo Loayza que analizó el resultado de mujeres gestantes diagnosticadas con preeclampsia y que, posteriormente, fueron sometidas a cesárea entre enero y junio de 2017. El objetivo principal del trabajo fue establecer si existía una asociación significativa entre la hipertensión gestacional y la frecuencia de partos por cesárea en ese centro durante el periodo mencionado. El diseño del estudio fue retrospectivo y observacional, caracterizándose por la revisión sistemática de cada ficha clínica y no sólo por la recopilación de cifras del libro de operaciones del hospital. Se partió de 774 informes de cesárea, pero solo 59 casos reunieron los criterios de inclusión y se concentraron en los seis meses señalados. De esos 59 pacientes, el 7,6% presentó preeclampsia, y de ese grupo, el 3,4% experimentó muerte perinatal. La severidad del cuadro alcanzó el 54,1%, observándose que el 31,1% de las referidas gestantes pertenecía a grupos de edad avanzada y que las complicaciones hipertensivas estuvieron claramente relacionadas. Finalmente, el 40,5% de las mujeres estudiadas recibió la cirugía de cesárea según el diagnóstico actual. Cirugía: Carga Social Comparativa de Causas Maternas Subyacentes en un Programa Centro. Se llega a la conclusión de que la preeclampsia es la causa del 7 al 8 por ciento de las cesáreas practicadas en el programa.

Beltrán (6): en su tesis-tesis, publicada en 2021 con el título Preeclampsia en mujeres embarazadas, el autor examina esta patología en gestantes destinatarias de atención materna. El Centro de Salud Ciudad Victoria Tipo C, cuyo funcionamiento se proyecta para 2022, se identifica como el entorno de



estudio. Desde allí se aconseja incluir factores de riesgo y tasas de preeclampsia entre las variables que describan la población. La investigación consiste en un censo descriptivo seguido de un análisis cuantitativo de 50 tamizadas. Esto revela que las áreas rurales con escaso acceso a niveles secundarios presentan elevadas tasas, sobre todo en adolescentes y en primíparas adultas. La deficiente oportunidad en las evaluaciones clínicas se reconoce como el condicionante principal.

Pacheco et al. (7) y colegas En el simposio que inauguraron sobre preeclampsia en 2018, enfatizaron la naturaleza multiorgánica de la enfermedad y recordaron que en Perú afecta al 10% de los embarazos y causa anualmente alrededor de 225 decesos maternos (7). Con el fin de indagar si un polimorfismo específico está relacionado con esta condición, los autores recolectaron muestras sanguíneas y utilizaron la técnica PCR-RFLP para evaluar las frecuencias alélicas y genotípicas. Aunque los resultados no evidenciaron asociación estadística entre la variante genética en cuestión y el desarrollo de preeclampsia, sí aparecieron discrepancias apreciables entre subgrupos. Los investigadores sugieren que un diseño más amplio, que incluya población fetal segregada por sexo y líquidos provenientes de regiones fuera de Lima, podría mejorar la robustez del hallazgo. Es decir, además del polimorfismo examinado, seguir la ascendencia mixta europea-asiática-africana que caracteriza a muchos limeños se torna esencial para entender el perfil genómico local.

3.3. MARCO CONCEPTUAL

3.3.1. Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno gestacional que compromete la salud materna y fetal, ocasionando alteraciones sistémicas que van más allá de un mero

aumento de la presión arterial. Sin detección y control oportunos, esta patología puede escalar hasta niveles críticos que elevan la morbilidad y la mortalidad tanto de la madre como del recién nacido, aun cuando en sus fases iniciales los síntomas aparentan ser sencillos (28).

3.3.2. Prevalencia

La prevalencia, en términos epidemiológicos, alude al número total de casos existentes de una enfermedad dentro de una población definida en un momento específico. Determinar dicha cifra permite dimensionar el pedido asistencial y, a su vez, orienta las intervenciones, puesto que los pacientes que reciben tratamiento o logran recuperarse dejan de contabilizarse en ese conjunto de afectados (27).

3.3.3. Obstetricia

En el contexto clínico, la obstetricia abarca no solo el seguimiento del embarazo y el parto, sino también la vigilancia continua de las funciones maternas y fetales, de modo que cada intervención garantice un estado óptimo para ambas partes. Tal enfoque integral incluye la identificación precoz y el tratamiento de patologías que alteren el sistema reproductor femenino durante la gestación, con la meta última de preservar la salud reproductiva de la mujer en todas sus etapas.

3.3.4. Hipertensión gestacional

Gutiérrez et al. (26) definen esta condición como la hipertensión que aparece en las últimas semanas de la gestación y que a menudo carece de síntomas obvios. Suele instalarse después de la semana veinte y, cuando es leve, por lo general se resuelve con el parto o evoluciona a una forma más severa, la preeclampsia.



3.3.5. Eclampsia

Eclampsia, en cambio, puede saltar de la preeclampsia si no se siguen medidas preventivas, y se manifiesta a través de convulsiones que, en los casos más graves, pueden inducir un coma (25).

3.3.6. Síndrome de Hellp

La enfermedad maternofoetal de este tipo implica que la preeclampsia no solo ataca a la placenta y a los vasos, sino que puede agravar otros sistemas como los riñones, el hígado o la coagulación. Por ello, la detección temprana y el control estricto de la presión son pasos clave para recuperar la salud materna y fetal (24).



CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADO

1.1. METODOLOGÍA

1.1.1. Métodos aplicados a la investigación

El enfoque de investigación se definirá a través del método deductivo, basado en un estudio observacional, donde las variables se limitarán a ser observadas y descritas. La investigación se llevó a cabo con un enfoque cuantitativo (27).

1.1.2. Diseño de la investigación.

Se llevó a cabo un diseño no experimental, enfocado en el análisis y la relación entre las dos variables en estudio. El estudio incluyó una revisión y un análisis detallado de los datos, realizado en un periodo determinado. Además, tendrá un enfoque transversal, ya que los instrumentos se implementaron simultáneamente en un único tiempo y lugar específicos. Asimismo, el estudio adoptará un enfoque correlacional (28).

1.1.3. Población

La muestra de la investigación estuvo compuesta por 74 mujeres embarazadas, cuyas edades varían desde los 18 años hasta más de 35, que asisten al servicio de ginecoobstetricia del Centro de Salud de Ayapata Macusani en el año 2024.

1.1.4. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 63 pacientes en estado de gravidez, seleccionadas mediante un muestreo probabilístico, lo que implica que su elección se realizó utilizando una fórmula específica.

4.1.4. Técnicas, instrumentos y fuentes de recolección de datos

4.1.4.1. Técnica

La obtención de datos se llevó a cabo a través del análisis de documentos.

Facilitar que la evaluación obtenga información a través de una herramienta particular.

4.1.4.2. Instrumento

En este estudio académico, se empleó como herramienta la ficha de recolección de datos, utilizando como fuentes las historias clínicas. Esta ficha será llenada por mujeres embarazadas que muestren síntomas de preeclampsia con el fin de obtener la información requerida (27).

4.1.5.2. Fuentes de recolección de datos

Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas de las mujeres embarazadas que recibieron atención en el servicio de obstetricia del Centro de Salud de Ayapata Macusani a lo largo del año 2024. Esta fuente ofreció datos acerca del diagnóstico de preeclampsia, el desarrollo del embarazo, el método de parto y las características del recién nacido (27).

4.1.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

4.1.5.1. Procesamiento de datos

Después de reunir los datos, se hizo imprescindible llevar a cabo su procesamiento para permitir un análisis efectivo. Las metodologías empleadas



para el tratamiento de datos abarcaron:

- Transformar variables categóricas en variables numéricas para simplificar el análisis estadístico. Ajustar o uniformizar las variables para que posean una distribución comparable.
- La elección de las técnicas de análisis de datos más idóneas estuvo condicionada por los objetivos particulares de la investigación, la naturaleza de los datos obtenidos y el tamaño de la muestra. Se sugiere acudir a un estadístico o a un experto en análisis de datos para elegir las técnicas más adecuadas.

4.4.6.2. Análisis de datos

Hay múltiples métodos de análisis de datos que se pueden emplear para investigar el parto prematuro relacionado con la preeclampsia.

Entre las metodologías más frecuentes se encuentran: Análisis descriptivo:

Sintetizar las propiedades de las variables a través de un análisis descriptivo.



1.2. RESULTADOS

Tabla 1. *El tiempo de gestación asociado a la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata 2024*

Tiempo de gestación	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
< 28 semanas	6	10	9	14	18	29%
28 – 31 semanas	9	14	5	8	16	25%
32 – 36 semanas	13	21	13	21	29	46%
Total:	28	44	27	43	63	100%

Fuente: Registro de datos.

INTERPRETACIÓN. De los 63 casos analizados:

<28 semanas de gestación: Representan **29%** (18 casos). Este grupo incluye las gestantes con mayor riesgo de complicaciones severas.

28-31 semanas de gestación: Conforman **25%** (16 casos), indicando una etapa intermedia de vulnerabilidad obstétrica.

32-36 semanas de gestación: Constituyen el grupo más numeroso con **46%** (29 casos), asociado a una mayor probabilidad de partos prematuros tardíos.

La distribución muestra una tendencia a la concentración de casos en las últimas semanas del tercer trimestre (32-36 semanas), aunque los casos más graves tienden a presentarse en etapas gestacionales más tempranas.

Interpretación del resultado cruzado del tiempo de gestación y la preeclampsia**Casos con menos de 28 semanas:**

Este grupo presenta una distribución que destaca la preeclampsia severa, con 14% (9 de 18 casos), lo que refleja la alta incidencia de complicaciones graves en las gestaciones muy tempranas.

Casos entre 28-31 semanas:

La mayoría de las gestantes en este rango presentan preeclampsia leve 14% (9 de 16 casos).

Casos entre 32-36 semanas:

Este grupo muestra una distribución equilibrada entre preeclampsia leve y severa, con 21% (13 casos) para cada una.

Las Gestaciones muy tempranas (<28 semanas): Presentan mayor incidencia de preeclampsia severa, lo que refuerza la asociación entre los problemas graves y la corta duración de la gestación.

En la Etapa intermedias (28-31 semanas): Se observa un predominio de preeclampsia leve, posiblemente debido a un mejor manejo clínico que previene complicaciones más severas.

En las gestaciones tardías (32-36 semanas): A pesar de ser el grupo más numeroso, la preeclampsia severa y leve están equilibradas, y los casos de eclampsia son mínimos.

El análisis sugiere que el tiempo de gestación influye significativamente en el tipo de preeclampsia diagnosticada. Las etapas más tempranas están asociadas a complicaciones severas, mientras que, en etapas más avanzadas, las formas leves y severas son más frecuentes, con una menor incidencia de preeclampsia. Esto destaca la importancia de un monitoreo continuo para prevenir y manejar las complicaciones según la etapa gestacional.



Tabla 2. Las contracciones uterinas asociado a la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata 2024

Contracciones uterinas	Preeclampsia leve		Total Preeclampsia severa			
	fi	%	fi	%	fi	%
Si	16	25	17	27	36	57%
No	12	19	10	16	27	43%
Total:	28	44	27	43	63	100%

Fuente: Registro de datos.

INTERPRETACIÓN. De los 63 casos analizados:

Presencia de contracciones uterinas: Se identificó en **57%** (36 casos). Este grupo incluye gestantes que presentan actividad uterina prematura, lo cual es un factor de riesgo significativo para el parto prematuro.

Ausencia de contracciones uterinas: Se observó en **43%** (27 casos), lo que indica que una proporción considerable de gestantes no presentó este síntoma durante el periodo de análisis.

Las contracciones uterinas representan un indicador clínico importante en el desarrollo de complicaciones gestacionales, incluyendo su relación con la preeclampsia.

Interpretación del resultado cruzado de las contracciones uterinas y la preeclampsia

Casos con contracciones uterinas:

- **Preeclampsia severa:** Es la condición más frecuente en este grupo, afectando a **27%** (17 de 36 casos). Esto resalta la relación entre contracciones uterinas y complicaciones severas.
- **Preeclampsia leve:** Afecta a **25%** (16 de 36 casos), lo que también evidencia su asociación con actividad uterina anómala.

Casos sin contracciones uterinas:

- **Preeclampsia leve:** Es la condición predominante en este grupo, con **19%** (12 de 27 casos).
- **Preeclampsia severa:** Afecta a **16%** (10 de 27 casos), siendo la

segunda condición más frecuente.

Es decir:

Presencia de contracciones uterinas: Se asocia predominantemente con preeclampsia severa y leve, lo que sugiere que la actividad uterina prematura puede ser un desencadenante o un marcador temprano de estas condiciones.

Ausencia de contracciones uterinas: Aunque menos común, los casos de eclampsia son proporcionalmente más frecuentes en este grupo, lo que podría indicar que otros factores además de las contracciones están contribuyendo a las formas más graves de preeclampsia.

La presencia de contracciones uterinas es un factor relevante en la presentación de preeclampsia, especialmente en sus formas severa y leve. La ausencia de contracciones no excluye la posibilidad de complicaciones graves. Estos hallazgos subrayan la importancia de un monitoreo integral en las gestantes con y sin contracciones uterinas para prevenir y manejar oportunamente las complicaciones asociadas a la preeclampsia.



Tabla 3. Las infecciones del tracto urinario asociado a la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata 2024

Infecciones del tracto urinario	PREECLAMPSIA					
	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Si	13	21	9	14	25	40%
No	15	24	18	29	38	60%
Total:	28	28	27	43	63	100%

Fuente: Cuestionario.



INTERPRETACIÓN

De los 63 casos analizados:

Presencia de infecciones del tracto urinario (ITU): Se identificó en **40%** (25 casos). Las ITU son un factor de riesgo significativo en el embarazo, especialmente asociadas a complicaciones como la preeclampsia.

Ausencia de infecciones del tracto urinario: Representa el **60%** (38 casos), indicando que la mayoría de las gestantes no presentó este problema durante el periodo de estudio.

Las infecciones del tracto urinario son una condición clínica importante que puede influir en el desarrollo y severidad de la preeclampsia.

Interpretación del resultado cruzado de las infecciones del tracto urinario y los tipos de preeclampsia

Casos con ITU:

- **Preeclampsia leve:** Es el diagnóstico más frecuente, afectando a **21%** (13 de 25 casos con ITU). Esto sugiere que las ITU podrían estar más relacionadas con formas menos graves de preeclampsia.
- **Preeclampsia severa:** Afecta a **14%** (9 de 25 casos), indicando que las ITU también contribuyen significativamente a condiciones más graves.

Casos sin ITU:

- **Preeclampsia severa:** Es el diagnóstico predominante, afectando a **29%** (18 de 38 casos sin ITU). Esto sugiere que otros factores además de las ITU están

impulsando las formas severas de preeclampsia.

- **Preeclampsia leve:** Afecta a **21%** (15 de 38 casos), siendo el segundo diagnóstico más común.

Presencia de ITU: Las infecciones del tracto urinario están asociadas principalmente con la preeclampsia leve, lo que indica que pueden ser un factor de riesgo temprano o menos severo en la progresión de esta complicación.

Ausencia de ITU: Los casos sin infecciones presentan una mayor proporción de preeclampsia severa, lo que sugiere que otros factores, como problemas metabólicos o inmunológicos, pueden tener un rol predominante en estas formas graves.

Las infecciones del tracto urinario parecen ser un factor asociado con la preeclampsia leve y, en menor medida, con la preeclampsia severa. Sin embargo, su ausencia no excluye la posibilidad de complicaciones graves, como la preeclampsia severa o la eclampsia, destacando la necesidad de una evaluación integral y manejo temprano de las gestantes con y sin ITU.



Tabla 4. Describir la asociación que existen entre la rotura prematura de membranas y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata 2024

Rotura prematura de membranas	PREECLAMPSIA				Total	
	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa			
	fi	%	fi	%	fi	%
Si	7	11	11	17	20	32%
No	21	33	16	25	43	68%
Total:	28	44	27	43	63	100%

Fuente: Ficha de registro de datos

INTERPRETACIÓN.

De los 63 casos analizados:

Presencia de rotura prematura de membranas: Se identificó en **32%** (20 casos).

Este evento obstétrico es un factor significativo que puede desencadenar complicaciones materno-fetales, incluido el parto prematuro y condiciones asociadas como la preeclampsia.

Ausencia de rotura prematura de membranas: Representa el **68%** (43 casos).

La mayoría de las gestantes no presentó este problema, lo que sugiere que otras variables pueden estar asociadas a la preeclampsia en estos casos.

La rotura prematura de membranas es un indicador importante de complicaciones gestacionales, afectando tanto la salud materna como fetal.

Interpretación del resultado cruzado de la rotura prematura de membranas y los tipos de preeclampsia

Casos con rotura prematura de membranas:

- **Preeclampsia leve:** Es la condición predominante, afectando a **11%** (7 de 20 casos). Esto indica que la rotura prematura de membranas puede estar más relacionada con formas moderadas de preeclampsia.
- **Preeclampsia severa:** Afecta a **17%** (11 de 20 casos), lo que sugiere que este evento puede contribuir significativamente al desarrollo de formas graves.

Casos sin rotura prematura de membranas:

- **Preeclampsia leve:** Es la condición más frecuente en este grupo, afectando a **33%** (21 de 43 casos).

- **Preeclampsia severa:** Afecta a **25%** (16 de 43 casos), indicando que la ausencia de rotura de membranas no excluye el riesgo de complicaciones severas.

Es decir:

Presencia de rotura prematura de membranas: Se asocia con mayor frecuencia a preeclampsia severa, lo que sugiere que este evento obstétrico podría ser un desencadenante de complicaciones graves en el embarazo.

Ausencia de rotura prematura de membranas: Predomina la preeclampsia leve, lo que indica que las formas menos severas de preeclampsia pueden desarrollarse sin la intervención de este factor.

Por lo tanto:

La rotura prematura de membranas se relaciona principalmente con formas graves de preeclampsia, como la preeclampsia severa. Sin embargo, la preeclampsia leve sigue siendo posible incluso en ausencia de este evento. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un monitoreo riguroso en las gestantes que presentan rotura prematura de membranas para mitigar los riesgos asociados a complicaciones más severas.

Tabla 5. Describir la asociación que existen entre el sangrado vaginal y la preeclampsia en gestantes que acuden al servicio obstétrico del centro de salud de Ayapata.

Sangrado vaginal	PREECLAMPSIA				Total	
	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa			
	fi	%	fi	%	fi	%
Si	10	16	8	13	21	33%
No	18	29	19	30	42	67%
Total:	28	44	27	43	63	100%

Fuente: Ficha de registro de datos



INTERPRETACIÓN.

De los 63 casos analizados:

Presencia de sangrado vaginal: Se identificó en **33.3%** (21 casos). El sangrado vaginal durante el embarazo es un evento significativo que puede estar asociado a complicaciones como la preeclampsia y el parto prematuro.

Ausencia de sangrado vaginal: Representa el **66.7%** (42 casos). Aunque estos casos no presentaron este síntoma, no están exentos de otras complicaciones obstétricas, incluidas las formas graves de preeclampsia.

El sangrado vaginal se considera un signo de alerta que requiere atención inmediata para prevenir resultados adversos materno-fetales.

Interpretación del resultado cruzado del sangrado vaginal y los tipos de preeclampsia

Casos con sangrado vaginal:

- **Preeclampsia leve:** Es la condición más frecuente en este grupo, afectando a **47.6%** (10 de 21 casos). Esto sugiere que el sangrado vaginal puede estar relacionado con formas moderadas de preeclampsia.
- **Preeclampsia severa:** Afecta a **38.1%** (8 de 21 casos), indicando que el sangrado vaginal también es común en formas graves.

Casos sin sangrado vaginal:

- **Preeclampsia leve:** Predomina en este grupo, afectando a **42.9%** (18 de 42 casos).
- **Preeclampsia severa:** Afecta a **45.2%** (19 de 42 casos), lo que indica que



esta forma grave puede desarrollarse incluso sin sangrado vaginal.

Es decir:

Presencia de sangrado vaginal: Está asociado predominantemente con preeclampsia leve y severa. Esto resalta que, aunque es más frecuente en formas moderadas, también puede estar presente en condiciones graves.

Ausencia de sangrado vaginal: Aunque menos alarmante, está igualmente relacionado con formas severas de preeclampsia y, en menor proporción, con eclampsia, sugiriendo que otros factores contribuyen al desarrollo de estas complicaciones.

El sangrado vaginal durante el embarazo está asociado principalmente con preeclampsia leve y severa, destacando su relevancia como indicador temprano de complicaciones obstétricas. La ausencia de sangrado no descarta la posibilidad de preeclampsia severa, lo que subraya la importancia de un monitoreo integral en todas las gestantes. Este hallazgo refuerza la necesidad de una intervención temprana para prevenir la progresión hacia condiciones más graves.



CONCLUSIONES

PRIMERA. El estudio permitió determinar que el parto prematuro está asociado a la preeclampsia en las gestantes atendidas en el servicio obstétrico del Centro de Salud de Ayapata. Las condiciones maternas analizadas, como el 46% de las gestantes presentan entre 32-36 semanas, tiempo de gestación, el 57% de gestantes presenta contracciones uterinas, el 60% de las gestantes no presentan infecciones del tracto urinario, el 68% de las gestantes no presentan rotura prematura de membranas y el 67% presentan sangrado vaginal, mostrando una asociación directa en la incidencia y severidad de la preeclampsia, afectando el desenlace obstétrico.

SEGUNDA. El tiempo de gestación de 32-36 semanas se asocia principalmente con preeclampsia severa, representando por el 21%. Es decir, se dan 13 de 18 casos. El tiempo de gestación de 28-31 semanas se asocia principalmente con la preeclampsia severa, representado por el 16%. Es decir, se dan 8 de los 18 casos. Y solo el 29% de las gestantes menores de 28 semanas, se asocian a la preeclampsia severa, donde se dan 14 de los 18 casos.

TERCERA. Se identificó que, el 57% de las gestantes presentan contracciones uterinas, las mismas que se asocian a la preeclampsia severa (36 casos). Y solo el 43% de las gestantes no presentan contracciones uterinas (17 casos). Por lo tanto, existe mayor porcentaje de la ocurrencia de las contracciones uterinas, lo que, posibilita mayor prevalencia.

CUARTA. Se analizaron que, el 40% de las gestantes presentan infecciones del tracto urinario (ITU), las mismas que, se asocian predominantemente a



preeclampsia leve, representada en un 21% (13 casos). Y el, 60% de las gestantes no presentan infecciones del tracto uterino asociándose a la preeclampsia severa en un 29% (18 casos).

QUINTA. Se describió que el 32% de las gestantes presentan roturas de membranas, las mismas que se asocian a la preeclampsia severa representado en un 17%. Es decir que se dieron 11 casos. Y el 68% de las gestantes no presentan rotura prematura de membranas, porcentaje que se asocia a las a la preeclampsia leve en un 33%, es decir que se dieron 21 casos.

SEXTA. Se identificó que el 67% de las gestantes, no presentaron sangrado vaginal, las mismas que se asocian a la preeclampsia leve representado en un 16%, es decir que se dieron 10 casos. En ese mismo orden, el 33% de las gestantes estuvo presente el sangrado vaginal, las mismas que, se asocian a la preeclampsia severa representados por 8 casos.



RECOMENDACIONES

PRIMERA. Al profesional obstetra, es fundamental fortalecer la vigilancia prenatal en las gestantes que presentan factores de riesgo para la preeclampsia, a fin de prevenir y reducir la incidencia de parto prematuro mediante un diagnóstico oportuno y un manejo adecuado de la enfermedad.

SEGUNDA. A las obstetras implementar protocolos de monitoreo temprano para identificar gestantes con preeclampsia y evaluar el impacto de esta condición en el tiempo de gestación.

TERCERA. Al equipo de obstetras, promover el control adecuado de las contracciones uterinas en gestantes con preeclampsia, mediante estrategias médicas y educativas que reduzcan el riesgo de parto prematuro.

CUARTA. Capacitar al personal de salud del centro de Ayapata, fortalecer la detección y tratamiento oportuno de ITU mediante pruebas microbiológicas regulares y educación a las gestantes sobre medidas preventivas.

QUINTA. Implementar protocolos estrictos de manejo en casos de rotura prematura de membranas, incluyendo hospitalización y administración de corticoides para maduración pulmonar fetal.

SEXTA. Al equipo de obstetras, brindar atención especializada y protocolos de manejo ante el sangrado vaginal en gestantes con preeclampsia, para minimizar riesgos maternos y neonatales.



REFERENCIAS

1. Alejandro D. Teppa Garran & Teran Davila Jose. *Factores de riesgo asociados con la preeclampsia*. Venezuela : Rev Obstet Ginecol , 2017.
2. Alejandro. *Factores de riesgo asociados con la preeclampsia*. Venezuela: Rev obstet Gineco , 2020.
3. Álvarez F. et al. «Preeclampsia.» 2016.
4. Beltrán. *Prevalencia de preeclampsia en mujeres gestantes*. Estudio Inv. Guayas, 2022.
5. Benson. *Diagnóstico y tratamiento gineco obstetricia*. Manual Moderno: Rev., 2019.
6. Calvo et al. «Actualización en preeclampsia.» Rev. Med. 2020.
7. Chamyan et al. «Prevalencia de Preeclampsia y sus complicaciones en el Hospital de Clínicas: estudio observacional.» 2018.
8. Checya-segura J, & Moquillaza-Alcantara V. H. *Factores asociados con la preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huanuco, Peru*. Lima: Rev. Internet, 2019.
9. Curiel, E., Prieto, M. A., & Mora, J. F. «Factores relacionados con el desarrollo de preeclampsia.» 2015.
10. Fajardo. *Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto*. México: Rev. alerg., 2017.
11. Gómez. *Trastornos hipertensivos durante el embarazo*. La Habana: Rev.



- Cubana, 2014.
12. Guevara R, & Meza S, L. M. *Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú*. Lima: Rev. Per. Gineco-Obstetricia, 2014.
13. Gutiérrez, G. R., et al. «Alteraciones histopatológicas placentarias en la hipertensión gestacional.» 2018.
14. Guzmán-Juárez, W., et al. . *Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia*. México: Rev. Gineco-Obst, 2012.
15. Molina. «Angiopatía de la gestación (El Quijote y la preeclampsia).» 2017.
16. Orellana. *Factores de riesgo asociados a preeclampsia en las pacientes del servicio de gineco- obstetricia* . El Salvador, 2018.
17. Pacheco et al. *Marcadores genéticos de preeclampsia en mujeres peruanas*. Vol. Vol. 52. Colombia: Rev. Médica, 2021.
18. Pacheco. *Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecobstetra*. Lima: Acta medica peruana, 2016.
19. Pinedo, A., & Orderique, L. . «Complicaciones materno-perinatales de la preeclampsia-eclampsia.» 2011.
20. Rivas, E. E., & Mendivil, C. «Síndrome de Hellp.» 2014.
21. Romero, Pacheco-. «Introducción al simposio sobre preeclampsia.» 2017.
22. Sedano. «Reseña histórica e hitos de la obstetricia.» 2014.
23. Silvestre. *Prevalencia de preeclampsia que terminaron en cesárea en gestantes del Hospital Arzobispo Loayza*. Lima: Rev .Med., 2017.
24. TICLLA CABRERA, Juan Manuel. *Multiparidad como factor de riesgo para*



el desarrollo de la preeclampsia severa en hospital de chota. Tesis.

Cajamarca: Rev. Méd., 2020.

25. Valerio. «Estados hipertensivos del embarazo.» 2017.

26. Vasquez V. et. al. . *Trastornos hipertensivos del embarazo*. La Habana: Rev. Cubana, 2018.

27. Vázquez. «Prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital central del instituto de previsión social.» 2017.

28. Vigil. «Embarazo de alto riesgo de preeclampsia.» 2019.



ANEXO



Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

PARTO PREMATURO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL SERVICIO OBSTETRICO DEL CENTRO DE SALUD DE AYAPATA MACUSANI 2024

Datos generales

- Código de la Paciente: _____
- Edad de la Paciente (años): _____
- Fecha de Registro: _____
- Número de Gestación: _____
- Historia Clínica: _____

Variables del Estudio

1. Tiempo de Gestación

- Menos de 28
- semanas 28-31
- semanas
- 32-36 semanas

2. Presencia de contracciones uterinas

Sí No

3. Infecciones del Tracto Urinario (ITU)

Sí No

4. Prueba de ITU realizada (fecha): _____

Sí

No

5. Rotura Prematura de membranas

Sí

No

- Fecha de Rotura: _____

6. Presencia de Sangrado Vaginal

Sí

No

Diagnóstico de Preeclampsia

- Preeclampsia Leve
- Preeclampsia Severa
- Eclampsia



Observaciones adicionales:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre del responsable del registro: _____

Firma: _____

Fecha: _____



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 12 - 06 - 2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: JENNY NARCISA CHOQUE BUSTINZA
 Dirección: Jr. MANCO CAPAC N° 249 - PUNO
 DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 41056318
 Teléfono: 980487538 email: lnchb249@gmail.com
 Nombres y Apellidos: _____
 Dirección: _____
 DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____
 Teléfono: _____ email: _____
 Facultad y/o Escuela de Posgrado: ESCUELA DE POSGRADO
 Escuela Profesional o Mención: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
 Título o Grado Académico a optar: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS
 Asesor: Dr. ENRIQUE ELEUTERIO ZUÑIGA MEDINA
 Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:
 Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☐ Trabajo de Suñiciencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☒
 Título: PARTO PREMATURO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE
ACUDEN AL SERVICIO OBSTÉTRICO DEL CENTRO DE SALUD DE AYAPATA
MACUSANI 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): ECLAMPSIA, PREECLAMPSIA, PREVALENCIA, HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☐ Titulo ☒ 2da Especialidad ☐ Maestria ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Si, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Si, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Si: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Si autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, la opción "Internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral. Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.



Internacional



Nacional

Línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04**

Firma de Autor



huella digital

12 - 06 - 2026

Fecha