



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. JORGE MARTINEZ APAZA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA


**RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO JULIACA 2024**


TESIS PRESENTADA POR:


Bach. JORGE MARTINEZ APAZA

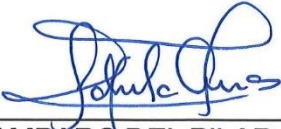
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE : 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO : 
Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO : 
M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS : 
Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : MEDICINA HUMANA - P09



RESOLUCIÓN DECANAL N° 735 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 15 de Setiembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 -7051 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE:

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **MARTINEZ APAZA JORGE** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

- * **Asesor (a)** : Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : MIERCOLES 17 DE SETIEMBRE DEL 2025
HORA : 16:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

 UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
Gabriela Betty Arias Luque
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTRIBUCIÓN:
 - Jurados (3)
 - Interesado (1)
 - Asesor de Tesis (1)
 - Archivo FCS 2025(1)



RESOLUCIÓN N° 020-2025-UI-FCS-UANCV-J

Juliaca, 19 de agosto del 2025

Visto: el Expediente N° 6249-2025 de fecha 04 de agosto del 2025, Presentado Por el Bach. **MARTINEZ APAZA JORGE**, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **RIESGO DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **MEDICINA HUMANA**

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- * **1er. Miembro** : Dra. **MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
- * **2do. Miembro** : M.Sc. **MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- * **Asesor** : Dra. **MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con **RESOLUCIÓN N° 639-2025-D-FCS-UANCV-J**, conducente para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema **RIESGO DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**, presentado por el (la) Bach. **MARTINEZ APAZA JORGE**, para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO: RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**

ARTICULO TERCERO. - **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la Facultad de ciencias de la Salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

- DISTRIBUCIÓN:**
- Interesados (1)
 - Archivo (1)

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Firma]

Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

**RESOLUCIÓN N° 065-2025-CF-FCS-UANCV**

Juliaca, 11 de agosto del 2025

VISTOS:

El Informe N° 001-2025-D-UI-FCS-UANCV-J, presentado por la Dra. María Concepción Figueroa Vilca, Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; y,

CONSIDERANDO:

Que, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; con el documento visto, ha solicitado autorización para que se determine quién firme en reemplazo de los docentes suspendidos y en cese de actividades docentes, que estén programados en todos los procesos de investigación de las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Que, el pleno del Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, en su sesión ordinaria de fecha 07 de agosto del 2025, teniendo en cuenta lo manifestado en el documento del vistos; **ACORDÓ** autorizar que la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE** y la Directora de la Unidad de Investigación Dra. **MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA**, reemplacen a los docentes que han sido suspendidos y que se encuentren en cese de actividades académicas, que estén programados en todo los procesos de sustentaciones y otros, de las Escuelas Profesionales de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Estando, al acuerdo del Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, de conformidad a lo establecido por la Ley Universitaria N° y la Resolución 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738, y modificatoria N° 24661, y la Resolución N° 219-2025 UANCV -CU -R y las facultades que le otorga a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: AUTORIZAR que la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE** y la Directora de la Unidad de Investigación Dra. **MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA REEMPLACEN** a los docentes que han sido suspendidos y que se encuentren en cese de actividades académicas, que estén programados en todos los procesos de investigación y otros, que involucran a los estudiantes y egresados, para que puedan continuar con sus trámites correspondientes, por los considerandos expuestos en la presente resolución.

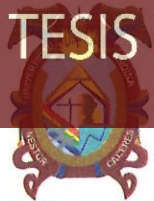
ARTÍCULO SEGUNDO: DISPONER, que la Decana de la Facultad, la Comisión de Grados y Títulos y la Comisión de Investigación y la Secretaría Académica de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución: Decanato, Comisión de Grados y Títulos, Archivo,
GBAL/pct



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
Gabriela Betty Arias Luque
Dra. Gabriela Betty Arias Luque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



RESOLUCIÓN DECANAL N° 231 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 24 de abril del 2025

VISTOS:

El Informe N° 018 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 23 de abril de la E.P. de Medicina Humana folio 000071;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) MARTINEZ APAZA JORGE ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA - P09**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- * **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- * **2do. Miembro** : Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 613-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) MARTINEZ APAZA JORGE, para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado : **RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO - RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**

ARTICULO TERCERO - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: Medicina Humana a Secretaria Académica. Archivo.



20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 19% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



METADATOS COMPLEMENTARIOS

Título de la tesis	
RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JORGE MARTINEZ APAZA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02448395
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-4822-1329
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02405808
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8164-4833
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



Datos de investigación	
Línea de investigación	Medicina Humana – P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Edificio: HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA Av. Huancané Coordenadas Latitud: 15° 48' 16" Longitud: 70° 12' 01" URL Maps https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1SdaiS14IEIo5bhHjtjXhfnt0g5R8&usp=sharing</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2025 – Setiembre 2025
URL de disciplinas OCDE Librería	<p>Medicina general, Medicina interna https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27</p> <p>Epidemiología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.09</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO NESTOR CERECES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Figuerola
Dra. Mariel Concepción Figuerola Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo JORGE MARTINEZ APAZA, identificado con DNI
Nro. 02448395, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
 Programa de Segunda Especialidad,
 Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

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

RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

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.

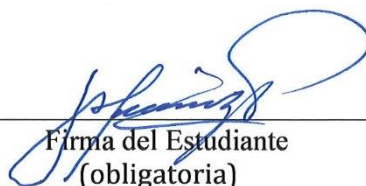
Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

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 06 de OCTUBRE del 2025



Firma del Asesor
(obligatoria)



Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, que con una mirada cálida dirigía al cielo nuestro señor todo poderoso que me permitió lograr caminar por el largo sendero que he decidido atravesar y me proporciono los medios necesarios para aguantar los enrevesados trayectos. A la manífica persona que es mi adorada madre, por su cariño infinito y la motivación que me brinda para seguir adelante día a día. A mis hermanos.



AGRADECIMIENTO

A la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, y en especial a la Escuela de Medicina Humada, por las valiosas enseñanzas, conocimientos y consejos brindados a lo largo de mi formación. Mi gratitud se extiende a la Dra. María Amparo del Pilar Chambi Catacora por su invaluable orientación y apoyo constante. Asimismo, expreso mi sincero agradecimiento al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca por abrirme sus puertas para la ejecución de mi proyecto y por todas las enseñanzas y recomendaciones recibidas durante esta etapa.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA..... iii

AGRADECIMIENTO.....iv

ÍNDICE GENERAL v

ÍNDICE DE TABLAS viii

ÍNDICE DE FIGURAS x

RESUMEN..... xii

ABSTRACT xiii

INTRODUCCIÓNxiv

CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 1

 1.1.1. Problema principal 3

 1.1.2. Problemas específicos..... 4

1.2. JUSTIFICACIÓN..... 4

 1.2.1. Justificación Teórica 4

 1.2.2. Justificación practica 5

 1.2.3. Justificación metodológica 6

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 7

 1.3.1. Objetivo general 7

 1.3.2. Objetivos específicos 7

1.4. HIPÓTESIS..... 7

 1.4.1. Hipótesis general 7



1.4.2. Hipótesis específicas 8

1.5. VARIABLES 8

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES 9

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 10

 2.1.1. A Nivel Internacional..... 10

 2.1.2. A nivel nacional..... 15

 2.1.3. A nivel local..... 22

2.2. MARCO TEÓRICO 27

2.3. MARCO CONCEPTUAL..... 40

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 41

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN 41

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN..... 42

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA..... 42

 3.4.1. Población 42

 3.4.2. Muestra 42

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN..... 43

 3.5.1. Técnicas..... 43

 3.5.2. Instrumentos 43

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS 43



3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS 43

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 44

 3.8.1. Validez 44

 3.8.2. Confiabilidad 44

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS 45

CONCLUSIONES..... 80

RECOMENDACIONES 81

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 83

ANEXOS..... 91

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS..... 92

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA 100

ANEXO 3: INSTRUMENTO 101

ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO 103

ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN 109



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación entre la edad y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	45
Tabla 2.	Relación entre la ocupación y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	48
Tabla 3.	Relación entre la procedencia y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	51
Tabla 4.	Relación entre el estado civil y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	54
Tabla 5.	Relación entre la instrucción y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	57
Tabla 6.	Relación entre la obesidad pre gestacional y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	60
Tabla 7.	Relación entre la edad gestacional y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	63
Tabla 8.	Relación entre número de gestaciones y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	66



Tabla 9. Relación entre número de partos y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	69
Tabla 10. Relación entre número de cesárea y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	72
Tabla 11. Relación entre número de abortos y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	75
Tabla 12. El tipo de enfermedad hipertensiva del embarazo que más frecuente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	78



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relación entre la edad y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024..... 46

Figura 2. Relación entre la ocupación y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024..... 49

Figura 3. Relación entre la procedencia y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024..... 52

Figura 4. Relación entre el estado civil y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024..... 55

Figura 5. Relación entre grado de instrucción y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024..... 58

Figura 6. Relación entre la obesidad pre gestacional y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024..... 61

Figura 7. Relación entre la edad gestacional y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024..... 64

Figura 8. Relación entre numero de gestaciones y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024..... 67



Figura 9. Relación entre numero de partos y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	70
Figura 10. Relación entre numero de cesárea y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	73
Figura 11. Relación entre numero de abortos y la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.....	76
Figura 12. El tipo de enfermedad hipertensiva del embarazo que más frecuente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024	78



RESUMEN

Objetivo: Determinar los riesgos de obesidad relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024. **Material y métodos:** Estudio de tipo básico de nivel correlacional con un diseño no experimental transversal, de enfoque cuantitativo. Donde se usó la técnica del análisis documental y como instrumento ficha de recolección de datos. La muestra estuvo conformada por 211 pacientes. **Resultados:** Se identifica la relación entre las enfermedades hipertensivas y los factores sociodemográficos. En la edad, el 68.2% tenía entre 19 y 34 años ($p=0.012$). Respecto a la ocupación, el 70.2% eran amas de casa ($p=0.001$). En la procedencia, el 77.7% provenía de zonas urbanas; El estado civil, el 87.3% eran convivientes. El nivel de instrucción, el 68.9% con educación secundaria ($p=0.020$). En los factores obstétricos se muestra la obesidad pregestacional, el 38.4% presentó sobrepeso ($p=0.004$). En la edad gestacional, el 98.1% desarrolló la enfermedad en 21-40 semanas de embarazo ($p=0.014$). En el número de gestaciones, el 61.3% fueron multigestas ($p=0.006$), y el 52.2% eran multíparas ($p=0.003$). Sin embargo, no se encontró relación con la vía del parto, ya que el 76.9% no tuvo cesárea ($p=0.131$), ni aborto, dado que el 59.7% no presentó abortos previos ($p=0.058$). El tipo de enfermedad hipertensiva del embarazo, el 78.8% de las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca – 2024, presentó preeclampsia. Conclusiones: Se determinó los riesgos de obesidad relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024. Aceptándose parcialmente la hipótesis planteada.

Palabras clave: Enfermedades hipertensivas, embarazo, obesidad y riesgos.

**ABSTRACT**

Objective: To determine the risks of obesity related to hypertensive disease of pregnancy in patients treated at the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca 2024.

Materials and methods: A basic correlational study with a non-experimental, cross-sectional design and a quantitative approach. Documentary analysis was used and a data collection form was used. The sample consisted of 211 patients. **Results:** A relationship between hypertensive diseases and sociodemographic factors was identified. In terms of age, 68.2% were between 19 and 34 years old ($p = 0.012$). Regarding occupation, 70.2% were homemakers ($p = 0.001$). Regarding origin, 77.7% came from urban areas; marital status was 87.3% were cohabiting. Regarding educational level, 68.9% had secondary education ($p = 0.020$). Obstetric factors included pregestational obesity, with 38.4% being overweight ($p=0.004$). Regarding gestational age, 98.1% developed the disease in the second half of pregnancy ($p=0.014$). Regarding the number of pregnancies, 61.3% were multipregnant ($p=0.006$), and 52.2% were multiparous ($p=0.003$). However, no relationship was found with the mode of delivery, as 76.9% did not have a cesarean section ($p=0.131$), or miscarriage, given that 59.7% had no previous miscarriages ($p=0.058$). Regarding hypertensive disease of pregnancy, 78.8% of patients treated at Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca – 2024, presented preeclampsia.

Conclusions: A statistically significant relationship was found between the risks of obesity and hypertensive disease in pregnancy in patients treated at the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca 2024.

Keywords: Hypertensive diseases, pregnancy, obesity, and risks.



INTRODUCCIÓN

La obesidad representa una problemática de interés sanitario global y ha evidenciado una escalada preocupante entre las féminas en etapa reproductiva, constituyéndose de un determinante de riesgo clínico relevante durante el periodo gestacional. Numerosas investigaciones han documentado que la corpulencia preconcepcional junto con la ganancia ponderal desmesurada en el transcurso de la gravidez guardan correlación con una diversidad de complicaciones clínicas, destacando entre ellas el síndrome hipertensivo gestacional, considerado uno de los agentes etiológicos primordiales de la morbilidad y mortalidad en la díada madre-producto. (1)

En el Perú, y particularmente en regiones altoandinas como Juliaca, se observa una creciente prevalencia de obesidad en gestantes, influenciada por factores nutricionales, socioeconómicos y culturales. Esta situación incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones hipertensivas, requiriendo atención médica especializada y seguimiento estricto durante el control prenatal. (2)

Capítulo I: se incluye los aspectos generales, como planteamientos y objetivos, hipótesis y variables, **Capítulo II:** Constituye el sustento teórico, incluyendo los precedentes científicos vinculados, así como la fundamentación conceptual pertinente. **Capítulo III:** Describe los procedimientos metodológicos, el diseño epistemológico adoptado, la clasificación del estudio según su naturaleza, los enfoques metodológicos implementados, fiabilidad de los instrumentos empleados. **Capítulo IV:** Comprende los hallazgos obtenidos junto a su interpretación crítica, las inferencias concluyentes y las sugerencias propositivas que proviene del proyecto.



CAPITULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

A nivel internacional

En base de un contexto de un rango mundial, anualmente, las disfunciones nutricionales, el exceso adiposo y los síndromes hipertensivos gestacionales contabilizan aproximadamente 50,000 decesos maternos y 900,000 pérdidas perinatales; adicionalmente, configuran una susceptibilidad clínica hacia futuras alteraciones cardiovasculares, así como una proclividad hereditaria para que la descendencia desarrolle hipertensión arterial sistémica (HTAS) en etapas pediátricas, incluso acompañada del cuadro clínico denominado síndrome dismetabólico. El cuadro hipertensivo gestacional y el incremento mórbido de tejido adiposo constituyen dos entidades nosológicas que, si bien podrían parecer autónomas, presentan una asociación fisiopatológica estrecha, con repercusiones de alta magnitud sobre el binomio madre-feto durante la etapa de gestación. La ganancia ponderal durante la gravidez actúa como elemento predisponente y coadyuvante en la aparición de afecciones hipertensivas vinculadas al embarazo. La elevación tensional constituye la comorbilidad obstétrica más prevalente en la práctica clínica gestacional y representa una de las



etiologías más relevantes de letalidad y secuelas patológicas materno-fetales a escala internacional. El sobrepeso gestacional y el avance hacia estados de obesidad mórbida son elementos coadyuvantes en la génesis de trastornos hipertensivos en la mujer grávida. Se estima que los síndromes hipertensivos complican entre un 5% y un 10% de los embarazos, y su incidencia ha mostrado una tendencia ascendente debido al incremento de las patologías cardiometabólicas; en escenarios donde coexiste la obesidad, se intensifica de manera crítica el deterioro del bienestar materno y del producto gestacional en mujeres de edad reproductiva (1).

A nivel nacional

En el año 2024, el 15.2% de gestantes en el Perú presentaron obesidad pregestacional. Durante el embarazo en el primer semestre de 2024, el 34.4% de gestantes en el Perú presentaron sobrepeso pregestacional, al término de la gestación presentaron obesidad el 37% de gestantes, presentando también enfermedad hipertensiva del embarazo. Comprender la interconexión fisiopatológica entre estas dos entidades clínicas resulta fundamental para instaurar medidas preventivas eficaces y terapéuticas idóneas, al igual que para fomentar un estado de salud integral durante el curso del proceso gestacional. Las pacientes en estado gravídico que presentan adiposidad mórbida, cuadros infecciosos sistémicos, hipertensión arterial sostenida o trastornos hipertensivos específicos como la preeclampsia, evidencian una propensión elevada a desencadenar nacimientos pretérmino, condición obstétrica considerada una de las principales etiologías de fallecimiento neonatal en etapa temprana (10).



A nivel local

El servicio de nutrición de Dirección Regional de Salud (DIRESA), informa que los desórdenes alimenticios en las gestantes, es muy preocupante, debido a que se muestran los cuadros hipertensivos vinculados al estado gestacional se correlacionan con desenlaces clínicos severos en la madre gestante y constituyen un componente relevante en la etiología de la mortalidad materna. Paralelamente, incrementan la probabilidad de parto pretérmino, limitación patológica del desarrollo intrauterino, peso insuficiente lo que se ve vinculado con la edad gestacional, egente de una medición cronológica y desenlace perinatal letal. Se calcula que su frecuencia varía aproximadamente entre el 5% y el 10% en Juliaca. La falta de instrucción adecuada en materia de nutrición perinatal conlleva a que múltiples mujeres en estado de gravidez incurran en extremos nutricionales perjudiciales para su salud y la del feto en desarrollo en caer en la mal nutrición o en la desnutrición durante el embarazo; razones que complican el proceso del embarazo, se ha encontrado que el 7 a 8% de gestantes presentan sobre peso, y el 5% llega a nivel de obesidad, lo cual complica la salud materna y fetal por compromiso de enfermedad hipertensiva del embarazo. (4)

Formulación del problema

1.1.1. Problema principal

PG. ¿Cuáles son los riesgos de obesidad relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024?



1.1.2. Problemas específicos

- PE1.** ¿Cuáles son los riesgos de obesidad sociodemográficos relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?
- PE2.** ¿Cuáles son los riesgos de obesidad obstétricos relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?
- PE3.** ¿Cuál es el tipo de enfermedad hipertensiva del embarazo, que más frecuentemente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación Teórica

Se refleja que la prevalencia de múltiples signos de síndromes hipertensivos asociados al periodo gravídico como secuela de la adiposidad excesiva ha ido en incremento progresivo, atribuible, entre otros determinantes a la expansión mundial de la edad reproductiva avanzada, al uso creciente de biotecnologías para la concepción asistida y a la presencia de patologías coexistentes que inducen a la manifestación de preeclampsia, tales como la disglucemia tipo mellitus, hipertensión arterial crónica y nefropatías preexistentes. La acumulación adiposa durante el proceso de gestación amplifica sustancialmente la posibilidad de desarrollar hipertensión gestacional. Otro signo clínico de alarma es la coexistencia de embarazo múltiple y la condición de nuliparidad. Todo ello confluye en el



desencadenamiento de cuadros hipertensivos, en estrecha relación con desequilibrios nutricionales gestacionales que culminan en estados de obesidad; se establece el diagnóstico clínico cuando las cifras tensionales exceden los 140/90 mmHg cuando el embarazo llega a la semana 20, en pacientes que previamente mantenían parámetros normotensivos y que no presentan proteinuria. Precisamente, partimos del principio de que estas complicaciones obstétricas pueden ser prevenidas y controladas a fin de que pueda implementar las recomendaciones junto a su equipo asistencial durante los controles prenatales, orientando a las gestantes mediante intervenciones educativas sobre hábitos alimenticios adecuados, prevención de la obesidad, y la vigilancia de Indicadores tales como la variación de la presión arterial que supera los límites normales y el IMC en beneficio tanto de la madre como de su producto en formación.

1.2.2. Justificación practica

Se muestra que se hay una finalidad de establecer estrategias que genera la mitigación ante dichos factores predisponentes, se propone la ejecución del presente estudio, a fin de proporcionar los resultados al director del establecimiento hospitalario Carlos Monge Medrano, así como al coordinador del ambiente obstétrico, con la finalidad que a través de las sugerencias. clínicas formuladas, puedan implementar directrices prácticas sobre los cuidados profilácticos que deben transmitirse a las pacientes en etapa de gestación durante sus visitas de control prenatal. Estas sugerencias estarán orientadas a promover una alimentación equilibrada y funcional, evitando así hábitos dietéticos perjudiciales, al igual que desincentivar estilos de vida inactivos, fomentando rutinas de actividad física



adaptadas a la condición fisiológica de la embarazada, considerando que tanto la obesidad como la hipertensión arterial constituyen factores predisponentes de alta morbilidad obstétrica y aumentan el riesgo de desenlaces fatales tanto en la madre como en el neonato. Entre las complicaciones posibles figuran el aborto espontáneo, óbito fetal intrauterino, intolerancia glucémica gestacional, nacimiento prematuro, necesidad de parto instrumentado o intervención cesárea, cuadros infecciosos puerperales y hemorragias posparto; en cuanto al neonato, se pueden presentar dismorfogénesis, macrosomía, distocia escapular e incluso muerte fetal. La obesidad, como patología metabólica crónica de curso prolongado, influye en la cantidad importante en las féminas que atraviesan por una edad fértil. Para contrarrestar tanto la hipertensión como la obesidad gestacional, es fundamental la incorporación de modificaciones conductuales en los patrones de vida cotidianos.

1.2.3. Justificación metodológica

Esta investigación pretende encontrar los modos y medios para prevenir a las mujeres que quieren ser madres, se preparen especialmente si son conscientes que tienen su peso estando dentro de los parámetros normales con tal de no llegar a un estado de obesidad, hacer dar cuenta de todas las complicaciones que pueden presentar ellas y complicar también la salud de su hijo. Para evitar la obesidad durante el embarazo, se recomienda cultivar hábitos nutricionales salubres y ejecutar adiestramiento físico comedido. Se le sugiere dieta saludable comer más frutas, verduras, granos integrales y proteínas magras, evitar los dulces, los alimentos precocinados, las grasas y el exceso de sal, cocinar a la plancha o al vapor, evitando las frituras, beber



mucha agua, consumir leche descremada, al 1% o al 2%, comer pescado 3-4 veces a la semana, ejercicio moderado, caminar por lo menos 30 minutos al día.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG. Determinar los riesgos de obesidad relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

OE1. Identificar los riesgos de obesidad sociodemográficos relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

OE2. Evaluar los riesgos de obesidad Obstétricos relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

OE3. Evaluar el tipo de enfermedad hipertensiva del embarazo que más frecuente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

HG. Los riesgos de obesidad sociodemográficos, obstétricas se relacionan con la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024.



1.4.2. Hipótesis específicas

- HE1.** Los riesgos sociodemográficos se relacionan con la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.
- HE2.** Los riesgos obstétricos se relacionan con la enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.
- HE3.** El tipo de enfermedad hipertensiva gestacional es el que más frecuentemente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

1.5. VARIABLES

Variable 1: Riesgos

Variable 2: Enfermedad hipertensiva del embarazo



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
1.- Riesgos de obesidad	1.1 Socio demográficos	1.1.1 Edad	a.- <de 18 años b.- De 19 a 34 años c.- >De 34 años
		1.1.2 Ocupación	a.- Ama de casa b.- Comerciante c.- Estudiante d.- Independiente
		1.1.3 Procedencia	a.- Rural b.- Urbano
		1.1.4 Estado civil	a.- Casada b.- Conviviente c.- Soltera
		1.1.5 Grado de Instrucción	a.- Primaria b.- Secundaria c.- Superior
	1.2 Obstétricas	1.2.1. Obesidad pre gestacional (Según IMC)	a.- Grado I b.- Grado II c.- Grado III d.- Normal e.- Sobrepeso
		1.2.2 Edad gestacional	a.- 0 - 20 semanas b.- 21 - 40 semanas
		1.2.3. Número de Gestaciones	a.- Primigesta b.- Multigesta c.- Gran multigesta
		1.2.4. Número de Partos	a.- Primípara b.- Multípara c.- Gran multípara
		1.2.5 Número de Cesáreas	a.- Ninguno b.- Uno c.- Iterativa (2 o más)
		1.2.6 Número de Abortos	a.- Ninguno b.- Uno c.- Habitual (3 o mas)
	2.- Enfermedad hipertensiva del embarazo.	2.1 Tipo de enfermedad hipertensiva	



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

Gonzales. (4) El sobrepeso y/o la obesidad materna al inicio de la gestación se asocian a un incremento del riesgo de padecer algún estado hipertensivo del embarazo en una población del sur de España, 2021. Objetivo: Hallar si el incremento ponderal excesivo y/o la adiposidad mórbida en mujeres al inicio del proceso gestacional se correlaciona con una mayor probabilidad de manifestar algún tipo de síndrome hipertensivo
procedimiento metodológica: diseño observacional retrospectivo de una sola medición atemporal con 50 registros documentarios como unidad muestral.
Resultados: la condición de sobrepeso materno se relacionó con un aumento sustancial de los peligros que se llegan a desarrollar por algun modo de EHE donde OR 3,04 y un IC 95% con márgenes de 1,73–2,98, así como de presentar hipertensión en el periodo de gestación donde OR 1,68 y un IC 95% con márgenes de 1,03–2,73 e hipertensión crónica preexistente donde el era OR 3,71 y con un IC 95% con márgenes de 1,67–8,28. La obesidad materna, por su parte, mostró una asociación robusta con un mayor riesgo de EHE en general donde OR 3,57 y su IC 95% con márgenes



de 2,69–4,71, hipertensión gestacional donde se dio un OR 2,94 con un IC 95% con márgenes de 2–4,39, hipertensión arterial crónica donde OR 8,33 con un IC 95% con márgenes de 4,23–26,42 y preeclampsia de OR 2,18; con un IC 95%: de parámetros de 1,12–3,87. En el análisis de regresión logística multivariada, ajustado por variables como número de gestaciones previas y cual es el número de edad de la progenitora y la variación del peso continuó siendo un predictor significativo de hipertensión gestacional donde OR 1,74 con un IC 95% con márgenes de 1,26–2,85, HTA crónica daba OR 3,79 con un IC 95% y márgenes de 1,69–8,37 y preeclampsia donde la OR 2,02; y un IC 95%: 1,015–4,48); la obesidad mostró incluso mayor riesgo de hipertensión gestacional dado que un OR 2,42 en un IC 95%: 1,39–4,23, hipertensión crónica dado OR 27,96 en un IC 95%: 8,78–36,79 y preeclampsia con un OR 4,69; y un IC 95%: 2,64–8,37. Conclusión: se dio a entender que el sobrepeso como la obesidad se constituyen agentes detonadores para la aparición de cuadros hipertensivos en féminas que atraviesan por la etapa de gestación siendo la magnitud de los peligros que son funcionales asociables del grado de incremento del IMC, desde sobrepeso hasta obesidad grado III).

Itusac. (5) Impacto sobre la mortalidad neonatal, por hipertensión arterial crónica y obesidad en la gestación, en un hospital colombiano, entre 2020 y 2023. Objetivo: establecer la repercusión sobre la letalidad neonatal, la masa al nacer y la madurez gestacional, de las alteraciones hipertensivas, diabéticas y la adiposidad durante el periodo gestacional, en una cohorte de neonatos. procedimientos metodológicos de una naturaleza descriptiva de carácter cuantitativo con una sola medición atemporal de una



unidad muestral de 237. Resultados: Se identificó una correlación estadísticamente relevante entre el peso insuficiente al momento del nacimiento y el parto prematuro con la preeclampsia y la hipertensión arterial crónica, mientras que se relacionó una masa corporal neonatal más elevada estuvo relacionada con la presencia de diabetes y exceso de peso. Las defunciones perinatales que mostraron una relación estadísticamente significativa al estar vinculadas con la combinación de tensión arterial elevada sostenida y trastorno diabético Conclusiones: Los trastornos de la presión arterial y del metabolismo afectan el peso corporal y el desarrollo fetal al momento del nacimiento, estableciéndose una relación notable entre la mortalidad en recién nacidos y la tensión arterial elevada persistente junto con los desórdenes glucémicos. Se demuestra un crecimiento progresivo en la frecuencia del exceso de peso corporal durante la gestación, dado que aproximadamente un 20% a 25% de las gestantes comienzan su embarazo con un índice ponderal que las ubicaría en la categoría de sobrepeso severo.

Cayllon. (6) Factores asociados a la hipertensión arterial y obesidad inducida por el embarazo (HIE) en personas que viven en la altura, Hospital Regional Docente Materno Infantil de Ecuador, 2020. Objetivo: Hallar los diferentes componentes que son determinantes que se asocian a la manifestación de la hipertensión y adiposidad excesiva generando un estado gravídico en mujeres gestantes que residen en altitudes elevadas, específicamente procedimiento metodológico: El enfoque de la pesquisa fue de naturaleza observacional con componente analítico, utilizando el monitoreo de los casos que eran afirmativo con esta condición y los que ya procedían a realizar el tratamiento donde se integraron 500 mujeres en



como unidad muestral , con una media de edad de 25 ± 5.8 Resultados: Las expresiones clínicas predominantes en las pacientes con HIE fueron: retención hidrosalina periférica 64%, cefalalgia intensa 62%, molestias epigástricas 52%, acúfenos 42%, aumento de reflejos osteotendinosos 27% y percepciones visuales anómalas o escotomas 20%. Entre los agentes de peligro que se mostraron mayor correlación con la presencia de HIE en comparación con las féminas que atraviesan por la etapa de gestión normotensas destacaron: la condición de obesidad 79% frente a 40%; OR es 3.59; IC 95%: 2.31–5.43; P igual 0.001 y la edad reproductiva extrema 28% frente a 18%; OR es 1.56; IC 95%: 1.07–2.319; P igual 0.001. Conclusion: Los signos y síntomas más prevalentes en los cuadros de HIE fueron los edemas, las cefaleas persistentes y la epigastralgia. Los factores con mayor peso etiopatogénico asociados al riesgo de desarrollar HIE en gestantes que habitan en regiones de gran altitud fueron la adiposidad mórbida y la edad materna fuera del rango promedio reproductivo.

Mijares. (7) Estudio de complicaciones maternas asociadas al sobrepeso y obesidad durante el embarazo en la mujer joven de Bolivia, en artículos publicados entre los años 2019 al 2022. Objetivo : Hallar los componentes que son repercusiones maternas que se relacionan con el exceso de peso corporal durante la gestación y al mismo tiempo, identificar las estrategias más eficaces para fomentar prácticas saludables y prevenir el incremento ponderal en mujeres embarazadas. procedimiento metodologico: de una indagación compleja y sistemática de documentación especializada encontradas mediante las paginas como Google Scholar, MEDLINE, Cochrane y SciELO. La adiposidad excesiva durante el estado



gravídico constituye una problemática relevante en el ámbito de la sanidad colectiva, debido a que intensifica la probabilidad de desenlaces adversos tanto obstétricos como neonatales. La prevalencia de exceso ponderal en mujeres en etapa reproductiva ha presentado un aumento progresivo, multiplicándose por dos durante las tres décadas anteriores y el número de gestantes que cursan el embarazo con obesidad manifiesta también refleja un índice numérico que va creciendo conforme se aumenta el valor de la variante causal. La coexistencia de obesidad en los cuerpos físicos y la manifestación de indicadores de sobrepeso sobre el área corporal y en el contexto gestacional se encuentra estrechamente vinculada a una amplia gama de complicaciones clínicas, siendo las más frecuentes los síndromes hipertensivos del embarazo y la disglucemia gestacional; sin embargo, también se asocian con otras entidades como pérdidas gestacionales tempranas, nacimientos pretérmino, mortinatos, macrosomía fetal, disfunciones en el mecanismo de alumbramiento y una alta frecuencia de resolución quirúrgica mediante el alumbramiento inducido. Conclusión fundamental: la intolerancia a la glucosa con inicio durante la gestación (diabetes gestacional) y los cuadros hipertensivos representan las alteraciones clínicas más prevalentes asociadas a la presencia de exceso ponderal en el período gestacional

Córdova. (8) Obesidad como trastorno multisistémico relacionado a enfermedad hipertensiva, Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa desde 2021 hasta 2023. Objetivo: establecer el vínculo etiopatogénico entre la adiposidad mórbida y la aparición de preeclampsia, como elementos predisponentes de desenlaces maternos y perinatales



desfavorables. Procedimiento metodológico: un esquema descriptivo de una sola medición atemporal sin una manipulación de la variante causal de los casos y controles. la unidad poblacional de 101 féminas gestantes que culminaron su embarazo con diagnóstico clínico confirmado de preeclampsia donde se selecciono a 96 mujeres embarazadas como unidad muestral sin desarrollo de la patología hipertensiva. Resultados relevantes: se evaluaron 197 pacientes obstétricas, de las cuales 101 que representa el 51,3 %, presentaron preeclampsia, mientras que 96 (48,7 %) conformaron el grupo control del total de pacientes afectadas, el 86,1 % manifestó preeclampsia con signos de agravamiento clínico. Se observó que el IMC fue más elevado en las féminas en estado de gestación con signos preeclámpticas respecto al grupo sin la patología ($p = 0,002$). La proporción de mujeres con obesidad fue notoriamente superior en el grupo con preeclampsia, observándose en el 48,5 % de los casos una ganancia ponderal excesiva. Se estableció la influencia entre la preeclampsia y la manifestación de componentes obstétricas o neonatales combinadas que llegan a dañar a la madre y al feto donde se dio un 64,8 % frente a 46,2 % con p igual a 0,029. Conclusion: el aumento del IMC como agentes que aporta de forma directo en la génesis de la preeclampsia, condición que, a su vez, repercute negativamente en los resultados clínicos tanto maternos como perinatales.

2.1.2. A nivel nacional

Condori. (9) Sobrepeso y/o la obesidad materna al inicio de la gestación se asocian a un incremento del riesgo de padecer algún estado hipertensivo del embarazo en una población del Cono Norte de



Arequipa, 2023. Objetivo: establecer si la condición de se agentes indicadores de sobre peso y la manifestación en los cuerpos de las progenitoras de obesidad en las fases iniciales del periodo gestacional se correlacionan con una mayor probabilidad de desarrollar alguna forma de disfunción hipertensiva del embarazo. Procedimiento metodológico: se llevó a cabo técnica observacional con enfoque de cohortes retrospectivas. Se analizaron 2000 historias Resultado: El sobrepeso en la etapa gestacional eleva de manera notable la probabilidad de presentar alteraciones hipertensivas. Las gestantes con exceso de peso tienen cerca del triple de riesgo de desarrollar complicaciones como hipertensión del embarazo, tanto gestacional como crónica preexistente. En el caso de la obesidad materna, la asociación es aún más marcada: se cuadruplica la posibilidad de padecer trastornos hipertensivos del embarazo, se duplica el riesgo de desarrollar hipertensión gestacional y preeclampsia, y se multiplica por ocho la probabilidad de sufrir hipertensión crónica. Estas evidencias revelan una correlación directa una correlación entre el incremento del IMC materno y la intensidad del cuadro clínico de las complicaciones hipertensivas durante la gestación. El sobrepeso en la etapa gestacional eleva de manera notable la probabilidad de presentar alteraciones hipertensivas. Las gestantes con exceso de peso tienen cerca del triple de riesgo de desarrollar complicaciones como hipertensión del embarazo, tanto gestacional como crónica preexistente. En el caso de la obesidad materna, la asociación es aún más marcada: se cuadruplica la posibilidad de padecer trastornos hipertensivos del embarazo, se duplica el riesgo de desarrollar hipertensión gestacional y preeclampsia, y se multiplica por ocho la probabilidad de sufrir



hipertensión crónica. Estas evidencias revelan una correlación directa sobre la creciente del IMC de la progenitora y la gravedad de las complicaciones hipertensivas durante la gestación. Conclusión: Tanto el exceso de peso como la obesidad representan factores que amplifican la probabilidad de presentar trastornos de la variación de la presión en las pregenitoras que atraviesaban por la gestación. Este peligro se eleva de manera proporcional al IMC de la mujer embarazada.

Ñique. (10) Prevalencia de diabetes gestacional, e hipertensión arterial en pacientes embarazadas con obesidad pre gestacional en pacientes del Hospital Belén de Trujillo, 2020. Objetivo: caracterizar la frecuencia proporcional de aparición de disglucemia gestacional y presión arterial elevada de carácter gestacional en usuarias con adiposidad preconcepcional, procedimiento metodológico: se desarrolló una indagación retrospectiva de naturaleza transversal y descriptiva, orientada a gestantes con diagnóstico preexistente de obesidad quienes además cumplían con controles prenatales sistemáticos. Se evaluaron indicadores de estilo de vida y parámetros somatométricos, clínicos y bioquímicos distribuidos por trimestre de la gestación El tamizaje de diabetes en embarazadas se estableció a través del examen de sobrecarga glucémica por vía oral entre la semana 20 y la 26 del embarazo. La hipertensión gestacional fue definida como cifras tensionales $\geq 140/92$ mmHg desde a partir de la semana 20 del embarazo, sin detección de proteínas en la orina se abarcó evaluación de proporciones y la determinación sobre el calculo con respecto a los intervalos que se vinculan con la confianza son de un porcentaje de 95%. Resultado: se identificó una prevalencia de intolerancia glucémica



gestacional del 14 % (IC95 %: 9,7–17,7) en gestantes con obesidad, mientras que la hipertensión arterial gestacional alcanzó una prevalencia del 8 % (IC95 %: 4,4–10,7) en la misma cohorte. Conclusión clínica: el exceso de tejido adiposo previo al embarazo constituye un elemento de riesgo bien documentado, especialmente en relación para la manifestación de signos de trastornos de afectan al metabolismos de las feminas en estado de gestacion y eventos hipertensivos. Su elevada incidencia justifica la necesidad de instaurar campañas preventivas que coadyuven a la disminución progresiva de este fenómeno patológico en la población obstétrica.

Azabache. (11) Riesgo de ocurrencia de preeclampsia en gestantes con obesidad (IMC \geq 30) en el primer trimestre de gestación en el Hospital de Chancay, 2020. Objetivo: estimar la probabilidad incrementada de manifestación de preeclampsia en mujeres en estado gestacional que presentaban obesidad durante el primer trimestre del embarazo. proceso metodológico: se desarrolló una pesquisa observacional con enfoque analítico, con una unidad poblacional de 350 de las féminas gestantes. eligiendo a 40 casos y 9 controles como unidades de estudio. Se realizó un modelamiento logístico binario considerando como variable criterio la ocurrencia de preeclampsia. Posteriormente, se estimó el riesgo por medio del OR, considerando como variables independientes la obesidad y los antecedentes obstétricos de preeclampsia. Resultados clínicos: se identificó una prevalencia del 2,53 % de preeclampsia entre la cohorte analizada. Se determinó un OR de 2,77 de un IC 98 % con parámetros de 1,358–4,543 que indica mayor susceptibilidad la preeclampsia en mujeres obesas



durante el trimestre inicial del embarazo, en comparación con aquellas normopeso. Asimismo, se evidenció que el antecedente clínico de preeclampsia en embarazos anteriores representa un factor predisponente significativo, con un OR de 8 con un IC 95 %: de rangos 2,519–25,537. conclusión: la obesidad en la etapa inicial del embarazo incrementa notablemente el riesgo de desarrollar cuadros hipertensivos del tipo preeclámpico en comparación con gestantes eutróficas. A su vez, el historial previo de preeclampsia conforma como un potente factor de riesgo para su recurrencia en embarazos subsiguientes.

Cabrejos. (12) Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a la preeclampsia en el Puesto de Salud de Ñauza - Ambo, 2021. Objetivo: Examinar si la adiposidad preconcepcional representa un elemento predisponente vinculado con el inicio de preeclampsia. Procedimientos metodológicos: de una indagación de carácter que se usa a la observación como medio de extraer datos , con un esquema analítico y donde la indagación mostrada revela que solo se vio necesario una sola medición atemporal sin la empleacion necesariari de maniúlar la variante causal en los agentes vinculantes de la unidad de evaluación a si mismo se nota que se tuvo como unidad muestral a 70 feminas que atravesaran por un periodo de gestacion, seleccionadas en base a los requerimientos que fueron establecidos por el investigador y lo mismo pocurrion en el proceso de descarte. Se utilizó como método la observación sistemática y como recurso instrumental una cédula estructurada de registro observacional se recurrió a cuadros de distribución a través de conteos absolutos y relativos, además de medidas de centralización y variabilidad Resultado: Las edades



de las participantes promediaron 26.43 ± 8.19 , distribuyéndose entre 14 y 45. Respecto al peso corporal, se obtuvo una media de 66.06 ± 9.76 kg, como el valor mas bajo de 50 kg y un valor alto de 89 kg. En cuanto a la estatura, el promedio fue de 1.52 ± 0.059 metros, con límites de 1.38 m a 1.69 m. IMC arrojó un promedio de 28.51 ± 3.69 , con valores extremos de 22.4 y 36.6. El 70.59 % de las gestantes se encontraban en estado de convivencia. La incidencia de preeclampsia fue del 66–67 %, con predominancia de formas leves en el 64.71 % de los casos. Asimismo, un 64.71 % presentó obesidad; un 19.61 % fue diagnosticado con dismetabolismo glucémico; el 58.82 % evidenció antecedentes de hipertensión arterial y episodios previos de preeclampsia; mientras que el 80.39 % manifestó hiperémesis gravídica. Conclusion: La acumulación adiposa antes de la concepción se establece como un condicionante clave que guarda una estrecha relación etiológica con la aparición de preeclampsia durante el curso de la gestación. Este factor de riesgo, al estar asociado con alteraciones metabólicas y hormonales, contribuye al aumento de la presión arterial y la disfunción endotelial, características propias de la preeclampsia. La obesidad pregestacional favorece la inflamación sistémica y la resistencia a la insulina, lo cual incrementa la probabilidad de desarrollar complicaciones durante el embarazo. Por lo tanto, el control adecuado del peso antes de la concepción se presenta como una estrategia preventiva importante para reducir el riesgo de preeclampsia y sus consecuencias en la salud materno-fetal.

Antesana. (13) Relación entre la obesidad pregestacional y las enfermedades hipertensivas en el embarazo en el Hospital María



Auxiliadora, Lima, 2022. Objetivo: Hallar la vinculación entre el exceso ponderal previo a la gestación y las patologías hipertensivas propias del embarazo. proceso metodológico fue de tipo correlacional con diseño retrospectivo 190 expedientes clínicos de mujeres embarazadas que cursaban con obesidad Resultado: el 79 % de las participantes que ya bordeaban en medio en edades de 24 a 34, el 41 % contaba con estudios secundarios concluidos, el 76 % cohabitaba con su pareja, el 94 % se desempeñaba como ama de casa y el 67 % había tenido múltiples partos previos. En cuanto al grado de obesidad, el 72 % presentó obesidad de tipo moderada; el 23 %, severa; y el 10 %, de índole mórbida. Un 57 % de las gestantes padecía alguna forma de patología hipertensiva durante la gestación, de las cuales el 23 % fueron diagnosticadas con hipertensión gestacional; el 22 % con preeclampsia en grado leve y el 14 % con formas severas de preeclampsia. A nivel general, se observó una asociación estadísticamente el P igual 0.001 sobre la IMC pregestacional y los agentes que reveplanla la existencia de variantes en la medición de la presión que se genera en la arterias en el trnascuso de la etapa del embarazo. En contraste, no se halló una correlación relevante P igual 0.162 sabre la IMC preconcepcional y las multiples unidades en variantes sobre la presión que se manifiestan en las arterias cuando se atraviesa por la etapa del embarazo, aunque se documentó una mayor frecuencia de embarazadas con hipertensión del embarazo y adiposidad extrema o patológica de 37 %, frente a aquellas sin hipertensión gestacional pero con el mismo grado de obesidad (28 %); se evidenció una asociación de un P mayor 0.001 sobre de la obesidad anterior a la gestación y preeclampsia de severidad leve En



cuanto a la preeclampsia severa, no se identificó una correlación significativa ($p=0.130$); No obstante, se observó una incidencia más elevada de preeclampsia en su forma grave entre las mujeres embarazadas que presentaban obesidad extrema. (18.8 %) En contraste con las gestantes que padecían obesidad mórbida pero no desarrollaron preeclampsia grave. (9.7 %). Como conclusión del estudio, se puede llegar a la inferencia de que si existe una vinculación que relaciona de forma estadística como las variantes estudiadas si interactúan lo que hace que dicha afirmación de la suposición sea trascendental sobre todo si se considera a el exceso de peso antes del embarazo y la manifestación de trastornos hipertensivos en el periodo gestacional.

2.1.3. A nivel local

Huanca. (14) Incidencia de enfermedad hipertensiva del embarazo en la altura Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, Puno, 2022. Objetivo: Dilucidar la frecuencia relativa de aparición de la nosología hipertensiva gestacional y describir sus peculiaridades en relación con la altitud geográfica. procedimiento metodológico: la proporción de incidencia de la patología hipertensiva del embarazo por cada mil neonatos vivos en Juliaca es de 1.01. proporción de feminas que desfallecen por agentes que se asocian con el embarazo por cada 100,000 recién nacidos vivos La media de edad en la que se manifiesta la afección hipertensiva del embarazo fue superior, registrando un promedio de 29.7 ± 5 años cronológicos Resultados: Se evidenció además que la cronología gestacional presentó un alargamiento notorio. El peso corporal neonatal fue ostensiblemente inferior en casos diagnosticados con eclampsia. Conclusion: como corolario



que, si bien la prevalencia de NHG resulta superior en zonas costeras en comparación con la región andina, la letalidad materna atribuible a dicha condición es significativamente más elevada en territorios de altura, y no se hallaron divergencias sustanciales entre las manifestaciones clínicas de esta afección en ambas regiones geográficas.

Gonzales. (15) titulado, Estilos de vida y su relación con el estado nutricional en los trabajadores de 20 a 60 años de edad de la Municipalidad Distrital de Llalli, Provincia de Melgar, Puno 2022.

Objetivo: Hallar la correlación sobre patrones de signos vitales cotidianos y la condición de valores nutricionales de servidores públicos procedimiento metodológico: de una esquema cuantitativo de carácter fundamental, con un nivel relacional sin la manipulación de la variante causal con una sola medición atemporal que bordeaban de edades de 20 y los 60, totalizando 98 individuos como unidad muestral para evaluar los hábitos saludables de vida se empleó un breve formulario de Estilos de Vida, integrado por 60 reactivos agrupados en siete dimensiones con resultados: En lo concerniente al procesamiento estadístico, se recurrió tanto a la estadística descriptiva como a la inferencial, empleando la prueba X^2 para verificar la hipótesis propuesta que se revelaron que aproximadamente de el 95.92% de los colaboradores municipales presentaban hábitos de convivencia no recomendables para la salud, mientras que un 4.08% exhibían hábitos favorables; donde un 44.90% IMC presentó un rango normopeso, otro 44.90% correspondió a sobrepeso y un 8.16% a obesidad, siendo esta última más frecuente en el sexo femenino. Se identificó una relación que



importa sobre los hábitos cotidianos y la condición alimentaria de los empleados municipales en Llalli.

Ñaupá. (16) Obesidad pregestacional es un factor asociado al desarrollo de preeclampsia en el Centro de Salud Santa Rosa de Puno, durante el año 2022:

Objetivo: Establecer si la adiposidad preconcepcional constituye un determinante relacionado con la génesis de la preeclampsia
procedimiento metodológico: Se optó por un diseño con una dirección cuantitativa utilizando la observación para la extracción de información con una sola medición atemporal sin manipular la variante causal. Se procedió al análisis retrospectivo de 179 expedientes clínicos de mujeres embarazadas, divididas en dos grupos muestrales: casos (n=80) de pronóstico confirmado de preeclampsia y la aplicación del tratamiento y (n=80) sin pronóstico de confirmación; la información recolectada fue procesada mediante el software estadístico, utilizando la prueba de X^2 para valorar la correspondencia entre la variable independiente y la ocurrencia de preeclampsia, complementándose con la prueba t de Student. Resumen: Se evidenció que la obesidad anterior al embarazo se relacionó significativamente con la aparición de preeclampsia, registrándose un Odds Ratio de 2.25 (IC al 95%: 1.26–4.11) con un valor p de 0.006. Adicionalmente, se constató una correlación significativa entre el alumbramiento anticipado y las féminas en etapa de gestación con diagnóstico de preeclampsia, con un valor de p igual a 0.001, lo que refuerza la asociación entre estas dos condiciones. Asimismo, se observó una correlación relevante entre los tipos clínicos leve y severo de preeclampsia (p=0.015), indicando que la gravedad de la enfermedad tiene un impacto



considerable en los resultados obstétricos. En este sentido, los hallazgos sugieren que la preeclampsia puede generar complicaciones que varían en función de su manifestación clínica. Con base en estos resultados, se estableció que la obesidad pregestacional constituye un factor predisponente de gran importancia, con una influencia significativa en el desencadenamiento y la progresión de la preeclampsia.

Llanos. (17) Relación entre los trastornos hipertensivos del embarazo y la funcionalidad familiar en usuarias del Hospital Manuel Núñez

Butrón de Puno, 2022. Objetivo: Analizar la interrelación existente entre los

síndromes hipertensivos gestacionales y la dinámica funcional del núcleo familiar en pacientes Procedimiento metodológico: Se empleó una fórmula específica para el dimensionamiento muestral orientado a estudios de tipo casos y controles, aplicando un margen del 95% y incluyendo en total a 70 gestantes sin distinción etaria ni límite de semanas de embarazo, se examinaron variables sociodemográficas, antecedentes gineco-obstétricos y elementos de riesgo. Resultados: Se evidenció un vínculo relevante entre el funcionamiento en el entorno doméstico y las afecciones de presión arterial elevada durante la gestación; en cuanto a funcionalidad familiar: 42% de los casos presentaban disfunción y 48% de los controles mostraban funcionalidad intermedia. En los casos, el grupo con configuración familiar equilibrada alcanzó 53%, mientras que en los controles el 37% correspondió a estructuras familiares de rango medio. Permitiendo el análisis de más de dos categorías simultáneamente se obtuvo un valor p igual a 0.02, estadísticamente significativo. En los extremos de la escala no se observaron diferencias relevantes entre los casos (14%) y controles (13%),



atribuyéndose esta situación a la influencia de los agentes que generan complicaciones no modificables. Conclusion: Mediante los hallazgos obtenidos se pudo constar una la existencia de una vinculación altamente relevante sobre la calidad funcional del entorno familiar y la aparición de desórdenes hipertensivos en la gestación. Esta asociación fue más notoria en gestantes pertenecientes a familias balanceadas, quienes exhibieron menor predisposición al desarrollo de estas patologías, en contraste con aquellas de funcionalidad media, donde se evidenció una mayor relación con la presencia de síndromes hipertensivos.

Quispe. (18) Factores de riesgo de Obesidad e hipertensión en el embarazo en mujeres en edad fértil, que desean tener hijos, del consultorio de Obstetricia de la clínica Americana de Juliaca, 2020.

Objetivo: Caracterizar los elementos predisponentes vinculados a la obesidad y los cuadros hipertensivos durante la gestación en mujeres en etapa fértil con deseo de concebir. Procedimiento Metodologico: Se ejecutó por medio de la observación para la extracion de informacion, con una naturaleza descriptiva y con una sola medición atemporal, correspondiente al periodo anual del año 2020. La población estuvo integrada por 200 mujeres en periodo de fertilidad. Resultados: Se identificó una frecuencia elevada en mujeres ubicadas en los extremos etarios, especialmente entre los 38 y 49 años; además, fue predominante el grupo con exceso ponderal y obesidad, así como las que presentaban hábito de consumo de hoja de coca, antecedentes personales de hipertensión arterial crónica y aquellas sin experiencia previa de gestación Conclusiones: Se evidenció de un peso significativo de condiciones de peligros relacionadas con sobrepeso.



2.2. MARCO TEÓRICO

1 Riesgos de obesidad

El exceso adiposo corporal constituye un elemento predisponente en la génesis de múltiples afecciones que son persistentes de origen no infeccioso, como por ejemplo la glucemia descontrolada, disfunciones del miocardio, eventos vasculares encefálicos, presión arterial sostenidamente elevada, así como ciertas neoplasias. Adicionalmente, puede comprometer la integridad ósea y alterar el equilibrio del sistema reproductor.

- ✓ Trastornos del aparato cardiovascular, como disfunciones miocárdicas y eventos vasculares cerebrales.
- ✓ Alteraciones metabólicas como la diabetes mellitus tipo II.
- ✓ Patologías del sistema osteoarticular, incluyendo desgaste articular degenerativo (artrosis).
- ✓ Neoplasias específicas, entre ellas las del revestimiento uterino, glándula mamaria y tracto intestinal grueso.
- ✓ Dificultades en la capacidad reproductiva.
- ✓ Disfunciones en el desempeño sexual.
- ✓ Afecciones psicoemocionales.
- ✓ Compromisos del sistema respiratorio.
- ✓ Alteraciones hepáticas como esteatosis hepática no alcohólica.
- ✓ Enfermedades vinculadas a la vesícula biliar y al páncreas (16)

1.1 Riesgos Sociodemográficos

Los agentes sociodemográficos dentro de los determinantes del sobrepeso se consideran aspectos vinculados al entorno, las normas sociales, los hábitos alimentarios y la discriminación. Así también la edad,

ocupación, procedencia, estado civil, instrucción, obesidad pre gestacional. (19)

Factores del entorno

- ✓ La percepción de riesgo y la exposición a actos delictivos en áreas densamente pobladas.
- ✓ La carencia de infraestructura adecuada que facilite la realización de actividad física en entornos protegidos.
- ✓ La inaccesibilidad a comestibles nutritivos y equilibrados dentro del entorno residencial.
- ✓ La insuficiencia de contenidos informativos vinculados a la dietética y el bienestar integral.
- ✓ Los patrones normativos de la colectividad, incluyendo la imitación de comportamientos, los mecanismos de comparación interindividual, la disponibilidad de soporte interpersonal, así como los principios y preceptos socioculturales predominantes.

1.1.1 Edad

Por lo general cuando se toma el contexto de adiposidad excesiva constituye una condición que puede manifestarse en múltiples fases del ciclo vital; no obstante, la propensión a su aparición se intensifica de manera progresiva a medida que transcurre el envejecimiento cronológico, siendo esta relación más notoria en etapas avanzadas de la existencia. (18)

1.1.2 Ocupación

La acumulación excesiva de tejido adiposo y la condición de sobrepeso constituyen factores que repercuten de manera adversa en la



capacidad funcional dentro del ámbito ocupacional, generando disminución en la productividad, incremento en la susceptibilidad a accidentes laborales y mayor frecuencia de ausentismo reiterado en el entorno de trabajo. (21)

1.1.3 Procedencia

La obesidad constituye una patología de etiología multifactorial originada por una descompensación entre la energía aportada por la dieta y la que el cuerpo necesita para mantenerse activo. La procedencia de los sujetos que muestran obesidad influye directamente ya que desarrollaran las costumbres culturales en su entorno. Este desequilibrio puede deberse a factores genéticos, conductuales, metabólicos, hormonales, socioculturales, ambientales y farmacológicos. (21)

1.1.4 Estado civil

La asociación entre la condición marital y el sobrepeso no se encuentra completamente definida. Diversas investigaciones indican que los hombres casados tienen más probabilidades de ser obesos, mientras que otros no encuentran asociación entre estas variables en las mujeres. (22)

1.1.5 Grado de instrucción

Las indagaciones científicas evidencian que un grado educativo reducido se asocia con una mayor propensión al desarrollo de sobrepeso u obesidad, configurándose como un determinante socioacadémico que incrementa la vulnerabilidad frente al exceso ponderal. (23)

1.2 Riesgos obstétricas

1.2.1 Obesidad pregestacional

La obesidad que se llaga a generar durante la etapa pregestacional se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo anterior al momento de la concepción, condición que posee la potencialidad de repercutir de manera significativa tanto en el bienestar fisiológico de la madre como en el adecuado desarrollo del feto.

Riesgos

- ✓ Incrementa la probabilidad de desarrollar preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional y alteraciones hipertensivas.
- ✓ Eleva la posibilidad de complicaciones intraparto, tales como cesáreas y partos inducidos.
- ✓ Aumenta la susceptibilidad de la madre y el neonato a padecer enfermedades crónicas no transmisibles.
- ✓ Criterios diagnósticos:
- ✓ La obesidad pregestacional se sucesita cuando el IMC > 30 .
- ✓ Se categoriza como sobrepeso pregestacional un IMC entre 25 y 29.9

Atención pregestacional

- ✓ Las gestantes con obesidad pregestacional requieren un seguimiento clínico especializado durante la gestación, el alumbramiento y el periodo puerperal.
- ✓ En la etapa posnatal, es fundamental brindar apoyo a las mujeres con obesidad para fomentar una iniciativa y la continuidad de la alimentación mediante la leche de la progenitora,

- ✓ lo que se sugiere para motivar a las mujeres con exceso de peso a reducirlo tras el parto, enfatizando la adopción de una alimentación equilibrada, la lactancia materna cuando sea factible, y la práctica habitual de ejercicio físico moderado. (20)

1.2.2 Edad gestacional

Esto se logra definir como el transcurso del periodo que dura la etapa de gestación lo que llega a corresponder al intervalo de la duración del proceso donde se toma como punto de partida el último ciclo menstrual de la mujer embarazada después del momento del alumbramiento. Esta se cuantifica en semanas.

Cómo se calcula

Se consignan las semanas gestacionales calculadas a partir de la medición temporal que inicia en el primer día del último ciclo menstrual experimentado por la femina, constituyendo un parámetro cronobiológico esencial en obstetricia, se asume también que el cálculo de la edad del embarazo puede corregirse tomando en cuenta otros datos, como los hallazgos obtenidos mediante ecografías

Cuando se considera un embarazo a término

La extensión fisiológica del proceso gestacional suele situarse dentro de un intervalo cronológico comprendido entre las 38 a 42 semanas cumplidas, donde este rango es considerado de la normativa en obstetricia. Se considera, de manera aproximada, que hacia la cuadragésima semana del proceso gestacional el producto ha alcanzado un grado pleno de maduración biológica y funcional, lo que

le confiere las condiciones necesarias para enfrentar el alumbramiento en un estado de desarrollo integral.

Cómo se evalúa al feto

Se valoran el peso corporal, la talla, la medida cefálica, los parámetros de vitalidad, las respuestas neuromotoras, la firmeza muscular, la alineación corporal, junto con el estado cutáneo y capilar.

Se emplean gráficos de crecimiento para la valoración de neonatos en distintas edades gestacionales.

Categorización de los fetos según la edad gestacional: Compatible con la madurez gestacional (AEG), con crecimiento restringido respecto a la edad del embarazo (PEG) y con desarrollo corporal por encima de lo habitual para su etapa gestacional (GEG) (24)

1.2.3 Número de gestaciones

El embarazo corresponde al intervalo temporal que va desde la fertilización hasta el alumbramiento. En este lapso, el feto se forma y crece en el interior del útero materno (27)

Características de la gestación

- ✓ La gravidez se segmenta en tres etapas, cada una con una duración aproximada de tres meses calendario.
- ✓ La antigüedad gestacional se determina en 280 días o 40 semanas completas.
- ✓ La mayoría de las gestaciones se extienden entre 37 y 42 semanas, aunque en ciertos casos puede prolongarse.



- ✓ Cuando la duración del embarazo excede las 42 semanas, se denomina embarazo postérmino o prolongado.

1.2.4 Número de partos

Los nacimientos pueden ocurrir de manera espontánea, por vía vaginal o mediante cesárea. El parto espontáneo se refiere a aquel que sucede por el canal vaginal sin la administración de anestesia epidural.

Parto natural

- ✓ Se trata del parto habitual, que tiene lugar entre la semana 37 y la 40 de embarazo.
- ✓ Comienza con las contracciones iniciales y continúa hasta que el cuello del útero alcance su máxima apertura.
- ✓ Las etapas del parto natural comprenden la dilatación, el periodo expulsivo y el alumbramiento.

Parto por cesárea

Es una intervención operatoria que se efectúa cuando el nacimiento vaginal no es factible o representa un riesgo para la madre.

Este procedimiento se lleva a cabo en un quirófano o en un área especializada para partos. Se anestesia a la madre desde la parte superior del tronco hasta las extremidades inferiores, mediante anestesia espinal o peridural.

Mediante una intervención quirúrgica que implica una apertura en la pared abdominal y uterina, el especialista procede a extraer el producto de la gestación. Posteriormente, tras la expulsión fetal, la paciente es sometida a un proceso de cierre anatómico mediante suturas que permiten la adecuada reparación de los tejidos seccionados.



1.2.5 Número de cesáreas

Es una Intervención médica genera que se pueda proceder de manera mas cauta al alumbramiento del recién nacido mediante una apertura quirúrgica que se realiza en la parte baja de donde se localiza el ombligo y en medio de la matriz uterina lo que implica realizar una apertura que intervención operatoria en donde se realiza un corte de forma horizontal con mucho cuidado de no dañar otras áreas de la progenitora en la cavidad abdominal y en el útero materno con el fin de retirar al recién nacido junto con la placenta se realiza cuando no es seguro o posible que la madre tenga parto vaginal. (30)

Quando se realiza:

- ✓ Cuando hay probabilidades de presentar problemas de salud maternos o fetales.
- ✓ . (30)

1.2.6 Número de abortos

Un aborto corresponde a la finalización prematura de la gestación, antes de que el embrión o feto posea viabilidad extrauterina. Esta interrupción puede ocurrir de manera espontánea o inducida por decisión médica o personal. (32)

- **Aborto espontaneo**

Es la pérdida involuntaria del embarazo durante su primera mitad, es decir, antes de las 20 semanas sin la intervención médica o quirúrgica. Puede presentarse en distintas formas: en curso, retenido, frustrado, incompleto y completo.



Las expresiones sintomatológicas suelen exteriorizarse a través de molestias circunscritas en el área infraabdominal, acompañadas con frecuencia de espasmos uterinos y episodios de hemorragia transvaginal. Asimismo, es común la presencia de algias en la región lumbar, sensación persistente de distensión, contracciones musculares involuntarias, fenómenos eméticos como náuseas y, en algunos casos, reacciones de aversión frente a estímulos olfativos específicos.

- **Aborto inducido**

Se trata de una intervención médica para finalizar una gestación no planificada, donde dicho procedimiento puede efectuarse a través de la administración de agentes farmacológicos o, en su defecto, mediante intervención quirúrgica, dependiendo de la condición clínica y de las indicaciones terapéuticas establecidas. En las primeras 14 semanas se utiliza comúnmente la aspiración con cánulas, mientras que entre la semana 14 y la 20 se aplica la dilatación cervical seguida de evacuación. En embarazos más avanzados, posteriores a la semana 20, se recurre a la inducción del parto. (32)

2 Enfermedad hipertensiva del embarazo

Esta condición se muestra relacionada con el estado de gestación se que manifiesta con múltiples aumentos continuos de la presión sanguínea, desarrollándose paulatinamente a lo largo del embarazo como un desorden vascular característico de la etapa maternal. Este conjunto de entidades clínicas engloba a los trastornos hipertensivos vinculados con la gestación, dentro de los cuales se incluyen la hipertensión inducida por el

embarazo, la preeclampsia y la denominada toxicosis gravídica, configurando un espectro patológico de gran relevancia obstétrica (32).

2.1 Tipos de enfermedad hipertensiva

a. Hipertension gestacional

La hipertensión relacionada con la gestación se caracteriza por un incremento persistente del nivel tensional durante el periodo gestacional, ocurriendo en aproximadamente 3 de cada 50 casos gestacionales

Características

- ✓ Se inicia tras las 20 semanas de gestación
- ✓ Por lo general, no se manifiestan otros signos clínicos
- ✓ Habitualmente se resuelve tras el alumbramiento
- ✓ Eleva la posibilidad de presentar hipertensión arterial en fases posteriores de la vida

Complicaciones

La manifestación de los signos que se hipertensión durante el periodo gestacional tiene el potencial de comprometer la perfusión útero-placentaria, generando una restricción en el aporte de nutrientes esenciales y en el transporte de oxígeno hacia el feto, lo que repercute negativamente en su desarrollo intrauterino

Tratamiento

- ✓ Régimen alimenticio con restricción moderada de sodio, limitando la ingesta de sal.



- ✓ Vigilancia rigurosa de la ingesta proteica.
- ✓ Supervisión continua del incremento ponderal y la ingesta hídrica.
- ✓ Seguimiento estrecho y constante de la hipertensión gestacional (35)

b. Preeclampsia - Eclampsia

La preeclampsia y la eclampsia constituyen alteraciones hipertensivas que se manifiestan en el curso gestacional. La preeclampsia se caracteriza por un incremento súbito en los niveles tensionales mientras que la eclampsia representa una complicación severa que puede desencadenar convulsiones en las gestantes afectadas por dicha patología (36)

• **Preeclampsia**

- ✓ Elevación súbita de la presión sanguínea o agravamiento de la hipertensión previa
- ✓ Presencia excesiva de proteínas en la orina (proteinuria)
- ✓ Puede ocasionar desprendimiento placentario y/o nacimiento prematuro del feto (37)

• **Eclampsia**

- ✓ Manifestación de crisis convulsivas tónico-clónicas en gestantes con diagnóstico previo de preeclampsia, sin origen neurológico demostrable.
- ✓ Esta entidad representa una emergencia obstétrica de extrema severidad que pone en riesgo la supervivencia materno-fetal,

demandando manejo clínico urgente y aplicación de protocolos terapéuticos inmediatos (38)

- **Factores de riesgo**

- ✓ Gestación inicial
- ✓ Historial previo de preeclampsia
- ✓ Gestaciones gemelares o múltiples
- ✓ Exceso ponderal
- ✓ Progenitoras con edad mayor a 35 años
- ✓ Historiales previos de diabetes mellitus, hipertensión arterial o patologías renales
- ✓ Historial de disfunciones tiroideas (38)

Tratamiento

- ✓ Según la severidad de la preeclampsia, el manejo puede abarcar inmovilización en cama, ingreso hospitalario, medicamentos antihipertensivos o la inducción del parto.
- ✓ Para evitar o controlar las crisis convulsivas, se suministra sulfato de magnesio por vía endovenosa (38)

c.- Hipertensión arterial crónica

La hipertensión arterial persistente es un cuadro clínico caracterizado por valores elevados de presión sanguínea y sostenidos de presión sanguínea. Esta alteración prolongada puede provocar deterioro progresivo en diversos órganos del organismo.

(33)



Síntomas

Generalmente, no manifiesta signos evidentes durante un largo período, pero con el tiempo puede ir generando deterioro de forma gradual

Factores de riesgo

- ✓ Exceso de peso corporal
- ✓ Falta de actividad física regular
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Ingesta elevada de bebidas alcohólicas
- ✓ Alta ingesta de sal en la alimentación
- ✓ Avance de la edad

Complicaciones

La hipertensión no controlada puede conllevar diversas consecuencias graves para la salud, como un aumento en la probabilidad de padecer infartos, fallos en el funcionamiento del corazón, eventos cerebrovasculares, desarrollo de aneurismas en los vasos sanguíneos, así como un deterioro paulatino de la función renal.

Tratamiento

Adoptar medidas como la reducción del peso corporal, dejar el hábito tabáquico, reducir la ingesta de sodio y lípidos en la alimentación, utilizar fármacos antihipertensivos y mantener un descanso nocturno adecuado de entre 7 y 9 horas contribuyen al control efectivo de la hipertención. (34)



2.3. MARCO CONCEPTUAL

Enfermedad hipertensiva del embarazo: La condición que se menciona es caracterizada por la manifestación la elevación de la tensión arterial sin detección presencia anormal de proteínas en la orina, que aparece tras la vigésima semana de embarazo. (40)

Eclampsia: Es una complicación severa del embarazo que se manifiesta mediante episodios convulsivos en mujeres que padecen preeclampsia, y puede comprometer la vida tanto de la gestante como del feto si no se interviene de manera urgente. (38)

Obesidad: La OMS establece que se considera obesidad cuando el IMC, cociente obtenido al dividir la masa corporal entre el cuadrado de la estatura alcanza o supera los 30 kg/m².⁶ Asimismo, se reconoce como indicador de obesidad con una medida de la cintura que llega a tener una proporción que es igual o superior a 102 cm en varones y 88 cm en féminas (43)

Preeclampsia: Se trata de una complicación gestacional definida por hipertensión arterial acompañada de manifestaciones de daño en órganos como los renales o hepáticos, que típicamente surge tras la semana 20 de embarazo. (38)

Riesgos: Conceptualiza como la probabilidad de que un peligro potencial se convierta en un suceso adverso de gran impacto. con la debilidad y las alarmas, tomadas de manera aislada, no representan un peligro efectivo; sin embargo, al conjugarse, originan un riesgo, es decir, la posibilidad de que ocurra una catástrofe.(41)



CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El esquema metodológico adoptado fue de tipo no experimental, dado que únicamente se recopiló información acerca de un fenómeno dentro de su contexto natural, sin intervenir ni modificar las variables implicadas (11).

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de la investigación fue básico y de carácter correlacional, empleando un diseño transversal para el análisis de las variables en un momento determinado.

INVESTIGACIÓN BÁSICA: Estudio orientado a profundizar el saber teórico sin una intención directa de aplicación práctica inmediata, enfocado en la comprensión de los fundamentos esenciales (11)

RELACIONAL: En la investigación correlacional, el investigador se enfocaba en identificar y analizar las conexiones existentes entre diversos componentes de un problema o contexto, sin intervenir ni modificar variables, a diferencia de lo que ocurre en un estudio experimental (11)

TRANSVERSAL: Se distinguía por la obtención de información en un solo momento temporal, proporcionando una visión puntual de un fenómeno o grupo en un instante determinado. Era similar a capturar una "imagen fija" del estado de las variables estudiadas en ese preciso periodo. (11)



RETROSPECTIVO: Se trabajaba con información ya registrada y sucesos que habían sucedido anteriormente, examinando documentos o memoraciones para analizar tendencias o desenlaces previos (11)

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se utilizó el enfoque hipotético-deductivo con un enfoque cuantitativo, ya que se focaliza en la recopilación y análisis de información cuantificable.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

La población elegida estuvo conformada por $N = 211$ gestantes, con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo con obesidad, atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, de enero a diciembre 2024.

3.4.2. Muestra

La muestra fue censal, conformada por el 100% de la población que son 211 gestantes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.

Criterios de inclusión

- Se incluyó a pacientes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo con obesidad, atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca durante el año 2024.

Criterios de exclusión

- Se excluyó a pacientes que no presentaban diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo con obesidad, atendidas en el mismo hospital y periodo.



Ámbito de estudio

Se realizó de enero a diciembre del 2024 en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.

3.5.1. Técnicas

VARIABLE 1: Riesgos de obesidad

TÉCNICA 1: Análisis documental

TÉCNICA 2: Análisis documental

3.5.2. Instrumentos

VARIABLE 2: Enfermedad hipertensiva del embarazo

Variable 1: Ficha de recolección de datos

Variable 2: Ficha de recolección de datos

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se ha coordinado con el jefe de la unidad de Capacitación, solicitando la autorización por la jefatura de estadística, se ha seleccionado las historias clínicas con diagnósticos de enfermedades hipertensivas gestacionales ordenando las historias clínicas de acuerdo a las últimas cuatro cifras pares e impares de manera descendente y se ha obtenido los datos de las historias clínicas. La información recolectada fue codificada y registrada en el software SPSS para la verificación de la hipótesis, empleando pruebas estadísticas pertinentes al estudio.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para la sistematización, análisis e interpretación de la información recopilada se utilizó la prueba estadística χ^2 , dado que las variables involucradas eran cuantitativas.



3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

La verificación se llevó a cabo mediante la revisión, análisis y valoración de los instrumentos en relación con su aplicabilidad, fundamentada en un conjunto de parámetros establecidos por profesionales especializados en Ginecología y Obstetricia. La validez se fundamentó en los resultados del control del instrumento, respaldados por la opinión experta.

3.8.2. Confiabilidad

La fiabilidad fue determinada a través del coeficiente Alfa de Cronbach, asegurando así la coherencia interna de las variables empleadas en la investigación

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,793	11



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

TABLA 1. RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

EDAD	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<de 18 años	3	1.4	7	3.4	3	1.4	0	0.0	13	6.2
De 19 a 34 años	22	10.4	113	53.6	6	2.8	3	1.4	144	68.2
De 34 años a más	4	1.9	46	21.8	1	0.5	3	1.4	54	25.6
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$$X^2 C = 19.242$$

$$GL = 6$$

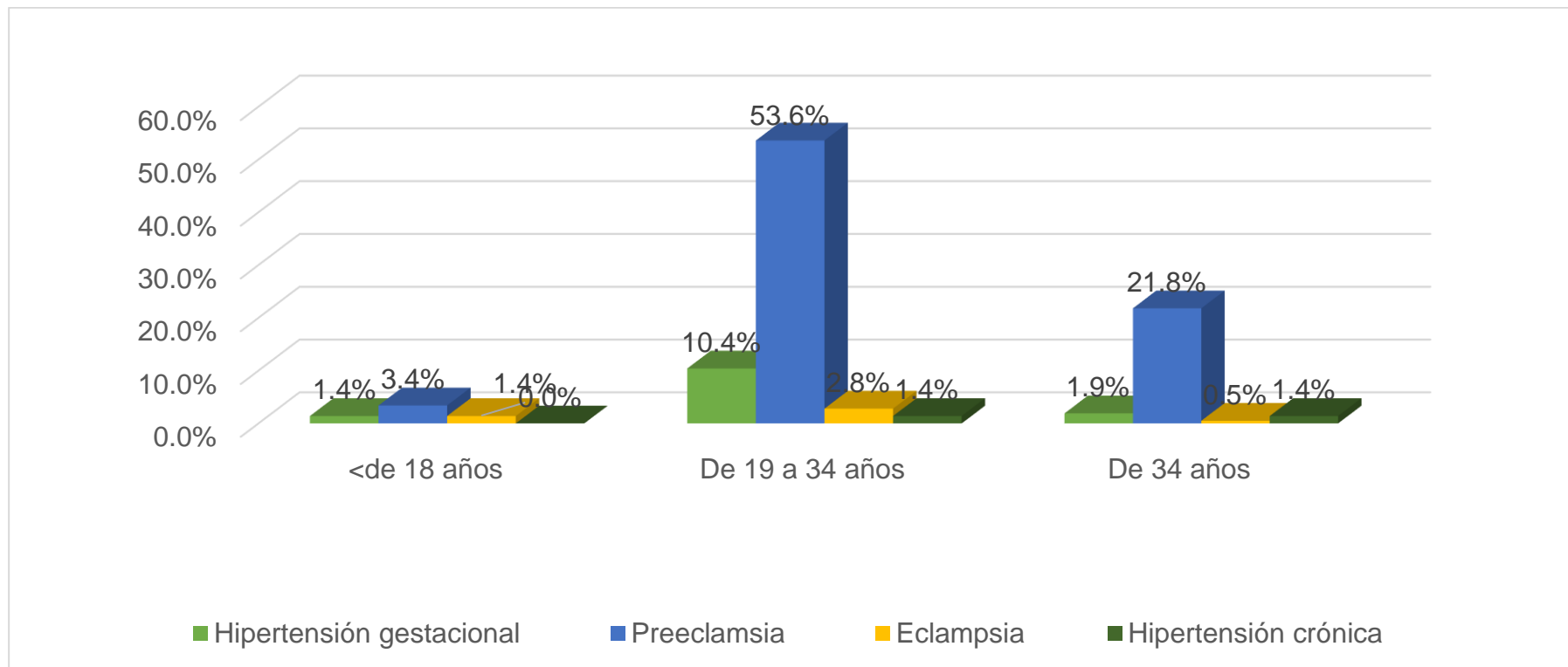
$$X^2 T = 12.591$$

$$P = 0.012$$

SIGNIFICATIVO



FIGURA 1. RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: Tabla 1



En la tabla y figura 1 se presenta la distribución por edad de 211 pacientes atendidos. El 68.2% correspondió a pacientes de 19 a 34 años, el 25.6% a pacientes de 34 años a más, el 6.2% a aquellos pacientes menores de 18 años.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva se evidenció que el 53.6% de los pacientes presentó preeclampsia correspondiendo principalmente al grupo etario de 19 a 34 años, el 10.4% presentó hipertensión gestacional lo cual correspondió al grupo etario de 19 a 34 años, el 2.8% presentó eclampsia y el 1.4% presentó hipertensión crónica.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 19.242$, que supera el valor crítico tabulado de 12.591 corresponde a una distribución χ^2 con 6 grados de libertad, generalmente asociado a un nivel de significancia cercano a 0.05 (5%) ($p = 0.012$). Este hallazgo evidencia una relación estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes y el tipo de enfermedad hipertensiva.

Según los resultados del estudio realizado por **Cayllón (6)**, se identificó Las mujeres embarazadas con trastornos hipertensivos durante la gestación tenían una edad media de 25 años. Estos hallazgos guardan concordancia con los resultados de la presente investigación, donde el 68.2% de las pacientes pertenecían al grupo etario de 19 a 34 años, lo que indica que las mujeres en este rango de edad constituyen una población con alta prevalencia de esta patología. Esto resalta la importancia de fortalecer las estrategias de prevención y monitoreo en mujeres jóvenes en edad reproductiva, ya que, aunque tradicionalmente se considera a las gestantes de edad avanzada como grupo de riesgo, los datos evidencian la enfermedad hipertensiva.



TABLA 2. RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

OCUPACIÓN	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ama de casa	20	9.5	120	56.9	7	3.3	1	0.5	148	70.2
Comerciante	4	1.9	21	10.0	0	0.0	4	1.8	29	13.7
Estudiante	3	1.4	4	1.9	2	0.9	0	0.0	9	4.2
Independiente	2	0.9	21	10.0	1	0.5	1	0.5	25	11.9
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 27.057$

$GL = 9$

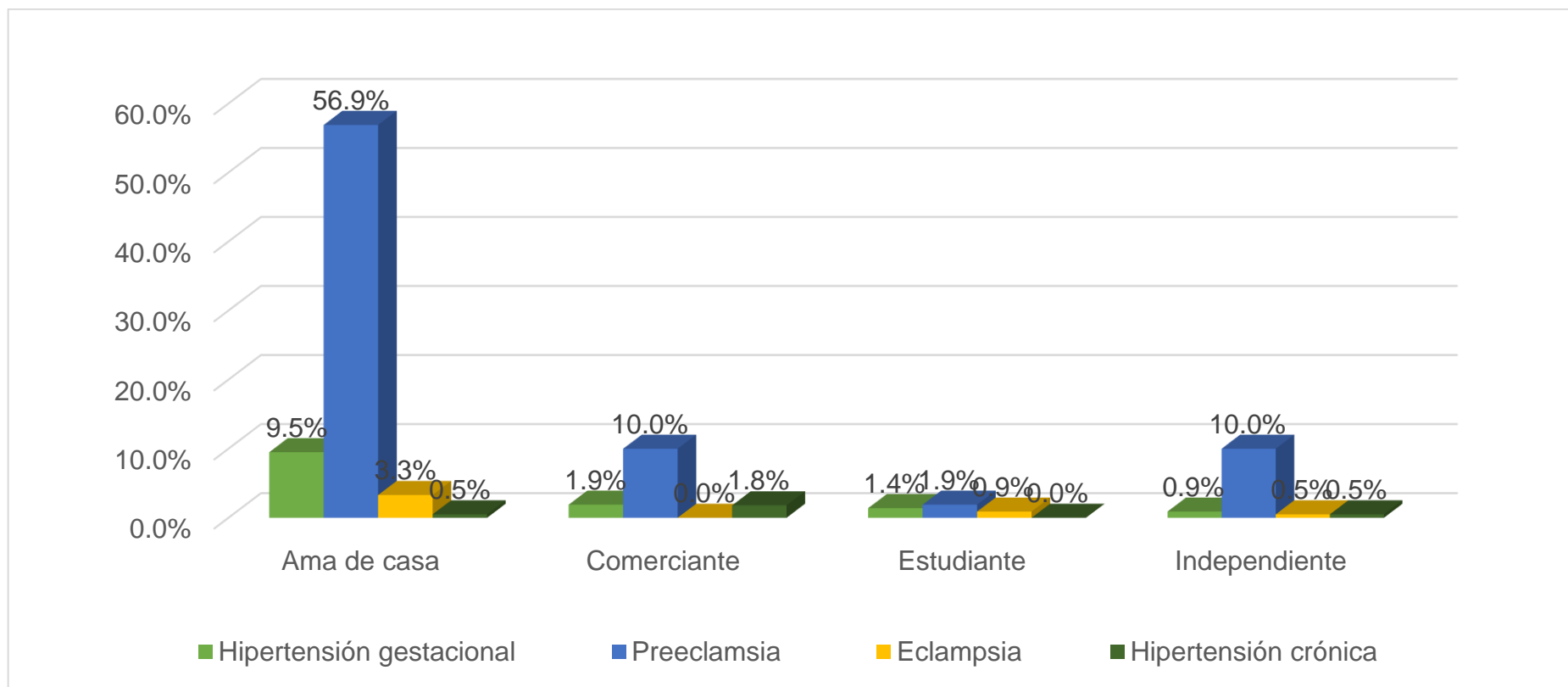
$X^2_{Tab} = 16.919$

$P=0.001$

SIGNIFICATIVO



FIGURA 2. RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: tabla 2

En la Tabla y Figura 2 se muestra la distribución de los 211 pacientes atendidos según su ocupación. El 70.2% manifestó ser ama de casa, el 13.7% se dedicaba al comercio, el 11.9% indicó trabajar de manera independiente y el 4.2% refirió ser estudiante.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva evidenció que el 56.9% de los pacientes presentó preeclampsia, predominando en amas de casa. El 9.5% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, también con mayor frecuencia en amas de casa. El 3.3% presentó eclampsia, igualmente en su mayoría amas de casa, y el 1.8% correspondió a casos de hipertensión crónica, predominando en pacientes con ocupación de comerciante.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 27.057$, que supera el valor crítico tabulado de 16.919 para 9 grados de libertad ($p = 0.001$). Este hallazgo evidencia una relación estadísticamente significativa entre la ocupación de los pacientes y el tipo de enfermedad hipertensiva.

Gonzales. (4) evidenciaron que la ocupación influye en la salud, ya que el 95.92% de las trabajadoras municipales de oficina presentaban un estilo de vida poco saludable. De manera similar, en el presente estudio, el 70.2% de las gestantes con enfermedad hipertensiva eran amas de casa, lo que sugiere que, aunque no tengan un empleo formal, enfrentan factores de riesgo como el sedentarismo y la sobrecarga doméstica. Esto destaca la importancia de considerar la ocupación, formal o no, como un factor clave en la salud materna.



TABLA 3. RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

PROCEDENCIA	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Rural	5	2.4	41	19.4	1	0.5	0	0.0	47	22.3
Urbano	24	11.3	125	59.4	9	4.2	6	2.8	164	77.7
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2_{Cal} = 16.104$

$GL = 3$

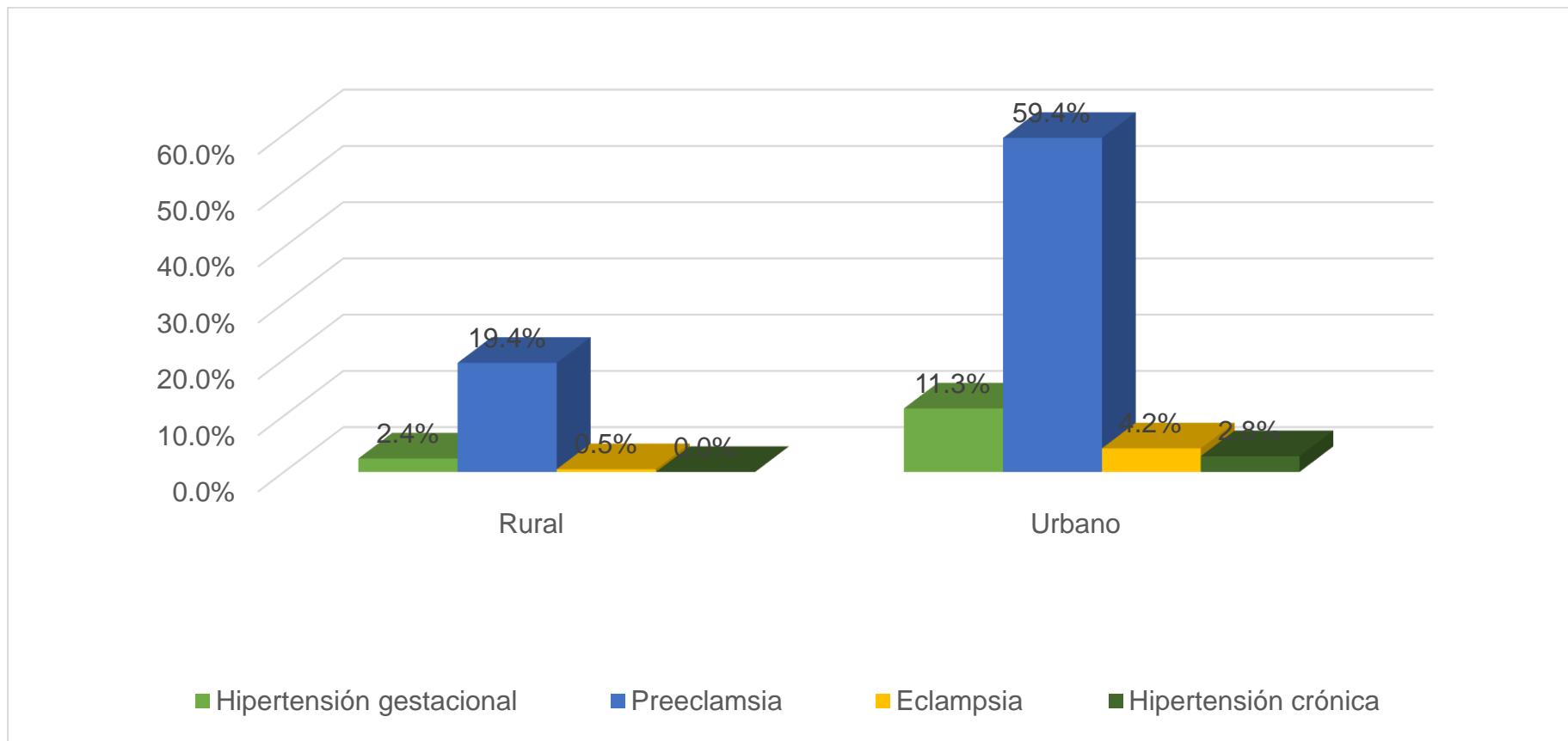
$\chi^2_{Tab} = 7.814$

$P = 0.013$

SIGNIFICATIVO



FIGURA 3. RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: tabla 3.



En la Tabla y Figura 3 se muestra la distribución de los 211 pacientes atendidos según la procedencia. El 77.73% fueron de procedencia urbana y el 22.3% de procedencia rural.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 59.4% de los pacientes presentó preeclampsia, predominando en aquellos de procedencia urbana. El 11.3% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, también en su mayoría de origen urbano. Asimismo, el 4.2% presentó eclampsia, correspondiendo igualmente a pacientes de procedencia urbana, y finalmente, el 2.8% presentó hipertensión crónica, todos provenientes del área urbana.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 16.104$, que supera el valor crítico tabulado de 7.814 para 3 grados de libertad ($p = 0.013$). Este hallazgo evidencia una relación estadísticamente significativa entre la procedencia de los pacientes y el tipo de enfermedad hipertensiva.

Huanca (14) reportó una mayor incidencia de enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes urbanas en Juliaca, con edad promedio de 29.7 ± 5 años. De forma similar, el 77.7% de las gestantes en el presente estudio también provenían de zonas urbanas, lo que sugiere que factores como el estrés, el sedentarismo y el acceso limitado a controles podrían influir en esta condición.



TABLA 4. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

ESTADO CIVIL	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Casada	0	0.0	10	4.7	0	0.0	1	0.5	11	5.2
Conviviente	27	12.8	146	69.4	7	3.3	4	1.8	184	87.3
Soltera	2	0.9	10	4.7	3	1.4	1	0.5	16	7.5
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 21.107$

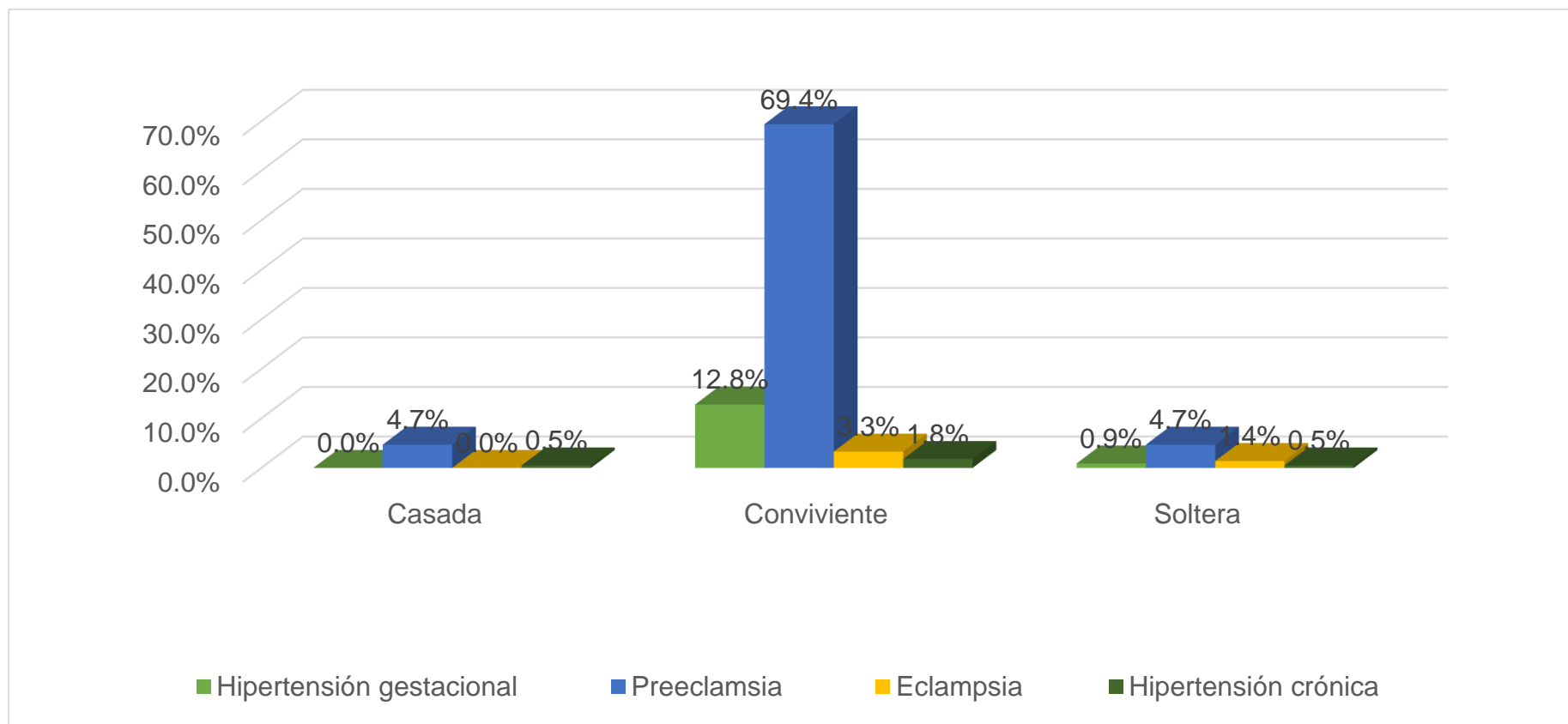
$GL = 6$

$X^2_{Tab} = 12.591$

$P = 0.004$

SIGNIFICATIVO

FIGURA 4. RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: tabla 4



En la Tabla y Figura 4 se presenta la distribución de los 211 pacientes atendidos según su estado civil. El 87.3% indicó ser conviviente, el 7.5% se identificó como soltera y el 5.2% como casada.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 69.4% de los pacientes presentó preeclampsia, predominando en aquellos con estado civil de conviviente. El 12.8% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, también en su mayoría convivientes. Asimismo, el 3.3% presentó eclampsia, correspondiendo igualmente convivientes, y finalmente, el 1.8% presentó hipertensión crónica, todos con estado civil de convivientes.

El procesamiento estadístico utilizando la prueba de χ^2 arrojó un valor de $\chi^2 = 21.107$, el cual excede el valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad ($p = 0.004$). Este resultado demuestra una asociación estadísticamente significativa entre la condición civil de los sujetos y la clasificación del trastorno hipertensivo

Cabrejos (12) encontró que el 70.59% de las gestantes con preeclampsia eran convivientes, resultado que se relaciona con el presente estudio, donde el 87.3% también compartían esta condición civil. Esta coincidencia sugiere que el estado civil podría influir en factores psicosociales y de apoyo durante el embarazo, los cuales podrían tener relación con el desarrollo de enfermedades hipertensivas.



TABLA 5. RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

GRADO DE INSTRUCCIÓN	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primaria	3	1.4	11	5.2	0	0.0	0	0.0	14	6.6
Secundaria	16	7.6	118	56.1	8	3.8	3	1.4	145	68.9
Superior	10	4.7	37	17.5	2	0.9	3	1.4	52	24.5
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 27.016$

$GL = 6$

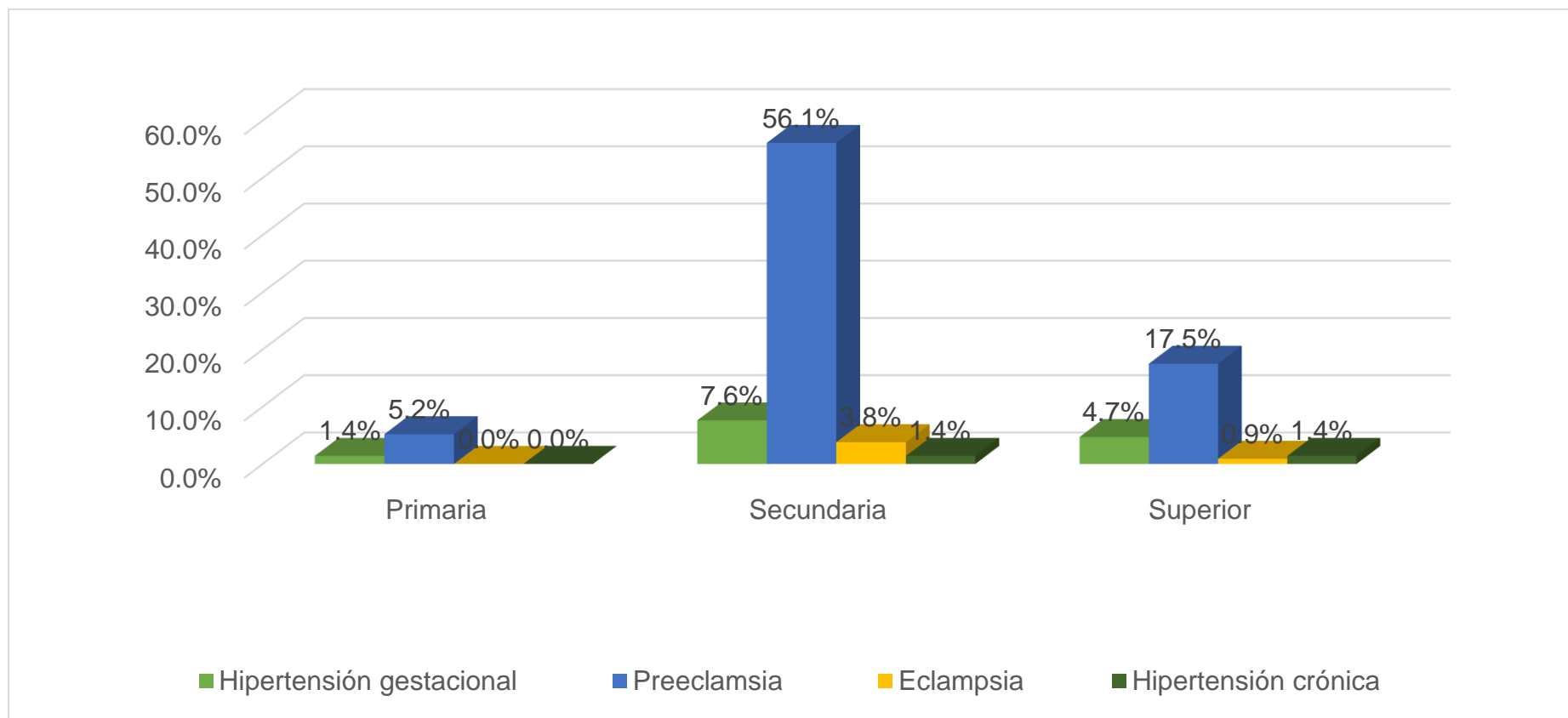
$X^2_{Tab} = 12.591$

$p = 0.020$

SIGNIFICATIVO



FIGURA 5. RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: Tabla 5



En la Tabla y Figura 5 se presenta la distribución de los 211 pacientes atendidos según su grado de instrucción. El 68.9% fueron de nivel secundario, el 24.5% señaló ser de nivel superior y el 6.6% de nivel primario.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 56.1% de los pacientes presentó preeclampsia, predominando en aquellos con nivel secundario. El 7.6% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, también en su mayoría de nivel secundario. Asimismo, el 3.8% presentó eclampsia, correspondiendo igualmente con nivel secundario, y finalmente, el 1.4% presentó hipertensión crónica, todos con nivel secundario.

El procesamiento estadístico con la prueba de χ^2 reveló un valor de $\chi^2 = 27.016$, que supera el umbral crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad ($p = 0.020$). Este resultado indica una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción de los pacientes y la clasificación del trastorno hipertensivo.

Antesana (13) reportó que el 41% de las gestantes con enfermedad hipertensiva tenían secundaria completa, hallazgo que guarda similitud con el presente estudio, donde el 68.9% presentaban el mismo nivel educativo. Esta coincidencia sugiere que la educación secundaria, aunque básica, podría no ser suficiente para generar una adecuada comprensión y prevención de riesgos durante el embarazo, destacando la necesidad de fortalecer la educación en salud materna desde los niveles escolares y comunitarios.



TABLA 6. RELACIÓN ENTRE LA OBESIDAD PRE GESTACIONAL Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

OBESIDAD PRE GESTACIONAL (SEGÚN IMC)	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Grado I	6	2.8	47	22.3	1	0.5	1	0.5	55	26.1
Grado II	5	2.4	15	7.1	1	0.5	1	0.5	22	10.5
Grado III	0	0.0	7	3.3	0	0.0	1	0.5	8	3.8
Normal	6	2.8	33	15.6	4	1.9	2	0.9	45	21.2
Sobrepeso	12	5.7	64	30.3	4	1.9	1	0.5	81	38.4
TOTAL	29	13.7	166	78.6	10	4.8	6	2.9	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2 C = 32.541$

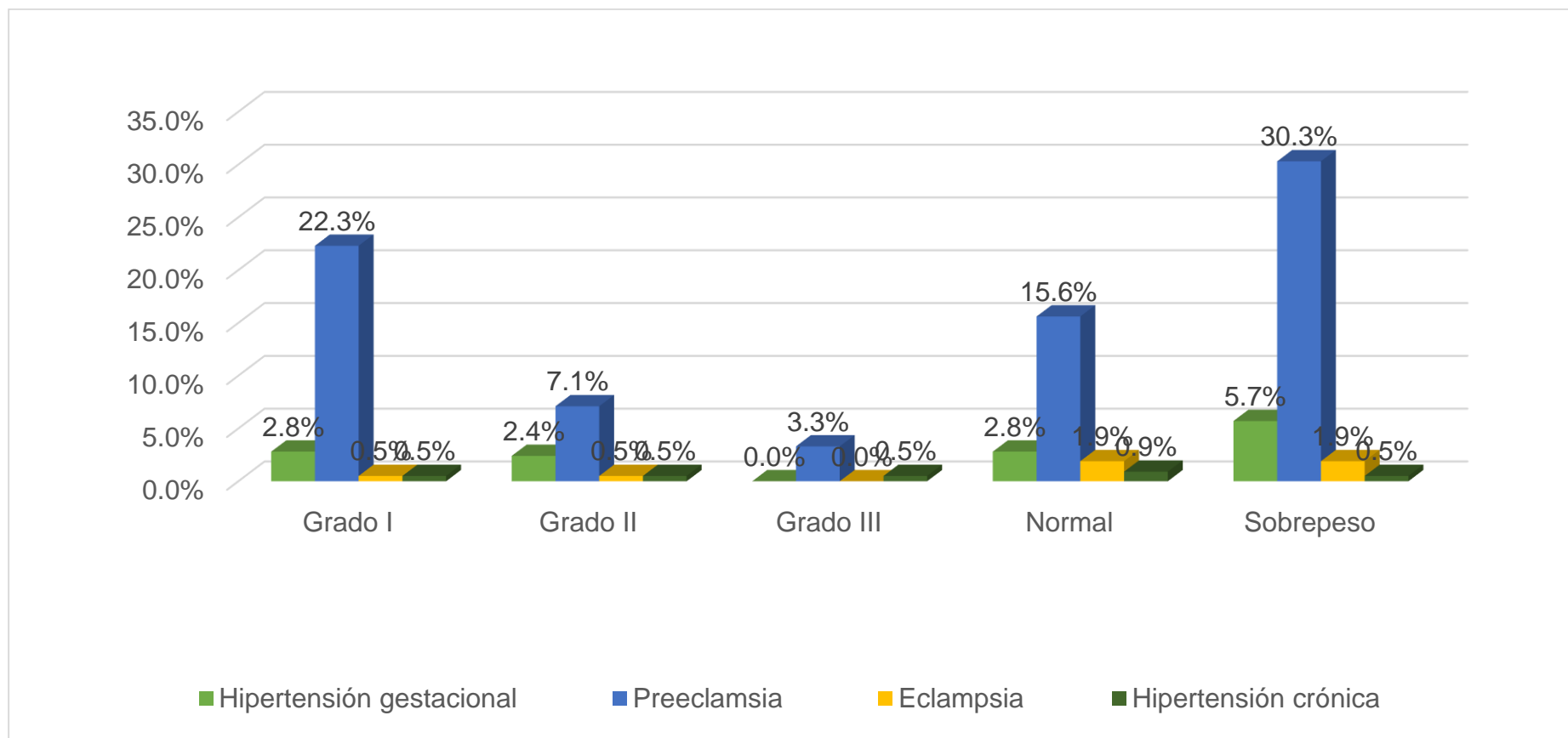
$GL = 12$

$\chi^2 T = 21.026$

$p = 0.004$

SIGNIFICATIVO

FIGURA 6. RELACIÓN ENTRE LA OBESIDAD PRE GESTACIONAL Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente. Tabla 6



En la Tabla y Figura 6 se presenta la distribución de los 211 pacientes atendidos según obesidad pre gestacional valorado por IMC. El 38.4% presento sobrepeso, el 26.1% presento obesidad con grado I, el 21.12% presento un IMC normal, el 10.5% presento obesidad grado II y el 3.8% presento obesidad de grado III.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 30.3% de los pacientes presentó preeclampsia, predominando en aquellos con IMC de sobrepeso, el 5.7% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, también en con IMC de sobrepeso. Asimismo, el 1.9% presentó eclampsia, correspondiendo igualmente a sobrepeso, y finalmente, el 0.9% presentó hipertensión crónica, que correspondió a pacientes son IMC normal.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 32.541$, que supera el valor crítico tabulado de 21.026 para 12 grados de libertad ($p = 0.004$). Este hallazgo evidencia una relación estadísticamente significativa entre el IMC de los pacientes de los pacientes y el tipo de enfermedad hipertensiva.

Gonzales (4) indicó que las gestantes con enfermedad hipertensiva presentaban rangos desde sobrepeso hasta obesidad grado 3, lo que evidencia una clara relación entre el exceso de peso y esta patología. De forma similar, en el presente estudio se encontró que el 38.4% de las pacientes presentaban sobrepeso, lo que refuerza la asociación entre el estado nutricional inadecuado y el riesgo de desarrollar enfermedades hipertensivas del embarazo, subrayando la importancia del control del peso desde el inicio de la gestación.



TABLA 7. RELACIÓN ENTRE LA EDAD GESTACIONAL Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

EDAD GESTACIONAL	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
0 - 20 semanas	1	0.5	3	1.4	0	0.0	0	0.0	4	1.9
21 – 40 semanas	28	13.2	163	77.4	10	4.7	6	2.8	207	98.1
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 18.421$

$GL = 3$

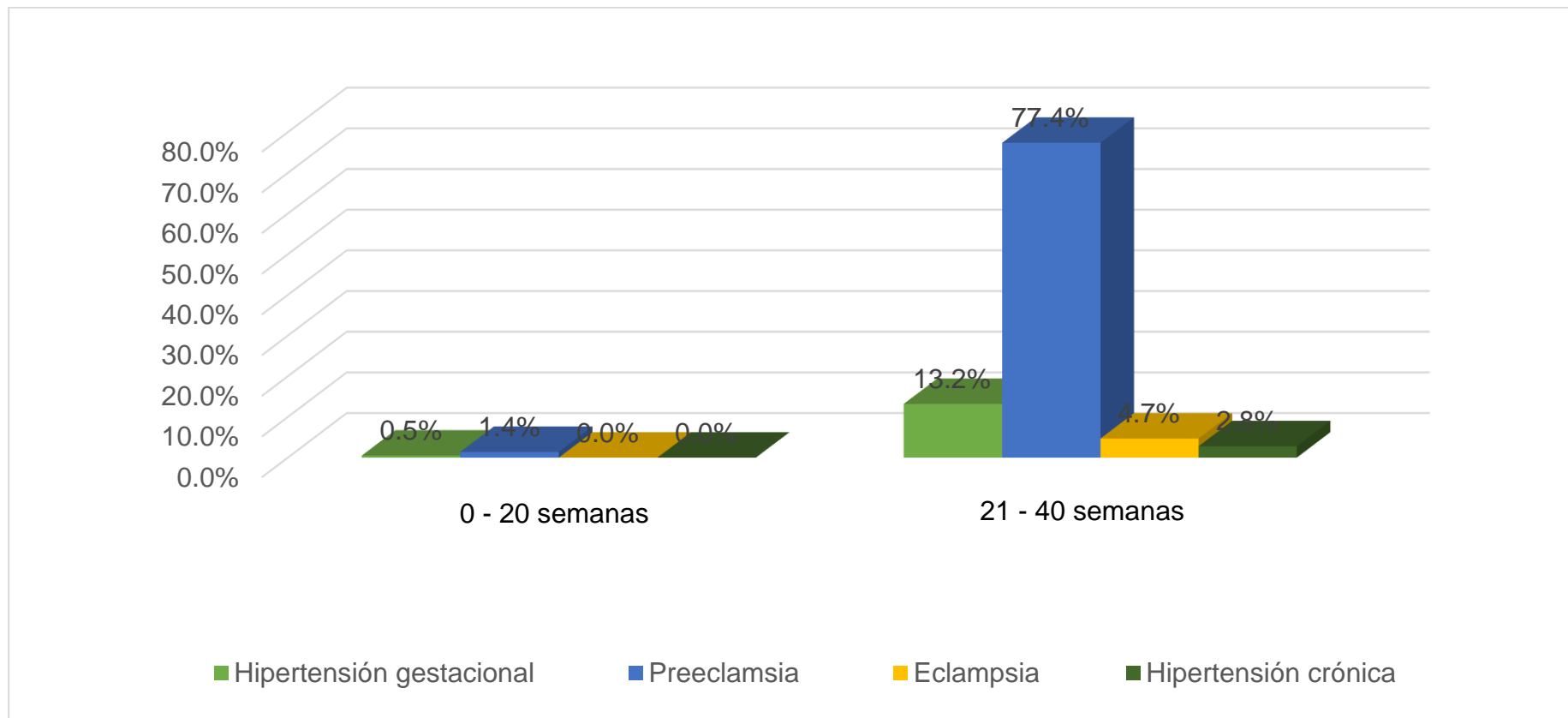
$X^2_{Tab} = 7.814$

$p = 0.014$

SIGNIFICATIVO



FIGURA 7. RELACIÓN ENTRE LA EDAD GESTACIONAL Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: tabla 7



En la Tabla y Figura 7 se presenta la distribución de los 211 pacientes atendidos según edad gestacional. El 98.1% presentó en 0 – 20 semanas de embarazo y el 1.9% presentó en la primera mitad de la edad gestacional.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 77.4% de los pacientes presentó preeclampsia, predominando en aquellos en 21 – 40 semanas de embarazo, el 13.2% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, también en la segunda mitad. Asimismo, el 4.7% presentó eclampsia, correspondiendo igualmente a la segunda mitad, y finalmente, el 2.8% presentó hipertensión crónica, que correspondió a pacientes con edad gestacional de la segunda mitad.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 18.421$, que supera el valor crítico tabulado de 7.814 para 3 grados de libertad ($p = 0.014$). Este hallazgo evidencia una relación estadísticamente significativa entre la edad gestacional de los pacientes de los pacientes y el tipo de enfermedad hipertensiva.

Mijares (7) señala que los trastornos hipertensivos y metabólicos afectan tanto el peso como la edad gestacional al nacer. En concordancia, en el presente estudio se observó que el 98.1% de los casos de enfermedad hipertensiva del embarazo se presentaron en la segunda mitad de la gestación, lo que evidencia la importancia de un control prenatal riguroso durante este periodo crítico para prevenir complicaciones maternas y perinatales.



TABLA 8. RELACIÓN ENTRE NUMERO DE GESTACIONES Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NUMERO DE GESTACIONES	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primigesta	1	0.5	11	5.2	0	0.0	0	0.0	12	5.7
Multigesta	17	8.1	104	49.4	4	1.9	4	1.9	129	61.3
Gran multigesta	11	5.1	51	24.2	6	2.8	2	0.9	70	33.0
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 18.657$

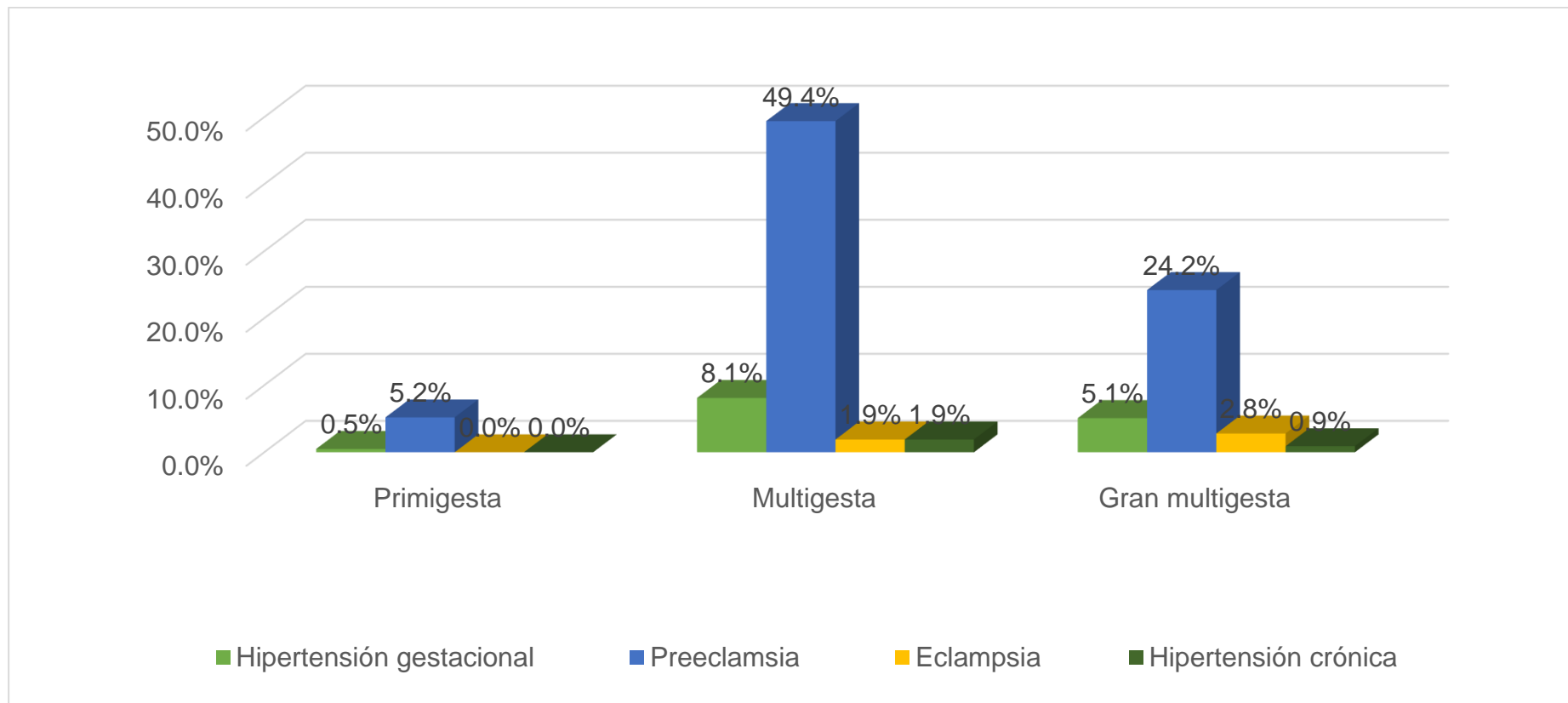
$GL = 6$

$X^2_{Tab} = 12.591$

$p = 0.006$

SIGNIFICATIVO

FIGURA 8. RELACIÓN ENTRE NUMERO DE GESTACIONES Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: Tabla 8.



En la Tabla y Figura 8 se presenta la distribución de los 211 pacientes atendidos según número de gestaciones. El 61.3% fueron multigestas, el 33% gran multigestas y el 5.7% primigestas.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 49.4% de los pacientes presentó preeclampsia, predominando en las multigestas, el 8.1% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, también multigestas. Asimismo, el 2.8% presentó eclampsia, correspondiendo a gran multigestas, y finalmente, el 1.9% presentó hipertensión crónica, que correspondió multigestas.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 18.657$, que supera el valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad ($p = 0.006$). Este hallazgo evidencia una relación estadísticamente significativa entre las gestaciones de los pacientes y el tipo de enfermedad hipertensiva.

Condori (9) reportó que, en el análisis multivariante ajustado por paridad y edad materna, las gestantes multíparas presentaron un mayor riesgo de desarrollar enfermedades hipertensivas del embarazo (OR 2.08; IC 95%: 1.32–3.87). De manera concordante, en la presente investigación se encontró que el 61.3% de las pacientes con enfermedad hipertensiva eran multigestas, lo que refuerza la asociación entre la multiparidad y el riesgo de complicaciones hipertensivas durante la gestación.



TABLA 9. RELACIÓN ENTRE NUMERO DE PARTOS Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NUMERO DE PARTOS	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	1	0.5	9	4.3	0	0.0	0	0.0	10	4.8
Múltipara	14	6.6	88	41.8	4	1.9	4	1.9	110	52.2
Gran múltipara	14	6.6	69	32.7	6	2.8	2	0.9	91	43.0
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$\chi^2 C = 25.685$

$GL = 6$

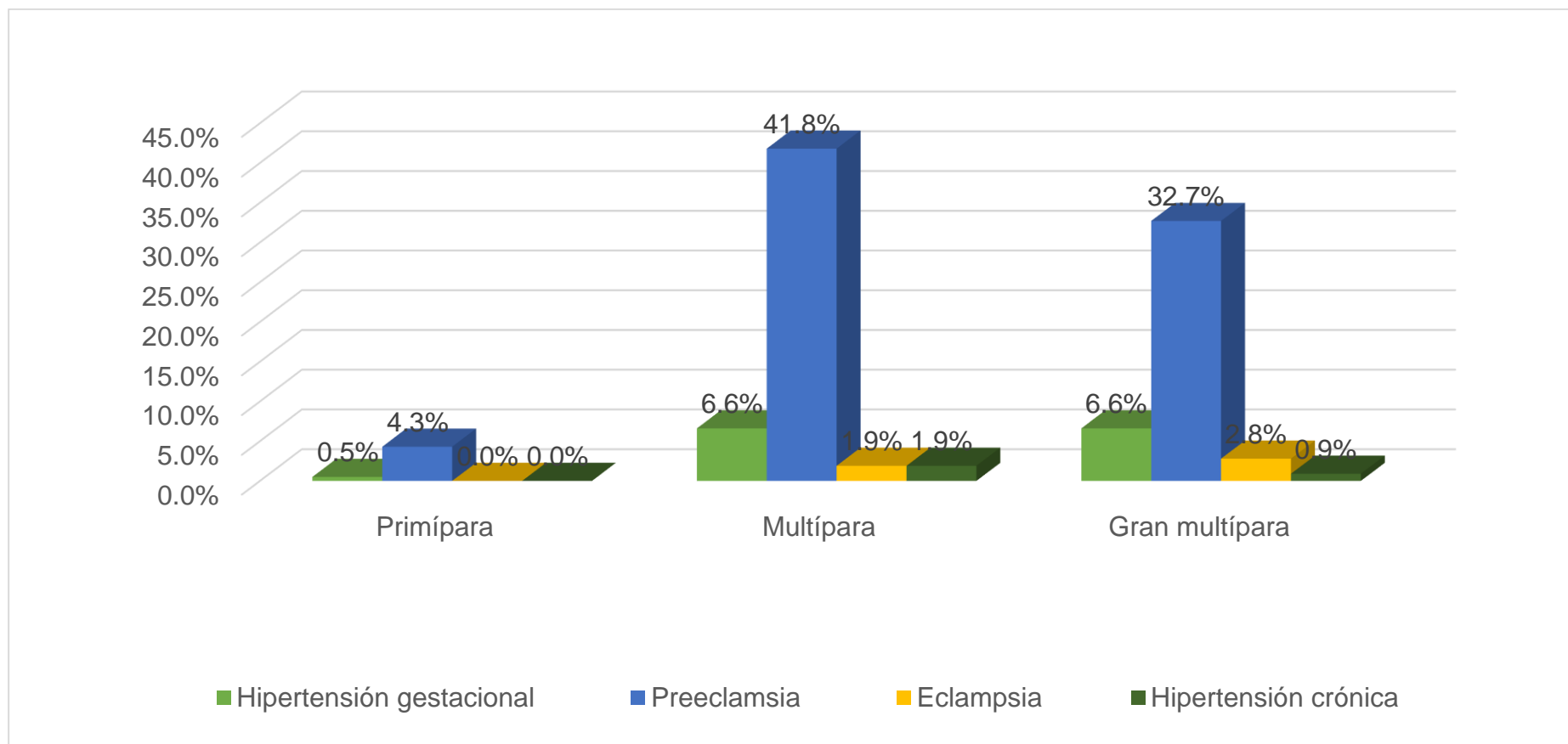
$\chi^2 T = 12.591$

$p = 0.003$

SIGNIFICATIVO



FIGURA 9. RELACIÓN ENTRE NUMERO DE PARTOS Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente. Tabla 6



En la Tabla y Figura 9 se presenta la distribución de los 211 pacientes atendidos según número de partos. El 52.2% fueron multíparas, el 43% fueron gran multíparas y el 4.8% fueron primíparas.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 41.8% de los pacientes presentó preeclampsia, predominando multíparas, el 6.6% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, también en multíparas y gran multíparas. Asimismo, el 2.8% presentó eclampsia, correspondiendo a gran multíparas, y finalmente, el 1.9% presentó hipertensión crónica, que correspondió a multíparas.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 25.685$, que supera el valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad ($p = 0.003$). Este hallazgo evidencia una relación estadísticamente significativa entre el número de partos de los pacientes y el tipo de enfermedad hipertensiva.

Gonzales (4) encontró que las gestantes multíparas presentaban un mayor riesgo de desarrollar enfermedades hipertensivas del embarazo (OR 2.18; IC 95%: 1.12–3.87), lo que indica una asociación significativa entre la multiparidad y esta condición. De manera similar, en el presente estudio se observó que el 52.2% de las pacientes con enfermedad hipertensiva eran multíparas, lo que refuerza la evidencia de que la multiparidad constituye un factor de riesgo importante.



TABLA 10. RELACIÓN ENTRE NUMERO DE CESÁREA Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NUMERO DE CESÁREAS	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ninguno	24	11.4	129	61.3	6	2.8	3	1.4	162	76.9
Uno	2	0.9	29	13.7	4	1.9	2	0.9	37	17.4
Iterativa	3	1.4	8	3.8	0	0.0	1	0.5	12	5.7
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 9.852$

$GL = 6$

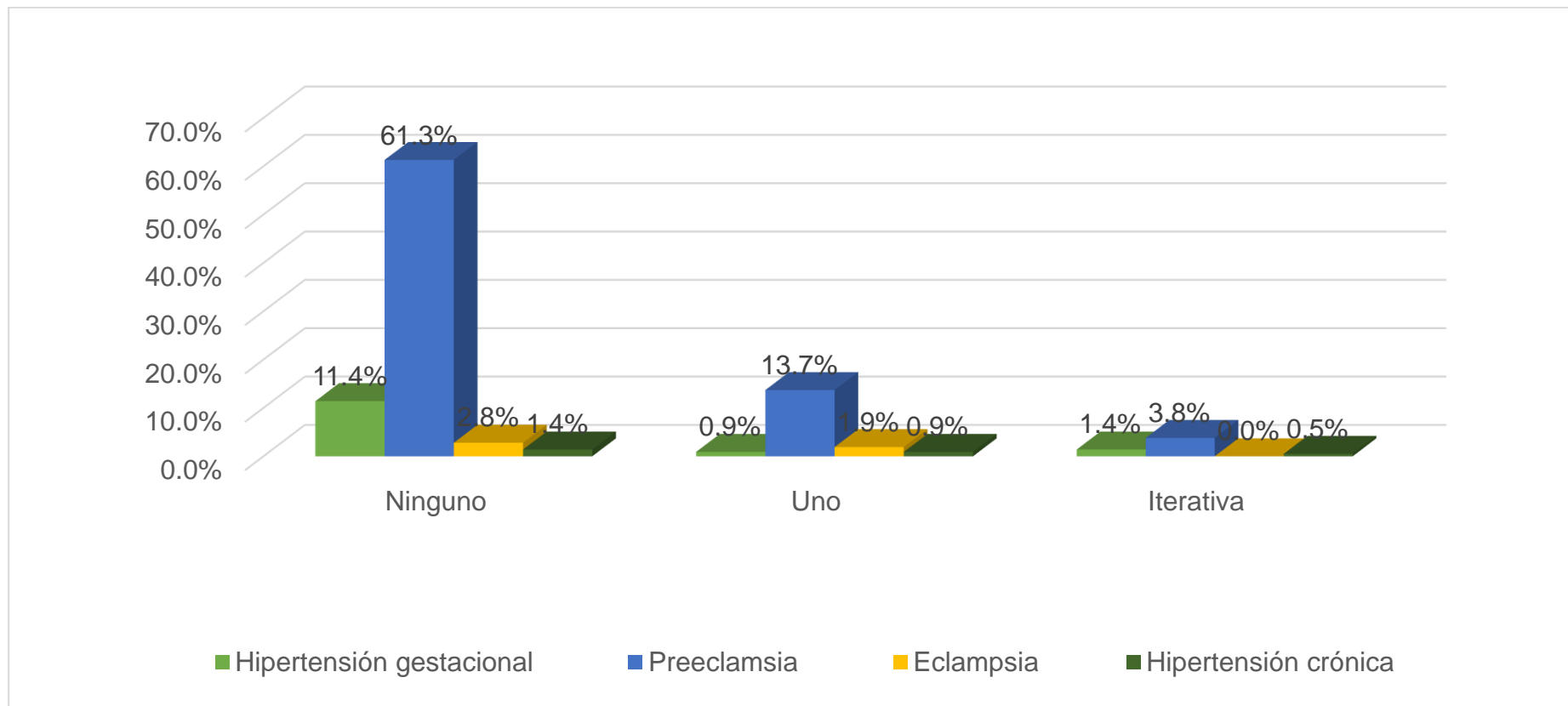
$X^2_{Tab} = 12.591$

$p = 0.131$

NO SIGNIFICATIVO



FIGURA 10. RELACIÓN ENTRE NUMERO DE CESÁREA Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: tabla 10



En la Tabla y Figura 10 se presenta la distribución de los 211 pacientes atendidos según número de cesáreas. El 76.9% no presentó ninguna cesárea, el 17.4% presentó una cesárea y finalmente el 5.7% presentó cesárea iterativa.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 61.3% de los pacientes presentó preeclampsia, en aquellos que no han tenido ninguna cesárea, el 11.4% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, también en la que no presentaron ninguna cesárea. Asimismo, el 2.8% presentó eclampsia, correspondiendo a las que no presentaron ninguna, el 1.4% presentó hipertensión crónica, que correspondió a ninguna.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 9.852$, que supera el valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad ($p = 0.131$). Este hallazgo evidencia que no existe relación estadísticamente significativa entre el número de cesáreas de los pacientes y el tipo de enfermedad hipertensiva.

Itusac (5) reportó un mayor riesgo de complicaciones en gestantes con antecedentes de cesárea. Sin embargo, en la presente investigación se observó que el 76.9% de las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo no presentaban antecedentes de cesárea, lo que indica que, en este caso, dicha condición no mostró una relación directa con la patología. Esto sugiere que otros factores, más allá del tipo de parto previo, podrían tener mayor influencia en el desarrollo de esta enfermedad.



TABLA 11. RELACIÓN ENTRE NUMERO DE ABORTOS Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NUMERO DE ABORTOS	TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA									
	Hipertensión gestacional		Preeclamsia		Eclampsia		Hipertensión crónica		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ninguno	19	9.0	99	47.0	3	1.4	5	2.3	126	59.7
Uno	10	4.7	55	26.1	4	1.9	1	0.5	70	33.2
Habitual	0	0.0	12	5.7	3	1.4	0	0.0	15	7.1
TOTAL	29	13.7	166	78.8	10	4.7	6	2.8	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

$X^2_{Cal} = 9.351$

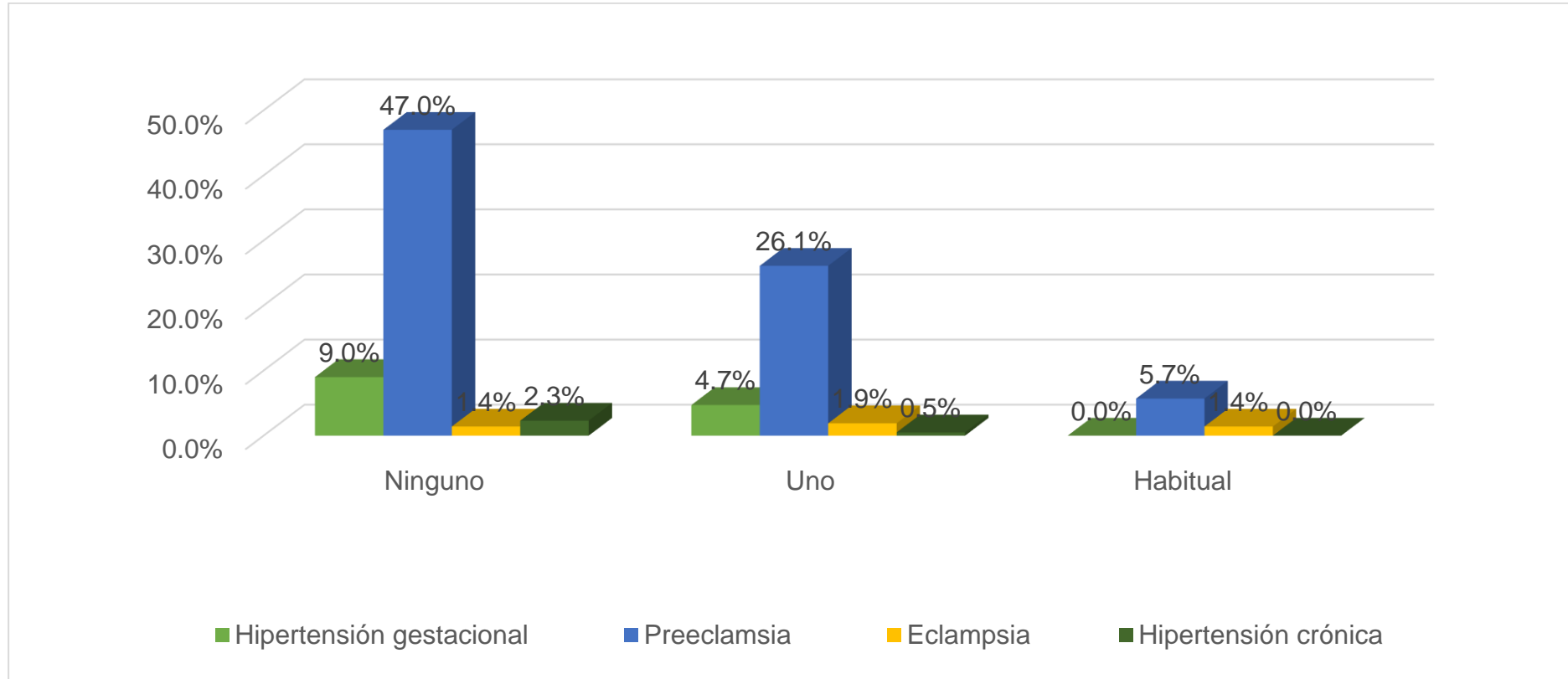
$GL = 6$

$X^2_{Tab} = 12.591$

$p = 0.058$

NO SIGNIFICATIVO

FIGURA 11. RELACIÓN ENTRE NUMERO DE ABORTOS Y LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: tabla 8.



En la Tabla y Figura 11 se presenta la distribución de los 211 pacientes atendidos según casos de aborto. El 59.7% no presentó ningún aborto, el 33.2% presentó un aborto y el 7.1% tuvo un aborto habitual.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 47% de los pacientes presentó preeclampsia, en aquellos que no han tenido ningún aborto, el 9% fue diagnosticado con hipertensión gestacional y ninguno tuvo aborto, Asimismo, el 1.9% presentó eclampsia, correspondiendo a las que presentaron un aborto, el 2.3% presentó hipertensión crónica, que correspondió a ninguno.

El análisis estadístico mediante la prueba de chi cuadrado mostró un valor de $\chi^2 = 9.351$, que supera el valor crítico tabulado de 12.591 para 6 grados de libertad ($p = 0.058$). Este hallazgo evidencia que no existe relación estadísticamente significativa entre el aborto y el tipo de enfermedad hipertensiva.

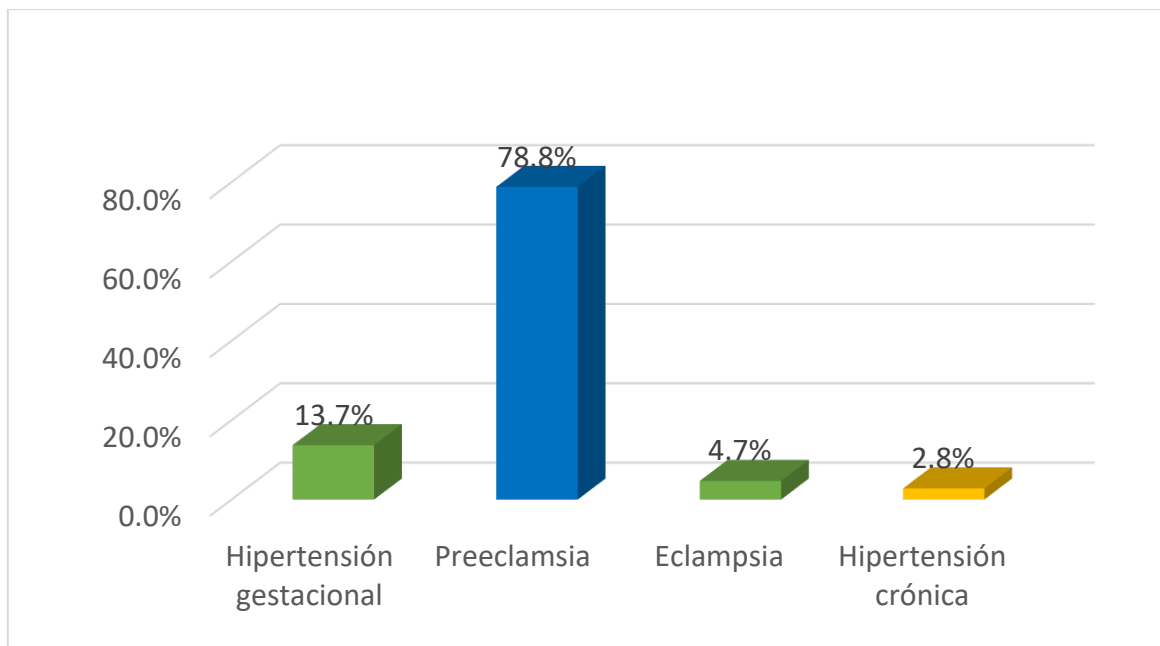
Mijares (7) señala que los trastornos hipertensivos del embarazo pueden asociarse a complicaciones como el aborto espontáneo. No obstante, en la presente investigación se evidenció que el 59.7% de las pacientes no presentaron antecedentes de aborto, y no se encontró una relación significativa entre esta condición y la enfermedad hipertensiva. Esto sugiere que, en este grupo de estudio, el antecedente de aborto no fue un factor determinante en la aparición de la patología.

TABLA 12. EL TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO QUE MÁS FRECUENTE SE PRESENTA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	TOTAL	
	fi	%
Hipertensión gestacional	29	13.7
Preeclamsia	166	78.8
Eclampsia	10	4.7
Hipertensión crónica	6	2.8
TOTAL	211	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 12. EL TIPO DE ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO QUE MÁS FRECUENTE SE PRESENTA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024



Fuente: tabla 12.



Tabla y figura 12 nos revela el tercer objetivo específico de la investigación que es evaluar el tipo de enfermedad hipertensiva del embarazo que más frecuente se presenta en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

La distribución según el tipo de enfermedad hipertensiva mostró que el 78.8% de los pacientes presentó preeclampsia, el 13.7% fue diagnosticado con hipertensión gestacional, el 4.7% presentó eclampsia y el 2.8% presentó hipertensión crónica.

Azabache (11) señaló que la obesidad durante el primer trimestre del embarazo incrementa significativamente el riesgo de desarrollar preeclampsia. En concordancia, en el presente estudio se encontró que el 78.8% de las gestantes evaluadas presentaron preeclampsia, lo que podría estar relacionado con factores como el sobrepeso y la obesidad materna. Estos resultados refuerzan la importancia de realizar un control nutricional desde las primeras etapas del embarazo, con el fin de reducir el riesgo de complicaciones hipertensivas y mejorar los desenlaces materno-perinatales.

CONCLUSIONES

Primero: Se determinó los riesgos de obesidad relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2024. Aceptándose parcialmente la hipótesis planteada.

Segundo: Se identificó los factores sociodemográficos relacionados con la enfermedad hipertensiva del embarazo. En cuanto a la edad, el 68.2% de las pacientes tenía entre 19 y 34 años ($p=0.012$). Respecto a la ocupación, el 70.2% eran amas de casa ($p=0.001$). En cuanto a la procedencia, el 77.7% provenía de zonas urbanas; en relación con el estado civil, el 87.3% eran convivientes. En cuanto al nivel de instrucción, el 68.9% tenía educación secundaria ($p=0.020$). Aceptándose la hipótesis planteada.

Tercera: Se evaluó los factores obstétricos relacionados con la enfermedad hipertensiva del embarazo. En la obesidad pregestacional, el 38.4% presentó sobrepeso ($p=0.004$). Respecto a la edad gestacional, el 98.1% desarrolló la enfermedad en la segunda mitad del embarazo ($p=0.014$). En el número de gestaciones, el 61.3% fueron multigestas ($p=0.006$), y el 52.2% eran multíparas ($p=0.003$). Sin embargo, no se encontró relación con la vía del parto, ya que el 76.9% no tuvo cesárea ($p=0.131$), ni con el antecedente de aborto, dado que el 59.7% no presentó abortos previos. Aceptándose la hipótesis planteada.

Cuarta: Se evaluó el tipo de enfermedad hipertensiva del embarazo, identificándose que el 78.8% de las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca – 2024, presentó preeclampsia, por lo que no se demuestra la hipótesis planteada.



RECOMENDACIONES

Primera: Al Director del Red de Salud San Román en coordinación con la jefa de obstetras y nutricionistas fortalecer la consejería prenatal sobre hábitos saludables y factores de riesgo, a fin de prevenir la obesidad pregestacional y sus complicaciones, como la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Segunda: Al Director del Hospital Carlos Monge Medrano y al área de gineco-obstetricia para fortalecer la educación en salud materna dirigida a mujeres en edad fértil con riesgo de obesidad, especialmente a aquellas con nivel de instrucción secundaria y dedicadas al hogar, mediante talleres informativos y campañas accesibles como el uso de redes sociales; además, implementar programas de control prenatal con atención prioritaria en zonas urbanas que consideren la realidad sociodemográfica de las pacientes, promoviendo también la participación activa de la pareja o conviviente para mejorar el seguimiento y prevenir complicaciones asociadas a la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Tercera: Al Jefe de Departamento del servicio de Gineco-Obstetricia en coordinación con los nutricionistas implementar estrategias de educación y prevención a través del uso de redes sociales, como Facebook, WhatsApp y TikTok, aprovechando su amplio alcance y accesibilidad, para difundir información clara y continua sobre los signos de alerta, la importancia del control prenatal y hábitos saludables, orientadas especialmente a mujeres jóvenes, amas de casa y poblaciones urbanas,



contribuyendo así a la reducción de la enfermedad hipertensiva del embarazo mediante una comunicación más cercana y efectiva.

Cuarta: Al responsable del Programa Estratégico de Enfermedades No Transmisibles, en coordinación con el servicio de Gineco-Obstetricia y el equipo de nutricionistas, implementar y fortalecer programas integrales de prevención y control de obesidad en gestantes. Estos programas deben incluir consejería prenatal personalizada, talleres sobre hábitos alimentarios y actividad física segura, tamizaje temprano de factores de riesgo y seguimiento continuo durante el embarazo, aprovechando la capacidad instalada del área de enfermedades no transmisibles para reducir la incidencia de obesidad pregestacional y sus complicaciones, como la enfermedad hipertensiva del embarazo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ananth L. Escala mundial de obesidad en relación a la enfermedad hipertensiva del embarazo.[Internet]. VIII. Chile: ISBN; 2019 [Consultado el 07 de febrero del 2021. Disponible en: https://www.Rev.-chilena-php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000600005
2. Buenaventura R. Servicio de nutrición. DIRESA, Puno [Internet] 2024 [Consultado el 02 de feb del 2024. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/nutrition.html>
3. Guevara P. Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú (INMP), Enrique Guevara Ríos, [Internet]. 2023 [Consultado el 08 de oct del 2024. Disponible en: https://instituto.materno.perinatal.script=sci_arttext&pid=S0212-16112018000800001
4. Gonzales T. El sobrepeso y/o la obesidad materna al inicio de la gestación se asocian a un incremento del riesgo de padecer algún estado hipertensivo del embarazo en una población del sur de España, 2021. [Internet]. 2021 [Consultado el 07 de febrero del 2021. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-zzzzzzz-articulo-hipertension-embarazo-revision-literatura-S0716864023000081>
5. Itusac X. Impacto sobre la mortalidad neonatal, por hipertensión arterial crónica y obesidad en la gestación, en un hospital colombiano, entre 2020 y 2023. [Consultado el 01 de febrero del 2023. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>



6. Cayllon Z. Factores asociados a la hipertensión arterial y obesidad inducida por el embarazo (HIE) en personas que viven en la altura, Hospital Regional Docente Materno Infantil de Ecuador, 2020. [Internet].; 2020 [Consultado el 19 de febrero del 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000300528
7. Mijares L. Estudio de complicaciones maternas asociadas al sobrepeso y obesidad durante el embarazo en la mujer joven de Bolivia, en artículos publicados entre los años 2019 al 2022. [Internet]. 2022 [Consultado el 07 de febrero del 2022 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-053120210003005280
8. Córdova T. Obesidad como trastorno multisistémico relacionado a enfermedad hipertensiva, Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa desde 2021 hasta 2023. [Internet]. 2023 [Consultado el 11 de febrero del 2023. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Obesidad>
9. Condori Y. Sobrepeso y/o la obesidad materna al inicio de la gestación se asocian a un incremento del riesgo de padecer algún estado hipertensivo del embarazo en una población del Cono Norte de Arequipa, 2023. [Internet]. 2023 [Consultado el 19 de febrero del 2023. Disponible en: Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>.
10. Ñique P. Prevalencia de diabetes gestacional, e hipertensión arterial en pacientes embarazadas con obesidad pre gestacional en pacientes del Hospital Belén de Trujillo, 2020. [Internet]. 2020 [Consultado el 27 de febrero del 2021. Disponible en:

en:



<https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000700410/3/0700410.pdf>

11. Azabache P. Riesgo de ocurrencia de preeclampsia en gestantes con obesidad ($IMC \geq 30$) en el primer trimestre de gestación en el Hospital de Chancay, 2020. [Internet].2020 Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>
12. Cabrejos P. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a la preeclampsia en el Puesto de Salud de Ñauza - Ambo, 2021. [Internet]. 2021 [Consultado el 12 de marzo del 2021. Disponible en: Disponible en: http://www.revista-medicamd.com/sites/default/files/revistas/art_rev_-_obesidad_y_embarazo_rev_med_md_2013_44.pdf.
13. Antesana Y. Relación entre la obesidad pregestacional y las enfermedades hipertensivas en el embarazo en el Hospital María Auxiliadora, Lima, 2022. [Internet]. 2022[Consultado el 09 de febrero del 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322023000200003
14. Huanca V, Incidencia de enfermedad hipertensiva del embarazo en la altura Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, Puno, 2022. [Internet]. 2022 [Consultado el 7 de junio del 2022. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>
15. Gonzales F, Pérez A, Quispe C. Riesgos de obesidad relacionados a enfermedad hipertensiva del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca [Internet]. Juliaca (Perú): Universidad Nacional



- del Altiplano; 2024 [citado 2025 Jun 17]. Disponible en:
<https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/24247>
16. Ñaupá S. Obesidad pregestacional es un factor asociado al desarrollo de preeclampsia en el Centro de Salud Santa Rosa de Puno, durante el año 2022. [Internet]. 2022 [Consultado el 11 de julio del 2022. Disponible en: https://www.idf.org/webdata/docs/Pregnancy_EN_RTP.pdf.
17. Llanos S. Relación entre los trastornos hipertensivos del embarazo y la funcionalidad familiar en usuarias del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno, 2022. [Internet]. 2022 [Consultado el 17 de febrero del 2022. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/55fc672a-e892-45b7-a462-ac828bebc1/content>
18. Quispe L. Factores de riesgo de Obesidad e hipertensión en el embarazo en mujeres en edad fértil, que desean tener hijos, del consultorio de Obstetricia de la clínica Americana de Juliaca, 2020. [Internet]. 2020 [Consultado el 18 de febrero del 2021. Disponible en: <http://www.revistas.unach.mx/index.php/revanales/article/view/64>
19. Nigeria O. Hipertensión y embarazo. [Internet]. 2020 [Consultado el 03 de febrero del 2021. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign116.pdf>.
20. Hadi, M., Martel, C., Huayta, F., Rojas, R., & Arias, J. (2023). Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. [Internet]. 2023 [Consultado el 10 de abril del 2024. Disponible. <https://editorial.inudi.edu.pe/index.php/editorialinudi/catalog/book/82>



21. Martínez S. Enfermedad hipertensiva del embarazo. [Internet]. 2019 [Consultado el 10 de agosto del 2021. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hVqY39SSBCybKkXfkSVsYmf/?lang=es&format=pdf>
22. Mendoza N. Ginecología y obstetricia, enfermedad hipertensiva del embarazo. [Internet]. 2020 [Consultado el 07 de febrero del 2021. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-manejo-de-los-trastornos-hipertensivos-del-embarazo-629>
23. Narváez E. Obesidad y embarazo. [Internet]. 2020 [Consultado el 17 de febrero del 2021. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/preeclampsia-y-eclampsia>
24. Noriega L. Hipertensión arterial y obesidad. [Internet]. 2020 [Consultado el 09 de febrero del 2021. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/qs35/resources/support-for-commissioning-for-hypertension-in-pregnancy-253628461>.
25. Nuritela M. Obesidad y embarazo. [Internet]. 2020 [Consultado el 07 de febrero del 2021. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng3/resources/diabetes-in-pregnancy-management-from-preconception-to-the-postnatal-period-51038446021>.
26. Nielchis T. Hipertensión en el embarazo. [Internet]. 2020 [Consultado el 03 de febrero del 2021. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/ng3/resources/diabetes-in-pregnancy-management-from-preconception-to-the-postnatal-period-51038446021>.



27. Nevada D. Obstetricia y ginecología. [Internet]. 2020 [Consultado el 01 de febrero del 2021. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/QS35/chapter/Introduction>.
28. Nieto R. Ginecología y obstetricia de alto riesgo. [Internet]. 2020 [Consultado el 02 de febrero del 2021. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/qs35/resources/support-for-commissioning-for-hypertension-in-pregnancy-253628461>.
29. Otárola R. Ginecología y obstetricia de alto riesgo. [Internet]. 2021 [Consultado el 08 de febrero del 2021. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000200005
30. Raymondi R. Obstetricia de alto riesgo. [Internet]. 2019 [Consultado el 22 de febrero del 2021. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>
31. Ramírez E. Hipertensión y embarazo. [Internet]. VIII. Chile: ISBN; 2017 [Consultado el 09 de febrero del 2021. Disponible en: https://www.aefa.es/wp-content/uploads/2014/08/Trabajo_completo.pdf
32. Reaven S. Hipertensión y obesidad. [Internet]. 2018 [Consultado el 10 de febrero del 2020. Disponible en: <https://medicinainterna.net.pe/pdf/sindrome%20metabolico%20SPMI%20volumen%2027%20numero%203%20final%20web.pdf>
33. Rey I. Obstetricia de alto riesgo. [Internet]. 2022 [Consultado el 13 de enero del 2022. Disponible en:



https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5011/Chavez_%20Katherin.pdf?sequence=1&isAllowed=y

34. Salinas R. Nutrición y embarazo. [Internet]. 2018 [Consultado el 04 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
35. Saskatchewan. Hipertensión arterial y obesidad. [Internet]. 2018 [Consultado el 08 de febrero del 2021]. Disponible: http://www.skprevention.ca/wp-content/uploads/2013/01/Maternal_Obesity_Excessive_Gestational_Weight_Gain.pdf.
36. Seely S. Enfermedad hipertensiva y embarazo. [Internet]. 2020 [Consultado el 01 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/29d02031-fa32-4191-a659-91d1b43ea506/content>
37. Sosa S. Hipertensión y embarazo. [Internet]. 2020 [Consultado el 02 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5537/ITALA%20elizabeth%20diaz%20silva%20t.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Sarthe S. Hipertensión y obesidad en el embarazo. [Internet]. 2022 [Consultado el 09 de marzo del 2022]. Disponible en: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/624>
39. Trueno R. Hipertensión y obesidad en el embarazo. [Internet]. 2019 [Consultado el 03 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-058-08/ER.pdf>



40. Tuffnell S. Preeclampsia y obesidad. [Internet]. 2019 [Consultado el 04 de febrero del 2021. Disponible en: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/12945/5016868.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. Valdés A. Preeclampsia y obesidad [Internet]. 2018 [Consultado el 02 de febrero del 2021. Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/496/1245>
42. Vatten L. Pre-eclampsia y mortalidad materna [Internet]. 2018 [Consultado el 04 de febrero del 2021. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/posibles-problemas/hipertension-y-preeclampsia-eclampsia-y-sindrome-hellp>
43. Watson E. Terminos generales de hipertensión. [Internet]. 2018 [Consultado el 09 de febrero del 2021. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/4596>



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.

	EDAD	OCUPACION	PROCEDENCIA	ESTADOCIVIL	INSTRUCCION	OBESIDADPRE GESTACIONAL	Edadgestaciona lss	Gestaciones	Partos	Cesareas	Abortos	tipodeenfermed ad
1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	4	4
2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	3	4
3	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	3	4
4	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	3	3
5	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	3	4
6	3	1	2	1	3	2	2	2	2	2	3	4
7	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	4
8	3	1	2	1	3	2	3	3	3	2	3	4
9	1	4	2	1	3	1	2	2	2	2	3	4
10	3	1	2	1	3	1	2	2	2	3	3	4
11	1	1	1	3	2	1	2	2	2	2	4	4
12	1	1	2	1	2	5	2	1	1	2	4	4
13	1	4	2	3	3	4	2	1	2	2	3	4
14	1	1	2	1	2	5	2	1	2	2	3	4
15	1	4	2	1	2	1	2	2	2	2	4	4
16	1	1	2	2	3	5	2	1	2	2	4	4
17	1	3	2	1	3	2	2	2	2	3	4	4
18	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	4
19	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	4	4
20	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	4	4
21	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	3	4
22	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	4	4
23	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	3	4
24	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	3	4
25	1	1	2	1	2	3	2	2	2	2	4	4
26	1	1	1	1	4	3	2	1	1	2	3	4



	EDAD	OCUPACION	PROCEDENCIA	ESTADOCIVIL	INSTRUCCION	OBESIDADPRE GESTACIONAL	Edadgestaciona lss	Gestaciones	Partos	Cesareas	Abortos	tipodeenfermed ad
27	1	1	2	1	2	5	2	2	2	2	4	1
28	1	1	1	1	3	5	2	2	2	2	2	4
29	1	2	2	1	3	2	2	1	1	2	3	3
30	1	4	2	1	2	5	2	2	2	2	3	4
31	3	2	2	1	2	4	2	3	3	2	3	4
32	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	4
33	1	2	2	1	3	2	2	2	2	3	4	4
34	2	2	2	1	3	2	2	2	2	3	3	4
35	1	2	2	1	3	2	2	1	1	2	3	4
36	1	4	2	1	3	1	2	1	1	2	4	4
37	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	3	4
38	1	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	4
39	3	1	1	2	2	4	2	3	3	2	3	4
40	1	1	2	1	2	5	2	2	2	2	3	4
41	3	1	1	1	1	2	2	1	1	2	3	4
42	1	1	2	1	3	3	2	1	1	2	4	4
43	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	3	4
44	3	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	4
45	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	4	4
46	3	4	1	1	2	1	2	1	2	3	3	4
47	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	4	4
48	1	4	2	1	3	2	2	1	2	2	3	4
49	1	1	2	1	2	1	2	2	2	3	3	4
50	1	1	1	1	1	3	2	3	1	2	3	4
51	3	1	2	1	2	3	2	1	1	3	4	4
52	1	1	2	1	2	2	2	2	2	3	4	3



	EDAD	OCUPACION	PROCEDENCIA	ESTADOCIVIL	INSTRUCCION	OBEESIDADPRE GESTACIONAL	Edadgestaciona lss	Gestaciones	Partos	Cesareas	Abortos	tipodeenfermed ad
53	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3
54	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3	3
55	1	1	2	1	2	4	2	2	2	2	4	4
56	1	1	2	1	3	3	2	2	2	1	3	3
57	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	4	4
58	3	1	2	1	2	3	2	2	2	2	3	4
59	1	1	2	1	2	3	2	1	2	1	3	3
60	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	4	4
61	3	1	2	1	3	2	2	1	1	2	3	4
62	1	1	1	1	3	5	2	2	2	1	3	4
63	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	3	4
64	1	1	1	1	3	1	2	1	1	2	4	4
65	1	1	2	2	3	2	2	1	2	2	3	4
66	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	4	4
67	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	4
68	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3	4
69	1	3	2	1	2	2	2	2	2	3	3	4
70	2	1	2	1	3	1	2	1	1	3	4	4
71	1	1	2	1	3	1	2	2	2	3	2	4
72	3	1	1	1	3	5	2	1	1	2	3	4
73	2	3	2	1	2	1	2	2	2	2	3	1
74	1	2	2	1	2	1	2	1	1	3	2	4
75	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	4	4
76	2	1	2	1	2	5	2	2	2	2	2	4
77	1	3	2	1	2	1	2	1	2	2	3	3
78	3	4	2	3	2	5	2	1	1	1	4	2



	EDAD	OCUPACION	PROCEDENCIA	ESTADOCIVIL	INSTRUCCION	OBESIDADPRE GESTACIONAL	Edadgestaciona lss	Gestaciones	Partos	Cesareas	Abortos	tipodeenfermed ad
79	1	2	2	1	2	1	1	2	1	3	3	4
80	3	1	2	1	2	5	2	1	1	3	3	4
81	2	1	2	1	2	5	2	2	2	2	3	4
82	3	2	2	3	2	4	2	1	1	2	3	4
83	1	4	2	3	3	1	2	2	2	3	4	1
84	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	4	4
85	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	4
86	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	4	4
87	1	1	2	1	1	3	2	1	1	2	3	4
88	3	1	2	1	1	1	2	3	3	2	3	4
89	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	3
90	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	3	4
91	1	1	2	2	3	1	2	1	2	2	4	4
92	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	4	4
93	3	1	1	3	2	2	2	1	1	2	3	4
94	3	2	2	1	2	1	2	1	1	3	4	4
95	3	1	1	1	1	1	2	1	1	2	4	4
96	1	4	2	1	2	3	2	2	2	2	4	3
97	1	1	2	1	2	1	2	1	1	3	4	4
98	1	1	2	1	2	5	2	2	2	3	3	1
99	1	2	2	1	2	1	2	1	1	2	3	4
100	1	1	1	1	2	5	2	1	2	2	3	4
101	3	1	1	1	2	2	2	1	2	1	4	4
102	1	4	2	1	2	3	2	1	1	3	3	4
103	1	1	1	1	2	4	2	1	1	2	3	4
104	1	2	2	1	2	3	2	1	1	2	3	4



	EDAD	OCUPACION	PROCEDENCIA	ESTADOCIVIL	INSTRUCCION	OBSESIDADPRE GESTACIONAL	Edadgestaciona lss	Gestaciones	Partos	Cesareas	Abortos	tipodeenfermed ad
105	1	1	2	1	2	5	2	1	1	2	4	4
106	3	1	2	1	2	1	2	1	1	2	4	4
107	3	4	2	1	3	4	2	1	1	2	4	4
108	3	1	2	1	2	3	2	1	1	3	3	4
109	1	1	2	3	2	5	2	2	2	2	3	3
110	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	3	4
111	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	4
112	1	1	2	1	4	5	2	1	1	2	3	3
113	1	1	2	1	3	3	2	1	1	2	4	3
114	3	2	2	1	2	2	2	1	1	3	3	4
115	1	2	1	1	2	3	2	2	2	2	3	4
116	1	1	2	1	3	1	2	1	2	2	3	4
117	3	1	2	1	2	2	2	1	1	3	3	4
118	3	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3	4
119	3	1	2	2	3	2	2	3	3	2	3	4
120	3	1	2	1	2	1	2	1	1	2	4	3
121	2	1	2	1	2	5	2	2	2	3	3	4
122	3	4	1	2	2	1	2	3	1	2	3	4
123	1	2	2	1	2	3	2	2	2	3	3	4
124	1	4	2	1	2	5	2	2	2	2	3	4
125	1	1	2	3	2	1	2	2	2	2	4	4
126	3	1	1	1	2	5	2	1	1	2	3	4
127	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	4	4
128	3	1	2	1	3	2	2	1	1	1	3	4
129	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	3	4
130	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	4	4



	EDAD	OCUPACION	PROCEDENCIA	ESTADOCIVIL	INSTRUCCION	OBSESIDADPRE GESTACIONAL	Edadgestaciona lss	Gestaciones	Partos	Cesareas	Abortos	tipodeenfermed ad
131	3	1	2	1	2	1	2	3	3	3	3	4
132	2	1	2	1	2	5	2	2	2	2	2	1
133	3	1	2	1	2	1	2	1	1	2	4	4
134	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	4	4
135	3	1	2	1	1	5	2	1	1	3	4	4
136	1	4	1	1	2	1	2	2	2	2	3	4
137	1	4	2	2	3	5	2	1	1	2	2	4
138	1	1	2	1	2	5	2	1	1	3	2	4
139	1	1	2	1	3	1	2	1	1	3	3	4
140	3	4	2	1	2	5	2	1	1	3	2	4
141	3	1	2	1	2	5	2	1	1	2	4	4
142	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	4
143	3	4	2	2	2	5	2	1	1	2	2	4
144	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3
145	3	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	4
146	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	3	3
147	3	1	1	1	2	2	2	1	1	2	3	4
148	1	4	1	1	2	5	2	1	1	3	4	4
149	2	1	2	1	3	5	2	2	2	2	3	3
150	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3	4
151	1	1	2	1	2	5	2	1	1	2	4	3
152	3	1	2	1	2	3	2	1	1	3	4	1
153	1	1	2	1	2	5	2	1	1	2	3	4
154	3	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	4
155	3	2	2	1	2	1	2	3	3	2	3	3
156	1	4	1	1	1	1	2	2	2	2	4	3



	EDAD	OCUPACION	PROCEDENCIA	ESTADOCIVIL	INSTRUCCION	OBSESIDADPRE GESTACIONAL	Edadgestaciona lss	Gestaciones	Partos	Cesareas	Abortos	tipodeenfermed ad
157	1	1	2	1	2	1	2	3	3	2	3	4
158	3	1	2	1	2	1	2	3	3	2	4	4
159	1	1	2	1	3	5	2	1	1	2	3	3
160	1	2	2	1	3	5	2	2	2	3	3	2
161	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	3	4
162	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	4
163	1	1	2	1	1	1	2	3	3	3	4	4
164	3	1	2	1	3	1	1	1	1	2	3	3
165	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	4	4
166	1	4	2	1	3	1	2	2	2	2	3	4
167	3	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	4
168	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	3	4
169	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3	4
170	1	1	2	3	3	1	2	1	1	2	3	1
171	2	3	2	3	2	1	2	2	2	3	4	3
172	1	4	2	1	2	2	2	1	1	2	2	4
173	1	4	2	1	3	5	2	1	1	2	3	4
174	2	2	1	1	2	1	2	2	2	3	3	4
175	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	4	4
176	1	1	2	1	3	5	2	1	1	2	4	3
177	3	1	2	3	2	2	2	1	1	2	3	4
178	1	1	2	1	2	5	2	1	1	2	4	4
179	1	4	1	1	2	1	2	2	2	2	3	4
180	3	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	4
181	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	4
182	1	1	2	1	3	1	2	2	2	2	4	4



	EDAD	OCUPACION	PROCEDENCIA	ESTADOCIVIL	INSTRUCCION	OBEESIDADPRE GESTACIONAL	Edadgestaciona lss	Gestaciones	Partos	Cesareas	Abortos	tipodeenfermed ad
183	1	1	2	1	3	2	2	1	1	2	3	3
184	1	1	2	3	3	5	2	2	2	2	3	4
185	1	2	2	1	3	2	2	1	1	3	3	2
186	1	1	1	1	2	3	2	2	2	2	4	4
187	1	1	2	1	3	5	2	1	1	2	3	4
188	3	1	2	1	2	2	2	1	1	2	3	4
189	1	1	2	1	2	1	2	1	1	3	2	1
190	1	3	2	3	3	5	2	2	2	1	4	4
191	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	4	4
192	3	1	2	1	2	1	2	1	2	2	4	3
193	1	1	2	1	3	1	2	1	1	2	4	4
194	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	3	4
195	1	1	1	1	3	5	2	1	1	2	3	4
196	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1
197	1	1	2	1	3	5	2	2	2	2	3	4
198	1	1	2	1	3	3	2	1	1	1	3	4
199	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	4	4
200	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	4
201	3	2	2	1	2	4	2	1	1	2	3	2
202	1	2	2	3	2	5	2	2	2	2	3	4
203	1	1	2	1	2	5	2	1	1	2	3	4
204	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	4
205	1	2	2	1	3	1	2	2	2	2	3	2
206	3	4	2	1	2	2	2	1	1	2	4	4
207	1	2	2	1	3	1	2	1	1	2	3	3
208	2	3	1	3	2	5	2	2	2	2	4	1
209	3	1	2	2	2	3	2	1	1	2	3	2
210	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	3	3
211	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	4	3



ANEXO 3: INSTRUMENTO

INSTRUMENTO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO DE PACIENTE		DIAGNÓSTICO	
1.- Riesgos de obesidad			
1.1 Sociodemográficos	1.1.1 Edad		()
	a.- < de 18 años		()
	b.- De 19 a 34 años		()
	c.- > De 34 años		()
	1.1.2 Ocupación		()
	a.- Ama de casa		()
	b.- Estudiante		()
c.- Comerciante		()	
d.- Independiente		()	
1.1.3 Procedencia		()	
a.- Urbano		()	
b.- Rural		()	
1.1.4 Estado civil		()	
a.- Soltera		()	
b.- Casada		()	
c.- Conviviente		()	
1.1.5 Grado de Instrucción		()	
a.- Ninguna		()	
b.- Primaria		()	
c.- Secundaria		()	
d.- Superior		()	
1.1.6 Obesidad pre gestacional (Según IMC)		()	
a.- Grado I (30 y 34.9)		()	
b.- Grado II (35 y 39.9)		()	
c.- Grado III (40 o más)		()	
1.2 Obstétricas	1.2.1 Edad gestacional		()
	a.- 0 – 20 semanas		()
	b.- 21 – 40 semanas		()
	1.2.2 Número de Gestaciones		()
	a.- Primigesta		()
	b.- Multigesta		()
c.- Gran multigesta		()	
1.2.3 Número de Partos		()	
a.- Primípara		()	



	b.- Multipara c.- Gran multipara	()
	1.2.4 Número de Cesáreas a.- Ninguno b.- Uno C - Iterativa	() ()
	1.2.5 Número de Abortos a.- Ninguno b.- Uno C - Habitual	() () ()
2.- Enfermedad hipertensiva del embarazo.		
1.1 Tipos	1.1.1 Hipertensión gestacional a.- Si b.- No	() ()
	1.1.2 Preeclamsia a.- Si b.- No	() ()
	1.1.3 Eclampsia a.- Si b.- No	() ()
	1.1.4 Hipertensión crónica a.- Si b.- No	() ()



ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

ANEXO 3:

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: *Dr. JUAN VILCA CALLATA*

ESPECIALIDAD: *GINECOLOGO OBSTETRA*

COLEGIATURA: *42403* FECHA: *12-05-2025*

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	1
TOTAL	15

- De acuerdo: 2 (Si)
- En desacuerdo: 1 (No)

ESCALA DE VALIDACIÓN



Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe D. JUAN VILCA GALLATA
 identificado con DNI N° 92043025 y CMP N° 42403
 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante

Bach. JORGE MARTÍNEZ APAZA

Juliaca ... 12 ... de MAYO ... del 2025



Juan Vilca Gallata
 GINECOLOGO - OBSTETRA
 CMP. 42403 - RNE 39807



VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: Dr. FELIX CHOQUE MAMANI

ESPECIALIDAD: GINECOLOGO OBSTETRA

COLEGIATURA: 26 979 FECHA: 12-05-2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	1
TOTAL	15

- De acuerdo: 2 (Si)
- En desacuerdo: 1 (No)

ESCALA DE VALIDACIÓN



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe... *Dr. Felix CHOQUE MAMANI*
 identificado con DNI N° *02546332* y CMP N° *26979*
 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
 Bach. JORGE MARTÍNEZ APAZA

Juliaca *12* de *mayo* del 2025

Felix Choque Mamani
 Dr. Felix Choque Mamani
 MÉDICO CIRUJANO
 GINECÓLOGO OBSTETRA
 C.M.P. 26979 R.N.E. 16969



ANEXO 3:

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

NOMBRE DEL JUEZ: Dr. JUAN G. ROJAS GALLEGOS

ESPECIALIDAD: GINECOLOGO - OBSTETRA

COLEGIATURA: 21318 FECHA: 12-05-2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	1
TOTAL	15

- De acuerdo: 2 (Si)
- En desacuerdo: 1 (No)

ESCALA DE VALIDACIÓN



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe... *Dr. JUAN P. ROJAS GALLEGOS*
 identificado con DNI N° *02167022* y CMP N° *21318*
 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
 Bach. JORGE MARTÍNEZ APAZA

Juliaca *12* de *MAYO* del 2025


 Dr. Juan G. Rojas Gallegos
 GINECÓLOGO - OBSTETRA
 CMP 21318 INE 19255



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 07 de Mayo del 2025

CARTA N° 317 - 2025 - J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

Eco. MARTINA QUISPE OBLITAS

JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA DEL HCMM. DE LA RSSR.

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

SOLICITANTE : Sr. JORGE MARTINEZ APAZA

REGISTRO N° 09231 - 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle al Bachiller de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA de la **UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELAZQUES**, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "**RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024**", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que el interesado obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que el interesado realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Dr. Efraim U. Carrasco Gonzalo
JEFE UADI - CAPACITACIÓN
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 44365 - RNE 31001

EUCG/ccf
Cc. Interesado

19 MAY 2025



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 06/10/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: JORGE MARTINEZ APAZA

Dirección: Av. Ucayali B-17 - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 02448395

Teléfono: 924350634 email: martinezz340635@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: RIESGOS DE OBESIDAD RELACIONADOS A ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Enfermedades hipertensivas, embarazo, obesidad y riesgos

¿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, entré 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 Maestría 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)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, 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?

Sí: 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.

- Sí 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.

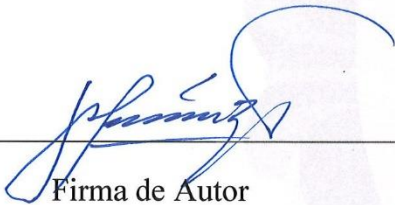
La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

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: MEDICINA HUMANA - P09



Firma de Autor



huella digital

06 - OCTUBRE - 2025

Fecha