



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA
EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD
ESTRATÉGICO PUTINA 2024

PRESENTADO POR:

JESSICA LISBETH VARGAS SOSA

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

JULIACA – PERÚ

2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
TRABAJO ACADÉMICO
DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA
EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD
ESTRATÉGICO PUTINA 2024

PRESENTADO POR:

Bach. JESSICA LISBETH VARGAS SOSA

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

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

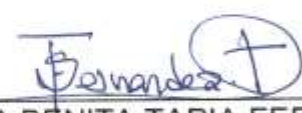
PRIMER MIEMBRO

:


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO


SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. SONIA BENITA TAPIA FERNANDEZ

ASESOR

:


Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD PÚBLICA - SEG04



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 043-2025-D-SEP-EPG-UANCV/J

19 de agosto del 2025

VISTOS:

El expediente N° 2025-005196, presentado por el (la) Egresado (a), VARGAS SOSA JESSICA LISBETH, quien solicita nominación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Sede Central Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Egresado (a), VARGAS SOSA JESSICA LISBETH, con DNI, 70469801, con numero de matricula 1720100306, ha solicitado asignación de jurados, Fecha y hora de sustentación del Trabajo Académico titulada: DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPسيا EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez";

Que, de conformidad con lo previsto en el artículo 18° del Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos, Comité de investigación;

Que, mediante Resolución Directoral N° 250-2024-SEP-EPG/UANCV SE APRUEBA Y AUTORIZA LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADEMICO) con Resolución Directoral N° 519-2024-SEP-EPG/UANCV se APRUEBA Y AUTORIZA EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN titulada: DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPسيا EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024 la misma que pertenece a la línea de investigación: SALUD PÚBLICA - SEG04;

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos en su artículo 28° DE LA SUSTENTACIÓN,

Y estando, la opinión favorable del Director de la Unidad de Investigación y el Director de la Escuela de Posgrado mediante acta de sorteo de jurado, con registro N° 0000050 de fecha 15 de agosto del 2025 se nomina jurados de tesis conforme a lo detallado en el acta.

Que, conforme al Artículo 66° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la Tesis de Posgrado es un trabajo de investigación científica original de la actualidad y de alto valor científico; en uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17° del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR APTO para la Sustentación Presencial del Informe final de la investigación (Trabajo Académico), del (a) Egresado (a), VARGAS SOSA JESSICA LISBETH, para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, en virtud de los considerados expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO. - NOMINAR JURADOS para la sustentación presencial y defensa del Trabajo Académico a los siguientes docentes ordinarios:

Presidente	:	Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATA CORA
Primer Miembro	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Segundo Miembro	:	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Asesor	:	Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

ARTÍCULO TERCERO. - El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo:

Fecha	:	Viernes, 22 de agosto del 2025
Hora	:	10:00 a.m.
Lugar	:	aula 208 - CC3 SEGUNDO PISO - UANCV

ARTÍCULO CUARTO. - El Director de la Escuela de Posgrado queda encargado del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese y Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



Dr. Cesar Romulo Quispe Zapana
DIRECTOR (e)

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°519-2024-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 25 de noviembre del 2024

VISTOS:

El Expediente N°2024-012832 de fecha 16 de octubre del 2024, el (la) egresado (a): **VARGAS SOSA JESSICA LISBETH** con DNI N°70469801 código de matrícula N°1720100306 quien solicita Revisión de Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico); acorde al Informe N°0857-2024-UI-EPG-UANCV y el Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico) de fecha 15 de noviembre del 2024, que fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de Investigación Científica, Tecnológica y Humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N°2024-012832 el (la) egresado (a): **VARGAS SOSA JESSICA LISBETH** solicita la revisión y aprobación del Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico) titulado: **DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024** Línea de Investigación SALUD PÚBLICA – SEG04 para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en: **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**.

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

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión **FAVORABLE** al Informe Final de la Propuesta de Investigación (Trabajo Académico).

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró el asesoramiento en el Informe Final de la Investigación (Trabajo Académico) del **ASESOR (A): Dra. INGRID LIZ QULISPE TICONA**; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según **INFORME N°0851-2024-UI-EPG-UANCV** y el **Anexo (04) Ficha de Opinión del Informe Final de Propuesta de Investigación (Trabajo Académico)** 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 Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR EL INFORME FINAL DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN (TRABAJO ACADÉMICO) para la **REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN**, Titulado: **DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024** presentado por el (la) Egresado (a): **VARGAS SOSA JESSICA LISBETH** en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RATIFICAR, como **ASESOR(a): Dra. INGRID LIZ QULISPE TICONA**.

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

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO

Dr. Leopoldo Wenceslao Candari Cari
DIRECTOR (a)



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°250-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 21 de agosto del 2024

VISTOS:

El Expediente N°2024-09192, presentado por el (la) Egresado (a) VARGAS SOSA JESSICA LISBETH con DNI N°70469801 código de matrícula N°1720100306 quien solicita Revisión de Propuesta de Investigación y el INFORME N° 0282-2024-UI-EPG-UANCV y el Anexo (02) Ficha de Opinión de la Propuesta de Investigación, fue revisada por el Comité de Investigación de la Escuela de Posgrado.

CONSIDERANDO:

Que, las Unidades de Investigación son unidades académicas que agrupan a docentes y estudiantes de diversas disciplinas, en razón del desarrollo de investigación científica, tecnológica y humanista de acuerdo al Estatuto Universitario Modificado 2020 de nuestra primera Casa Superior de Estudios.

Que, con Expediente N°2024-09192 el (la) Egresado (a): VARGAS SOSA JESSICA LISBETH, solicita la revisión y aprobación de la Propuesta de Investigación Titulado: DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024 Línea de Investigación: Salud Pública SEG-04, para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.

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

Que, el Comité de Investigación emitió su opinión FAVORABLE a la propuesta de investigación.

Que, el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, corroboró la propuesta del ASESOR el (la) Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA quien debe estar acreditado y facultado para orientar y ayudar al asesorado en el proceso de elaboración de la propuesta de investigación de acuerdo a la DIRECTIVA N° 004-2019-UANCV-VRAD-OI; y,

Estando, la opinión favorable del Comité de Investigación, según INFORME N°0282-2024 -UI-EPG-UANCV y el Anexo (02) Ficha de Opinión de la Propuesta de Investigación 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 Escuela de Posgrado.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR Y AUTORIZAR LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, titulado: DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024 presentado por el (la) Egresado (a): VARGAS SOSA JESSICA LISBETH en virtud de los considerandos expuestos.

ARTICULO SEGUNDO. - RECONOCER, como ASESOR al (el) (la) Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

ARTICULO TERCERO. - DISPONER que la Escuela de Posgrado, la Secretaría Académica y administrativa, quedan encargados del cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Leopoldo Werbelso Concha Cusi
DIRECTOR (e)

DIRECCIÓN EPG. INTERESADO.
C.C./ARON.
EMCC/mko



18% 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

- 9% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 16% 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	
DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JESSICA LISBETH VARGAS SOSA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70469801
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-3864-3675
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7619-9592
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02405808
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - SEG04
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú Departamento: Puno Provincia: san Antonio de Putina Distrito: Putina Coordenadas: Latitud: -14.913321280920192 Longitud: -69.84980289247545</p> <p>https://maps.app.goo.gl/SVx7r1EAiGr9gx588</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Agosto 2024 – Agosto 2025
URL de disciplinas OCDE	<p>Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</p> <p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
ESCUELA DE POSTGRADO

Jesús Mamani Mamani
Dr. Jesús Mamani Mamani
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo JESSICA LISBETH VARGAS SOSA, identificado con DNI Nro. 70469801 en mi condición de egresado de:

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

ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

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

DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024

Asesorado por: Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

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 11 de AGOSTO del 2025

Firma del Asesor (obligatoria)

FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Dedico este estudio a Dios por mostrarnos que la humildad, la paciencia y la sabiduría lo hacen posible. A mi familia que, gracias a su amor, apoyo y comprensión sin límites, han estado presentes en mi trayecto académico. A mi pareja que siempre ofreció palabras de aliento en las etapas complicadas.



AGRADECIMIENTO

A los expertos en obstetricia del Centro de Salud Estratégico Putina, por la ayuda que me ofrecieron en la obtención de información que me facilitó finalizar mi proyecto académico.

A mi mentora Dra. Ingrid Liz Quispe Ticona por orientarme a lo largo de la elaboración de mi trabajo académico.



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
INTRODUCCIÓN.....	xii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. Título del trabajo académico	1
1.1.1. Institución donde se ejecuta.....	1
1.1.2. Duración.....	1
1.1.3. Responsable	1
1.2. Descripción del problema	1
1.3. Problema general.....	3
1.3.1. Problemas específicos	3
1.4. Justificación del trabajo académico.....	3
1.4.1. Por su aporte teórico.....	3
1.4.2. Por su aporte practico	4
1.4.3. Por su aporte metodológico	4
1.5. Objetivos	5
1.5.1. Objetivo general.....	5
1.5.2. Objetivos específicos	5

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Marco teórico.....	6
2.1.1. Preeclampsia	6



2.1.2.	Etiología de la preeclampsia	7
2.1.3.	Complicaciones.....	7
2.1.4.	Diagnóstico	9
2.1.5.	Síntomas de la preeclampsia:	9
2.1.6.	Manejo de la preclamsia con criterios de severidad.....	10
2.1.7.	Manejo de la preclamsia sin criterios de severidad.....	10
2.1.8.	Preeclampsia con criterios de severidad.....	10
2.1.9.	Preeclampsia sin criterios de severidad.....	11
2.1.10.	Tratamiento:	11
2.1.11.	Tratamiento antibiótico	12
2.1.12.	Indicaciones.....	13
2.1.13.	Factores de parto pretérmino	14
2.2.	Antecedentes de la investigación	17
2.2.1.	Antecedentes internacionales	17
2.3.	Marco conceptual.....	18
2.3.1.	Antecedentes familiares con hipertensión arterial (HTA).	18
2.3.2.	Cefalea.....	18
2.3.3.	Crecimiento fetal	18
2.3.4.	Determinantes de riesgo	18
2.3.5.	Evaluación clínica	19
2.3.6.	Edema.....	19
2.3.7.	Escotomas	20
2.3.8.	Epigastralgia	20
2.3.9.	Edad gestacional.....	20
2.3.10.	Exámenes de laboratorio.....	20
2.3.11.	Gineco obstétricos	21
2.3.12.	Índice de masa corporal en gestantes	21
2.3.13.	Múltipara.....	22
2.3.14.	Nulípara	22
2.3.15.	Preeclampsia.....	23
2.3.16.	Paridad	23



- 2.3.17. Primípara 23
- 2.3.18. Parejas sexuales 23
- 2.3.19. Paquete preeclampsia en exámenes de laboratorio..... 23
- 2.3.20. Proteinuria de 24 horas 24
- 2.3.21. Relación de índice de masa corporal con la preeclampsia..... 24
- 2.3.22. Reflejo osteotendinoso 25
- 2.3.23. Síntomas 26
- 2.3.24. Tipo de gestación 26
- 2.3.25. TASS (Tes de ácido sulfosalicílico) 26

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS

- 3.1. Planificación 27
 - 3.1.1. Método y diseño de la investigación 27
 - 3.1.2. Tipo de investigación 27
 - 3.1.3. Variables investigativas..... 27
- 3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 28
- 3.3. Ejecución..... 29
- 3.4. Población y muestra..... 29
 - 3.4.1. Población 29
 - 3.4.2. Muestra 29
 - 3.4.3. Técnicas instrumentos y fuentes de recolección de datos 29
 - 3.4.4. Procesamiento y análisis de los datos 30

CAPITULO IV

RESULTADOS

- CONCLUSIONES70
- RECOMENDACIONES72
- REFERENC (1)IAS.....74
- ANEXOS.....78



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Edad relacionada con la preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	28
Tabla 02. Índice de masa corporal vinculado a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	30
Tabla 03. Historial familiar con hipertensión arterial en conexión con la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	33
Tabla 04. Síntomas relacionados con la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	36
Tabla 05. Manifestaciones asociadas a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	39
Tabla 06. Cantidad de partos relacionada con la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	42
Tabla 07. Edad del embarazo relacionada con la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	45



Tabla 08.	Clase de embarazo asociada a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	48
Tabla 09.	Desarrollo fetal vinculado a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	51
Tabla 10.	Relaciones sexuales asociadas a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	54
Tabla 11	Resultado de exámenes de laboratorio asociado con la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.	57
Tabla 12.	Tipos de preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	60



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01. Edad vinculada a la preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	28
Figura 02. Índice de masa corporal relacionado con la preeclampsia, en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	30
Figura 03. Historial familiar de hipertensión arterial asociado a la preeclampsia, en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	33
Figura 04. Manifestaciones vinculadas a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	36
Figura 05. Indicadores relacionados con la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	39
Figura 06. Número de partos asociado a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	42
Figura 07. Período de gestación relacionado con la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	45



Figura 08.	Clase de embarazo asociada a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	48
Figura 09.	Desarrollo fetal vinculado a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	51
Figura 10.	Compañeros sexuales relacionados con la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	54
Figura 11.	Resultados de pruebas de laboratorio vinculados a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024	57
Figura 12.	Clasificaciones de preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.....	60



INTRODUCCIÓN

La preeclampsia representa un desafío significativo para la salud pública en nuestro país, generando altos niveles de enfermedad y muertes en mujeres gestantes. Esta condición afecta de manera adversa el crecimiento del feto y puede provocar partos prematuros y otras complicaciones durante el proceso de parto. La Organización Mundial de la Salud señala que la preeclampsia ocupa el segundo puesto en la lista de causas de fallecimientos a nivel global, constituyendo el 14% de las muertes maternas. En Perú, este trastorno fue el factor principal en los decesos maternos durante la primera mitad de 2018, alcanzando un 28.7%. Esta afección compleja carece de una causa definida y solo se puede tratar a través del nacimiento, lo que pone en peligro la salud tanto de la madre como del bebé. Garantizar cuidado prenatal adecuado, junto con la detección temprana, el tratamiento a tiempo y un parto seguro, son las estrategias más eficaces para disminuir las tasas de mortalidad. A pesar de los esfuerzos para fomentar la asistencia médica oportuna y abordar los aspectos sociales en la comunidad, creencias profundamente arraigadas en nuestra región aún obstaculizan que las personas busquen la atención médica necesaria, a pesar de la disponibilidad de información y apoyo.

El estudio se organiza en cuatro partes: Parte I: Título, descripción del problema, justificación y objetivos. Parte II: Fundamentos teóricos, antecedentes de la investigación y el marco conceptual. Parte III: Planificación y ejecución. Parte IV: Comprende 12 tablas y análisis, cerrando el estudio con conclusiones y recomendaciones, seguidas de la mención de las fuentes consultadas.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. Título del trabajo académico

Factores de riesgo vinculados a la preeclampsia en mujeres embarazadas que reciben atención en el Centro de Salud Estratégico de Putina 2024.

1.1.1. Institución donde se ejecuta

La actividad académica se llevará a cabo en las instalaciones del Centro de Salud Estratégico en Putina.

1.1.2. Duración

Inicio : 01 de enero de 2024

Término : 31 de julio de 2024

1.1.3. Responsable

Obsta. JESSICA LISBETH VARGAS SOSA

1.2. Descripción del problema

Lamentablemente, en la actualidad se ha notado un aumento constante en la cantidad de mujeres embarazadas diagnosticadas con preeclampsia, la cual sigue siendo un foco de atención para la OMS, Considerado como uno de los problemas de salud más comunes a nivel global, la preeclampsia está estrechamente relacionada con las complicaciones que enfrentan las mujeres durante el embarazo, siendo una de las principales causas de mortalidad femenina en todo el mundo, según lo indicado por la



OMS. Esta afección gestacional se caracteriza por el aumento de la presión arterial después de la 20ª semana de embarazo, y puede presentar la presencia de proteinuria y otros síntomas como cefaleas y molestias en la parte superior derecha del abdomen. Dado que no existe un tratamiento definitivo para esta condición, su impacto puede ser perjudicial para diversos órganos. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 70,000 muertes maternas son atribuidas anualmente a la preeclampsia en diversas partes del mundo.

El informe del Ministerio de Salud acerca de las muertes maternas en 2020 indica que los trastornos de hipertensión constituyeron el 21.4% de las razones directas de mortalidad materna, lo que muestra un aumento respecto al 19.6% observado en 2019. Esto implica un incremento en la frecuencia de esta afección. De igual manera, una investigación llevada a cabo en Puno, titulada "Factores de riesgos asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en la UCI del H. R. M. N. B.", demostró que un elevado número de mujeres embarazadas con preeclampsia eran admitidas en unidades de cuidados intensivos.

Las variaciones en la presión sanguínea son frecuentes a lo largo del embarazo, afectando a más del 10% de los embarazos que llegan a su final. Estas circunstancias constituyen una de las razones más significativas de complicaciones en mujeres en estado de gravidez y, junto con hemorragias e infecciones, crean una situación crítica que incrementa el peligro de mortalidad materna. En ese contexto, muchas gestantes atendidas en la Microred de Putina, ingresadas inicialmente por emergencias, reciben un diagnóstico presuntivo de preeclampsia y son derivadas a centros de mayor capacidad resolutive.

- Área general : Ciencias de la Salud Humana
- Área específica : Obstetricia



- Especialidad : Alto riesgo obstétrico
- Línea : Salud Reproductiva

1.3. Problema general

PG. ¿Cuáles son los determinantes de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico Putina 2024?

1.3.1. Problemas específicos

PE1. ¿Cuáles son los determinantes de riesgo personales asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico?

PE2. ¿Cuáles son los determinantes de riesgo de la evaluación clínica asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico?

PE3. ¿Cuáles son los determinantes de riesgo gineco obstétricos asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico?

PE4. ¿Cuáles son los determinantes de riesgo en resultado de exámenes de laboratorio asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico?

PE5. ¿Cuáles son los tipos preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico?

1.4. Justificación del trabajo académico

1.4.1. Por su aporte teórico

Esta investigación se planteó por la constante cifra de aumento de casos de preeclampsia en gestantes, un acontecimiento que se vincula con los cambios severos que suceden globalmente, la preeclampsia es vista como una de las enfermedades



que afectan a las madres en la zona de Puno y también en el país en general. Se sitúa en el segundo puesto de mortalidad con un 32%, siguiendo a las hemorragias. La frecuencia de esta afección varía entre el 7% y el 10% de las gestantes.

Debido a que la actividad sexual previa y prolongada antes de que la mujer reciba protección contra las complicaciones de hipertensión durante el embarazo parece derivar de la concepción, es posible que la primiparidad y no la pregravedad sean factores que contribuyan a la hipertensión gestacional. La preeclampsia se vincula con la multiparidad y las mujeres que están embarazadas con un nuevo compañero, apoyándose en diversas teorías que consideran la fisiopatología de esta condición. Algunos estudios sugieren que existe una conexión entre la preeclampsia y la obesidad. Los hijos de madres con antecedentes similares enfrentan un riesgo elevado de complicaciones hipertensivas durante el embarazo.

1.4.2. Por su aporte práctico

El estudio se origina debido a un notable aumento de mujeres embarazadas con problemas de hipertensión que llevan a la condición de preeclampsia, las cuales fueron tratadas en el centro de salud estratégico Putina 2024.

1.4.3. Por su aporte metodológico

El estudio se llevó a cabo en el centro de salud Putina, un lugar que resultó crucial para la investigación debido a su papel en la atención primaria de la comunidad. El propósito principal fue ofrecer un insumo valioso al equipo médico, ya que se recogieron hallazgos relacionados con los riesgos asociados a la preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en este centro. Dichos descubrimientos resultaron fundamentales para asistir en la prevención de futuras complicaciones que podrían afectar tanto a las madres como a sus bebés durante el embarazo. Además, los datos obtenidos sirvieron como base para investigaciones posteriores, ampliando el



conocimiento sobre esta condición y facilitando estrategias más efectivas de monitoreo y control en gestantes. El centro de salud Putina, ubicado en la región de Puno, cuenta con médicos, tecnología e infraestructura adecuados para brindar una atención de calidad, lo que permitió desarrollar este estudio con un protocolo riguroso y con acceso a los recursos necesarios para una evaluación precisa. En conclusión, el estudio no solo contribuyó a la prevención directa de la preeclampsia en las mujeres gestantes atendidas, sino que también fortaleció el respaldo científico y médico que puede utilizarse para mejorar la salud materna y perinatal en la comunidad, promoviendo intervenciones oportunas y mejor informadas basadas en evidencias locales.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

OG. Establecer las determinantes de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico Putina 2024.

1.5.2. Objetivos específicos

OE1. Identificar las determinantes de riesgo personales asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico Putina 2024.

OE2. Definir las determinantes de riesgo de la evaluación clínica asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico Putina 2024.

OE3. Describir las determinantes de riesgo gineco obstétricos asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico Putina 2024.

OE4. Definir las determinantes de riesgo en exámenes de laboratorio asociados a la preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico Putina 2024.



OE5. Precisar los tipos de preeclampsia en gestantes atendidas del Centro de Salud Estratégico Putina 2024

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Marco teórico

2.1.1. Preeclampsia

La preeclampsia afecta a un pequeño grupo de mujeres embarazadas, con una incidencia que fluctúa entre el 3% y el 7% de los embarazos. Tanto la preeclampsia como la eclampsia generalmente se presentan después de las 20 semanas de gestación, y pueden afectar a alrededor del 25% de las pacientes tras el parto; la mayoría de los casos ocurren en los primeros 4 días, aunque en algunas situaciones pueden manifestarse hasta la sexta semana después del parto. (5)

La presión arterial alta durante el embarazo se define por un incremento en la presión arterial y la detección de proteínas en la orina. La causa principal de este problema es la invasión poco común de las células citotrofoblásticas extra vellosas en las arterias



espirales del útero. Esto produce alteraciones en la función vascular, así como en el equilibrio del sistema inmunitario y en los procesos inflamatorios, que a menudo están influenciados por factores genéticos (ver Figura 1). Esta afección puede manifestarse al inicio del embarazo y, aunque a veces se la llama aborto espontáneo incompleto, también puede aparecer en etapas más tardías de la gestación.

La preeclampsia comienza cuando se reduce el suministro de sangre al útero debido a una invasión inusual de células madre en las arterias espirales. El endotelio, que es un órgano grande y muy eficiente en la producción de hormonas, es fundamental en varios procesos biológicos relacionados con la aparición de la preeclampsia.(7)

2.1.2. Etiología de la preeclampsia

Antes de la gestación, mujeres jóvenes que no han llegado a los 20 años o mujeres que tienen más de 35 años. Historial de preeclampsia en la familia o en sí mismas. Hay varias enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, diabetes, enfermedades renales, trastornos autoinmunes (por ejemplo el síndrome antifosfolípido primario), complicaciones vinculadas al peso, desarreglos en los lípidos y problemas cardíacos. (8)

2.1.3. Complicaciones

- Falta de coagulación adecuada
- Movimientos involuntarios (eclampsia)
- Insuficiencia en el crecimiento fetal
- Separación prematura de la placenta, antes de que nazca el bebé
- Ruptura hepática
- Competencia



- Fallecimiento (pocas veces)(8)

Las condiciones mencionadas aumentan la probabilidad de que las mujeres enfrenten complicaciones en el futuro, tales como:

- Enfermedades cardíacas
- Diabetes
- Afecciones renales
- Hipertensión persistente (9)

Previo a la concepción, existen jóvenes de menos de 20 años o mujeres adultas que sobrepasan los 35 años. Antecedentes previos de preeclampsia en su historia médica o en su familia. Existen diversas enfermedades crónicas como la hipertensión, complicaciones asociadas al peso, diabetes, enfermedades renales, trastornos autoinmunes como el síndrome antifosfolípido primario, problemas de coagulación, alteraciones en los niveles de lípidos y trastornos cardíacos. (10)

El proceso de coagulación se inicia debido a la falta de células endoteliales, lo que provoca que las plaquetas se activen. El síndrome HELLP, que se caracteriza por un recuento de plaquetas bajo, hemólisis y niveles altos de pruebas hepáticas, tiene un impacto en el 10% a 20% de las mujeres que padecen eclampsia o parto prematuro grave. Esta situación tiene una frecuencia que es bastante más alta que la de los embarazos normales, con una tasa de 1 a 2 por cada mil, lo cual implica que es cien veces más común.

La hipertensión y la presencia de proteínas en el orín son características del síndrome HELLP, que afecta a la mayoría de las mujeres embarazadas; no obstante, algunas mujeres gestantes no padecen esta enfermedad. (10)



2.1.4. Diagnóstico

A menudo, el primer signo de la enfermedad es la presión arterial elevada, que normalmente no muestra síntomas y se verifica en los exámenes durante el embarazo.

(11)

Los síntomas de la preeclampsia a menudo aparecen en las últimas fases de la gestación e incluyen alta presión arterial, proteínas en la orina, bajo recuento de plaquetas, molestias en la parte superior del vientre, problemas hepáticos, cambios en la visión, cefaleas y retención de líquidos..(12)

2.1.5. Síntomas de la preeclampsia:

Presión arterial que era normal anteriormente

- Hipertensión que surge después de las 20 semanas de gestación
 - = 140 a 90 -> 85 a 90 (Segundo Trimestre)
 - = 105 mm Hg (tercero, parto, postparto)
- Presencia de proteína en la orina: >0,3 g en 24 horas y/o más de 1 g en muestra aislada
- Hinchazón
 - En extremidades inferiores
 - Generalizada
 - Dura después de un período de descanso nocturno
- Exceso de peso = 2 kg por mes
- Reflejos tendinosos hiperactivos
- Sensibilidad a negar (29)



2.1.6. Manejo de la preclamsia con criterios de severidad

El manejo de la preeclampsia con criterios de severidad requiere una intervención médica inmediata para prevenir complicaciones graves. Las principales estrategias incluyen. (30)

- Control estricto de la presión arterial
- Hospitalización
- Maduración pulmonar fetal (corticoides)
- Sulfato de magnesio para prevenir
- Monitoreo fetal
- Evaluación de signos de severidad (30)

2.1.7. Manejo de la preclamsia sin criterios de severidad

El tratamiento de la preeclampsia sin signos de gravedad abarca la supervisión continua de la presión arterial, el seguimiento frecuente de la madre y el bebé, descanso moderado y evaluación constante de la situación para evitar complicaciones. Según el avance, se puede evaluar la opción de inducir el parto si es preciso. (13)

2.1.8. Preeclampsia con criterios de severidad

La preeclampsia severa es una complicación que puede surgir durante el embarazo, la cual se manifiesta a través de hipertensión (con cifras de presión arterial sistólica superiores a 160 mmHg o diastólica superiores a 110 mmHg) y se asocia a señales clínicas o resultados de laboratorio que indican un daño significativo en órganos de la madre o del feto. Entre los criterios de severidad se encuentran la disfunción renal, el daño hepático (con un aumento notable de las enzimas hepáticas), la trombocitopenia



(recuento plaquetario bajo), problemas neurológicos (como ataques de migraña, alteraciones en la visión o convulsiones) y edema en los pulmones. Esta situación demanda atención médica urgente debido al alto riesgo de complicaciones serias para la madre y el bebé. (14)

2.1.9. Preeclampsia sin criterios de severidad

La preeclampsia sin características severas representa una variante menos grave de esta condición, la cual se identifica igualmente por la hipertensión (presión sistólica igual o mayor a 140 mmHg o diastólica igual o superior a 90 mmHg) y la aparición de proteínas en la orina (proteinuria), pero sin los síntomas graves de deterioro orgánico que se vinculan con la forma severa. Aunque no presenta los criterios de severidad, sigue siendo una condición que requiere vigilancia y manejo médico, ya que puede progresar hacia una forma más grave si no se controla adecuadamente. (15)

2.1.10. Tratamiento:

La administración de 500 ml de soluciones cristaloides isotónicas por vía intravenosa es una práctica habitual al inicio del tratamiento, sin embargo, se ha evidenciado que la hidratación puede ser útil incluso en pacientes que no presentan deshidratación. Es crucial evitar la hiperhidratación, ya que esta situación se relaciona con la posible aparición de edema pulmonar en el tratamiento de fertilidad. La hidratación debe llevarse a cabo mediante la administración de solución de Ringer lactato o solución salina al 0,9 N (con o sin dextrosa) para reducir el riesgo de edema pulmonar. La paciente debería permanecer en reposo en la cama y ser vigilada de manera continua al principio para evaluar la condición del feto. (16)



2.1.11. Tratamiento antibiótico

Cualquier infección vinculada a cultivos que resulten positivos necesita recibir tratamiento apropiado. En situaciones donde hay un riesgo continuo de PP, es necesario comenzar la prevención contra el estreptococo beta-hemolítico del grupo B, dado que los bebés recién nacidos son especialmente vulnerables a este patógeno. (17)

Por último, se ha comprobado que la administración de antibióticos en mujeres con contracciones y membranas intactas no es apropiada para extender el embarazo porque aumenta la mortalidad neonatal. Por lo común, se aconseja una dosis de 12 mg de betametasona a través de la vía intramuscular, repitiéndose cada 24 horas. El tratamiento debe iniciarse entre la semana 24 y la 34 de gestación, a menos que haya síntomas claros de infección. Se obtienen los mejores resultados 24 horas después de la segunda inyección. Los beneficios son notables. (18)

El tratamiento con corticosteroides puede incrementar la probabilidad de infecciones en el feto y en la madre, así como tener un impacto negativo sobre la tolerancia a la glucosa de las mujeres embarazadas, particularmente en las que padecen diabetes. Si la mujer está siendo tratada con glucocorticoides, las pruebas de tolerancia a la glucosa durante el embarazo tienen que retrasarse una semana. No se aconseja en la actualidad el empleo semanal ininterrumpido de corticosteroides por los posibles peligros que puede significar para el feto. Se ha comenzado una nueva conversación en torno a la administración de corticosteroides durante los embarazos que ocurren antes de las 23 semanas. (19)

En estas situaciones, el uso de corticosteroides no aporta beneficios a la capacidad respiratoria del bebé, ya que, durante el desarrollo fetal, las células pulmonares tipo II son esenciales para generar una actividad superficial pulmonar que no está



completamente desarrollada. Este tratamiento debe reservarse para aquellos pacientes que no presentan alteraciones en el cuello uterino y que no utilizan anticonceptivos para manejar el trabajo de parto prematuro en casa. Las personas elegibles para tratamientos orales deben permanecer en reposo y, de ser factible, abstenerse de mantener relaciones sexuales. Es posible monitorear los movimientos del feto. Las citas prenatales deben seguir realizándose de acuerdo a las recomendaciones establecidas. En situaciones de restricción del crecimiento intrauterino, se recomienda llevar a cabo una ecografía cada tres a cuatro semanas. En cuanto al tratamiento de espasmos: Para evaluar si la paciente es apta para este tipo de tratamiento, es necesario verificar su edad gestacional y asegurar que no existan anomalías en el feto.(20).

2.1.12. Indicaciones

La mayoría de los doctores inician el trabajo de parto cuando se detectan contracciones constantes del útero y cambios significativos en el cuello uterino. Se relaciona una apertura del cérvix de tres centímetros o más con una disminución en la cantidad de contracciones efectivas. No obstante, en ciertos casos, es apropiado utilizar medicamentos inotrópicos para ayudar a trasladar a un hospital de categoría III o para comenzar el tratamiento con corticosteroides; regular las contracciones hasta la semana 34 de gestación se considera aceptable. Según el análisis de los datos del Centro de Neonatos, la tasa de supervivencia para los bebés nacidos a las 34 semanas de gestación es del uno por ciento en contraposición con las tasas para aquellos que nacieron a las 37 semanas. No ha habido investigaciones que ofrezcan pruebas definitivas sobre esto. No se demostró que el tratamiento para la infertilidad, por sí solo, mejore la tasa de sobrevivencia o influya en cualquier resultado a largo plazo en los recién nacidos.



Existen diversas causas generales para no llevar a cabo un aborto por PP, tales como el riesgo inmediato para el feto, la amnionitis, así como la eclampsia o preeclampsia en etapas graves. Otras consideraciones específicas para evitar dicha acción incluyen un embarazo con un único feto, la muerte del feto antes del parto, un feto que ha completado su desarrollo adecuado y una madre que experimenta una circulación sanguínea inestabilidad. Por otro lado, cada método para evaluar el útero presenta características particulares que lo hacen poco apropiado para su aplicación. (21)

Las metas fundamentales de los lisados son reducir la actividad del útero y evitar daños en el cuello uterino con la menor dosis efectiva, así como disminuir la cantidad de medicamento o interrumpir la terapia si se presentan efectos adversos importantes o si suceden efectos secundarios relevantes tras el tratamiento intravenoso o subcutáneo. Los signos clínicos se mantienen durante un período de 12 a 24 horas. A pesar de que muchos ginecólogos emplean la liposucción tras la administración intravenosa, no se ha evidenciado que este enfoque extienda de manera significativa la duración del embarazo. (22)

Cuidado en el hospital: Tras llevar a cabo y mantener el procedimiento de ablación, el paciente necesita quedarse en el hospital para seguimiento y reposo absoluto en cama al principio (lo cual puede ajustarse según la tolerancia del paciente). Si se prevé una estancia extendida, se debe contemplar una cita con un fisioterapeuta. Los latidos del corazón fetal deben ser monitoreados al menos cada 8 horas y se debe realizar una evaluación fetal según sea necesario. Si el análisis de estreptococo beta-hemolítico del grupo B resulta positivo, se debe administrar penicilina durante una semana.(23)

2.1.13. Factores de parto pretérmino

Se entiende que los elementos son aspectos que pueden favorecer la mejora de una situación y generar transformaciones. Un aspecto es un elemento que juega un papel



en ocasionar o afectar un cambio o un resultado. El término elemento se utiliza para describir algo que ayuda a lograr un resultado particular. Hablando de manera más sencilla, modifican la situación del embarazo.(24)

Clasificación de elementos que pueden causar parto prematuro

a) Maternos:

- Situación económica.
- Edad menor de 15 años o mayor de 40 años.
- Conductas perjudiciales (fumar, consumir alcohol, utilizar drogas ilegales).
- Peso corporal inferior a 40 kg.
- Menos de 4 chequeos prenatales.
- Anomalías en el cuello uterino:

Istmo - Insuficiencia del cuello uterino. Deformidades del útero.

Miomas.

- Enfermedades que causan falta de oxígeno: Enfermedad cardíaca.

Asma.

Alteraciones en la sangre (anemia). Hipertensión crónica.

Diabetes.

- Historial de abortos espontáneos y partos prematuros.
- Actividad sexual excesiva.
- Infecciones.
- En el cuello vaginal.
- Dentro de la bolsa amniótica.
- Infecciones urinarias.
- Hepatitis. (24)

b) Fetales:



- Embarazos múltiples.
- Defectos congénitos.
- Restricción en el crecimiento fetal (RCIU). (24)



2.2. Antecedentes de la investigación

2.2.1. Antecedentes internacionales

Martínez CAM, Soria RCG, Prince VR, Clark OI, Medina RMCR; 2008: En México, se realizó una investigación titulada "Preeclampsia: un riesgo materno considerable para el bajo peso al nacer en bebés prematuros". (25)

RESUMEN: Situación: Entre el 3% y el 8% de las mujeres embarazadas sufren de preeclampsia, un trastorno que afecta a varios órganos y perjudica tanto a la madre como al feto. Propósito: Determinar los factores de riesgo materno asociados con el peso reducido al nacer en infantes prematuros en el Hospital de Medicina Familiar N°31, México. (25)

PACIENTES Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un análisis que abarcó a 114 bebés prematuros, donde 38 formaron parte del grupo de control y 76 del grupo de estudio. Se evaluaron los factores económicos y biológicos de las madres relacionados con un peso bajo al nacer. Se calcularon las relaciones epidemiológicas utilizando razones de momios y márgenes de error del 95%, y se establecieron los pesos de los factores a través de regresión logística.

RESULTADOS: La preeclampsia sigue siendo una amenaza para los bebés que nacen con un peso insuficiente. Conclusiones: El principal factor que influye en el bajo peso y que está asociado con la trombocitopenia en los recién nacidos prematuros es la preeclampsia. La sepsis se presenta como una consecuencia de un peso inadecuado. Para reducir las repercusiones negativas del bajo peso al nacer en los recién nacidos prematuros, es esencial que los hospitales mejoren sus enfoques para el cuidado prenatal continuo de las madres.



2.3. Marco conceptual

2.3.1. Antecedentes familiares con hipertensión arterial (HTA).

Se hace alusión a la existencia de casos de hipertensión en familiares cercanos, tales como padres, abuelos o hermanos, lo que podría incrementar la probabilidad de padecer dicha condición. La herencia genética relacionada con la presión arterial alta puede interactuar con aspectos del entorno, como hábitos de vida, afectando el desarrollo de esta enfermedad a largo plazo. Entender el antecedente familiar es fundamental para prevenir y tratar de manera temprana la hipertensión. (29)

2.3.2. Cefalea

El dolor de cabeza asociado a la preeclampsia es un signo habitual en mujeres que están embarazadas y experimentan esta afección, la cual se distingue por presión arterial elevada y afectación de otros órganos, normalmente a partir de la semana 20 del embarazo. Este tipo de cefalea tiende a ser fuerte, duradera y no cede fácilmente a las terapias comunes. (23)

2.3.3. Crecimiento fetal

Este proceso se evalúa mediante ecografías y mediciones específicas para asegurar que el feto está creciendo de acuerdo con los parámetros normales para su edad gestacional. Un crecimiento fetal inadecuado puede indicar problemas de salud, como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), y requiere un monitoreo cercano. (22)

2.3.4. Determinantes de riesgo

Factores de riesgo predisponentes de alguna causa o patología (30)



2.3.4.1. Edad

De acuerdo con varios escritores, tener una edad muy joven (menos de 20 años) o ser mayor de 35 es un importante indicador de riesgo para la hipertensión durante el embarazo, y la probabilidad de desarrollar tromboembolismo pulmonar se incrementaba en estas circunstancias. Por esta razón, Álvarez y Mendoza, del Hospital Central en Barquisimeto, Venezuela, confirmaron este hallazgo en su estudio descriptivo y transversal que incluyó a 100 pacientes que cumplían con los criterios diagnósticos de preeclampsia. En Cuba, Lugo, Álvarez y Moya también han señalado esto con claridad. (26)

2.3.5. Evaluación clínica

Los factores de riesgo según la evaluación clínica son elementos detectados durante la revisión médica que elevan las posibilidades de que un individuo padezca determinadas enfermedades o afecciones. (20)

2.3.6. Edema

La acumulación de líquido en los espacios entre células y en los tejidos del cuerpo provoca el edema.

Este fenómeno es clasificado como un signo clínico. Observa la diferencia de días y, de ser factible, utiliza una cinta métrica para registrar el contorno de la zona afectada (en milímetros). Es sencillo notar este efecto en una quemadura solar debido a la hinchazón y al enrojecimiento. Al presionar la quemadura con el dedo, esta se tornará blanca durante un breve periodo antes de regresar a su condición original. (20)



2.3.7. Escotomas

Este es un lugar con restricciones de visión, ya sea por un tiempo limitado o indefinidamente. En individuos sanos, es habitual que surja una zona sin visión, como ocurre en el ojo. O puede ser causado por daños en la retina, el nervio óptico, las áreas visuales del cerebro o dificultades vasculares, como sucede durante un ataque de migraña. (20)

2.3.8. Epigastralgia

La epigastralgia es el dolor localizado en la parte superior del abdomen, específicamente en la zona del epigastrio. Puede estar asociado a diversas causas, como gastritis, úlceras o enfermedades digestivas, y su intensidad varía según la afección subyacente. (29)

2.3.9. Edad gestacional

Es el período de tiempo que transcurre desde el primer día del último ciclo menstrual hasta un momento específico durante la gestación, que generalmente se expresa en semanas. Se emplea para determinar la fecha estimada de parto, además de examinar el desarrollo del feto y organizar la atención prenatal. (32)

2.3.10. Exámenes de laboratorio

Los determinantes de riesgo según exámenes de laboratorio son factores identificados a través de pruebas clínicas, como niveles elevados de proteínas en orina, creatinina, enzimas hepáticas, o alteraciones en la glucosa y hemoglobina. Estos resultados permiten evaluar el riesgo de complicaciones en la salud materna y fetal, como preeclampsia, diabetes gestacional o disfunción renal, y guían las intervenciones médicas necesarias. (33)



2.3.11. Gineco obstétricos

Los determinantes de riesgo gineco-obstétricos son factores como abortos previos, partos prematuros, cesáreas anteriores, enfermedades preexistentes y edad materna avanzada, que aumentan la posibilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto. (30)

2.3.11. Índice de masa corporal en gestantes

El índice de masa corporal (IMC) en mujeres embarazadas se utilizaba como una herramienta para evaluar su estado nutricional durante la gestación. Este índice se calculaba de la misma manera que en la población general, dividiendo el peso en kilogramos entre la altura en metros elevada al cuadrado ($IMC = \text{peso [kg]} / \text{altura [m}^2\text{]}$). Sin embargo, durante el embarazo, el uso del IMC requería consideraciones especiales debido a los cambios fisiológicos propios de esta etapa. Durante la gestación, el cuerpo materno experimentaba una serie de modificaciones, entre las cuales destacaba una ganancia de peso considerada natural y necesaria. Este aumento de peso apoyaba el desarrollo adecuado tanto del feto como de los tejidos maternos, incluyendo la placenta, el líquido amniótico y el crecimiento del útero. Por esta razón, los valores tradicionales del IMC debían interpretarse con cautela en las mujeres embarazadas, puesto que el peso adicional no reflejaba un incremento calórico excesivo ni un desequilibrio nutricional, sino un proceso fisiológico esperado. Así, aunque el cálculo del IMC mantuviera su fórmula estándar, la evaluación del estado nutricional en la gestante implicaba analizar el contexto biológico y médico propio del embarazo. Por ejemplo, el médico o nutricionista consideraba si la ganancia de peso se ajustaba a los rangos recomendados según la etapa gestacional y el peso previo al embarazo. De este modo, el IMC funcionaba como un indicador inicial que se complementaba con otros parámetros clínicos y medidas específicas para monitorear la salud materno-fetal. (27)



El aumento de peso en la gestación y el índice de masa corporal previo al embarazo son aspectos esenciales que los profesionales de la salud utilizan para monitorear la salud de la madre y el recién nacido. Existen recomendaciones específicas sobre el aumento de peso durante el embarazo que varían según el índice de masa corporal antes de la concepción, que se dividen en las siguientes categorías:

- Bajo peso (IMC menor de 18.5): Se aconseja un aumento considerable de peso para asegurar un desarrollo adecuado del feto.
- Peso normal (IMC entre 18.5 y 24.9): Se sugiere un aumento de entre 11.5 y 16 kilogramos.
- Sobrepeso (IMC entre 25 y 29.9): Se aconseja un incremento de peso moderado, que oscila entre 7 y 11.5 kilogramos.
- Obesidad (IMC igual o mayor a 30): El aumento de peso debe ser más limitado, en un rango de 5 a 9 kilogramos.

El seguimiento del índice de masa corporal y del aumento de peso en el embarazo es crucial para prevenir condiciones como la diabetes gestacional, la preeclampsia o el parto prematuro, además de promover la salud del feto.

2.3.12. Multípara

Mujer que ha dado a luz a dos o más bebés viables, sin importar si los infantes nacieron con vida o fallecieron. (31)

2.3.13. Nulípara

Mujer que no ha tenido un embarazo que exceda las 20 semanas de gestación. (31)



2.3.14. Preeclampsia

La preeclampsia es una complicación que ocurre en el periodo de gestación. Se caracteriza por comenzar durante el período de gestación. Se relaciona con el aumento de proteínas en la orina y con la hipertensión de las madres.(26)

2.3.15. Paridad

La paridad alude a cuántas veces una mujer ha tenido un embarazo con un feto que podría sobrevivir, lo que implica un periodo de 20 semanas de gestación, sin importar si el recién nacido es viable o no. (31)

2.3.16. Primípara

Una mujer que ha parido por primera vez a un feto que puede sobrevivir, es decir, posterior a las 20 semanas de embarazo. (31)

2.3.17. Parejas sexuales

Se refiere a la cantidad de individuos con los que alguien ha tenido encuentros sexuales. Este aspecto es importante en el análisis clínico, ya que puede afectar la probabilidad de contraer infecciones sexuales y otras cuestiones vinculadas a la salud reproductiva y sexual. (32)

2.3.18. Paquete preeclampsia en exámenes de laboratorio

Es una serie de exámenes y terapias enfocados en observar y controlar la preeclampsia a lo largo del embarazo. Abarca análisis de sangre completo, conteo de plaquetas, exámenes de función del hígado (enzimas TSA y ALT), así como pruebas de funcionamiento renal (creatinina, ácido úrico y análisis de orina) (35)



2.3.19. Proteinuria de 24 horas

Es un análisis que mide la cantidad de proteína en la orina durante un periodo de 24 horas para evaluar la salud renal. Los riñones sanos se filtran la sangre y evitan que pasen grandes cantidades de proteína; si una cantidad excesiva se encuentra en la orina puede indicar daño o enfermedad renal, hipertensión o diabetes. Para realizar la prueba se debe recoger la orina durante 24 horas en un recipiente especial. (38, 39)

Valores normales de proteinuria de 24 horas para una gestante sana es menos de 150mg de proteínas en 24 horas . (30)

2.3.20. Relación de índice de masa corporal con la preeclampsia

La relación entre el índice de masa corporal (IMC) y la preeclampsia durante el embarazo ha sido ampliamente estudiada debido a que un IMC elevado representa un importante factor de riesgo para esta complicación. Investigaciones recientes indicaron que la obesidad incrementaba significativamente la probabilidad de desarrollar preeclampsia, una condición caracterizada por hipertensión y daño en órganos como el hígado y los riñones, con potenciales consecuencias para la salud de la madre y el feto. Estudios reportaron que más del 60% de las gestantes con obesidad presentaron preeclampsia, lo que subraya la importancia del control del IMC en la atención prenatal. El sobrepeso y la obesidad se vincularon con un mayor riesgo de hipertensión gestacional, diabetes y mortalidad materna y perinatal. Así, se enfatizó la necesidad de implementar estrategias para el monitoreo y manejo del peso durante el embarazo, promoviendo estilos de vida saludables para reducir estos riesgos. En investigaciones específicas, se observó que el riesgo de preeclampsia se incrementó con cada aumento de 5 a 7 puntos del IMC antes del embarazo. Se reportaron diferentes grados de obesidad en mujeres con preeclampsia, siendo poco frecuente encontrar casos de IMC normal entre ellas. Esta asociación sugiere que el IMC pregestacional es un



predictor importante para la aparición de esta complicación. Por lo tanto, los profesionales de salud han recomendado realizar evaluaciones nutricionales periódicas en las mujeres embarazadas y prestar atención al IMC como indicador clave para la prevención de la preeclampsia. Las intervenciones nutricionales y el seguimiento continuo pueden contribuir a mejorar la salud materna y fetal, disminuyendo la incidencia de esta enfermedad y sus consecuencias adversas.

1. IMC elevado como factor de riesgo:

Las féminas que presentan sobrepeso ($IMC \geq 25$) y obesidad ($IMC \geq 30$) enfrentan un riesgo notablemente más alto de padecer preeclampsia en contraste con las que poseen un IMC dentro de los estándares normales. Esto ocurre porque un IMC elevado se vincula con múltiples condiciones que favorecen la aparición de preeclampsia, incluyendo:

Resistencia a la insulina: Un índice de masa corporal alto se asocia con la resistencia a la insulina, lo que puede influir en la función endotelial y aumentar el riesgo de sufrir hipertensión y preeclampsia.

Inflamación sistémica: La obesidad se vincula a una inflamación crónica de bajo grado, que puede impactar en el funcionamiento vascular y elevar el riesgo de disfunción endotelial, un aspecto crucial en la aparición de la preeclampsia. (28)

2.3.21. Reflejo osteotendinoso

La respuesta osteotendinosa es una reacción automática que tiene lugar al golpear un tendón, causando la contracción del músculo correspondiente. Se examina en pruebas neurológicas para identificar posibles cambios en los nervios o la columna vertebral. (23)



2.3.22. Síntomas

Los síntomas de la preeclampsia incluyen hipertensión arterial, cefalea intensa, visión borrosa, dolor abdominal (epigastralgia), náuseas, aumento de la cara y extremidades y disminución de la producción de orina. Estos signos pueden indicar un riesgo de complicaciones graves. (26)

2.3.23. Tipo de gestación

El tipo de gestación se refiere a las características del embarazo en relación con el número de fetos y su desarrollo. Los principales tipos son:

Gestación simple: Un solo feto en desarrollo.

Gestación múltiple: Dos o más fetos, como en el caso de gemelos, trillizos, etc.

Este factor es crucial para la planificación del seguimiento prenatal y el manejo del embarazo. (33)

2.3.24. TASS (Tes de ácido sulfosalicílico)

Es una prueba rápida y sencilla para detectar la presencia de proteínas en la orina, llamada proteinuria, mediante observación de la turbidez que se forma al precipitarse las proteínas con el ácido sulfosalicílico. Es útil para el cifrado o confirmación de enfermedades que causan proteinuria, como el mieloma múltiple o la preeclampsia.(34).

La interpretación: sin turbidez; significa que no hay gran cantidad de proteínas en la orina. Turbidez; indica la presencia de proteínas. el grado de turbidez se puede estimar visualmen.



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS

3.1. Planificación

3.1.1. Método y diseño de la investigación

Científico

3.1.2. Tipo de investigación

Se trata de un trabajo de tipo básico, nivel correlacional, transversal y retrospectivo.

3.1.3. Variables investigativas

VARIABLE I: Determinantes de riesgo

VARIABLE II: Preeclampsia.

3.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
Variable 1. Determinantes de riesgo	1.1 Personales	1.1.1.Edad	a) < de 19 años b) 20-34 años c) >35 años
		1.1.2.IMC	a) Delgadez b) Normal c) Sobrepeso d) Obesidad
		1.1.3.Antecedentes familiares con HTA	a) Si b) No
	1.2 Evaluación clínica	1.2.1.Signos	a) Edemas b) Reflejo osteotendinoso c) NA
		1.2.2.Síntomas	a) Cefalea b) Escotomas c) Epigastralgia d) Acufénos e) a + b f) Todas
	1.3 Gineco obstétrico	1.3.1.Paridad	a) Nulípara b) Primípara c) Multípara
		1.3.2.Edad gestacional	a) < 37 semanas b) 37 – 40 semanas c) >40 semanas
		1.3.3.Tipo de gestación	a) Única b) Múltiple
		1.3.4.Crecimiento fetal	a) Restricción b) Adecuado c) Macrosómico
		1.3.5.Parejas sexuales	a) Uno b) Dos c) Tres a mas
1.4.Exámenes de apoyo	1.4.1.Laboratorio	a) TASS (tes ácido sulfosalicílico) b) Proteinuria de 24 horas c) Paquete pre eclampsia d) Resultado Normal	
Variable 2. Preeclampsia	2.1.Manejo de preeclamsia		a) preeclamsia sin criterios de severidad
			b) Preeclampsia con criterios de severidad

Nota. Elaboración propia



3.3. Ejecución

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

Conformada por 92 gestantes atendidas en el Centro de Salud Estratégico de Putina 2024

3.4.2. Muestra

Conformada por 917 gestantes atendidas con preeclampsia al servicio de emergencia en el Centro de Salud Estratégico de Putina 2024, por conveniencia de criterios de inclusión y exclusión.

3.4.2.1. Criterios de inclusión

- Gestantes que hayan ingresado por emergencia para su atención.
- Gestantes con edad gestacional mayor o igual a 20 semanas.
- Gestantes de todas las edades.

3.4.2.2. Criterios de exclusión

- Gestantes con edad gestacional menores o igual a 27 semanas.
- Gestantes con u otro diagnostico referente al primer trimestre de gestación.
- Gestantes con trabajo de parto sin otro diagnostico patológico.

3.4.3. Técnicas instrumentos y fuentes de recolección de datos

Técnica:

Variable 1: (Determinantes de riesgo) Análisis documental.

Variable 2: (Preeclampsia)Análisis documental.

**Instrumento:**

Variable1: Ficha de recolección de datos.

Variable 2: Ficha de recolección de datos.

Fuente:

Historias clínicas del Centro de Salud Estratégico Putina

3.4.4. Procesamiento y análisis de los datos

Se pidió permiso al director del Centro de Salud Estratégico Putina para acceder a los registros clínicos, la información relacionada con los partos y el listado de neonatos. La información se recopilará en un formato que incluya todos los datos necesarios y, luego, se analizará utilizando el programa estadístico SPSS versión 21. Se elaborará una tabla en la que se muestren los porcentajes absolutos y relativos de las distribuciones de frecuencias para ambas variables. Para establecer la relación entre las dos variables, se empleará una prueba de independencia chi-cuadrado con un nivel significativo del 5%.

CAPITULO IV

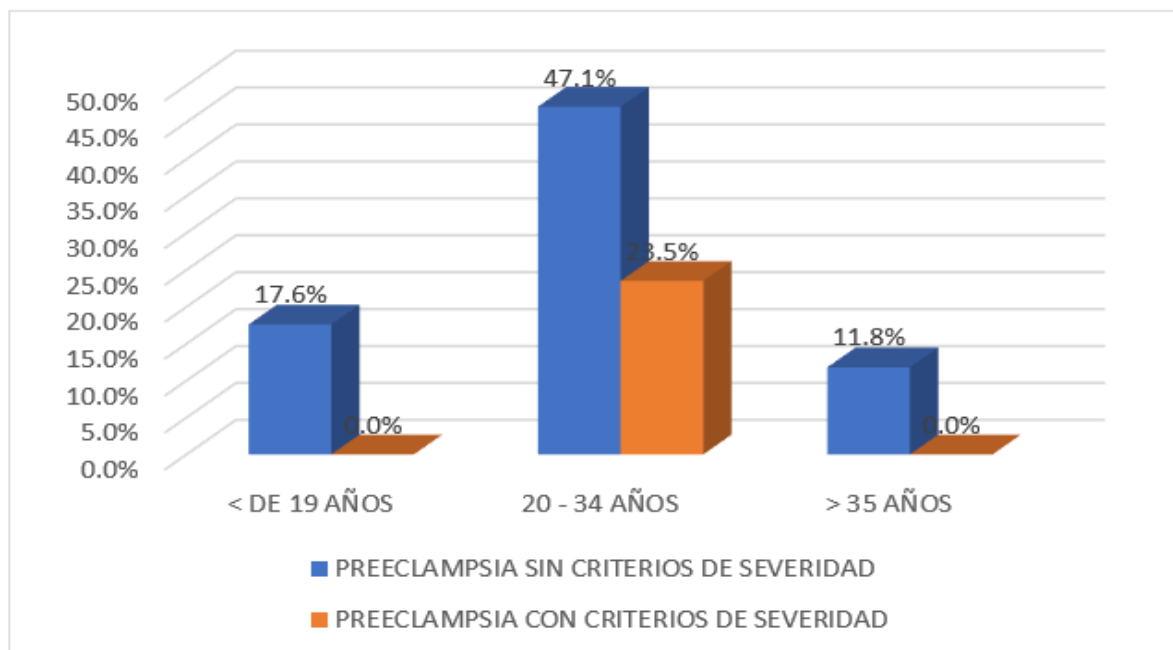
3.3. RESULTADOS

TABLA 1.
EDAD ASOCIADA A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024

EDAD	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
< DE 19 AÑOS	3	17.6	0	0	3	17.6
20 - 34 AÑOS	8	47.1	4	23.5	12	70.6
> 35 AÑOS	2	11.8	0	0	2	11.8
TOTAL	13	76.5	4	23.5	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 1:



FUENTE: Tabla 1



INTERPRETACIÓN

El patrón de los datos de la variable edad es el siguiente:

Un 17. 6% de las mujeres tiene menos de 19 años, un 70. 6% pertenece al rango de 20 a 34 años y un 11. 7% excede los 35 años.

El patrón de los datos de la variable preeclampsia es el siguiente:

En el grupo que experimentó preeclampsia sin síntomas graves, el 17. 6% son menores de 19 años, el 47. 1% se encuentra en el grupo de 20 a 34 años, y el 11. 8% supera los 35 años.

En el grupo con preeclampsia severa, no hubo embarazadas en el rango de más de 19 años, ni tampoco se registraron casos de mujeres mayores de 35 años, y el 23. 5% pertenecen al grupo de 20 a 34 años.

Análisis: Al estudiar las variables de la edad materna y la preeclampsia, se puede señalar que después de los 20 años, la frecuencia de esta condición tiende a incrementarse, sobre todo entre las mujeres de 20 a 34 años. Esto concuerda con el hecho de que hay más embarazos y partos en este grupo etario. Las mujeres que tienen menos de 19 años o más de 35 poseen una tasa de preeclampsia más baja, pero es importante seguirlas de cerca, dado que estas edades pueden estar vinculadas con complicaciones obstétricas, a pesar de que no se informaron casos graves de preeclampsia en estos grupos.

En resumen, la edad vinculada a la preeclampsia en el Centro de Salud estratégico Putina corresponde a mujeres de 20 a 34 años, siendo este grupo el más propenso a formas severas, lo que subraya la importancia de controles prenatales exhaustivos y



medidas preventivas que abarquen a toda la población gestante y no solo a los extremos etarios.

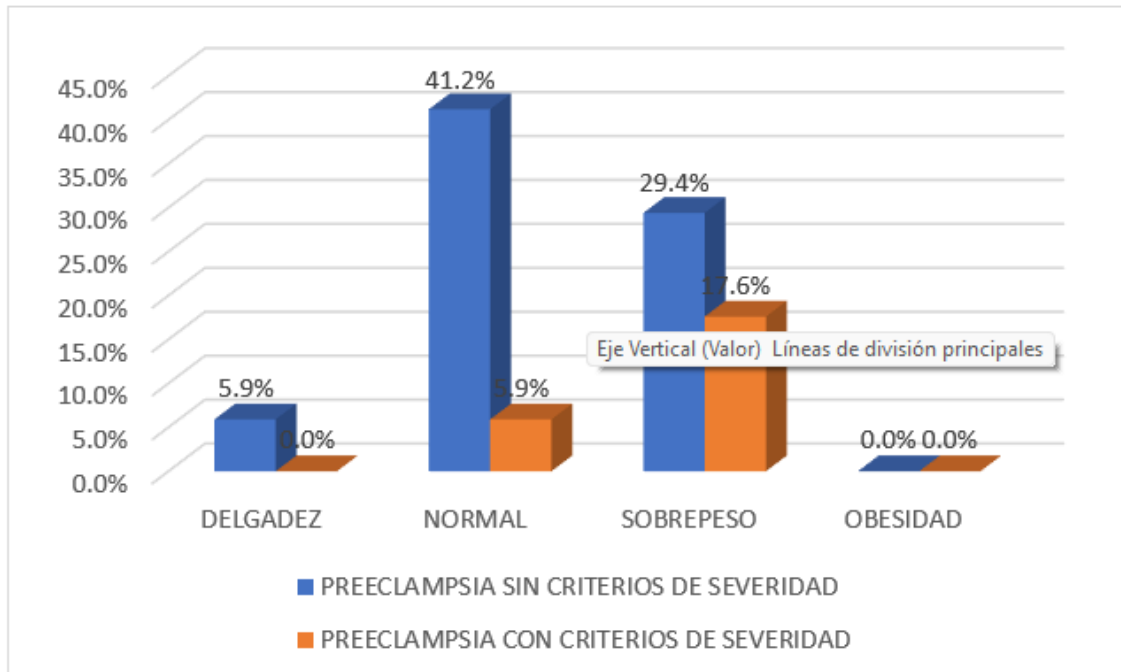
Esto coincide con la investigación de Tena G. (2013), que menciona que el 73.9% indicó tener entre 19 y 35 años, siendo este grupo el que presentó preeclampsia.

TABLA 2.
MASA DE INDICE COORPORAL ASOCIADA A LA PREECLAMPSIA, EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

INDICE DE MASA CORPORAL	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
DELGADEZ	1	5.9	0	0	1	5.9
NORMAL	7	41.2	1	5.9	8	47.1
SOBREPESO	5	29.4	3	17.6	8	47.1
OBESIDAD	0	0.0	0	0	0	0.0
TOTAL	13	76.5	4	23.5	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 2:



FUENTE: Ficha de recolección de datos



INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los valores de la variable de índice de masa corporal se describe a continuación:

Delgadez: En este sector, el 5.9% tiene preeclampsia sin criterios de severidad, y no hubo casos registrados que cumplieran con criterios de severidad. En total, el 5.9% de las mujeres de este grupo están presentes en la muestra.

Normal: Dentro del grupo de mujeres con un IMC normal, el 41.2% tiene preeclampsia sin criterio de severidad, mientras que el 5.9% presenta preeclampsia con criterio de severidad. Esto hace un total de 47.1% en esta categoría.

Sobrepeso: En este caso, el 29.4% muestran preeclampsia sin criterio de severidad, y el 17.6% tienen preeclampsia con criterio de severidad, alcanzando un total de 47.1%.

Obesidad: En este grupo, no se observó a ninguna gestante con preeclampsia sin criterios de severidad, y tampoco existieron casos con criterios de severidad, lo que representa el 0% del total.

Al examinar la conexión entre el índice de masa corporal y la preeclampsia, se observa que el porcentaje más alto se encuentra en el grupo de preeclampsia sin criterios severos, especialmente entre aquellas con un índice de masa corporal normal y aquellas con sobrepeso. Esto indica que el mantenimiento de un peso adecuado podría estar vinculado a un riesgo reducido de desarrollar esta complicación. Por otro lado, a pesar de que las mujeres con sobrepeso presentan algunos casos de



preeclampsia, esta cifra es bastante baja en comparación con el grupo que tiene un índice normal. De manera similar, las mujeres delgadas también registran una baja incidencia de preeclampsia, aunque es importante considerar que estos datos son limitados.

En resumen, en el contexto del Centro de Salud estratégico de Putina, la masa de índice corporal vinculada a la preeclampsia es relevante al notar que el 41.6% es normal y sobrepeso, lo que podría indicar un fenómeno inusual o una muestra insuficiente para una evaluación más precisa. En general, se puede deducir que un IMC normal parece ser el más ventajoso en términos de riesgo de preeclampsia, mientras que el sobrepeso está relacionado con una mayor incidencia de complicaciones, lo que necesita un seguimiento más exhaustivo en esta población.

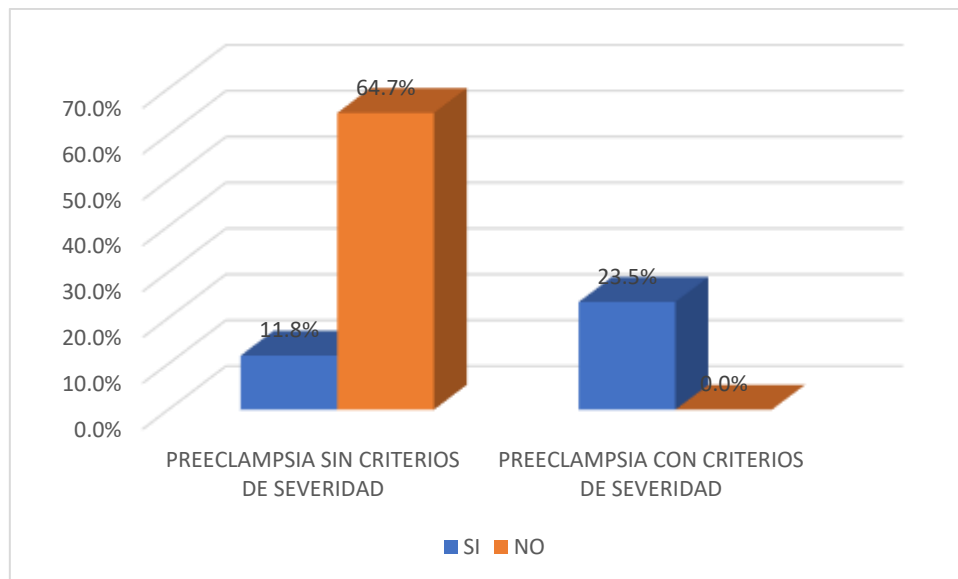
Estos resultados guardan similitudes con el estudio de Tena G. (2013), que señala que el 60.9% de quienes presentan preeclampsia tienen sobrepeso según su IMC.

TABLA 3.
ANTECEDENTES FAMILIARES CON HIPERTENCION ARTERIAL ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA, EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

ANTECEDENTES FAMILIARES CON HIPERTENCION ARTERIAL	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
SI	2	11.8	4	23.5	6	35.3
NO	11	64.7	0	0	11	64.7
TOTAL	13	76.5	4	23.5	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 3:



FUENTE: Tabla 3



INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los valores de la variable antecedentes familiares con hipertensión arterial es el siguiente:

En el caso de tener antecedentes familiares de hipertensión arterial (Sí): En este segmento, el 11.8 % experimenta preeclampsia sin criterios severos y el 23.5 % muestra preeclampsia con criterios severos. Esto equivale a un total del 35.3 % de las mujeres en este grupo.

Sin antecedentes familiares de hipertensión arterial (No): En el grupo de mujeres que no cuentan con antecedentes familiares de hipertensión arterial, el 64.7 % presenta preeclampsia sin criterios severos y no se observaron casos con criterios severos, lo que resulta en un total del 64.7 %.

Al investigar la conexión entre la historia familiar de hipertensión y la preeclampsia, se revela que la mayoría de las mujeres sin antecedentes familiares presentan un riesgo reducido de presentar preeclampsia, con un 64.7 % sin esta complicación. En contraposición, en el grupo que tiene antecedentes familiares de hipertensión, se encuentra una tasa de incidencia del 35.3 %, lo que indica que contar con antecedentes familiares podría estar vinculado a un aumento del riesgo de preeclampsia, especialmente en casos severos, aunque los datos disponibles son escasos.



En síntesis, la historia familiar de presión arterial alta vinculada a la preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina parece relacionarse con un incremento en los casos de preeclampsia, subrayando la importancia de un seguimiento detallado en mujeres que tienen antecedentes familiares de esta condición.

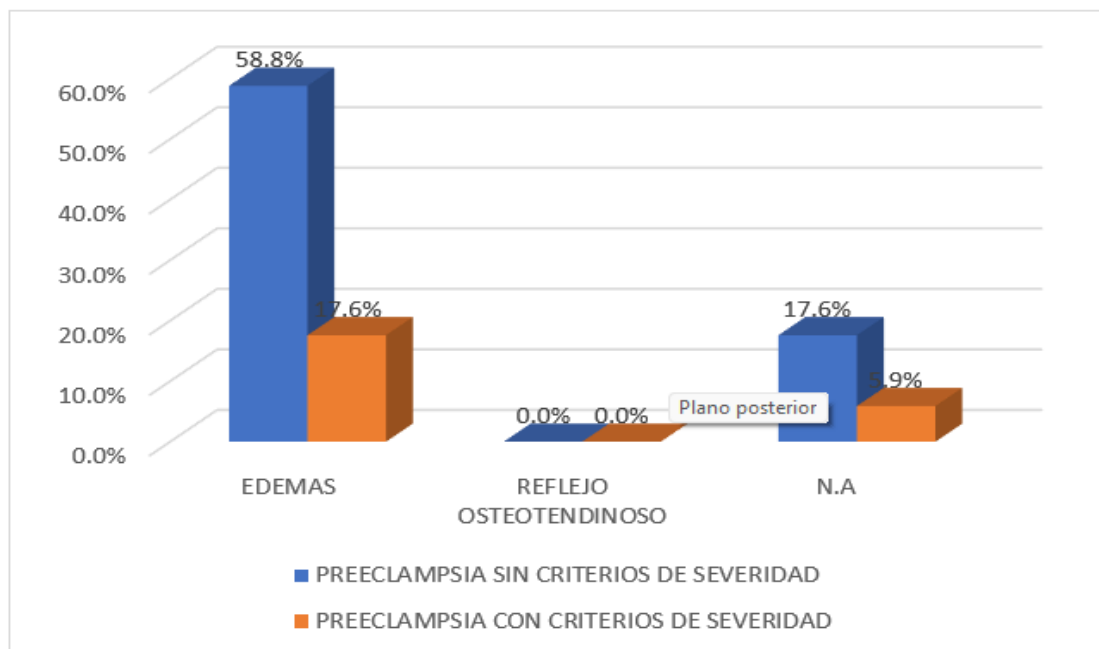
Esto coincide con los hallazgos del estudio de Martínez CAM. (2008), que indica que el 20.3 % presenta antecedentes familiares de hipertensión arterial y desarrolla preeclampsia.

TABLA 4
SIGNOS ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

SIGNOS	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
EDEMAS	10	58.8	3	17.6	13	76.5
REFLEJO OSTEOTENDINOSO	0	0	0	0	0	0
N.A	3	17.6	1	5.9	4	23.5
TOTAL	13	76.5	4	23.5	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 4:



FUENTE: Tabla4





INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los valores de la variable signos es el siguiente:

Edemas: Dentro de este grupo, un 58. 8% de las mujeres padece preeclampsia sin criterios severos, mientras que el 17. 6% enfrenta preeclampsia con criterios de severidad. Esto totaliza un 76. 5% de las pacientes que presentan edemas, lo que sugiere que este signo es relativamente frecuente en las embarazadas.

Reflejo osteotendinoso: No se encontraron indicios de reflejo osteotendinoso en ninguna de las categorías evaluadas. Esto implica que este signo podría no haberse examinado o que no fue detectado en la población en cuestión, lo cual reduce su relevancia en la evaluación clínica de la preeclampsia.

Ninguna de anteriores (NA): En este grupo, el 17. 6% tiene preeclampsia sin criterios severos y el 5. 9% presenta preeclampsia con criterios de gravedad. Así, se llega a un 23. 5%, lo que sugiere una proporción notable de mujeres sin signos de preeclampsia en esta clasificación.

Al examinar la relación entre los signos y la preeclampsia, se destaca que los edemas son el signo más importante, presentes en un alto porcentaje de mujeres con preeclampsia, tanto con como sin criterios de severidad. Esto indica que la existencia de edemas podría ser un indicador útil para identificar a las mujeres en riesgo de desarrollar preeclampsia.

La ausencia de casos de reflejo osteotendinoso sugiere que este signo no es significativo en la muestra analizada o que la evaluación no se realizó correctamente, lo cual podría limitar su papel en la detección de la preeclampsia.



El elevado porcentaje de mujeres clasificadas como no aplicables (NA) sugiere que una parte considerable de la población se encuentra en un estado de salud adecuado respecto a los signos considerados. Esto podría señalar que, en general, las gestantes de esta muestra tienen un riesgo bajo de desarrollar preeclampsia severa, aunque sigue siendo crucial monitorear de cerca a aquellas que tienen edemas.

En resumen, la presencia de edemas emerge como un signo clave relacionado con la preeclampsia y merece una evaluación meticulosa durante los controles prenatales. La falta de otros signos como el reflejo osteotendinoso subraya la necesidad de centrarse en síntomas más comunes y clínicamente relevantes para mejorar la detección y gestión de la preeclampsia en las mujeres embarazadas.

Se notó una coincidencia con el estudio de Bernando J. (2017), que señala que el 3.6% mostró edemas y desarrolló preeclampsia severa.

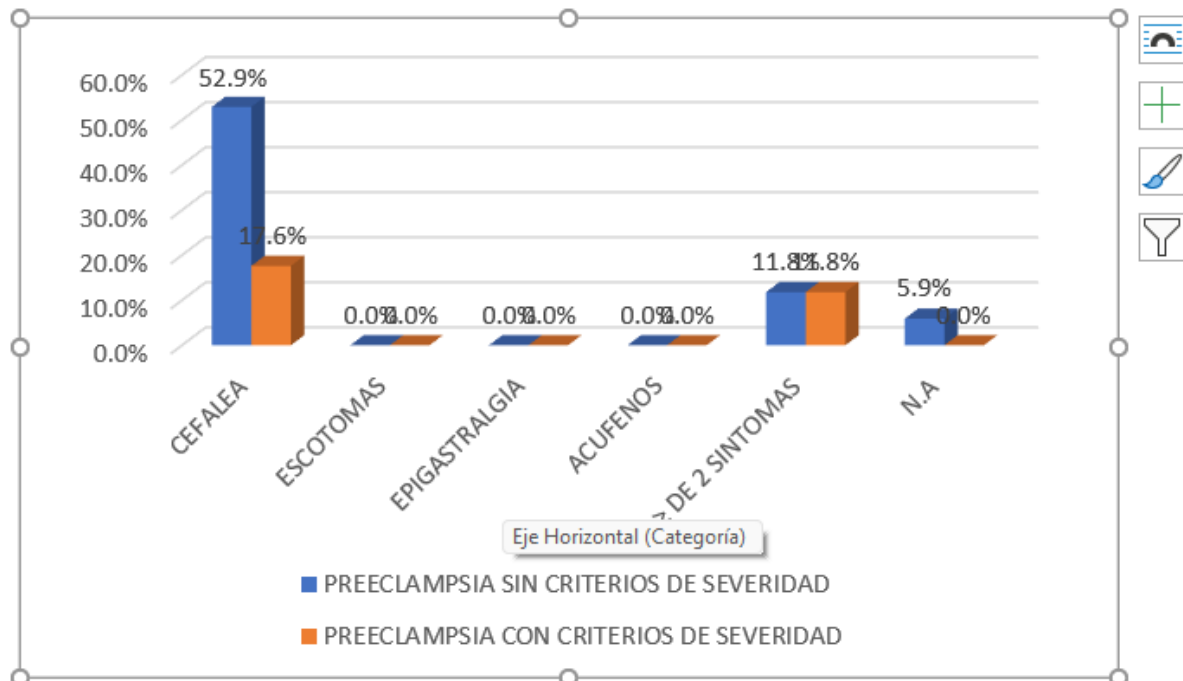


TABLA 5
SINTOMAS ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

SINTOMAS	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
CEFALEA	9	52.9	3	17.6	12	70.6
ESCOTOMAS	0	0	0	0	0	0
EPIGASTRALGIA	0	0	0	0	0	0
ACUFENOS	0	0	0	0	0	0
≥ DE 2 SINTOMAS	2	11.8	2	11.8	4	23.5
N.A	1	5.9	0	0	1	5.9
TOTAL	12	70.6	5	29.4	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 5:





FUENTE: Tabla 5

INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los valores de la variable síntomas es el siguiente:

Cefalea: Dentro de este grupo, el 52.9% tiene preeclampsia sin criterios de severidad, mientras que el 17.6% muestra preeclampsia con criterios de severidad. En total, un 70.6% de las mujeres experimentan este síntoma.

Escotomas: No se encontraron casos de escotomas en ninguna de las categorías estudiadas.

Epigastralgia: De manera similar a los escotomas, no se registraron casos de este síntoma.

Acúfenos: Este síntoma tampoco fue reportado entre la población analizada.

Dos o más síntomas: El 11.8% de las mujeres presenta dos síntomas en las categorías de preeclampsia, tanto sin como con criterios de severidad, sumando un total del 23.5%.

Ninguna de las anteriores (N. A.): En este segmento, el 5.9% tiene preeclampsia sin criterios de severidad, y no se encontraron casos con criterios de severidad. Esto representa un total del 5.9%.

Al investigar la relación entre los síntomas y la preeclampsia, se encuentra que la cefalea es el síntoma más prevalente, afectando a más de la mitad de las mujeres



encuestadas. Esto sugiere que la cefalea podría ser un síntoma clave para identificar a mujeres con riesgo de preeclampsia.

Por otro lado, la falta de reportes de escotomas, epigastralgia y acúfenos sugiere que estos síntomas no son comunes en la población estudiada, al menos en esta muestra. El bajo porcentaje de mujeres con dos o más síntomas, junto con la alta proporción de casos considerados no aplicables, puede señalar que la mayoría de las mujeres no experimentan múltiples síntomas relacionados con la preeclampsia.

En resumen, la cefalea resalta como un síntoma importante en mujeres que desarrollan preeclampsia, mientras que otros síntomas como escotomas, epigastralgia y acúfenos parecen no estar presentes en esta muestra. Este hallazgo resalta la necesidad de monitorear y evaluar a las pacientes que experimentan cefaleas, ya que podrían estar en mayor riesgo de desarrollar complicaciones asociadas con la preeclampsia.

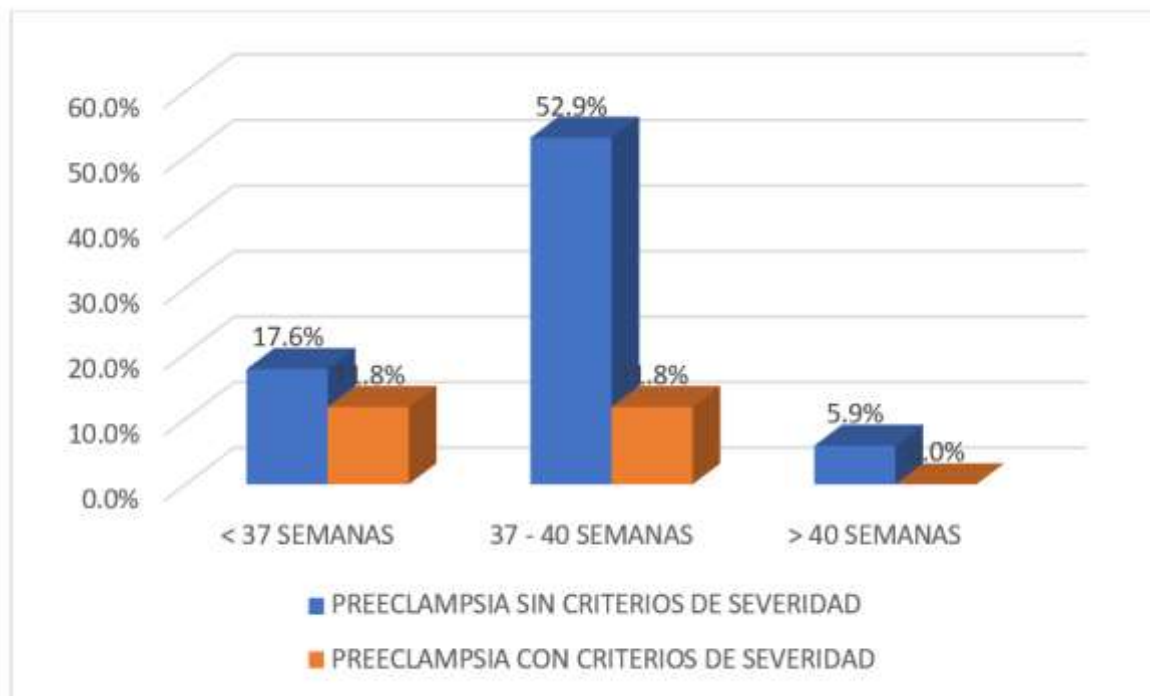
Se encontró similitud con el estudio de Hoyos PE. (2011) que indica que el 26.7% presentó cefalea y desarrolló preeclampsia severa.

TABLA 6
PARIDAD ASOCIADA A LA PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

PARIDAD	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
NULIPARA	4	23.5	0	0	4	23.5
PRIMIPARA	2	11.8	2	11.8	4	23.5
MULTIPARA	7	41.2	2	11.8	9	52.9
TOTAL	13	76.5	4	23.5	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 6:



FUENTE: Tabla 6



INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los valores de la variable paridad es el siguiente:

Nulípara: En este segmento, el 23. 5% padece preeclampsia sin severidad y no se reportaron casos severos. Esto equivale a un total del 23. 5% de las mujeres en este segmento.

Primípara: Entre las mujeres que tienen su primer parto, el 11. 8% presenta preeclampsia sin severidad y otro 11. 8% tiene preeclampsia con severidad, totalizando un 23. 5%.

Múltipara: En este colectivo, el 41. 2% tiene preeclampsia sin severidad y un 11. 8% presenta preeclampsia de carácter severo, sumando así un total del 52. 9%.

Al observar la conexión entre la cantidad de partos y la preeclampsia, se observa que una gran parte de las mujeres con múltiples partos (52. 9%) se encuentran entre las que sufren preeclampsia grave. Esto podría indicar que las mujeres que han dado a luz en más de una ocasión podrían ser más propensas a sufrir esta condición en comparación con aquellas que nunca han parido y las que solo han tenido un parto.

Las nulíparas y primíparas exhiben porcentajes semejantes de mujeres sin preeclampsia (23. 5% y 11. 8%, respectivamente), pero también muestran mayor porcentaje de casos de preeclampsia sin severidad, especialmente las nulíparas, donde el 11. 8% presenta esta condición. No se encontraron casos de preeclampsia severa en el grupo de nulíparas, lo que indica que, aunque corren el riesgo de desarrollar preeclampsia, no se manifiesta de manera grave en esta muestra.



En resumen, las mujeres multíparas parecen menos afectadas por la preeclampsia en comparación con las nulíparas y primíparas. Esto podría ser un indicativo de una mejor adaptación del organismo a los cambios fisiológicos del embarazo en mujeres con múltiples gestaciones, aunque es relevante seguir monitoreando y evaluando a todas las mujeres durante el embarazo, sin importar su historial de paridad.

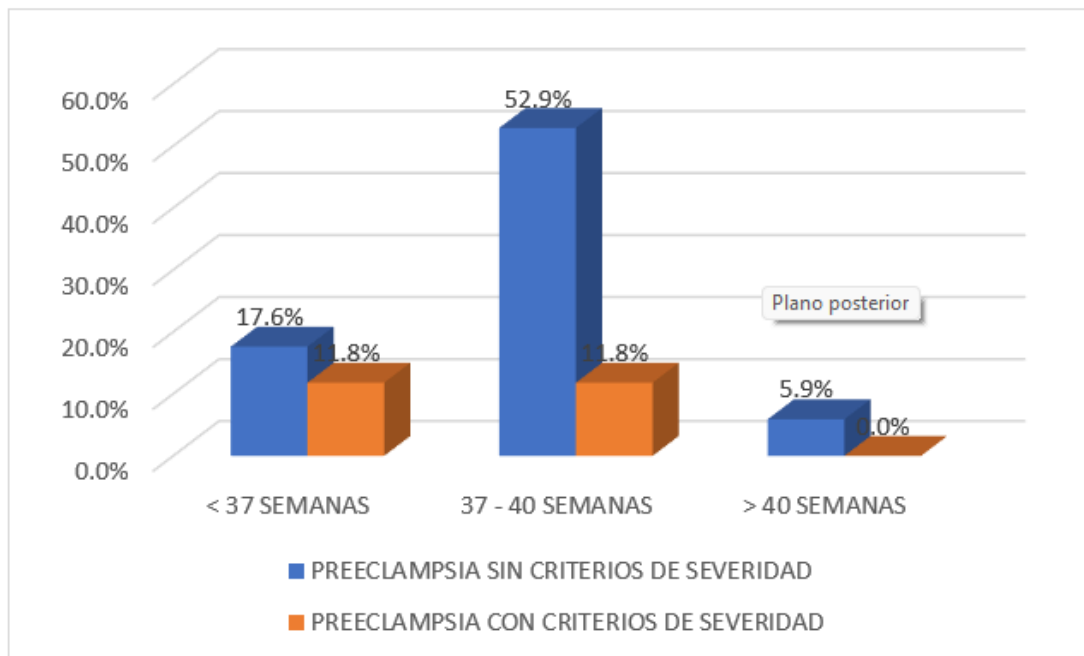
Se observa una discrepancia con el estudio de Cuenca C. (2017), que indica que el 54.5% de los casos de preeclampsia se presentaron en multíparas, mientras que el 17.8% ocurrió en nulíparas, destacando la diferencia en la investigación.

TABLA 7.
EDAD GESTACIONAL ASOCIADA A LA PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

EDAD GESTACIONAL	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
< 37 SEMANAS	3	17.6	2	11.8	5	29.4
37 - 40 SEMANAS	9	52.9	2	11.8	12	64.7
> 40 SEMANAS	1	5.9	0	0	0	5.9
TOTAL	13	76.5	4	23.5	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 7:



FUENTE: Tabla 7



INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los datos sobre la variable de edad gestacional es el siguiente:

Menos de 37 semanas: En este grupo, el 17. 6% presenta preeclampsia sin severidad y el 11. 8% tiene preeclampsia severa. Esto equivale a un total del 29. 4% de las mujeres en esta categoría.

Entre 37 y 40 semanas: Dentro de las mujeres en este intervalo de edad gestacional, el 52. 9% tiene preeclampsia sin severidad y el 11. 8% sufre de preeclampsia severa, alcanzando un total del 64. 7%.

Más de 40 semanas: En este grupo, el 5. 9% reportó preeclampsia sin severidad y no se presentaron casos de preeclampsia severa, lo que representa un total del 5. 9%.

Al examinar la relación entre la edad gestacional y la preeclampsia, se nota que el grupo de mujeres con un rango de edad gestacional entre 37 y 40 semanas presenta la mayor proporción de preeclampsia sin severidad (52. 9%) y con severidad (11. 8%). Esto sugiere que el peligro de desarrollar preeclampsia parece ser más evidente en el tercer trimestre del embarazo, cuando la mayoría de las mujeres se encuentran en las semanas 37 a 40.

Por otro lado, el grupo de mujeres con menos de 37 semanas muestra una cifra considerable de casos de preeclampsia sin emergencia, pero en una proporción menor. La frecuencia es baja en el grupo de más de 40 semanas, donde no se documentaron casos de preeclampsia severa. Esto podría indicar que, aunque las



complicaciones pueden surgir en fases tempranas y en el tercer trimestre, es menos común que ocurran después de las 40 semanas.

En resumen, los datos indican que la mayor frecuencia de preeclampsia se concentra en el intervalo entre 37 y 40 semanas de gestación, lo que destaca la necesidad de un monitoreo riguroso durante esta fase crítica del embarazo. Esto también resalta la relevancia de la atención prenatal, especialmente para aquellas mujeres que están próximas a la fecha de parto.

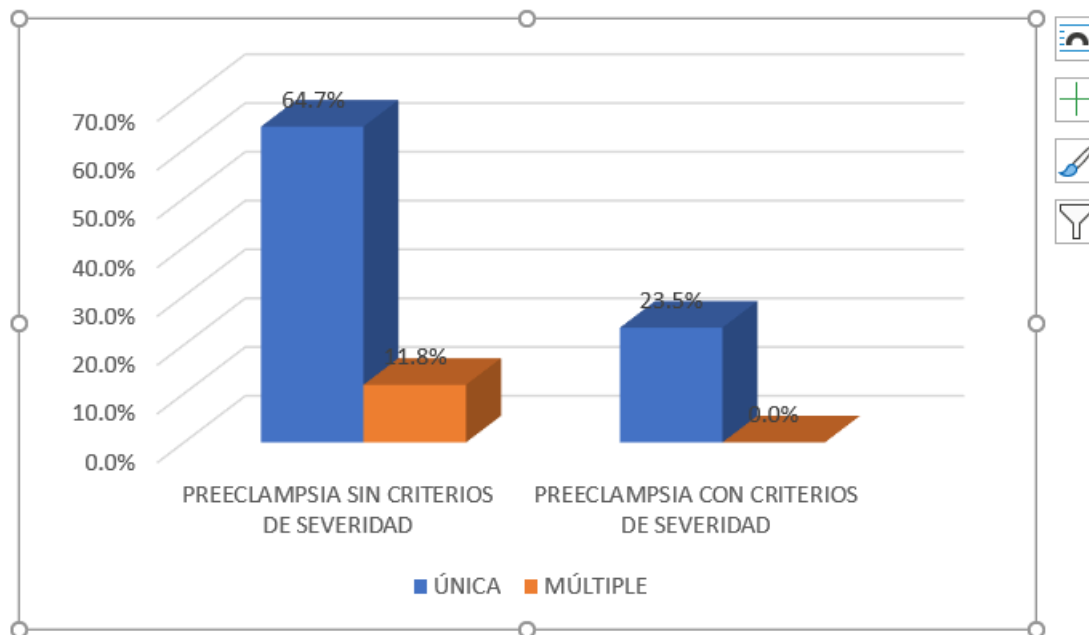
Se encontró similitud con el estudio de Balcazar C. (2018), que mostró que el 90% de los casos con alteraciones hipertensivas se daba entre 37 y 40 semanas.

TABLA 8.
TIPO DE GESTACIÓN ASOCIADO A LA PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

TIPO DE GESTACIÓN	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
ÚNICA	11	64.7	4	23.5	15	88.2
MÚLTIPLE	2	11.8	0	0	2	11.8
TOTAL	13	76.5	4	23.5	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 8:



FUENTE: Tabla 8



INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los valores de la variable relacionada con el tipo de gestación es el siguiente:

Gestación única: En este grupo, el 64. 7% de las mujeres experimentan preeclampsia sin criterios de severidad, mientras que el 23. 5% presentan preeclampsia que sí cumple con términos severos. En conjunto, esto suma un total del 88. 2% de las damas en este grupo.

Gestación múltiple: Dentro de este grupo, se registró que el 11. 8% manifestaron preeclampsia sin criterios de severidad, sin que se detectara preeclampsia con criterios severos. Esto representa el 11. 8% del total.

Al examinar la relación entre el tipo de gestación y la tasa de preeclampsia, se evidencia que la mayor parte de las mujeres en el estudio (64. 7%) tienen gestaciones únicas con preeclampsia cuyo grado no es severo. Esto sugiere que las gestaciones únicas están vinculadas a un menor riesgo de desarrollo de esta complicación.

No obstante, un pequeño porcentaje (23. 5%) refleja preeclampsia con criterios severos, lo cual indica que, aunque la mayoría no presenta dificultades, hay un número notable que podría necesitar seguimiento médico.

Por otro lado, las gestaciones múltiples están representadas por un único caso en esta investigación, lo cual limita la generalización sobre este grupo. Sin embargo, la falta



de preeclampsia con criterios severos en las gestaciones múltiples sugiere que, en este reducido número de casos, no se han presentado complicaciones severas.

En resumen, los datos muestran que las mujeres con gestación única tienen un mayor porcentaje de casos sin preeclampsia, mientras que las gestaciones múltiples son bastante infrecuentes en esta muestra, lo que restringe el análisis. Es relevante notar que las gestaciones únicas parecerían tener menos probabilidades de sufrir complicaciones asociadas a la preeclampsia, aunque un monitoreo adecuado continúe siendo crucial para todas las mujeres en estado de gravidez.

Se observó una coincidencia con la investigación de Bernardo J. (2017), que señala que el 3.6% experimentó edema y desarrolló preeclampsia severa.

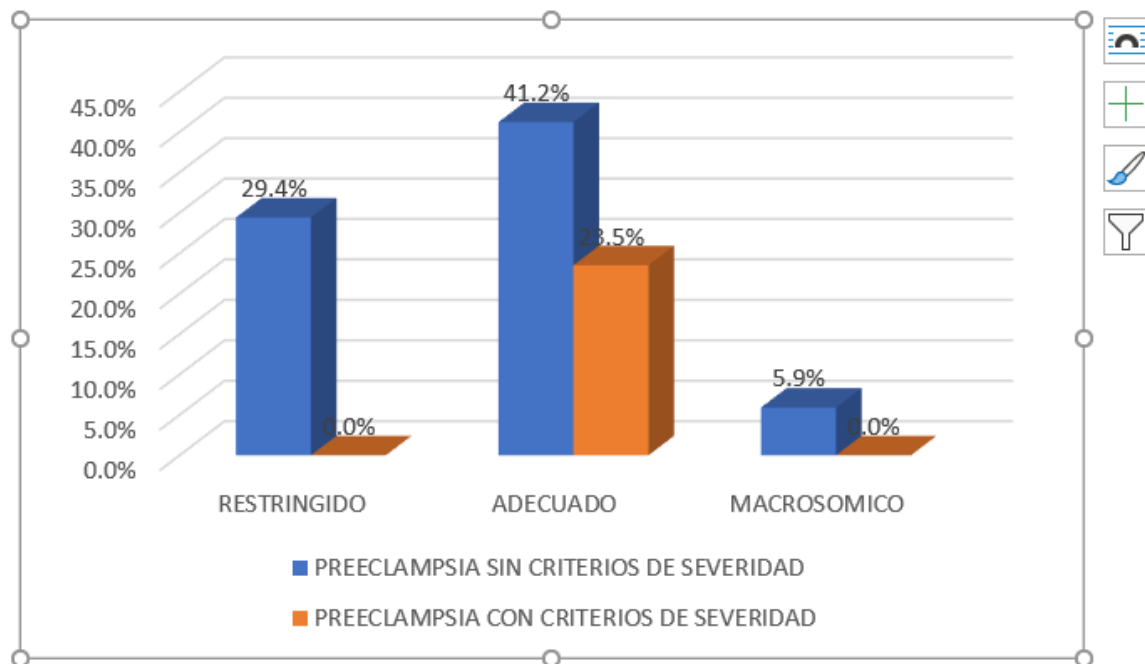
No se halló un estudio que proporcione ese indicador.

TABLA 9.
CRECIMIENTO FETAL ASOCIADO A LA PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

CRECIMIENTO FETAL	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
RESTRINGIDO	5	29.4	0	0	5	29.4
ADECUADO	7	41.2	4	23.5	11	64.7
MACROSOMICO	1	5.9	0	0	1	5.9
TOTAL	13	76.5	4	23.5	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 9:



FUENTE: Tabla 9



INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los valores de la variable crecimiento fetal es el siguiente:

Crecimiento restringido: En este conjunto, el 29.4% presenta preeclampsia sin criterios severos, y no se hallaron casos con criterios severos. Esto representa un total del 29.4% de las mujeres en este grupo.

Crecimiento adecuado: En el grupo de mujeres con crecimiento fetal normal, el 41.2% tiene preeclampsia sin asumir gravedad, y un 23.5% sufre preeclampsia con criterios severos, alcanzando un total de 64.7%.

Crecimiento macrosómico: En este sector, el 5.9% tiene preeclampsia sin criterios de gravedad, mientras que no se encontraron casos con criterios severos, lo que implica un total del 5.9%.

Al estudiar la relación entre el crecimiento fetal y la preeclampsia, se encuentra que la mayoría de las mujeres (41.2%) presentan un crecimiento fetal normal junto con preeclampsia sin criterios de severidad. Esto sugiere que un crecimiento fetal normal se relaciona con un menor riesgo de complicaciones por preeclampsia.

El grupo con crecimiento restringido muestra una baja ocurrencia tanto de preeclampsia sin criterios severos como de casos que cumplen con criterios severos, lo cual sugiere que, aunque existe una relación, la cantidad de casos es baja. Sin embargo, la presencia de preeclampsia en un caso de crecimiento restringido subraya la necesidad de un seguimiento riguroso en estas mujeres, ya que una restricción en el crecimiento fetal puede indicar posibles complicaciones.



Respecto al crecimiento macrosómico, aunque representa un porcentaje reducido, también presenta una baja incidencia de preeclampsia con criterios severos, lo que sugiere que esta condición podría no estar estrechamente vinculada a complicaciones severas en el marco de esta muestra.

En resumen, los datos aportan evidencia de que el crecimiento fetal adecuado está fuertemente asociado con la aparición de preeclampsia sin criterios severos, mientras que los casos de crecimiento restringido y macrosómico son menos comunes. Esto destaca la necesidad de un adecuado control prenatal, particularmente en aquellos casos donde el crecimiento fetal pueda estar en riesgo, para poder prevenir y manejar correctamente las complicaciones de la preeclampsia.

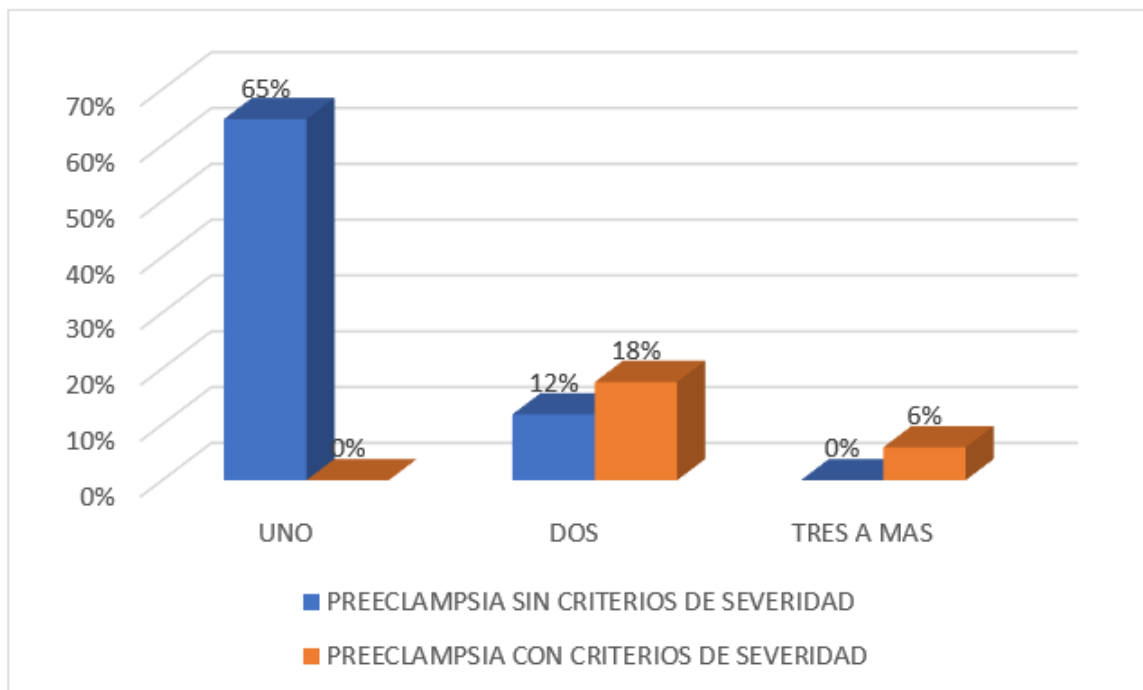
No se encontraron estudios relacionados con dicho indicador.

TABLA 10
PAREJAS SEXUALES ASOCIADAS A LA PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

PAREJAS SEXUAL	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
UNO	11	64.7	0	0	11	64.7
DOS	2	11.8	3	17.6	5	29.4
TRES A MAS	0	0	1	5.9	1	5.9
TOTAL	13	76.5	4	23.5	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 10:



FUENTE: Tabla 10



INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los datos respecto a la variable de parejas sexuales es el siguiente:

Una pareja sexual: En este segmento, el 64. 7% presenta preeclampsia sin criterios de severidad, y no se han reportado casos con criterios de severidad. Esto representa un total del 64. 7% de las mujeres pertenecientes a este segmento.

Dos parejas sexuales: Dentro de las mujeres que tienen dos parejas sexuales, el 11. 8% sufren de preeclampsia sin criterios de severidad, mientras que el 17. 6% se encuentra con preeclampsia con criterios de severidad, acumulando un total del 29. 4%.

Tres o más parejas sexuales: En este grupo, no se detectaron casos de preeclampsia sin criterios de severidad, y el 5. 9% está afectado por preeclampsia con criterios de severidad, lo cual corresponde a un total del 5. 9%.

Al evaluar la relación entre la cantidad de parejas sexuales y la preeclampsia, se nota que la mayoría de las mujeres (64. 7%) que tienen una sola pareja sexual presenta preeclampsia sin criterios de severidad. Esto sugiere que contar con una pareja sexual fija podría estar relacionado con un menor riesgo de padecer esta complicación durante el embarazo.

En el conjunto de dos parejas sexuales, se observa un aumento en los casos de preeclampsia sin características severas (11. 8%) y con características severas (17.



6%). Esto podría indicar que un mayor número de parejas sexuales podría asociarse con un incremento en el riesgo de complicaciones en el embarazo.

Por otro lado, el grupo de tres o más parejas sexuales es bastante reducido (5.9%), lo cual limita la habilidad para sacar conclusiones firmes. A pesar de esto, el hecho de que se haya documentado un caso de preeclampsia con criterios de severidad en este grupo subraya la relevancia de considerar los factores de riesgo asociados a relaciones múltiples.

En resumen, los datos indican que las mujeres con una sola pareja sexual enfrentan un menor riesgo de preeclampsia, mientras que tener más de una pareja sexual podría estar conectado a una mayor frecuencia de esta complicación. Esto resalta la necesidad de un seguimiento minucioso y una evaluación de los factores de riesgo en mujeres con múltiples parejas sexuales durante su embarazo.

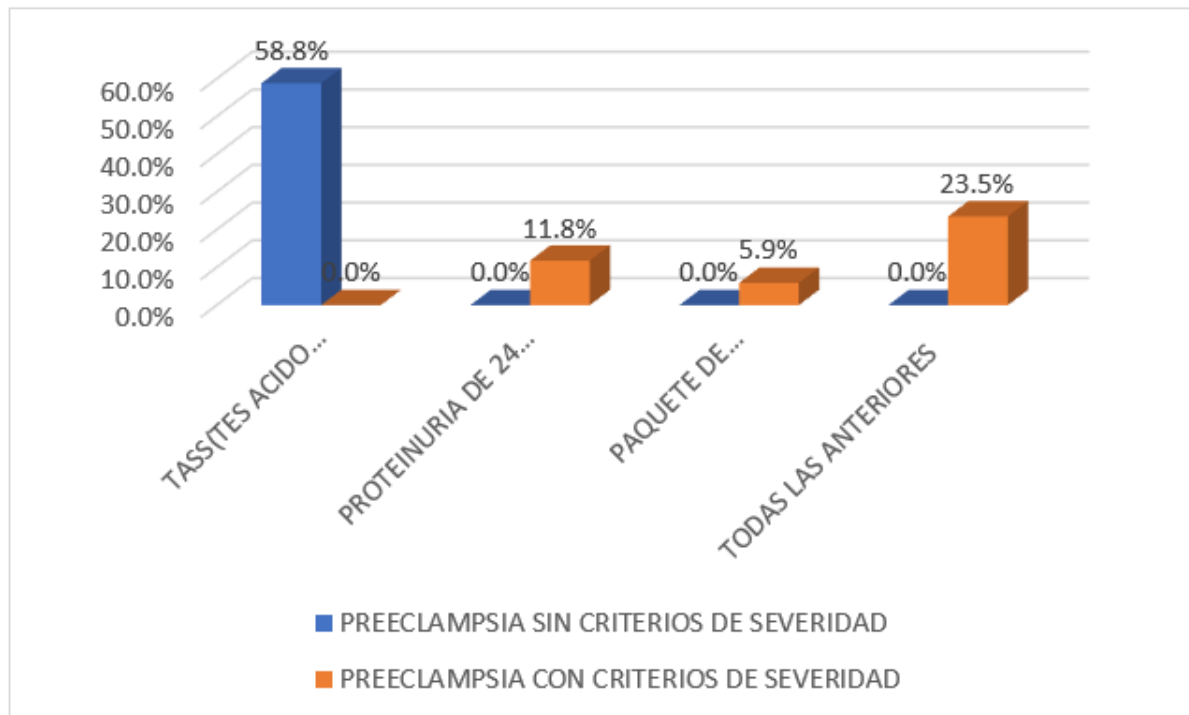
No se encontraron estudios relacionados con el indicador.

TABLA 11.
EXAMENES DE LABORATORIO ASOCIADO CON LA PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

EXÁMENES DE LABORATORIO	PREECLAMPSIA SIN CRITERIO DE SEVERIDAD		PREECLAMPSIA CON CRITERIO DE SEVERIDAD		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
TASS(TES ACIDO SULFOSALICILICO)	10	58.8	0	0	10	58.8
PROTEINURIA DE 24 HORAS	0	0	2	11.8	2	11.8
PAQUETE DE PREECLAMPSIA	0	0	1	5.9	1	5.9
TODAS LAS ANTERIORES	0	0	4	23.5	4	23.5
TOTAL	10	58.8	7	41.2	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 11:





FUENTE: Tabla 11

INTERPRETACIÓN

El comportamiento de las cifras de la variable síntomas es el siguiente:

TASS (Tés de ácido sulfosalicílico): En este grupo, un 58. 8% presenta preeclampsia sin criterios de severidad, y no se han reportado casos con dichos criterios. Esto significa que un 58. 8% de las mujeres pertenecen a este grupo.

Proteinuria de 24 horas: En esta categoría, no se encontraron casos de preeclampsia sin criterios de severidad, mientras que el 11. 8% mostró preeclampsia con criterios de severidad. Esto representa un total de 11. 8%. en las categorías analizadas no hay registros.

Paquete de preeclampsia: De manera similar al Tés de ácido sulfosalicílico, no se han documentado casos con preeclampsia sin criterios de severidad, siendo que el 5. 9% evidenció preeclampsia con criterios severos en esta categoría. Esto representa un total del 5. 9%.

Todas las anteriores: En este conjunto, el 23. 5% corresponde a casos de preeclampsia con criterio de severidad, lo que suma un total de 23. 5%.

Al investigar la conexión entre los síntomas y la preeclampsia, se puede notar que el Tés de ácido sulfosalicílico exhibe una proporción considerable de mujeres con preeclampsia sin criterios de severidad (58. 8%), aunque también hay una cantidad significativa que muestra preeclampsia con severidad. Esto sugiere que la evaluación



cualitativa podría ser un marcador importante a tener en cuenta en el monitoreo de la salud materna durante el embarazo.

La falta de casos positivos en la prueba de proteinuria de 24 horas y el paquete de preeclampsia indica que estos métodos no fueron aplicados en el grupo analizado, lo que podría restringir la capacidad de evaluar de manera completa la relación entre los síntomas y la preeclampsia.

La categoría "todas las anteriores" muestra que, aunque no se identificaron casos, sí hay casos de preeclampsia con criterios severos, lo que resalta la necesidad de evaluar múltiples síntomas y pruebas de manera conjunta.

En conclusión, el Tés de ácido sulfosalicilico parece ser un síntoma importante para identificar mujeres con riesgo de preeclampsia. La ausencia de datos positivos en la prueba de proteinuria de 24 horas y el paquete de preeclampsia limita el análisis, pero destaca la relevancia de un enfoque integral en la vigilancia de la salud materna durante el embarazo.

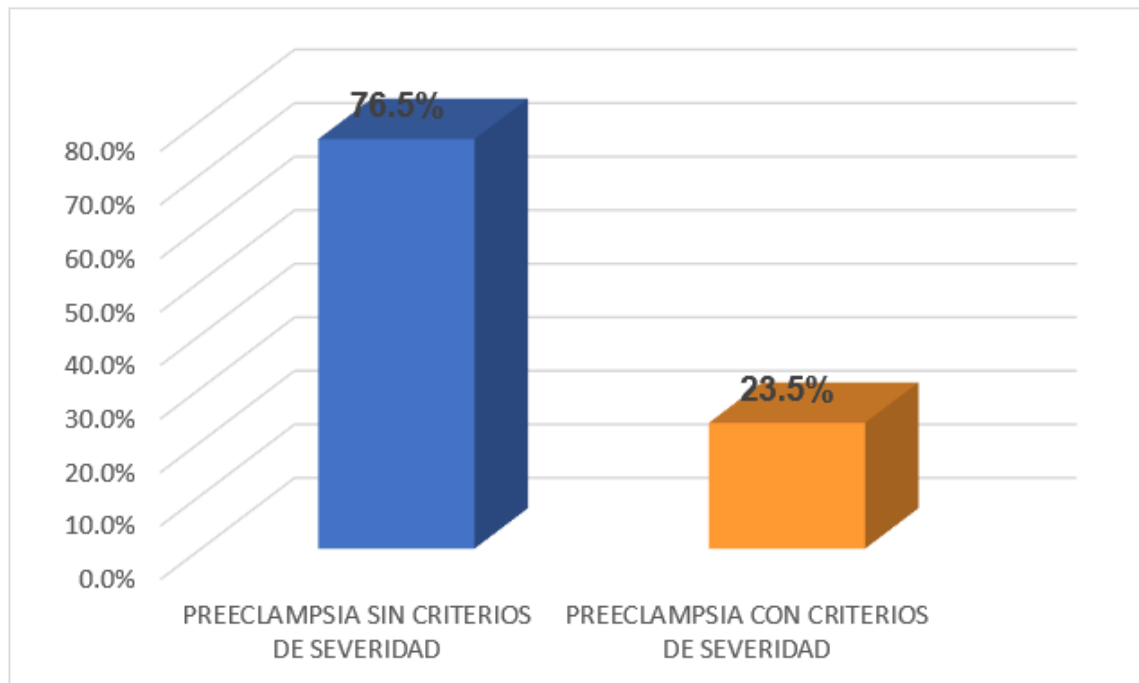
No se halló estudio relacionado con el indicador.

TABLA 12.
TIPOS DE PREECLAMPSIA EN EL CENTRO DE SALUD ESTRATEGICO PUTINA 2024

TIPO DE PREECLAMPSIA	TOTAL	
	fi	%
PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD	13	76.5
PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD	4	23.5
TOTAL	17	100

FUENTE: Ficha de recolección de datos

FIGURA 12:



FUENTE: Tabla12





INTERPRETACIÓN

El comportamiento de los datos relacionados con la preeclampsia se presenta de la siguiente manera:

Preeclampsia sin criterios de severidad: Esta categoría abarca el 76. 5% de las mujeres diagnosticadas con preeclampsia que no cumplen con criterios severos. Esta proporción es mayor en comparación con aquellas que tienen la forma severa de esta condición, lo cual indica que un considerable número de gestantes puede enfrentar esta complicación, resaltando la necesidad de un seguimiento y tratamiento apropiado.

Preeclampsia con criterios de severidad: En este segmento, se observa que el 23. 5% de las gestantes presentan preeclampsia severa. Este porcentaje es el más bajo entre las dos categorías, señalando que los casos graves de preeclampsia son menos frecuentes en la población estudiada. No obstante, aunque su número sea reducido, es crucial atender a estas mujeres, ya que las complicaciones graves pueden tener un efecto considerable en la salud tanto de la madre como del feto.

Al examinar los distintos tipos de preeclampsia, se deduce que una amplia mayoría de las gestantes en este análisis (76. 5%) no enfrentan preeclampsia severa, lo cual es un indicador positivo sobre la salud materno-infantil. Sin embargo, la presencia del 23. 5% con criterios severos enfatiza la necesidad de un monitoreo prenatal constante para detectar y tratar adecuadamente a aquellas mujeres que podrían estar en riesgo.



Para concluir, los tipos de preeclampsia en el Centro de Salud Estratégico Putina muestran que la variante sin criterios de severidad es más habitual, lo que resalta la importancia de identificar y gestionar tanto a las gestantes con preeclampsia leve como a aquellas con la forma severa, asegurando así la salud y bienestar de todos los pacientes.

Se observa un paralelismo con el estudio de Guevara-Rios E. (2019), el cual indica que el 3.3% de las mujeres presentó preeclampsia severa, lo que subraya la significancia de los factores de riesgo.



CONCLUSIONES

Primera. Se determinó que hay una relación entre factores de riesgo individuales, valoración médica, antecedentes gineco obstétricos y pruebas de laboratorio respecto a la preeclampsia en mujeres embarazadas que son atendidas en el Centro de Salud Estratégico Putina 2025.

Segunda. Se ha encontrado que existe una relación importante entre los factores de riesgo personales, como: la edad de una madre embarazada varía de 20 a 34 por 78. 3%, peso corporal, de los cuales 66. El 3% representa el IMC normal y el 89. 1% de las mujeres embarazadas sin antecedentes de hipertensión; Todo esto se debe a la presencia de mujeres embarazadas que son atención médica en el Centro Médico Estratégico de Putin 2024.

Tercera. Se estableció que los factores de riesgo en la valoración clínica son: un 68. 5 % sin ningún signo visible y un 56. 5 % presentan cefalea, los cuales se relacionan con la preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.

Cuarta. Se ha encontrado que los factores de riesgo en la evaluación clínica: 68. 5 % sin signos claros y 56. 5 % con dolores de cabeza relacionados con afecciones preliminares en mujeres embarazadas ha recibido ayuda en el Centro Médico Estratégico de Putin 2024.

Quinta. Se estableció que el 55. 4% de los resultados de los análisis de laboratorio en relación con la preeclampsia son normales, lo que es clave para relacionar esta condición en mujeres embarazadas que son atendidas en el Centro de



Salud Estratégico Putina 2024.

Sexta. Es necesario que los factores de riesgo relacionados con la preeclampsia, donde el 81.5 % descartó el diagnóstico de preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Centro de Salud Estratégico Putina 2024.



RECOMENDACIONES

Primera. Al responsable del Centro de Salud Estratégico Putina, se recomienda realizar más estudios sobre las intervenciones que apliquen programas enfocados en la prevención de la preeclampsia, dirigidos tanto a mujeres en estado de gestación como a los profesionales de la salud, en conjunto con la estrategia materno perinatal, con el propósito de disminuir los factores de riesgo de preeclampsia entre las embarazadas que reciben servicios en el Centro de Salud Estratégico Putina.

Segunda. Se sugiere al líder del sindicato de obstetras que se lleve a cabo la implementación del protocolo de cuidado prenatal, revisado para resaltar la importancia del primer trimestre y especialmente en la atención previa a la concepción para evitar posibles riesgos de desarrollar preeclampsia en el futuro.

Tercera. Al líder de estrategia de materno perinatal se sugiere establecer un monitoreo más estricto y adaptado para las mujeres que nunca han estado embarazadas y para las que tienen su primer embarazo, ya que corren un mayor riesgo de padecer preeclampsia.

Cuarta. El equipo de obstetricia del Centro de Salud Estratégico Putina necesita priorizar adecuadamente la actividad preventiva y promocional desde el nivel inicial de atención, ofreciendo un buen cuidado a las mujeres embarazadas desde las etapas tempranas del embarazo, con el fin de evitar los riesgos que pueden llevar a la aparición de la preeclampsia.

Quinta. Al equipo de obstetricia del servicio de emergencias del Centro de Salud Estratégico Putina, asistir a formaciones más constantes en colaboración con



la estrategia de atención de salud materna y perinatal, con el objetivo de refrescar y actualizar los saberes en los profesionales, tanto en áreas obstétricas como patológicas, lo cual ayudará a reducir la incidencia de preeclampsia en las mujeres embarazadas que visitan el Centro de Salud Estratégico Putina.

Sexta. Promover iniciativas de concienciación para futuras madres y sus seres queridos sobre la necesidad de identificar las señales y manifestaciones de la preeclampsia y la importancia de las revisiones prenatales periódicas.



REFERENCIAS

1. Guevara-Ríos E. La preeclampsia, problema de salud pública. Investigación Materno Perinatal. 2019;8(2):7–10.1.
2. Vargas H VM, Acosta A G, Moreno E MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012;77(6):471–6.
3. Gob.pe. [citado el 8 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/Bd7jZf>
4. Huertas Tacchino E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev peru ginecol obstet. 2018;64(3):399–404.
5. Preeclampsia y eclampsia [Internet]. Msdmanuals.com. [citado el 11 de octubre de 2021].
6. Merviela P, et al., Pathophysiology of preeclampsia: links with implantation disorders. Review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 134–47.
7. Verhaar MC, Rabelink TJ. The endothelium: a gynecological and obstetric point of view. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001, 180-5.
8. Moreno Z, et al. Obesidad pregestacional como factor de riesgo asociado a preeclampsia. UNMSM. Facultad de Medicina. 2008: p. 101-6.
9. Preeclampsia [Internet]. Medlineplus.gov. [citado el 11 de octubre de 2021].
10. Avena J, Joerin V, Dozdor L, Bres S. Preeclampsia - eclampsia. Posgrado Cátedra Med-N. 2008;; p. 20-5.



11. Gutierrez J, et al., Association preeclampsia risk factors in mexiquenses women. 2016; 15(2): p. 33-42.
12. Toirac A, et al., Hipertension arterial durante el embarazo, parto y el puerperio. Medisan. 2010; 14(5): p. 0-0.
13. Agudelo M, et al. Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en mujeres embarazadas controladas en ASSBASALUD E.S.E. Manizales, 2006 a 2008. ASSBASALUD E.S.E. 2014; 2(2).
14. Vera T, Eliz M, Padilla A. Incidencia y prevalencia de preeclampsia en adolescentes primigestas. Quito, periodo setiembre del 2011 a junio del 2012.
15. Cararach Ramoneday F. Botet Mussons. V. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP [Internet]. Aeped.es.
16. Chirinos J. Incidencia y características de la enfermedad hipertensiva en el embarazo: Estudio retrospectivo a nivel del mar y en la altura. Acta Andina. 1995;4(1):25-34.
17. Hackett P: High altitude and common medical conditions, En: Hornbein T, Schoene R.: High Altitude: An Exploration of Human Adaptation, NY, NY: Dekker, 2001: 839.
18. Tissot M, et al., Remodelling of uteroplacental arteries is decreased in high altitude placentas. High Altitude Med Biol. 2002;3(4):427-60. Posted online on July 6, 2004 (doi:10.1089/15270290260512927)
19. Zamudio S, Palmer SK, Droma T, Stamm E, Coffin C, Moore LG. Effect of altitude on uterine artery blood flow during normal pregnancy. J Appl Physiol. 7-14.



20. Palmer SK, Moore LG, Young D, Cregger B, Berman JC, Zamudio S. Altered blood pressure course during normal pregnancy and increased preeclampsia at high altitude (3100 meters) in Colorado. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(5):1161-8.
21. Keyes LE, et al., Intrauterine growth restriction, preeclampsia, and intrauterine mortality at high altitude in Bolivia. *Pediatr Res.* 2003;54(1):20-5. Epub 2003 Apr
22. OMS. Partos prematuros. 19 febrero 2018. En: <https://acortar.link/eFfijM>
23. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletines Estadísticos. En: <https://acortar.link/hdDuqo>
24. Romero R, et al., Síndrome de parto prematuro: relevancia clínica y etiológica. En: Gratacós E. *Medicina Fetal Cap. 81.* Edit. Medica Panamericana, cap. 81. 2009:723-35.
25. Romero R, et al., Infection and prematurity and the role of preventive strategies. En: *Sem Neonatol.* 2002;7(4):259-74.
26. Gonçalves LF, Chaiworapongsa T, Romero R. Intrauterine infection and prematurity. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews.* 2002;8(1):3-13.
27. Berkowitz GS, Kasl SV. The role of psychosocial factors in spontaneous preterm delivery. *J Psychosom Res.* 1983;27:283.
28. Dole N, et al. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol.* 2003 Jan 1;157:14-24.



29. Pellicer A, Hidalgo JJ, Perales A, Díaz C. Obstetricia y ginecología: Guía de actuación. Argentina: Editorial Médica Panamericana, S. A.; 2014. 785 p.
30. Tena G. Ginecología y obstetricia. México: Academia Mexicana de Cirugía, A. C.; 2013. 681 p.
31. Román JM, De La Puente M. Urgencias gineco-obstétricas al descubierto.
32. Bankowski B, Hearne A, Lambrou N, Fox H, Wallach E. Ginecología y obstetricia. USA: MARBÄN; 2010. 615 p.
33. definicionabc.com. Definición de Factores [En línea]. definicionabc.com; 2014.
34. Hoyos PE, Cifuentes R. Algoritmos de Cifuentes en ginecología y obstetricia. Colombia: Distribuna Editorial Médica; 2011. 406 p.
35. Martínez CAM, et al. Preeclampsia: principal factor de riesgo materno para bajo peso del recién nacido pretérmino. Ginecol Obstet Mex. 2008; 398-403.



ANEXOS



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

SOLICITO PERMISO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

SR. LIC.ENF. ISACC MORALES MAMANI
JEFE DE LA UNIDAD EJECUTORA PUTINA.

Yo Jessica Lisbeth Vargas Sosa identificada con DNI 70469801, de profesión obstetra, laborando actualmente en el área de emergencia del centro de salud estratégico Putina.

Que actualmente vengo realizando mi proyecto de investigación en la escuela pos grado de la UANCV que tiene por título DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024, lo cual pido permiso para aplicar mi instrumento de investigación, se empalma en hoja de encuesta para la recolección de datos, revisión de historias clínicas de los ingresos por emergencia.

Putina, 28 Agosto 2024


Jessica Lisbeth Vargas Sosa
OBSTETRA
COP. 33726

Atentamente.


Lic. Enf. Isacc Morales Mamani
COP. 42558
DIRECTOR

*Se autoriza
aplicar instrumento
29-08-24.*



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 09-09-2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: JESSICA LISBETH VARGAS SOSA

Dirección: JR. SINCHIROCA N° 252 URB. SANTA CATALINA, JULIACA

DNI/Camé de Extranjería/Pasaporte N°: 70469801

Teléfono: 940 404 991 email: Jessica_liz72@hotmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Camé de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: _____ ESCUELA DE POSGRADO

Escuela Profesional o Mención: _____ PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Título o Grado Académico a optar: _____ ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Asesor: Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES

ATENDIDAS DEL CENTRO DE SALUD ESTRATÉGICO PUTINA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): _____

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

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

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



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad 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: SALUD PÚBLICA SEG04

Firma de Autor



huella digital

09 - 09 - 2025

Fecha