



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



**FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS  
A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES  
DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN  
- PUNO 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. NEDY JHESMY CHURA SULLCA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**MÉDICO CIRUJANO**

JULIACA – PERÚ  
2024



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

**FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS  
A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES  
DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ  
BUTRÓN - PUNO 2023**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. NEDY JHESMY CHURA SULLCA**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**MÉDICO CIRUJANO**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:

  
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

PRIMER MIEMBRO

:

  
Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

SEGUNDO MIEMBRO

:

  
M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS

:

  
Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

MEDICINA HUMANA – P09

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"****RESOLUCIÓN DECANAL N°1684 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 12 de diciembre del 2024

**Vistos:** El Expediente N° 2024-CU 17747 el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2023**

**CONSIDERANDO:**

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

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

**SE RESUELVE**

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** el (la) (bachiller) **CHURA SULLCA NEDY JHESMY** que habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : Dra. **ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- \* **1er. Miembro** : Dra. **INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- 2do. Miembro** : M.Sc. **MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
- \* **Asesor (a)** : Mgtr. **SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

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

**DIA** : **MARTES 17 DE DICIEMBRE DEL 2024**  
**HORA** : **15:00 HORAS**  
**LOCAL** : **SALÓN DE GRADOS**

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

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

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



**DISTRIBUCIÓN:**  
- Jurados (3)  
- Interesado (1)  
- Asesor de Tesis (1)  
- Archivo FCS 2024(1)

**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"****RESOLUCIÓN DECANAL N°1412-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 30 de octubre del 2024

**VISTOS:**

El Informe N° 098-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 28 de octubre del egresado (a) **CHURA SULLCA NEDY JHESMY** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2023** conducente para optar el título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO**

**CONSIDERANDO**

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- 2do. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
  
- \* **Asesor (a)** : **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, el **INFORME FINAL** de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **CHURA SULLCA NEDY JHESMY** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** Con la Tesis Titulado **FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2023**

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

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



**Distribución:** Decanato, EP: Medicina Humana secretaria Académica, Archivo.



## "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 790 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 02 de Julio del 2024

**VISTOS:**

El Informe N° 049-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 20 de mayo de la E.P. de Medicina Humana folio 000021;

**CONSIDERANDO:**

QUE, EL (LA) EGRESADO (A) **CHURA SULLCA NEDY JHESMY** presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO 2023** correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA;**

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

- \* **Presidente** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- \* **1er. miembro** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 214 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

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

**SE RESUELVE:**

**APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **CHURA SULLCA NEDY JHESMY** para optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado **FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO 2023**

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

**ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER**, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Mgtr. SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI**

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

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

**Distribución:** Decanato, EP: MEDICINA HUMANA, Secretaría Ace





## FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO 2023

### INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE


### FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	8%
2	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	3%
3	<a href="http://repositorio.uancv.edu.pe">repositorio.uancv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
4	<a href="http://repositorio.uoosevelt.edu.pe">repositorio.uoosevelt.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.unfv.edu.pe">repositorio.unfv.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
6	<a href="http://repositorio.upla.edu.pe">repositorio.upla.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="http://repositorio.unap.edu.pe">repositorio.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%
8	<a href="http://repositorio.unsch.edu.pe">repositorio.unsch.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%



METADATOS COMPLEMENTARIOS

<b>FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO 2023</b>	
<b>Datos de autor</b>	
<b>Nombres y apellidos</b>	NEDY JHESMY CHURA SULLCA
<b>Tipo de documento de identidad</b>	DNI
<b>Número de documento de identidad</b>	72688467
<b>URL de ORCID</b>	<a href="https://orcid.org/0009-0003-3440-3481">https://orcid.org/0009-0003-3440-3481</a>
<b>Datos de asesor</b>	
<b>Nombres y apellidos</b>	SANTIAGO CRISTOBAL QUISPE PARI
<b>Tipo de documento de identidad</b>	DNI
<b>Número de documento de identidad</b>	02379055
<b>URL de ORCID</b>	<a href="https://orcid.org/0000-0001-7050-4608">https://orcid.org/0000-0001-7050-4608</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
<b>Nombres y apellidos</b>	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
<b>Tipo de documento</b>	DNI
<b>Número de documento de identidad</b>	29216323
<b>Miembro del jurado 1</b>	
<b>Nombres y apellidos</b>	INGRID LIZ QUISPE TICONA
<b>Tipo de documento</b>	DNI
<b>Número de documento de identidad</b>	02449475
<b>Miembro del jurado 2</b>	
<b>Nombres y apellidos</b>	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
<b>Tipo de documento</b>	DNI

<b>Número de documento de identidad</b>	02064784
<b>Datos de investigación</b>	
<b>Línea de investigación</b>	MEDICINA HUMANA - P09
<b>Grupo de investigación</b>	No aplica
<b>Agencia de financiamiento</b>	Sin financiamiento
<b>Ubicación geográfica de la investigación</b>	<p>Edificio: Hospital Manuel Nuñez Butrón Puno País: Perú Departamento: Puno Provincia: Puno Distrito: Puno Latitud: -15.8416129 " S Longitud: -70.0237123 " W</p>  <p><a href="https://www.google.com/maps/place/Hospital+Regional+Manuel+Nun%C3%A9z+Butr%C3%B3n">https://www.google.com/maps/place/Hospital+Regional+Manuel+</a></p>
<b>Año o rango de años en que se realizó la investigación</b>	Enero 2023 – Diciembre 2023
<b>URL de disciplinas OCDE</b> <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	<p><b>Medicina clínica</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a> <b>Obstetricia, Ginecología</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a></p>


 UNIVERSIDAD ANDRÍA NESTOR CALLES YELASQUEZ  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
  
 Dra. María Amparo del Pilar Chambi Calacora  
 DIRECTORA  
 UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Nedy Jhesmy Chura Sullca, identificado con DNI Nro. 72688467, en mi condición de egresado de:

- [X] Escuela Profesional
[ ] Programa de Segunda Especialidad,
[ ] Programa de Maestría o Doctorado

Medicina Humana

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

Factores predictivos de riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón - Puno 2023

Asesorado por: Mgtr. Santiago Cristobal Quispe Pari

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 de del 2024

Firma del Asesor (obligatoria)

Firma del Estudiante (obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada en primer lugar a Dios que siempre ilumino mi camino, a mis padres (Tony y Edith) quienes siempre me apoyaron brindándome un respaldo emocional y económico para culminar mi carrera universitaria, también va dedicado a mi hermana Danitza que en innumerables oportunidades me brindo su conocimiento profesional y me proporciono consejos desde su experiencia para mi mejora académica.



## AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a mi asesor de tesis el Mgtr. Santiago Cristóbal Quispe Pari, gracias a cada docente universitario y a cada profesional de la salud del Hospital Regional Manuel Núñez Butron, donde realice mi internado, por su apoyo y enseñanzas que constituyen la base de mi vida profesional.

Agradezco a mis padres por demostrarme que "Quien realmente quiere lograr algo en la vida, tiene que luchar para conseguirlo".

Gracias infinitas y de corazón a todos.



## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE GENERAL .....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
RESUMEN .....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	xiv

### CAPITULO I

#### ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
- Problema general .....	4
- Problemas específicos .....	4
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	5
- Justificación teórica .....	5
- Justificación práctica .....	5
- Justificación metodológica .....	6
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	6
-Objetivo general.....	6
-Objetivos específicos.....	7



1.4.	HIPÓTESIS .....	7
	- Hipótesis general.....	7
	-Hipótesis específicas.....	7
1.5.	VARIABLES.....	8
1.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	9

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
	- A nivel internacional.....	11
	- A nivel nacional.....	16
	- A nivel regional.....	21
2.2.	MARCO TEÓRICO .....	26
2.3.	MARCO CONCEPTUAL .....	35

## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	38
3.3.	MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN.....	38
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	38
3.5.	TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	39



3.6.	PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	40
3.7.	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS .....	40
3.8.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....	41

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	RESULTADOS.....	43
4.2.	CONCLUSIONES.....	89
4.3.	RECOMENDACIONES .....	91
4.4.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS .....		101
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....		102
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....		106
ANEXO 03: INSTRUMENTO .....		109
ANEXO 04: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO .....		110
ANEXO 05: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN ....		117



**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1:	Edad relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	44
Tabla 2:	Estado civil relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	47
Tabla 3:	Grado de instrucción relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	50
Tabla 4:	Procedencia relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	53
Tabla 5:	Paridad relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	57
Tabla 6:	Periodo intergenésico relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	60
Tabla 7:	Controles prenatales relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	63
Tabla 8:	Antecedentes de preeclampsia relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	66



Tabla 9:	Antecedentes familiares de preeclampsia relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	69
Tabla 10:	Proteinuria relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	73
Tabla 11:	Plaquetas relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	76
Tabla 12:	Presión arterial relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	79
Tabla 13:	Criterios de severidad relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	82
Tabla 14:	Preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno–2023.....	86



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Edad relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	46
Figura 2:	Estado civil relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	49
Figura 3:	Grado de instrucción relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	52
Figura 4:	Procedencia relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023...	55
Figura 5:	Paridad relacionada a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023...	59
Figura 6:	Periodo intergenésico relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón puno-2023.....	62
Figura 7:	Controles prenatales relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	65
Figura 8:	Antecedentes de preeclampsia relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	68



Figura 9:	Antecedentes familiares de preeclampsia relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	71
Figura 10:	Proteinuria relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	75
Figura 11:	Plaquetas relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	78
Figura 12:	Presión arterial relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	81
Figura 13:	Criterios de severidad relacionado a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	84
Figura 14:	Preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno-2023.....	87



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores predictivos de riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno 2023. **Métodos y material:** Estudio correlacional, transversal y retrospectivo en 121 pacientes como muestra, se optó como técnica dar uso al análisis documental y en cuanto al instrumento elegido se utilizó recolección de datos de elaboración propia, para analizar los datos recolectados se introdujeron dichos datos en el programa estadístico SPSS v 26.0 los cuales fueron analizados mediante el uso de la prueba estadística  $X^2$ . **Resultados:** Dentro de los indicadores analizados los factores predictivos de riesgos relacionados fueron: En los sociodemográficos, la edad ( $P=0.027$ ) de entre 19 a 35 años en el 79.3% de las gestantes, estado civil ( $P=0.161$ ) de conviviente en 83.5% , grado de instrucción ( $P=0.132$ ) secundaria fue de 52.1% y procedencia ( $P=0.474$ ) urbana fue de 83.5%; En los obstétricos, la paridad ( $P=0.161$ ) las nulíparas en 47.1%, el periodo intergenésico ( $P=0.077$ ) largo en 56.3%, la cantidad de controles prenatales ( $P=0.015$ ) mayores a 6 durante la gestación en un 62.8%, no tuvo antecedente de preeclampsia ( $P=0.722$ ) el 92,6% y no tuvieron antecedentes familiares de preeclampsia ( $P=0.281$ ) el 96.7%; Por último en los clínicos, la proteinuria ( $P=0.832$ ) mayor o igual a 300 mg/24h en 74.2%, el conteo de plaquetas ( $p=0.049$ ) de más de 100000 mm<sup>3</sup> encontrado en un 94.2% de las gestantes, la presión arterial ( $p=0.000$ ) comprendida entre 140/90 a 160/110 mmHg encontrada en un 65.3% de las gestantes y los criterios de severidad la cefalea ( $p=0.000$ ) en un 22.3%. **Conclusiones:** Los indicadores que guardaron relación estadística fueron, la edad, los controles prenatales, conteo de plaquetas, presión arterial y los criterios de severidad.

**Palabras clave:** Factores predictivos, factores de riesgo, preeclampsia.

**ABSTRACT**

**Objective:** To determine the predictive risk factors related to preeclampsia and eclampsia in pregnant women at the Manuel Núñez Butrón Hospital - Puno 2023.

**Methods and material:** Correlational, cross-sectional and retrospective study in 121 patients as a sample, documentary analysis was used as a technique and a self-made data collection form was used as an instrument. For the analysis, the data were entered into the SPSS 26 program and analyzed by means of the Chi-square statistical test.

**Results:** Among the indicators analyzed, the predictive factors of related risks were: In the sociodemographic indicators, age ( $P=0.027$ ) between 19 and 35 years in 79.3% of the pregnant women, marital status ( $P=0.161$ ) of cohabitant in 83.5%, high school education ( $P=0.132$ ) was 52.1% and urban origin ( $P=0.474$ ) was 83.5%. In the obstetrics, parity ( $P=0.161$ ) nulliparous in 47.1%, long inter-gestational period ( $P=0.077$ ) in 56.3%, number of prenatal check-ups ( $P=0.015$ ) more than 6 during the pregnancy ( $P=0.015$ ), and the number of prenatal check-ups ( $P=0.015$ ) more than 6 during the pregnancy ( $P=0.017$ ) in 56.3%, and the number of pregnancies ( $P=0.015$ ) more than 6 during the pregnancy ( $P=0.027$ ) in 83.5%. 015) greater than 6 during gestation in 62.8%, no history of preeclampsia ( $P=0.722$ ) in 92.6% and no family history of preeclampsia ( $P=0.281$ ) in 96.7%; Finally in clinicians, proteinuria ( $P=0.832$ ) greater than or equal to 300 mg/24h in 74.2%, platelet count ( $P=0.049$ ) of more than 100000 mm<sup>3</sup> found in 94.2% of pregnant women, blood pressure ( $P=0.000$ ) between 140/90 to 160/110 mmHg found in 65.3% of pregnant women and headache ( $P=0.000$ ) severity criteria ( $P=0.000$ ) in 22.3%.

**Conclusions:** The indicators that were statistically related were, age, prenatal controls, platelet count, blood pressure and severity criteria.

**Key words:** Predictive factors, risk factors, preeclampsia.



## INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue originado pensando en las gestantes que se ven afectadas comúnmente con las enfermedades hipertensivas del embarazo, dentro de estas, la preeclampsia y la eclampsia siendo estas dos enfermedades las que pueden llegar a ocasionar una morbilidad materna elevada.

Se pensó como base de la investigación presentada el lograr identificar dentro de todos los elementos, cuales guardan relación con los riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia para que de esa manera se pueda llegar a identificar de manera precoz dichos factores y poder detectar casos posibles de preeclampsia y de esa manera disminuir la mortalidad materna de nuestra localidad.

Este estudio no solo propone identificar aquellos factores predictivos que aumentan el riesgo de que una paciente pueda presentar o no la preeclampsia y eclampsia, sino que también ayudara a aumentar la cantidad de conocimiento científico que se registra de esta enfermedad en nuestra localidad, debido a que la mayoría de estudios son realizados a nivel del mar, el que nuestra ciudad se encuentre a 3,824 m.s.n.m. puede hacer que las variables que fueron ya estudiadas en otras investigaciones varíen por este motivo, con esa finalidad se determinó la importancia de esta investigación es el aumento del conocimiento científico y con esto el aumento de la información en nuestra localidad espero que en un futuro incentive a futuros investigadores deseosos de estudiar esta patología.

La tesis presentada tiene el siguiente orden temático: Capítulo I, en aspectos generales está dividido en los temas planteamiento del problema, dentro de ello:



Problema general y específicos; justificación, dentro de ello: Justificación teórica, práctica y metodológica; Objetivos con objetivos general y objetivo específico; Hipótesis con hipótesis general e hipótesis específicas; variables y operacionalización de variables. Capítulo II, en marco teórico está dividido en antecedentes de la investigación, a nivel internacional, nacional y regional; Marco teórico y marco conceptual. Capítulo III, en procesamiento metodológico de la investigación está dividido en diseño de la investigación; Tipo de investigación; Método aplicado a la investigación; Población y muestra; Técnicas, fuentes e instrumentos de investigación; Plan de recolección y procesamiento de datos; Contrastación de hipótesis; Validez y confiabilidad del instrumento. Capítulo IV, en resultados y discusión está dividido en resultados, conclusiones, recomendación, referencias bibliográficas y anexos, dentro de ellos, matriz de sistematización de datos, matriz de consistencia, instrumento, validación de instrumento autorización donde se realizó la investigación y evidencias donde se realizó la investigación.



## CAPITULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

##### 1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

###### A NIVEL INTERNACIONAL

Dentro de las complicaciones que pueden ocurrir dentro de la gestación tenemos a los trastornos hipertensivos siendo estos los más frecuentes dentro de todo el abanico de complicaciones, afectando al 15% de los nacimientos y contribuyendo alrededor del 18% en porcentaje de la totalidad de muertes maternas a nivel del globo, en números arábigos se puede estimar un aproximado de 62.000 a 77.000 muertes por año (1). Las pacientes con embarazos complicados con preeclampsia tienen un aumento en la su tasa de morbilidad, lo que tiene un impacto financiero sustancial en el servicio de salud, sin dejar de lado al ambiente familiar de la paciente ya que genera un golpe emocional muy fuerte para todos sus integrantes (2).



La convulsión eclámptica se presenta en porcentaje en un 2 por ciento de las mujeres que fueron diagnosticadas con preeclampsia clasificadas como con características graves las cuales no fueron tratadas previamente con MgSO<sub>4</sub> para prevenir las convulsiones y se presentó en un porcentaje inferior al 0.6 por ciento de las gestantes que si recibieron MgSO<sub>4</sub>. La explicación patogénica de la eclampsia aun no es bien entendida en la actualidad; sin embargo, la teoría que se considera como la principal es producto de la alteración de la barrera hematoencefálica donde se incrementa el paso de proteínas, iones y liquido al parénquima cerebral. Nuevos datos sugieren que la permeabilidad de la barrera hematoencefálica puede llegar a verse incrementada por factores que se encuentra circundantes en tendencia de elevación en mujeres preeclámpticas, como el PIGF y el VEGF (3). Además del edema, la preeclampsia y la eclampsia pueden presentarse con una amplia gama de síntomas clínicos. Estos síntomas incluyen proteinuria e hipertensión. La eclampsia se diagnostica al momento de que las pacientes además de los síntomas ya descritos presentan convulsiones tónico-clónicas (4).

Según la OMS, la mortalidad materna es demasiado alta. Se estima que en 2020 287.000 mujeres perdieron la vida por causa ya sea del proceso del embarazo o durante o después del parto. En 2020, según el registro aquellos países que tenían ingresos bajos y medianos bajos representaron alrededor del 95% de todas las muertes maternas, la mayoría de las cuales eran evitables. Los problemas que surgen durante o después del embarazo o el parto hacen que las mujeres mueran. Si bien algunos de estos problemas pueden haber existido antes del embarazo,



el embarazo los exacerba, en particular si no se abordan como parte de la atención de la mujer. La mayoría de estos problemas surgen durante el embarazo y son evitables o curables. Casi el 75% de la totalidad de las muertes maternas que tuvieron como causa las complicaciones, que incluyen: abortos inseguros, presión arterial alta que fue diagnosticada durante el proceso gestacional (preeclampsia y eclampsia), infecciones (generalmente después del parto) y sangrado severo (generalmente después del parto) (5).

## **A NIVEL NACIONAL**

Una enfermedad multiorgánica vinculada a la morbilidad y muerte materna y neonatal es la preeclampsia. Representa el 22% de la mortalidad materna en Perú, cuando su frecuencia es del 10%. Se ha demostrado que ciertos SNP están asociados a la preeclampsia. (6). La mortalidad materna en el Perú alcanzó su nivel más alto en el 2021 (44,62%) y el más bajo en el 2020 (31,21%); el mayor número de muertes (58%), ocurridas entre los 20 y 35 años, nos lleva a concluir que las frecuencias relativas disminuyeron entre el 2021 y el 2023, siendo el puerperio el periodo más importante (90%). El porcentaje de muertes por enfermedades hipertensivas disminuyó del 23% en el 2021 al 18% en el 2023. (7).

## **A NIVEL REGIONAL**

En el departamento de Puno los estados hipertensivos del embarazo ocupan el segundo lugar en cuando a la causa directa más frecuente en un 19,8 % de MM notificada hasta la SE 52 - 2023, se notificaron en total 14 muertes maternas, viéndose un incremento de +3 casos que el año



anterior. Por lo tanto, Puno como región se cataloga en el sexto lugar a nivel nacional de MM, ya que Lima tuvo 42, Piura 26, Loreto 21, La Libertad 21 y Cajamarca tuvo 15 casos notificados (8).

## 1.1.2. Formulación del planteamiento del problema.

### -Problema general

PG.- ¿Cuáles son los factores predictivos de riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno 2023?

### -Problemas específicos

PE1.- ¿Cuáles son los factores predictivos de riesgos sociodemográficos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón?

PE2.- ¿Cuáles son los factores predictivos de riesgos obstétricos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón?

PE3.- ¿Cuáles son los factores predictivos de riesgos clínicos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón?

PE4.- ¿Cuál es la frecuencia de preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón?



## 1.2. JUSTIFICACIÓN

### **-Justificación teórica**

El análisis del estudio que es presentado tiene su justificación en la gran importancia de identificar los riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia, estudios actuales indican que la incidencia aumenta en 7 veces en países desarrollados comparándolo con aquellos países que aun se encuentran entrando en vías de desarrollo hablando de preeclampsia. Estudios actuales nos demuestran que la preeclampsia y tanto como la eclampsia son juntas las patologías que llegan a ser causantes de muerte materna alrededor del globo. En el Perú se encuentra preeclampsia en un 10% de las gestantes y de las mismas corresponde al 22% de las muertes maternas lo que nos lleva a analizar esta patología con el objetivo de identificar los riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia considerando que pueden llegar a tener complicaciones que afectan a la madre como el síndrome de Hellp o al feto como la muerte fetal por lo que el presente trabajo de investigación contribuirá al ámbito médico aumentando el conocimiento que se tiene de las características que estarán asociadas a la preeclampsia de esa manera mejorando ampliamente el manejo clínico a las gestantes.

### **-Justificación práctica**

Esta investigación guarda su justificación en que al incrementar el conocimiento de cuáles son las características que guardan vínculo con la preeclampsia y la eclampsia nos permitirá diagnosticar estas enfermedades de una manera más oportuna y rápida, para poder tomar



acciones de manera más pertinente y ofrecer un tratamiento más eficaz, de esta manera también se reducirá la mortalidad materna que aqueja a nuestro departamento ya que las enfermedades hipertensivas del embarazo están ocupando el 2do lugar refiriéndose a las causas de materna de tipo directa.

### **-Justificación metodológica**

Dentro del contexto de la investigación revisando bibliografía investigativa relacionada con esta investigación y además que guarden similitud y con una aplicación similar, se optó por el análisis de riesgos relacionados a estas patologías que amenazan la vida de la gestante. Esta investigación se desarrollará aplicando el método científico, hipotético deductivo en las gestantes con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia, que podría desencadenar en una morbilidad materna. Para lograr los objetivos de esta investigación, se utilizó técnicas de investigación como el análisis documental y su procesamiento se realizó con el programa SPSS v25. Con ello se pretende conocer los factores predictivos de riesgos relacionados preeclampsia y eclampsia en gestantes.

Así, los resultados tendrán técnicas validadas en el medio que lo sustente.

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **-Objetivo general**

OG. – Determinar los factores predictivos de riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón  
– Puno 2023



## **-Objetivos específicos**

OE1.- Identificar los factores predictivos de riesgos sociodemográficos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón

OE2.- Evaluar los factores predictivos de riesgos obstétricos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón

OE3.- Verificar los factores predictivos de riesgos clínicos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón

OE4.- Describir la frecuencia de preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón

## **1.4. HIPÓTESIS**

### **- Hipótesis general**

HG.- Los factores predictivos de riesgos clínicos son los que están relacionados significativamente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón

### **-Hipótesis específicas**

HE1.- Los factores predictivos de riesgos sociodemográficos como edad, estado civil, grado de instrucción y la procedencia son los que están relacionadas significativamente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón



HE2.- Los factores predictivos de riesgos obstétricos, tales como, paridad, periodo intergenésico, controles prenatales, antecedentes de preeclampsia y antecedentes familiares de preeclampsia son los que están relacionadas significativamente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón

HE3.- Los factores predictivos de riesgos clínicas como proteinuria, plaquetas, presión arterial y criterios de severidad son los que están relacionadas significativamente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón

HE4.- Es frecuente la preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón

## **1.5. VARIABLES.**

Variable1: Factores predictivos de riesgos

Variable 2: Preeclampsia y eclampsia en gestantes.



## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
VARIABLE1 1. Factores predictivos de riesgos	1.1 Sociodemográficos	1.1.1 Edad	a. < 18 años b. 18 a 35 años c. > 35 años
		1.1.2 Estado Civil	a. Soltera b. Casada c. Viuda d. Conviviente
		1.1.3 Grado de instrucción	a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Superior
		1.1.4 Procedencia	a. Urbano b. Rural
	1.2 Obstétricos	1.2.1 Paridad	a. Primípara b. Multípara c. Gran multípara
		1.2.2 Periodo intergenésico	a. Corto (< 18 m) b. Largo (> 59 m) c. Adecuado
		1.2.3 Controles prenatales	a. < 6 controles b. ≥ 6 controles
		1.2.4 Antecedente de preeclampsia	a. Si b. No
		1.2.5 Antecedentes familiares de preeclampsia	a. Si b. No
	1.3 Clínicos	1.3.1 Proteinuria	a. < 300 mg/24h b. > 300 mg/24h
		1.3.2 Plaquetas	a. > 100000 mm <sup>3</sup> b. < 100000 mm <sup>3</sup>



		1.3.3 Presión arterial	a. < 140/90 mmHg b. > 140/90 mmHg c. > 160/110 mmHg
		1.3.4 Criterios de severidad	a. Cefalea b. Escotomas c. Epigastralgia d. Edema agudo de pulmón e. Convulsiones
VARIABLE 2 2. Preeclampsia y eclampsia en gestantes	2.1 Diagnóstico de preeclampsia y eclampsia	2.1.1 Preeclampsia y eclampsia	a. Preeclampsia sin signos de severidad b. Preeclampsia con signos de severidad c. Eclampsia

Fuente. Elaboración propia



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

##### A NIVEL INTERNACIONAL

**Cho, (9).** En cuanto al su investigación la cual esta denominada como **prevalencia y características relacionadas de preeclampsia, eclampsia e hipertensión gestacional en mujeres adolescentes en el periodo 2019 - 2020 en el Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, Ecuador 2021,** con el objetivo de conocer la prevalencia y las variables contribuyentes que afectan a la hipertensión gestacional, así como a la eclampsia y de igual manera a la preeclampsia en mujeres, esta es una investigación de carácter retrospectiva, analítica de corte transversal que incluye 298 participantes y 96 historias clínicas solo de mujeres adolescentes de las cuales su edad estaba comprendida en un rango de 11 a 19 años que recibieron tratamiento entre 2019 y 2020. datos recolectados mediante un formulario elaborado específicamente para el estudio presentado tomando como base una base de datos digital. Para poder hacer la estadística se usó el análisis del programa SPSS 22 y para que se puedan presentar los hallazgos de una



manera adecuada se utilizaron tablas de frecuencia y porcentaje. Se utilizaron métricas estadísticas como odds ratio, chi-cuadrado, IC del 95% y factor p menor de 0,05 para poder hacer una evaluación y comprobación de si existe o no una relación entre estas enfermedades y las variables de riesgo. La prevalencia de preeclampsia fue de 23,49%, la prevalencia de eclampsia fue de 1,68% y la prevalencia de hipertensión gestacional fue de 7,05%. Se hizo un registro de la edad donde se identificó que la edad media registrada tuvo una media de 17 años; el 64,58% de la población tenía un bajo nivel educativo, el 86,45% eran primíparas, el 58,33% tenía preeclampsia dentro de sus antecedentes familiares, el 67,71% tenía un IMC de 25 o más y el 72,92% tenía proteinuria significativa. Estas variables fueron importantes para los problemas de embarazo hipertensivo en adolescentes. Conclusiones: Los problemas de hipertensión en adolescentes son bastante comunes. Su probabilidad de presentación aumenta con bajos niveles de educación, mujeres primíparas, preeclampsia en la familia y sobrepeso u obesidad.

**Hernández, (10).** En su trabajo de investigación **factores de riesgo asociados a preeclampsia severa en las pacientes obstétricas atendidas en la unidad de servicios en salud USS simón bolívar E.S.E – Colombia 2022.** El objetivo que fue planteado en este estudio fue el de encontrar cuales son aquellos factores que pueden ser considerados de riesgo que pueden llegar a ser determinantes en que se desarrolle preeclampsia de tipo severo en pacientes embarazadas. Técnicas: Se utilizó una proporción muestral de 1:2 en un tipo de investigación denominada de controles y casos. Dependiendo del tipo de factores, se utilizó la técnica



descriptiva se presenta el análisis utilizando T de Student para variables que tengan la característica de ser cuantitativas y su correspondiente IC 95%, y OR por  $X^2$  para variables que tenían las características de ser cualitativas. Resultados: De las doce variables analizadas, siete se encontraron asociadas con: tres factores que pueden ser modificados por la paciente, dos factores de riesgo potencialmente modificables, nacionalidad diferente a la colombiana y sobrepeso, obesidad y CPN insuficiente Conclusión: tomando un punto de vista referente a la salud pública el estudio que fue presentado nos permitió identificar 3 factores que pueden ser modificados por la persona como son el sobrepeso, la obesidad y el adecuado CPN, que deben ser la piedra angular de la prevención para mejorar los resultados materno-perinatales. Pudiendo finalmente determinar que al identificar estos factores de riesgo puede llegar a ser de utilidad para formar una base que ayude y oriente la prevención de la preeclampsia.

**Loaiza, Brito, (11).** En su trabajo de investigación **proteinuria como factor predictivo de apoyo diagnóstico en la eclampsia y preeclampsia, Ecuador 2022.** Este estudio utilizó una secuencia transversal, una cronología temporal retrospectiva, un documental descriptivo y no experimentó. Utilizando dos tipos de criterios una para excluir artículos y el segundo para la inclusión de estos, se eligieron 62 artículos de varias bases de datos, y la población de este trabajo consta de 79 referencias bibliográficas. La obesidad, las mujeres embarazadas cuya edad superaba los 35 años, antecedentes personales de patologías previas y el diagnóstico previo de HTA resultaron ser aquellos factores de riesgo que fueron finalmente más significativos para eclampsia y preeclampsia luego de



analizar y discutir los artículos científicos. Un diagnóstico más preciso y un apropiado seguimiento a los pacientes que se detecte la evolución de la enfermedad y se pueden realizar mediante el uso de prueba de laboratorio como podrías ser cuantificar la proteinuria en 24 horas, enzimas hepáticas, recuento plaquetario. Además, el diagnóstico de preeclampsia y eclampsia no puede realizarse únicamente basándose en la proteinuria como resultado de laboratorio.

**Torres, (12).** En su trabajo de investigación titulado, **prevalencia y factores asociados a preeclampsia, Hospital José Carrasco Arteaga, Ecuador 2019**, en el cual se determinó el objetivo de identificar cual es la frecuencia y lograr determinar dentro de los factores cuales son aquellos que tiene como conducta el incremento del riesgo de padecer preeclampsia en pacientes del Hospital José Carrasco Arteaga entre 20 y 40 años de edad durante el 2019. Metodología: se determinó que esta investigación seria una analítica mediante el uso del corte transversal la cual será planteada en una muestra conformada por un total de 272 individuos. Los datos provinieron de un procedimiento de muestreo aleatorio simple que fue precedido de una correcta y exhaustiva revisión y también contar con el pertinente y completo acceso a la totalidad de las historias clínicas registradas y archivadas. Para procesar la totalidad de los datos extraídos se dio uso del programa SPSS, tomando en cuenta los elementos relacionados con el odds ratio y su correspondiente IC del 95% así como valores estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ). La edad media fue determinada de la totalidad de la muestra la cual fue un promedio de 30,5 años, estaban con un estado civil de casadas (64,71%), vivían en zona urbana (65,44%), eran secundíparas y múltiparas



(73,16%). De la muestra expuesta anteriormente se pudo observar que el 6.62% fueron aquellas que presentaron preeclampsia. Los factores de riesgo que se encontraron asociados a esta condición no fueron significativamente relevantes: edad  $\geq 35$  años, sobrepeso u obesidad, nulípara/primípara y finalmente que la HTA fuera un antecedente dentro de la madre la paciente. La preeclampsia fue determinada con una prevalencia de 6,62%, y las siguientes características se asociaron a ella, pero no alcanzaron significación estadística: edad  $> 35$ , primiparidad, nuliparidad, sobrepeso y antecedente de HTA crónica en la madre.

**Ocampo, (13).** Durante el desarrollo de su trabajo de investigación la cual lleva como título, **factores de riesgo relacionados a preeclampsia y eclampsia durante el embarazo, México 2019**, con el objetivo planteado de identificar, cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que mujeres embarazadas desarrollen preeclampsia. En esta tesis documental se analiza la revisión bibliográfica sobre el análisis de un muy recurrente problema que llega a afectar de sobremanera a la salud pública a nivel global que impacta significativamente no solo a las mujeres embarazadas sino también a los fetos y recién nacidos. Dentro de las causas más recurrentes y principales que pueden causar la mortalidad materna la preeclampsia era la más recurrente en países empobrecidos como África, América y el Caribe, y afecta a las mujeres que llevan una gestación en un aproximado de 10% a nivel mundial. En 2017, la preeclampsia representó el 15,38% de todas las muertes maternas en Ecuador (22 de 143 ese año), lo que viendo estas estadísticas la convierten dentro de la totalidad de causas de muerte dentro de nuestro país en una de las causas que ocupa el primer lugar dentro de



las causas de mortalidad materna. Al combinarse con factores psicosociales como la baja ingesta de calcio, los malos cuidados prenatales, el bajo nivel socioeconómico, el estrés crónico, la desnutrición por defecto o exceso, la hipomagnesemia y las costumbres, se piensa que los factores de riesgo biológicos como los antecedentes familiares, las enfermedades preexistentes como diabetes e hipertensión en embarazos previos, las edades extremas y personales de primer grado, la primigesta y la raza negra son detonantes para el desarrollo de la preeclampsia, según los datos correlacionados en los documentos encontrados. Con el fin de comprender mejor las circunstancias que enfrentan las mujeres a lo largo del período gestacional, este estudio revisó publicaciones académicas, lo que lo hace pertinente. Se empleó una técnica teórico-descriptiva, un diseño transversal retrospectivo no experimental y un enfoque cualitativo.

## **A NIVEL NACIONAL**

**Avalos, (14).** En su tesis **factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital San Juan de Dios-Pisco, año 2021**, en el cual se tuvo como objetivo en primer lugar se optó por la realización de un estudio de carácter analítico y observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal de nivel explicativo en el año 2021 para lograr identificar de las variables estudiadas cuales guardaban asociación con la preeclampsia. La muestra que se determinó estuvo conformada por una cantidad de 110 casos, así como de controles. El análisis documental, historias clínicas y expedientes revisados por expertos fue el método y la herramienta utilizada para que la información pertinente sea recolectada. Conclusiones. La preeclampsia se asoció con las siguientes características: tener entre 20 y



35 años ( $p = 0,010$ ), estar casada o en unión libre ( $p = 0,025$ ), tener educación secundaria completa ( $p = 0,039$ ), provenir de una zona urbana ( $p = 0,001$ ); tener un parto entre 37 y más semanas ( $p = 0,002$ ), ser primípara ( $p = 0,006$ ), ser mestiza ( $p = 0,000$ ) y no tener ninguna condición comórbida como diabetes o hipertensión ( $p = 0,000$ ). Finalmente pasando a la conclusión. Se logro determinar fehacientemente dentro de los factores estudiados cuales son los que están relacionados con la preeclampsia. La preeclampsia se relacionó con rasgos sociodemográficos (rangos de edad que estuvieron entre 20 y 35 años, convivencia o matrimonio, nivel de educación secundaria y origen urbano) y rasgos obstétricos (más de 37 semanas de gestación y raza mixta).

**Salazar, (15).** En su tesis denominada **factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2019 y 2020, Abancay 2022**, se eligió como objetivo, encontrar cuales fuero aquellos factores que tienden al aumento del riesgo de padecer preeclampsia en pacientes en estado de gestación. Se opto por realizar un estudio de carácter analítico, de tipo transversas, de nivel observacional, orientado en especio retrospectivo, en los años 2019 y 2020 con 116 pacientes divididas las cuales fueron divididas de manera equitativa en 58 casos y controles. Se utilizó una para la extracción adecuada y ordenada de la totalidad de la información que se encontraba registrada dentro de las historias clínica. Se opto por la utilización de la  $X^2$  para detectar asociaciones y se consideró significativo un factor de  $p < 0,05$ . Teniendo en cuenta las características de ciertos factores, se evaluó el riesgo mediante el uso del cálculo de OR usando para el mismo un intervalo de confianza de



un 95% tanto en regresión logística binaria como en análisis bivariado.

Resultados: La preeclampsia se asoció significativamente con los siguientes factores: estatura materna  $<1,55$  cm, residencia rural, antecedente de preeclampsia previa, anemia durante el embarazo, IMC pregestacional  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> y estado civil casada. Conclusión: La atención prenatal deficiente, los antecedentes de que en un embarazo anterior se halla encontrado el diagnóstico de preeclampsia, la anemia durante el embarazo, la presencia de sobrepeso previamente a que la paciente estuviera gestando, vivir en una zona rural y que la estatura de la madre fuera inferior a 1,55 cm fueron aquellos factores que aumentaron el riesgo de que se pudiera padecer de preeclampsia. Por otra parte, se descubrió que el estado civil tenía un efecto protector.

**Bastidas, (16).** En su tesis denominada **factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el departamento Gineco Obstétrico. Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero a junio 2021, Lima 2023**, donde el objetivo de este estudio es lograr la identificación de aquellos agentes que puede llegar a aumentar el riesgo de que se desarrolle preeclampsia en pacientes embarazadas. En este estudio que es de carácter analítico y retrospectiva de casos y controles se realizaron análisis bivariados y multivariados. En el análisis se emplearon tabulaciones cruzadas, regresión logística y un emparejamiento 3:1 entre casos y controles. Luego se utilizó Microsoft Excel, SPSS v25.0 y EPIDAT. Se diseñó y se utilizó un instrumento el cual fue de formato para la adecuada recolección de datos pertinentes y también se optó por una revisión oportuna del registro de las historias clínicas para la recopilación de los datos



necesarios. En esta investigación participaron 324 mujeres que se encontraban gestando, de estas 81 fueron casos y 243 fueron controles. Resultados Entre las 324 mujeres embarazadas con preeclampsia, 18.82% (n=61) tenían antecedentes de consumo de alcohol, 5.5% (n=18) tenían antecedentes de estado civil (en unión), 56.8% (n=46) tenían menos de seis controles prenatales, 84.0% (n=68) tenían hipertensión arterial y 64.2% (n=52) tenían antecedentes de paridad. Se encontró una  $p = 0.004$  para las mujeres embarazadas nulíparas en el análisis bivariado, mientras que se encontró una  $p = 0.000$  para las mujeres embarazadas que estaban casadas (en unión); Se observó una  $p$  de 0.012 entre las embarazadas con menos de seis controles; una  $p = 0.000$  entre las embarazadas con antecedentes de hipertensión arterial, y una  $p = 0.012$  entre aquellas con antecedentes de consumo de alcohol. Conclusiones: Los controles prenatales menores de seis años, la paridad en embarazadas nulíparas y que tuvieran antecedentes de que consumían alcohol previo y durante la gestación se encuentran como factores de riesgo para esta condición. Para finalizar dentro de las variables el estado civil, el antecedente de HTA fueron factores de riesgo y a su vez fueron de carácter significativo en cuando al desarrollo de la preeclampsia.

**Sanchez, (17).** En su tesis **factores asociados a preeclampsia en gestantes Hospitalizadas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2021-2022” del 2024**, se planteó como objetivo el cual fue identificar cuales eran los factores que guardaban asociación con la preeclampsia en gestantes Hospitalizadas. De una población registrada de 15.910 de historias clínicas que se tenían archivadas de gestantes que se encontraban Hospitalizadas, se examinaron 220 grupos de casos y 220 grupos de controles en el primer



grupo las gestantes si tenían el diagnóstico de preeclampsia mientras que en el segundo grupo no tenían el diagnóstico. Para el paso de la recolección de la respectiva información pertinente se diseñó y se hizo uso de una ficha que guardaba relación con los parámetros planteados y la revisión de todas las historias clínicas que están registradas en el establecimiento, y finalmente para el respectivo análisis estadístico se optó por el uso del programa SPSS 25.0 y Excel. Hallazgos: Según los datos, la incidencia de preeclampsia fue del 7,6% en 2021-2022, y los siguientes fueron los principales factores encontrados que aumentan el riesgo de preeclampsia: Edad gestacional pretérmino ( $p = 0,00$ ) comparándolas con las gestantes finalizaron su gestación a término; gestantes con aumento excesivo de peso ( $p = 0,041$ ) comparándolas con aquellas gestantes con un inadecuado aumento de peso el cual sería por debajo de lo que es recomendado; Mujeres embarazadas con antecedentes de anemia ( $p = 0,00$ ) en comparación con otros antecedentes personales; mujeres embarazadas de zona urbana ( $p = 0,000$ ) en comparación con las de zona rural; y mujeres embarazadas con estado civil soltero ( $p = 0,001$ ) en comparación con las que viven juntas. De igual forma, el contar con un antecedente familiar de rango de primer grado no pareció ser relevante en este estudio, como tampoco la primiparidad, el corto periodo intergenésico o los controles prenatales inadecuados ( $p=0,155$ ). Conclusión: finalmente analizando los resultados obtenidos se pudo determinar que los principales factores de riesgo fueron una excesiva ganancia de peso, anemia, la procedencia urbana, edad gestacional pretérmino (17).



**Córdova, (18).** En su tesis titulada **factores de Riesgo Asociados a preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2021**, el objetivo de esta investigación fue el de lograr determinar dentro de los factores estudiados cuales son aquellos que tienden al aumento del riesgo de preeclampsia. El estudio utilizó un diseño de caso-control correlacional y fue cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Para este fin se optó por la utilización de la herramienta para la recolección una ficha de recolección de datos de elaboración propia y documentación de las historias clínicas y para el respectivo análisis de los datos de forma estadística se usó el "SPSS Statistics versión 25" y "Microsoft Excel 2016". En la muestra que se determinó inicialmente se incluyeron 196 embarazadas, 98 casos y controles respectivamente. Según los hallazgos. Se pudo hallar una significativa relación ( $p < 0,05$ ) entre la preeclampsia y factores de riesgo como la nuliparidad, la presencia de prematuridad hablando de la edad gestacional y los antecedentes de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo. En resumen, para que se desarrolle la preeclampsia que la paciente tenga antecedentes de trastornos hipertensivos fue de los principales factores que aumentaron el riesgo de padecer preeclampsia, seguido de la nuliparidad y la edad gestacional prematura de menos de 37 semanas.

#### **A NIVEL REGIONAL**

**Flores, (19).** En su tesis titulada **factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes de un Hospital de Puno realizado en el Hospital regional Manuel Núñez Butrón de la ciudad de Puno en el periodo 2020, del 2022**, tuvo como objetivo lograr la identificación de cuáles



son aquellos factores de riesgo para la preeclampsia. De decidió por realizar un estudio observación de caso-control, transversal, no experimental, epidemiológico analítico y retrospectivo. La población en su totalidad fue conformada por un total de 246 historias clínicas de gestantes, de las cuales se hizo una división en dos partes iguales de 123 de las cuales la diferencia era que la mitad tenía diagnóstico de preeclampsia y la otra mitad no. La muestra estuvo constituida por la población censal. Luego de ser recopilada mediante un formulario que tenía como fin una adecuada recolección de lo datos necesarios, la información ya recolectada fue trasladada a una hoja de Excel y analizada mediante el programa estadístico SPSS 25.0. Resultados Se encontró que las embarazadas con menos de seis controles prenatales ( $p=0,000$ ) en comparación con las que tenían más de seis controles prenatales, las embarazadas con mayor nivel académico en comparación con las de nivel primario ( $p=0,008$ ) y secundario ( $p=0,006$ ) y las embarazadas de zonas rurales ( $p=0,001$ ) tenían factores de riesgo significativos para preeclampsia. 95% = 1.430-4.452) en contraste con los individuos de las áreas metropolitana. Conclusión Las características sociodemográficas y obstétricas, incluyendo paridad, número de controles prenatales, lugar de procedencia y nivel académico, se asociaron con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno durante el periodo 2020.

**Llerena, (20)**. En su tesis la cual lleva como denominación **factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2022**, se inició determinando primero el objetivo el cual consistía en encontrar cuales eran los factores que aumentaban el riesgo de



preeclampsia. Se determinó que el diseño fue de nivel descriptivo, de carácter no experimental, enfoque cuantitativo, de corte transversal y tipo correlacional, se determinó por realizar utilizando por conveniencia el análisis documental como técnica y se determinó hacer uso de la ficha para recolectar datos para el instrumento. La población determinada fue conformada por 150 gestantes y el tamaño de muestra fue de 109. Resultados: El antecedente personal de preeclampsia fue el mayor antecedente (61,5%), seguido el antecedente familiar de preeclampsia (60,6%); la paridad (34,0%) fue el principal factor obstétrico, continuando una edad mayor a los 32 años de la primera gestación registrada (32,1%), también un periodo Inter gestacional que sea inferior a los 2 años (29,4%) y el embarazo. Conclusión: se optó por usar la prueba estadística X<sup>2</sup> de Pearson para lograr determinar las características relacionadas ( $p < 0,05$ ) en las gestantes, entre las que se encuentran antecedentes personales como antecedentes de preeclampsia, los factores obstétricos, la primiparidad, una edad alta al presentar la primera gestación, inadecuado número de CPN y periodo Inter gestacional inferior a los 2 años.

**Fernández, (21).** En su tesis la cual lleva como denominación **factores de riesgo en preeclampsia de gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón - Puno 2018 del 2023**, para este estudio el objetivo que fue planteado fue encontrar las variables de riesgo que incrementan la incidencia de preeclampsia. Técnicas: El estudio incluyó una muestra calculada de 70 gestantes las cuales contaban con el diagnóstico de preeclampsia y fue cuantitativo y explicativo. Los equipos utilizados fueron la hoja en cual se tenía el registro de cuáles eran los datos resultantes más



relevantes de los exámenes de laboratorio que fueron realizados a la gestante y tras el análisis de los mismo de extrajo los que guardaban un resultado más importante para la investigación, la tabla de IMC y la guía de observación de historias perinatológicas. Para que se puedan procesar la totalidad de datos que se obtuvo se optó por usar el programa SPSS V22. Las hipótesis se probaron mediante el estadístico  $X^2$ . Resultados: La preeclampsia leve fue influenciada significativamente ( $p < 0,05$ ; Ns 0,000) por la hiperglucemia en 35,6%, la dislipidemia en 40%, la hipertensión arterial en 54,3%, la edad menor de 19 años en 32,9%, el espacio intergenésico largo en 34,3% y tener más de dos parejas sexuales en 62,9% de los casos. La obesidad influye fuertemente  $p < 0,05$  (Ns 0,000) en la preeclampsia en mujeres embarazadas, con la obesidad contribuyendo al 17,1% y mayores de 35 años al 11,4% de los casos de preeclampsia severa. Conclusión: Se encontró que los mayores predictores de mujeres embarazadas que presentan preeclampsia son las variables maternas.

**Rios, (22).** En su tesis titulada **biomarcadores asociados a evolución de preeclampsia en gestantes atendidas en Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2021 - 2022 del 2023**, donde el objetivo determinado en esta investigación fue el de encontrar cuales eran los indicadores de riesgo que estaban asociados a la progresión de la preeclampsia distinguiendo entre 2 tipos la primera sin criterios y la segunda con criterios de severidad. La totalidad de la muestra estaba integrada por gestantes que tenían el diagnóstico de preeclampsia la cual fue de 161. Se examinaron los grupos de estudio I y II en ambos se estudiaron gestantes que tenían el diagnóstico de preeclampsia que estaban clasificadas como sin signos de



severidad lo que los diferenciaba era que dentro del primer grupo expuesto las gestantes desarrollaron signos de severidad y en el segundo grupo no se dio el caso. La investigación fue analítica y retrospectiva. Luego de analizar las historias clínicas mediante procedimientos estándar de laboratorio, se recuperaron los valores de los biomarcadores del Hospital. La hemoglobina  $\geq 14$  g/dl y el hematocrito  $\geq 40\%$  fueron los biomarcadores hematológicos de riesgo asociados a progresión de severidad; entre los biomarcadores hepáticos, albúmina sanguínea  $< 3.5$  g/l, SGPT  $> 55$  U/l, SGOT  $> 40$  U/l y proteinuria  $> 3000$  mg/24 horas; entre los factores de riesgo en el perfil renal están: PCR  $> 10$  mg/dl, nivel de DHL  $> 350$  UI/l, relación proteinuria/creatinina  $> 137$  mg/mg y creatinina sanguínea  $> 1.1$  mg/dl. Pudiendo denotar que biomarcadores como el potasio, sodio y glucosa no fueron significantes, mientras que los biomarcadores renales y hepáticos deberán de ser tomados de manera más importante.

**Mamani, (23).** En su tesis titulada **valor predictivo de los factores asociados a preeclampsia en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno en el periodo de enero 2018 a junio 2019 del 2020.** Este estudio buscó identificar el tipo, cuáles eran los factores y determinar el significado de la proteinuria e HTA para pronosticar el desarrollo de preeclampsia. El estudio metodológicamente fue de carácter no experimental, transversal, observacional y retrospectivo; se crearon dos grupos: uno en el cual las gestantes contaban con el diagnóstico de preeclampsia y el segundo que no contaba con ese diagnóstico, el primer grupo fue de casos mientras que el segundo de controles; mediante el uso del muestreo simple aleatorio se logró determinar la magnitud de la muestra,

obteniéndose un tamaño de 134; para el adecuado análisis estadístico se determinó que se calcularían diferentes tipo de frecuencia las frecuencias relativas, así como las absolutas, medias, proporciones y desviación estándar; Para la HTA y la proteinuria, se evaluó el caculo de la especificidad así como de la sensibilidad, los valores predictivos negativos y positivos; se calcularon la razón de probabilidades, el valor p de Fisher y en cuanto al intervalo de confianza se decidió que sería de un 95% para evaluar la conexión. El estudio incluyó 134 casos de preeclampsia, de los cuales se pudo determinar que el 61,9% fueron graves; Los factores asociados incluyeron tanto la primiparidad y así como la nuliparidad (p: 0.0001), que tengan un aborto como antecedentes (p: 0.0001), periodo intergenésico de 3 o más años (p: 0.01), menos de 6 CPN (p: 0.04), que cuenten con preeclampsia como un antecedente (p: 0.001), hemoglobina < 11 mg/dl (p: 0.02), conteo de plaquetas < 100,000 (p: 0.0002), y la presión sistólica y diastólica tuvieron 100% y la proteinuria fue 92.4%. La preeclampsia grave fue el tipo más común; los factores contribuyentes incluyeron nuliparidad, primiparidad, antecedentes de aborto, período intergenésico de 3 años o más, menos de 6 visitas prenatales, antecedentes de preeclampsia, hemoglobina menor de 11 mg/dl y recuento de plaquetas menor de 100.000; tanto la presión arterial sistólica como la diastólica tuvieron excelentes valores predictivos positivos y la proteinuria fue buena.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. Características relacionadas a preeclampsia y eclampsia**

#### **2.2.1.1. Características sociodemográficas**



## **2.2.1.1.1. Edad**

Tomando como base la literatura, estas son las edades en las que la población se encuentra en su punto más extremo. Por ejemplo, aquellas mujeres que se encuentren en su edad de salud reproductiva se encuentran en el grupo de las personas con una edad inferior a los 20 años, mientras que las mujeres mayores estarán incluidas en el siguiente el grupo de personas las cuales tienen una edad superior a los 35 años. Somos conscientes de que, en la mayor parte de la totalidad de los casos examinados, pudiendo denotar que de aquellos factores que aumenten el riesgo para que se llegue a producir esta enfermedad es el inverso de la edad (24).

## **2.2.1.1.2. Estado civil**

Viene siendo definido por cual es la condición de la gestante relacionada con su estado que este registrado en el registro civil, registrándose que, entre el estado civil de estar soltera, casada o conviviente, las mujeres solteras según estadística y antecedentes tienen por dos veces las posibilidades de tener preeclampsia si son comparadas con las mujeres que no están solas, ya sean convivientes o casadas (24).

## **2.2.1.1.3. Grado de instrucción**

Hace referencia a el nivel de estudio con el que cuenta la gestante, específicamente primaria, secundaria o superior, se tiene registro de contar con un grado de instrucción inferior es



directamente proporcional al desarrollo de preeclampsia todo esto comparándolo con aquellas gestantes que contaban con un grado de instrucción que es superior, esta afirmación también puede ser debida a que muchas de las gestantes con grados de instrucción de primaria o sin ningún grado de instrucción tienden a no acudir a sus CPN y no se les detecta la preeclampsia (24).

#### **2.2.1.1.4. Procedencia**

Hace referencia al lugar del cual procede la gestante, pudiendo ser de procedencia rural la cual se define como la gestante que vive fuera de los límites que se consideran urbanos, estando caracterizado por ser zonas agrícolas, ganaderas, forestales o análogas, y de procedencia urbana siendo definida como toda gestante que vive dentro de una ciudad o pueblos que se encuentre a una distancia no tan alejada de las ciudades y con un acceso relativamente fácil, en cuando a este factor sociodemográfico hay el triple de probabilidades de que una gestante de procedencia rural presente un cuadro de preeclampsia o eclampsia en comparación con una gestante de procedencia urbana, debido al poco acceso a atención medica de estas zonas y también a las creencias de la población (25).

#### **2.2.1.2. Características obstétricas**

##### **2.2.1.2.1. Paridad**

Sabemos que, hay una amplia diferencia entre las mujeres que son primíparas y las que no lo son, la primera variable aumentará



entre seis y ocho veces el riesgo de preeclampsia. Sin embargo, la tolerancia inmunológica del organismo se deteriora con el tiempo y esta protección desaparece al cabo de unos diez años. Según la investigación que se publica, la preeclampsia se debe a que los organismos de la población embarazada no están inmunológicamente adaptados al producto. Habrá antígenos paternos a nivel fetal y placentario que parecerán extraños a la mujer embarazada que actúe como huésped y que podrían hacer que el sistema inmunológico de la mujer embarazada se desarrolle, lo que provocará daños vasculares y preeclampsia (39).

El sistema reticuloendotelial creará complejos inmunes en la preeclampsia, como se explicó anteriormente, y los depositará en los vasos que tengan el calibre más pequeño. Esto se debe a que el cuerpo no logra eliminar los antígenos procedentes del feto cuando ingresan a la circulación de la madre, lo que resulta en daño a nivel vascular y también se inicia la cascada de coagulación a nivel de todo el cuerpo (40).

#### **2.2.1.2.2. Periodo intergenésico**

Hace referencia al tiempo que transcurre tras una gestación anterior, teniendo como factores el periodo intergenésico corto < 18 meses, el adecuado que están en el rango de 19 a 59 meses, y periodo intergenésico largo > 59 meses, se pide identificar según antecedentes que un riesgo que puede llegar a ser de riesgo para la preeclampsia incluye un intervalo intergestacional

prolongado (más de 59 meses). Las mujeres embarazadas con esta característica tienen más probabilidades de sufrir complicaciones de preeclampsia (25).

#### **2.2.1.2.3. Controles prenatales**

Prevenir, mediante la realización de una diagnóstico oportuno, así como que se proporcione el tratamiento más adecuado son los objetivos de este conjunto de acciones y procesos sistemáticos y regulares. La cantidad de CPN inadecuados (menos de 6) está más estrechamente vinculado a la preeclampsia. Se define por las interacciones sistemáticas entre la gestante y los profesionales médicos. Se considera adecuado si es temprano, periódico e integral, e inadecuado si no cumple los tres criterios (40).

#### **2.2.1.2.4. Antecedentes de preeclampsia**

Según la literatura clásica, entre el 20 y el 50% de las mujeres embarazadas que experimentaron un antecedente de esta enfermedad durante su gestación anterior pueden sufrir recurrencia en embarazos posteriores (24).

#### **2.2.1.2.5. Antecedentes familiares de preeclampsia**

Se identificó un incremento de hasta 5 veces de incremento de riesgo de padecer preeclampsia en los familiares de primer grado de una mujer con antecedentes de esta enfermedad. De manera similar, el riesgo es dos o tres veces menor en los familiares de segundo grado. Hay genes implicados y se dividen

en cuatro categorías: los que se encargan del importante proceso de una adecuada placentación, los que controlan como se produce el cambio y remodelación de las arterias espirales y por lo tanto el cambio del endotelio vascular, los que controlan la presión arterial y los que controlan la isquemia en la placenta (24).

### 2.2.1.3. Características clínicas

#### 2.2.1.3.1. Proteinuria

Es una determinación cuantitativa de la cantidad de proteína que puede ser medible en la orina de la paciente, la misma puede encontrarse con o sin presencia de una ITU, puede ser medida mediante una de las 3 opciones mostradas a continuación: (26).

- Cociente proteína/creatinina  $\geq 30$  mg/ $\mu$ mol (opción preferente).
- $\geq 2+$  en tira reactiva de orina.
- Proteínas en orina de 24 horas  $\geq 300$  mg (0,3 g).

Para asegurarse de que la cantidad correcta de creatinina haya sido recolectada, si se utiliza orina de una cantidad de tiempo de 24 horas, se debe buscar el aclaramiento de creatinina. Una proteinuria cualitativa  $> 1+$  debe hacer sospechar una proteinuria significativa. En cada trimestre de la gestación se deberá realizar un examen de manera rutinaria para poder detectar proteinuria. Una prueba de orina con tira reactiva ya sea manual o automática, es de los métodos que son más adecuados para

poder determinar si una paciente con bajo riesgo de EP tiene proteinuria. Siempre se debe utilizar la reacción proteína/creatinina o en otros casos usar una muestra de hora de mínimo 24 horas para determinar si hay proteinuria cualitativa 1+ en ausencia de infección. No es necesario que se recolecte una muestra de orina de más de 24 horas para una adecuada confirmación del diagnóstico si la relación proteína/creatinina es  $> 30 \text{ mg}/\mu\text{mol}$  (27).

#### **2.2.1.3.2. Plaquetas**

La trombocitopenia es definida como una cuenta plaquetaria  $< 100000 \text{ mm}^3$ , siendo durante la gestación la primera causa de esta la anemia, pero en segundo lugar se encuentra causado por preeclampsia, y también siendo indicador de una complicación de la misma denominada como síndrome de HELLP (28).

#### **2.2.1.3.3. Presión arterial**

Patología que utiliza diversos métodos para producir daño vascular. En mujeres en proceso gestacional ya tienen antecedentes de HTA crónica, la fisiopatología de esta patología se traduce en que la sensibilidad hacia la noradrenalina se encuentra aumentada, por tal motivo esta misma actúa de forma más potente. Esto llega a afectar al órgano vascular por excelencia en una gestación, la cual es la placenta, lo que llega a condicionar que el sincitiotrofoblasto no se oxigene de manera óptima ni adecuada y de esta manera se produce que la



aparición de la preeclampsia se vea favorecida. Además, sólo el 20% de las embarazadas sin antecedentes de hipertensión antes de quedarse embarazadas experimentaron preeclampsia. Estas mujeres también tienen riesgo de desarrollar HTA crónica, sobre todo si se manifiesta de una manera previa a las 30 semanas de la gestación (29).

#### **2.2.1.3.4. Criterios de severidad**

La preeclampsia puede ser clasificada como moderada o grave según las anomalías de carácter clínico encontradas, dependiendo de si se cumplen los criterios de severidad. La presencia y la medición de la PAD con un rango inferior a los 100 milímetros de mercurio, una proteinuria de 1+ y un ligero aumento de las enzimas hepáticas son signos de enfermedad leve. El registro de la PAD que sea igual o superior a los 110 milímetros de mercurio, una proteinuria grave recurrente y síntomas similares a los de la eclampsia, como convulsiones, edema pulmonar, malestar epigástrico y escotomas, son indicadores de preeclampsia grave (30).

### **2.2.2. Gestantes con preeclampsia y eclampsia**

#### **2.2.2.1. Diagnóstico de preeclampsia**

Según la mejor definición, la preeclampsia esta considerada como una de las enfermedades que se produce durante la gestación, su severidad radica en que puede llegar a afectar a la totalidad de órganos del cuerpo de la paciente. Esta caracterizada por un



incremento de la PA por niveles encima de  $>140/90$  mmHg durante el embarazo y una proteinuria de  $\geq 0,3$  g en 24 horas, siendo otro de los requisitos que la edad gestacional debe ser de  $\geq 20$  semanas. La ACOG recientemente reviso este concepto e incluyo al mismo que además de las características mencionadas anteriormente dentro de las primeras 24 horas o cualquiera de los siguientes criterios de laboratorio: alteración de la vista, plaquetas disminuidas, alteración del perfil hepático, insuficiencia renal, finalmente se puede decir que la proteinuria por si mismo no es un factor determinante sino un indicador objetivo (31).

Según la OPS, antes de que se produzcan convulsiones u otras consecuencias potencialmente fatales, la preeclampsia debe identificarse y tratarse correctamente. Las pacientes con preeclampsia pueden tener menos probabilidades de desarrollar eclampsia si se utilizan medicamentos como el sulfato de magnesio (30).

En términos generales, es necesario realizar un cribado de EP cuando una mujer embarazada presenta una PAS  $> 140$  mmHg o una PAD  $\geq 90$  mmHg en el segundo trimestre. Esto se puede hacer buscando proteinuria importante o identificando uno de los problemas clínicos relacionados. Si la PAS es mayor de 160 mmHg y/o la PAD es mayor de 110 mmHg, o si también se puede identificar signos o síntomas que afecten a un órgano blanco o que produzcan disfuncional multiorgánica enumerados anteriormente, se dice que se encuentra en el rango grave (32).



## 2.2.2.2. Diagnóstico de eclampsia

Una mujer embarazada con antecedentes de hipertensión y proteinuria (preeclampsia) puede desarrollar eclampsia, una consecuencia grave que llega a afectar al SNC y se presenta como un cuadro clínico caracterizado por convulsiones de tipo tónico clónico generalizadas y puede haber afectación del sensorio hasta coma. Otro parámetro importante es que debe existir la ausencia de otros trastornos adicionales como son la epilepsia, isquemia, infarto cerebral, HSA o uso de medicamentos (32).

## 2.3. MARCO CONCEPTUAL

### 2.3.1. Epidemiología

La preeclampsia afecta un aproximado del 10% de las gestaciones que se dan a nivel de todo el globo. En América Latina, esta patología es causante de las principales causas de muerte materna, con un 25.7%. En Perú, su prevalencia está registrada en una oscilación del 7% y el 10% de los embarazos (8).

### 2.3.2. Fisiopatología

Desencadenada por factores, independientemente de su causa, que provocan anomalías y daño al endotelio vascular. Esto conlleva a vasoespasmos, trasudación de plasma y finalmente complicaciones ya sea las que se dan a corto plazo, así como las de mediano plazo, incluyendo una serie de secuelas de tipo isquemia y trombosis (34).

### 2.3.3. Gestación

Esta denominado como el estado fisiología en el cual una mujer en edad

fértil comienza con la etapa de la concepción y continúa durante el crecimiento del feto hasta el nacimiento se conoce como embarazo. Este período, que dura unos 280 días, se divide en 40 semanas (36).

#### **2.3.4. Hipertensión Arterial durante la gestación**

La presión arterial diastólica (90 mmHg) o la presión arterial sistólica (140 mmHg) se miden en dos pruebas realizadas con cuatro horas de diferencia. Si la PAS es mayor de 160 mmHg y/o la PAD es mayor de 110 mmHg, se considera grave (33).

#### **2.3.5. Hipertensión crónica**

La HTA se detectó antes de la semana 20 de embarazo o existía antes del embarazo. Puede ser complementaria a otros procesos (37).

#### **2.3.6. Hipertensión gestacional**

Hipertensión la cual se produce después de las 20 semanas de gestación. No se asocia a proteinuria. En el 25 % de los casos puede desarrollarse preeclampsia (37).

#### **2.3.7. Hipertensión previa a la gestación**

Presente o HTA dentro de las primeras 20 semanas. Se presume que se trata de hipertensión persistente no diagnosticada (37).

#### **2.3.8. Puerperio**

El período posterior al parto que dura hasta que la mujer ha recuperado completamente su condición física y mental se conoce como puerperio. Su duración varía principalmente en función del tiempo transcurrido con la lactancia (36).

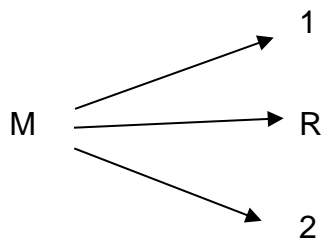


## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de carácter no experimental ya que las variables estudiadas no serán manipuladas, sino que se recogen los datos sobre este fenómeno en su estado natural, relacional ya que ambas variables del estudio guardan relación y descriptivo.



Donde:

M: Muestra

1: Variable independiente

R: Tipo y grado de relación existente

2: Variable dependiente



## 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es de tipo fundamental para ampliar el conocimiento científico y teórico; es retrospectivo porque recoge datos de un punto determinado en el pasado; es transversal porque se recogen todos de una sola vez; y es correlacional porque vincula dos o más de tres variables.

## 3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

Los métodos aplicados en esta investigación son: El método científico y el método hipotético deductivo, donde se usaron historias clínicas y exámenes de laboratorio.

## 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 3.4.1. Población:

La población total es de 175 gestantes con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia atendidas en el periodo 2023 en el servicio de gineco- obstetricia del Hospital Manuel Núñez Butrón, hallado en el libro de ingresos del servicio.

### 3.4.2. Muestra:

Mediante el uso de los criterios de inclusión y exclusión se obtiene una muestra de 121 pacientes de una población de las 175 gestantes con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia atendidas en el periodo 2023 en el Hospital Manuel Núñez Butron.

### Criterios de inclusión:

- Pacientes del Hospital Manuel Núñez Butron
- Gestantes

- Pacientes que cuenten con el diagnóstico de preeclampsia
- Pacientes que cuenten con el diagnóstico de eclampsia

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes con hipertensión arterial crónica
- Pacientes con insuficiencia o enfermedad degenerativa de algún órgano
- Pacientes con trastornos de la coagulación

**3.4.3. Ámbito y Temporalidad:**

El estudio se desarrolló en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron, ubicado en el departamento de Puno, Provincia de Puno y ciudad de Puno, en el periodo que comprendió entre enero a diciembre del año 2023.

**3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN****3.5.1. Técnicas**

**Variable 1:** Se utilizó el análisis documental.

**Variable 2:** Se utilizó el análisis documental

**3.5.2. Fuentes**

**Variable 1:** Primaria por el uso de documentos oficiales.

**Variable 2:** Primaria por el uso de documentos oficiales.



### 3.5.3. Instrumentos

**Variable 1:** Se utilizó la ficha de recolección de datos de elaboración propia.

**Variable 2:** Se utilizó la ficha de recolección de datos de elaboración propia.

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se inició solicitando la autorización para realizar el proyecto de investigación, dirigida al director del HRMNB, quien, con aprobación del jefe del departamento de ginecología y obstetricia, se obtuvo la autorización para iniciar la ejecución del proyecto, la jefa de enfermeras del servicio brindó el permiso para revisar el libro de ingresos, posteriormente la Ing. jefa de la unidad de estadística e informática autorizó la revisión de las historias clínicas de las pacientes obtenidas posterior a la revisión del libro de ingresos con diagnóstico de preeclampsia y eclampsia del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Manuel Núñez Butrón en el periodo del año 2023, se registraron los datos usando para esta investigación la ficha de recolección de datos de elaboración propia y los datos obtenidos fueron codificados e ingresados al programa SPSS para la contratación de la hipótesis mediante prueba estadística adecuadas para la investigación.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Se utilizó la prueba estadística de chi cuadrado para organizar, interpretar y analizar los datos recolectados.



## Chi cuadrado

Prueba estadística que se utiliza para evaluar la independencia entre dos variables categóricas en un conjunto de datos, cuya fórmula es:

$$\chi^2 = \sum \left( \frac{(o - e)^2}{e} \right)$$

Donde:

$\sum$  = Sumatoria

e = Valores esperados en cada celda

o = Valores observados en cada celda

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### Validación:

Estos instrumentos fueron revisados, examinados y evaluados en su aplicabilidad mediante un conjunto de criterios por especialistas en ginecología-obstetricia como parte del proceso de validación.

#### Confiabilidad:

Se utilizó el alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad del instrumento; el resultado fue 0,82, lo que indica una buena confiabilidad del instrumento.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$



Donde:

K: el número de ítems

$Si^2$ : sumatoria de varianzas de los ítems

$ST^2$ : varianza de la suma de los ítems

A: coeficiente de alfa de Cronbach

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
CASOS	Valido	121	100.00
	Excluido	0	0
Total		121	100.00

### Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.82	14



## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

Se hizo un estudio de 121 casos registrados de gestantes que tenían el diagnóstico de preeclampsia y eclampsia durante el año 2023.

En la presente tesis tuvo como objetivo general "Determinar los factores predictivos de riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón".

Asimismo, se planteó como objetivos específicos. Los cuáles serán analizados a continuación.

Para iniciar con el primer objetivo específico se estudiarán los indicadores de los factores predictivos sociodemográficos los cuales son: la edad, estado civil, grado de instrucción y procedencia.



**TABLA 01: EDAD RELACIONADA A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Edad	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
≤ 18 años	0	0.0	2	1.7	1	0.8	3	2.5
19 a 35 años	32	26.4	61	50.4	3	2.5	96	79.3
> 35 años	10	8.3	12	9.9	0	0.0	22	18.2
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=10.989$

$P=0.027$

$X^2_{tab} = 9,487$

$Gf=4$

**SIGNIFICATIVO**



En la tabla 01, se continuará realizando el análisis con el indicador edad. De 121 participantes en el estudio, 2.5% son gestantes de menos de 18 años, el 79,3% son gestante de entre 19 a 35 años y 18,2% son gestantes de más de 35 años.

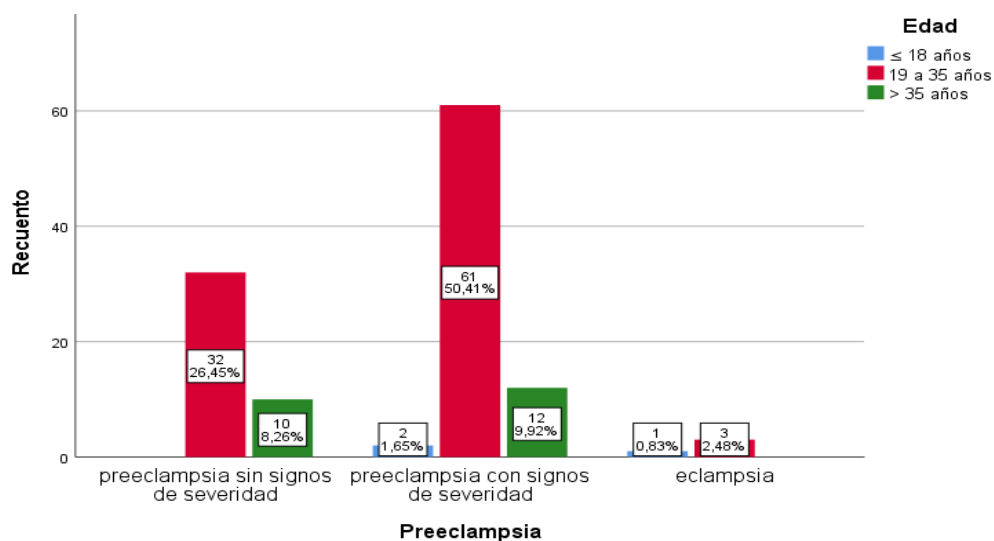
En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de cada edad, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes de entre 19 a 35 años siendo el 26.4%, seguido por las gestantes de más de 35 años siendo el 8.3% y ninguna gestante de menos de 18 años, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia con signos de severidad se encuentra mayormente gestantes de entre 19 a 35 años siendo el 50.4%, seguido por las gestantes de más de 35 años siendo el 9.9% y 1.7% de gestantes menos de 18 años, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 2.5% de gestantes de entre 19 a 35 presentaron eclampsia y el 0.8% de gestantes de menos de 18 años presentaron eclampsia.

**Discusión:** Se inicia la discusión comparando los resultados que fueron obtenidos en esta investigación con los antecedentes planteados previamente con Cho, (9) con quien se difiere ya que en su estudio donde la mayoría de gestantes que presento preeclampsia tenía una edad media de 17 años en un 64.7%, en comparación al estudio de Brito, (11) donde se difiere ya que la edad más predominante fueron las gestantes mayores a 35 años, en comparación con Torres P. con el cual se difiere ya que en su estudio la edad se presentó como un factor sin significancia estadística siendo la edad media que se pudo registrar de 30.5 años, en cuando al estudio realizado por Ocampo, (13) donde se difiere ya que las edades extremas fueron las que se determinaron como factores de riesgo para

preeclampsia. Continuando se procede a comprar con antecedentes del ámbito nacional, comparado con los resultados de Avalos, (14) en el desarrollo de su investigación donde se concuerda con los resultados de mi investigación con la edad de entre 20 a 35 años. En cuanto a los antecedentes a nivel local, Llerena, (20) con la cual comprando sus resultados se llega a la conclusión de que se concuerda ya que la edad también actuó como un factor de riesgo, Fernández, (21) se difiere ya que se determinó que las edades menores a 19 años están relacionadas con el desarrollo de preeclampsia

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

**FIGURA 01: EDAD RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



Fuente: Tabla 01

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=10,989 > \chi^2_{tab}= 9,487$ ,  $P=0.027 < 0.05$ ,  $Gf=4$ , por lo tanto, el resultado es significativo y la edad esta estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.



**TABLA 02: ESTADO CIVIL RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Estado civil	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Soltera</b>	<b>3</b>	<b>2.5</b>	<b>7</b>	<b>5.8</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>10</b>	<b>8.3</b>
<b>Casada</b>	<b>7</b>	<b>5.8</b>	<b>3</b>	<b>2.5</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>10</b>	<b>8.3</b>
<b>Conviviente</b>	<b>32</b>	<b>26.5</b>	<b>65</b>	<b>43.7</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>101</b>	<b>83.5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=6.556$

$P=0.161$

$X^2_{tab} = 9,487$

$Gl=4$

**NO SIGNIFICATIVO**

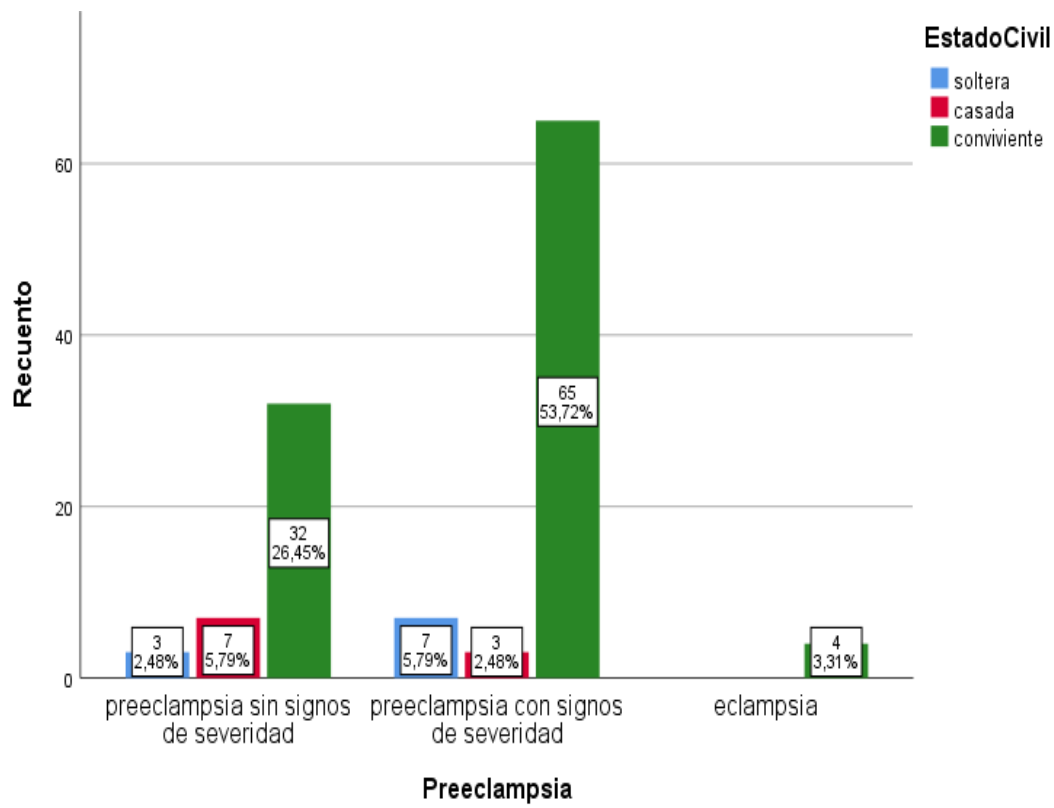
Tabla 02, se continuará realizando el análisis con el indicador estado civil. De 121 participantes en el estudio, 8.3% son gestantes solteras, el 8,3% son gestantes casadas y 83,5% son gestantes convivientes.

A su vez, en las gestantes que presentaron el diagnóstico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes convivientes siendo el 26.4%, seguido por las gestantes casadas siendo el 5.8% y en menor medida gestantes solteras siendo 2.5%, en las gestantes que presentaron el diagnóstico de preeclampsia y si presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes convivientes siendo el 53.7%, seguido por las gestantes solteras siendo el 5.8% y 2.5% de gestantes casadas, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que solo se presentó 3.3 en gestantes convivientes.

**Discusión:** Para iniciar con la discusión se inició con los antecedente presentados previamente en este caso los nacionales, comparado con los resultados de Avalos, (14), con el cual comparando los datos con su estudio se llega a la conclusión de que se concuerda con los resultado ya que indica que en su estudio el estado conviviente es factor de riesgo, continuando se compara con los resultados obtenidos por Salazar, (15), se difiere con sus resultados ya que en sus conclusiones el estado civil casada fue factor de riesgo, para Sanchez, (17), se difiere de los resultados que encontré en el transcurso de mi investigación ya que en su estudio el estado civil soltera actuaron como factores de riesgo.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando lo mencionado.

### FIGURA 02: ESTADO CIVIL RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023



Fuente: Tabla 02

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=6,556 < \chi^2_{tab}= 9,487$ ,  $P=0.161 > 0.05$ ,  $Gf=4$ , por eso el resultado no es significativo y decimos que el estado civil no está estadísticamente relacionado a preeclampsia y eclampsia.



**TABLA 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Grado de instrucción	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primaria	2	1.7	7	5.8	0	0.0	9	7.4
Secundaria	18	14.9	41	33.9	4	3.3	63	52.1
Superior	22	18.2	27	22.3	0	0.0	49	40.5
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=7.070$

$P=0.132$

$X^2_{tab} = 9,487$

$Gf=4$

**NO SIGNIFICATIVA**



En la tabla 03, se continuará realizando el análisis con el indicador Grado de instrucción. De 121 participantes en el estudio, 7.4% tenían un grado de instrucción de nivel primaria, el 52.1% tenían un grado de instrucción de nivel secundaria y 40.5% tenían un grado de instrucción superior.

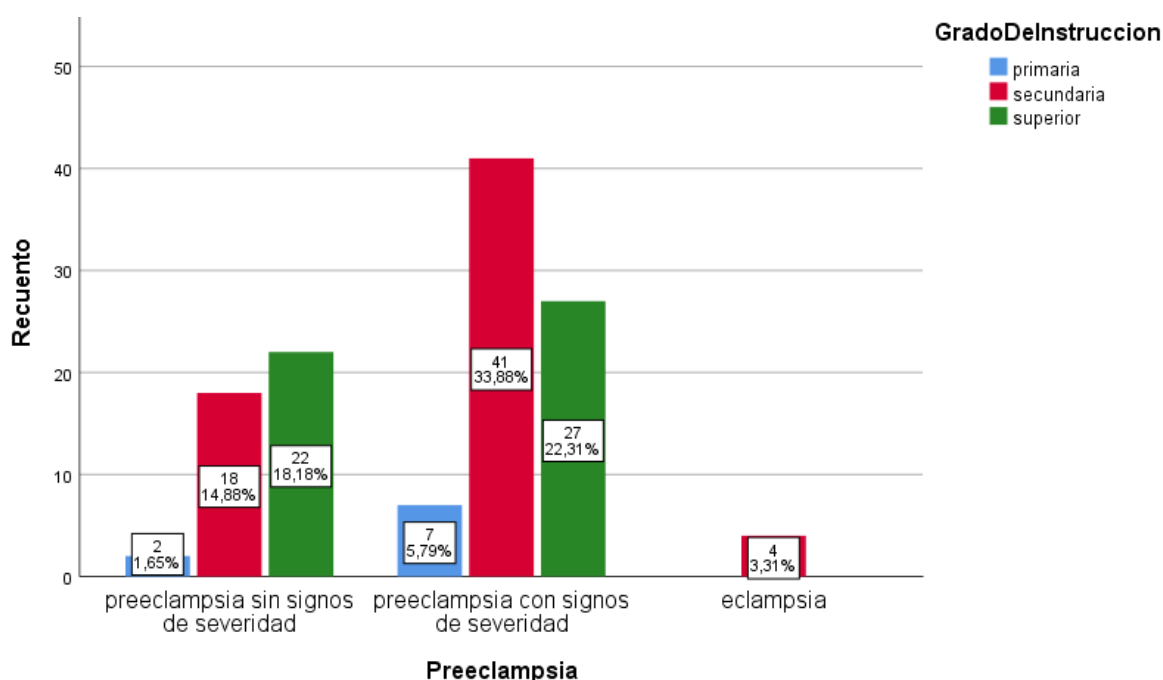
En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de cada grado de instrucción, en las gestantes que presentaron el diagnóstico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes con un grado de instrucción superior siendo el 18.2%, seguido por las gestantes con un grado de instrucción secundaria siendo el 14.9% y en menor medida gestantes con un grado de instrucción primaria con 1.7%, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia junto a signos de severidad se encuentra mayormente gestantes con un grado de instrucción secundaria siendo el 33.9%, seguido por las gestantes con un grado de instrucción superior siendo el 22.3% y 5.8% de gestantes con un grado de instrucción primaria, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 3.3% de gestantes con un grado de instrucción secundaria presento eclampsia.

**Discusión:** Se inicia la comparación con los antecedentes presentados previamente en este caso se iniciará con los antecedentes internacionales primero con Cho, (9), se concluye en que se difiere ya que en los resultados presentado en su estudio el nivel de escolaridad bajo (65.5%) si fue un factor de riesgo, se continua comparando con los resultados del ámbito nacional, iniciando con los resultados de Avalos, (14), en cuanto a este autor se difiere ya que los resultados de su investigación indican que el grado de instrucción secundaria es un factor de riesgo. Continuando con los antecedentes del ámbito local, Flores, (19), se concuerda ya

que en su estudio se determinó que el nivel académico secundario actúa como factor de riesgo.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

**FIGURA 03: GRADO DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



Fuente: Tabla 03

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=7,070 < \chi^2_{tab}= 9,487$ ,  $P=0.132 > 0.05$ ,  $Gf=4$ , el resultado obtenido no es significativo, la cual indica que el grado de instrucción no está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.



**TABLA 04: PROCEDENCIA RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Procedencia	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Rural	9	7.4	10	8.3	1	0.8	20	16.5
Urbana	33	27.3	65	53.7	3	2.5	101	83.5
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=1.494$

$P=0.474$

$X^2_{tab} = 5.992$

$Gl=2$

**NO SIGNIFICATIVO**



La tabla 04, se continuará realizando el análisis con el indicador procedencia. De 121 participantes en el estudio, 16.5% son gestantes de las cuales su procedencia era rural y el 83,5% son gestante de las cuales su procedencia era urbana.

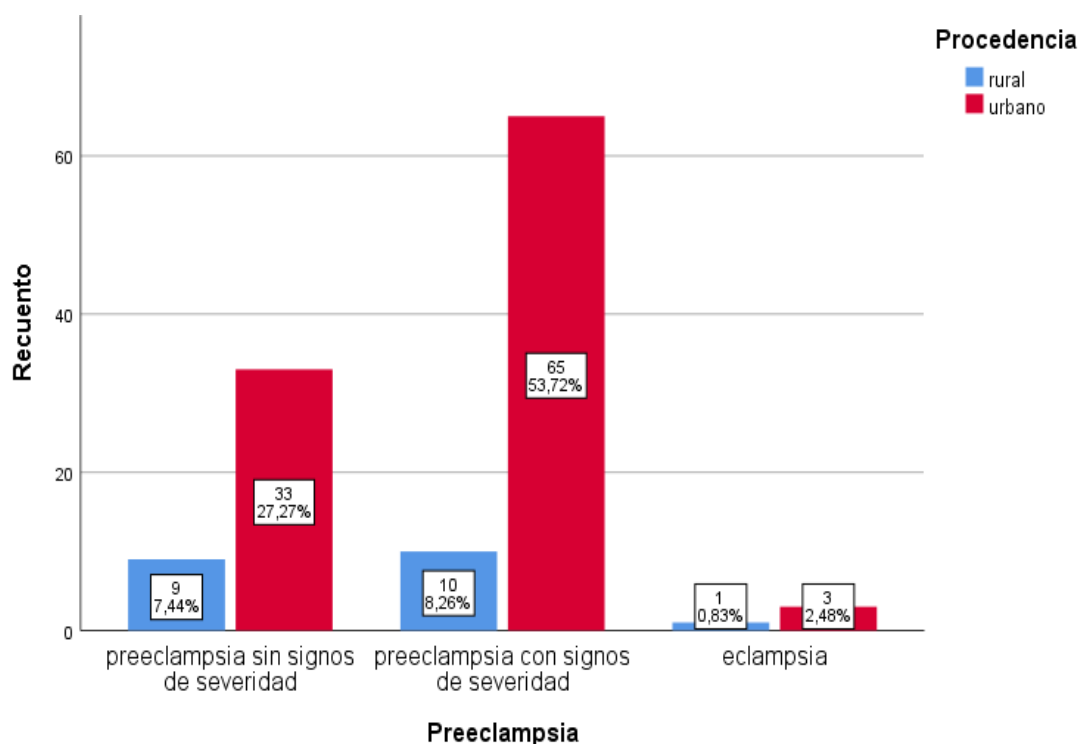
En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de cada procedencia, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes de procedencia urbana siendo el 27.3% y las gestantes de procedencia rural siendo el 7.4%, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia junto con signos de severidad se encuentra mayormente gestantes de procedencia urbana siendo el 53.7% y las gestantes de procedencia rural siendo el 8.3% y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 2.5% de gestantes de procedencia urbana presentaron eclampsia y el 0.8% de gestantes de procedencia rural.

**Discusión:** Se iniciará primero por la comparación entre los resultados obtenidos en mi investigación con los antecedentes internacionales primero con Torres, (12), con el cual se concuerda que la procedencia urbana no tuvo relación con la preeclampsia. Comparando los resultados con los antecedentes del ámbito nacional se inicia con la comparación con Avalos, (14) con el cual se difiere que los resultados de su investigación indican que proceder de una zona urbana también es considerado un factor de riesgo, continuando comprando con los resultados obtenidos por Salazar, (15), se difirió ya que para su estudio la residencia rural fue factor de riesgo, para Sanchez, (17), difiere de los resultados de mi investigación ya que en el desarrollo de su estudio procedes de una zona urbana actuó como factor de riesgo para preeclampsia. En cuanto a los antecedentes que se presentaron en el ámbito local, Flores, (19), se difiere ya que en su estudio se

determinó que el lugar de procedencia rural actúa como factor de riesgo.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

**FIGURA 04: PROCEDENCIA RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



Fuente: Tabla 04

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=1,494 < \chi^2_{tab}= 5,992$ ,  $P=0.474 > 0.05$ ,  $Gf=2$ , por lo tanto, el resultado no es significativo, indicando que la procedencia no está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.

Una vez analizadas cada uno de los indicadores que es factores de riesgo



sociodemográficos se identificó que solo la edad influye como factor predictivo relacionado a preeclampsia y eclampsia, difiriendo de la primera hipótesis específica planteada por el investigador “Los factores predictivos de riesgos sociodemográficos como edad, estado civil, grado de instrucción y la procedencia están relacionadas significativamente a preeclampsia y eclampsia”.

Continuando con el segundo objetivo específico se estudiarán los indicadores de los factores predictivos obstétricos los cuales son: la paridad, periodo intergenésico, controles prenatales, antecedentes de preeclampsia y eclampsia y antecedentes familiares de preeclampsia y eclampsia.



**TABLA 05: PARIDAD RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Paridad	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Nulípara	24	19.8	30	24.8	3	2.5	57	47.1
Primípara	8	6.6	21	17.4	1	0.8	30	24.8
Múltipara	10	8.3	24	19.8	0	0.0	34	28.1
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=6.556$

$P=0.161$

$X^2_{tab} = 9,487$

$Gl=4$

**NO SIGNIFICATIVO**



En la tabla 05, se continuará realizando el análisis con el indicador paridad. De 121 participantes en el estudio, 47.1% son gestantes nulíparas, el 24,8% son gestantes primíparas y 28,1% son gestantes multíparas.

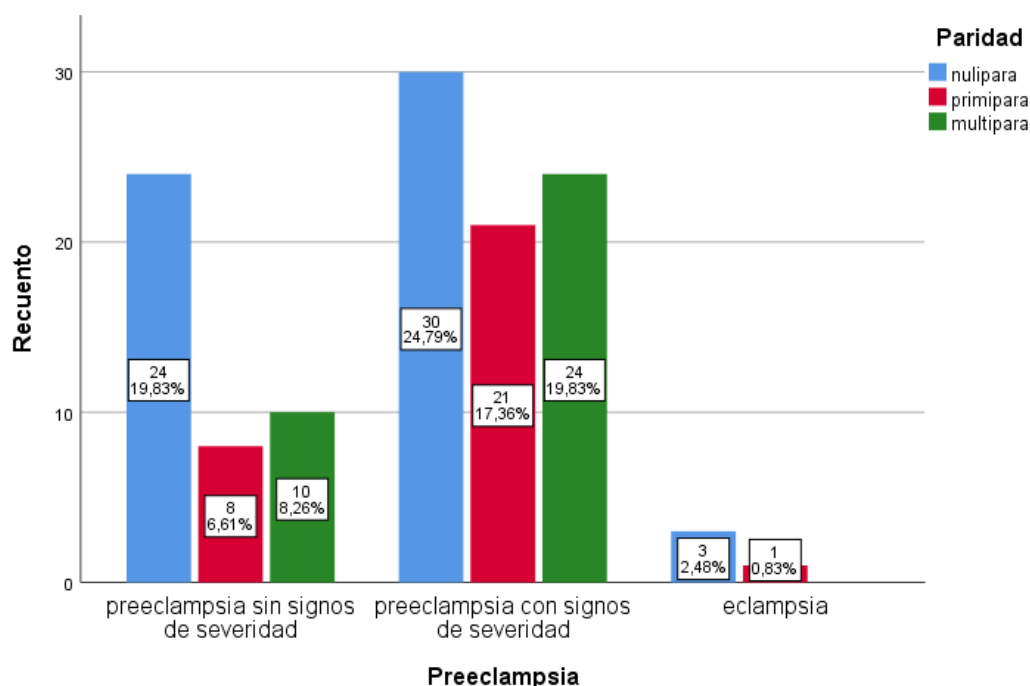
En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de cada paridad, en las gestantes que presentaron el diagnóstico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes nulíparas siendo el 19.8%, seguido por las gestantes multíparas siendo el 8.3% y finalmente las gestantes primíparas siendo el 6.6%, en las gestantes que presentaron el diagnóstico de preeclampsia que también presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes nulíparas siendo el 24.8%, seguido por las gestantes multíparas siendo el 19.8% y 17.4% de gestantes primíparas, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 2.5% de gestantes nulíparas presentaron eclampsia y el 0.8% de gestantes primíparas presentaron eclampsia.

**Discusión:** Se iniciará primero por la comparación entre los resultados obtenidos en mi investigación con los antecedentes internacionales primero con Cho, (9), en su estudio donde se difiere ya que en su estudio los resultados indican que la primiparidad actúa como factor de riesgo, en comparación con Torres, (12), donde en cuanto a los resultados se difiere en los resultados ya que en su estudio la nuliparidad y primiparidad fueron los factores que guardaron relación con la preeclampsia, en cuando al estudio realizado por Ocampo, (13), donde las primigravidez fue factor de riesgo para preeclampsia. Continuando con la comparación con los antecedentes registrados en el ámbito nacional se inicia con la comparación con Avalos, (14), se difiere en los resultados ya que en su estudio

la primigravidez fue considerado como un factor de riesgo, en cuanto a Sanches, (17), se concuerda con su estudio donde indica que la primigravidez no está relacionada con el desarrollo de la preeclampsia, para Córdova, (18), se difiere en los resultados con mi investigación ya que en su estudio la primiparidad actuó como factor de riesgo. Para finalizar con los antecedentes en el ámbito local, Llerena, (20), se difiere ya que la primigravidez actuó como factor de riesgo.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

**FIGURA 05: PARIDAD RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



Fuente: Tabla 05

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=6.556 < \chi^2_{tab}= 9,487$ ,  $P=0.161 > 0.05$ ,  $Gf=4$ , por lo tanto, el resultado no es significativo, lo cual indica que la paridad no está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.



**TABLA 06: PERIODO INTERGENÉSICO RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Periodo intergenésico	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Corto</b>	<b>3</b>	<b>4.7</b>	<b>5</b>	<b>7.8</b>	<b>1</b>	<b>1.6</b>	<b>9</b>	<b>14.1</b>
<b>Adecuado</b>	<b>3</b>	<b>4.7</b>	<b>16</b>	<b>25.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>19</b>	<b>29.7</b>
<b>Largo</b>	<b>12</b>	<b>18.8</b>	<b>24</b>	<b>37.5</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>36</b>	<b>56.3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>28.1</b>	<b>45</b>	<b>70.3</b>	<b>1</b>	<b>1.6</b>	<b>64</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=8.442$

$P=0.077$

$X^2_{tab} = 9,487$

$Gf=4$

**NO SIGNIFICATIVO**

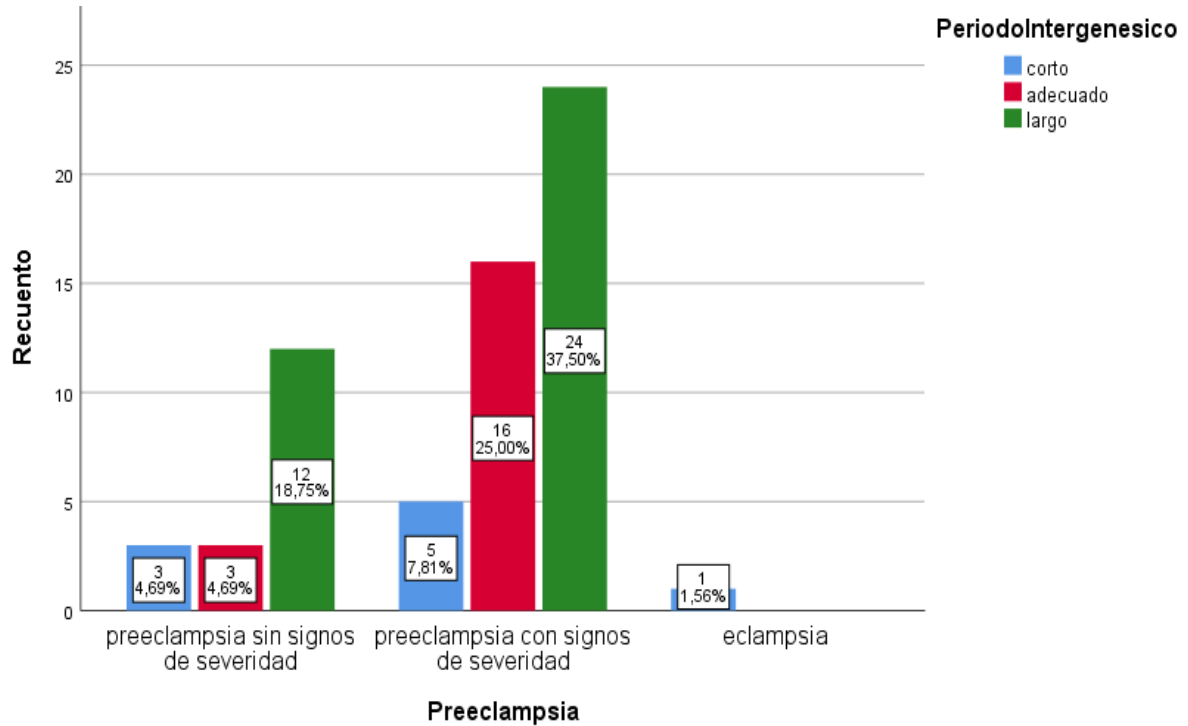
En la tabla 06, se continuará realizando el análisis con el indicador periodo intergenésico. De 64 participantes en el estudio, 14.1% son gestantes con un periodo intergenésico corto, el 29,7% son gestantes con un periodo intergenésico adecuado y 56,3% son gestantes con un periodo intergenésico largo.

En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de cada periodo intergenésico, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes con un periodo intergenésico largo siendo el 18.8%, seguido por las gestantes con un periodo intergenésico corto y adecuado siendo ambas el 4.7%, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia que también presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes con un periodo intergenésico largo siendo el 37.5%, seguido por las gestantes con un periodo intergenésico adecuado siendo el 25.0% y 7.8% de gestantes con un periodo intergenésico corto, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 1.6% de gestantes con un periodo intergenésico corto presentaron eclampsia.

**Discusión:** Se inició la discusión comparando los resultados con los registrados en el ámbito del ámbito nacional, comparado con los resultados de Sanchez, (17), se concuerda en los resultados ya que en su estudio no se consideró un factor de riesgo al periodo Inter gestacional. Continuando se compararán con los datos obtenidos con los antecedentes del ámbito local, Llerena, (20), se difiere ya que indica que el periodo intergenésico corto es factor de riesgo, Fernández, (21), se difiere ya que en su estudio se determinó que el periodo intergenésico largo es considerado un factor que aumenta el riesgo de padecer preeclampsia.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrándolo:

**FIGURA 06: PERIODO INTERGENÉSICO RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



Fuente: Tabla 06

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=8.442 < \chi^2_{tab}= 9,487$ ,  $P=0.077 > 0.05$ ,  $Gl=4$ , por ese motivo el resultado no es significativo, lo que indica que el periodo intergenésico no está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.



**TABLA 07: CONTROLES PRENATALES RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Controles prenatales	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
≤ 6	9	7.4	33	27.3	3	2.5	45	37.2
> 6	33	27.3	42	34.7	1	0.8	76	62.8
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=8.404$

$P=0.015$

$X^2_{tab} = 5.992$

$Gl=2$

**SIGNIFICATIVO**

En la tabla 07, se continuará realizando el análisis con el indicador controles prenatales. De 121 participantes en el estudio, 37.2% son gestantes con  $\leq 6$  CPN y el 62,8% son gestantes con  $> 6$  CPN.

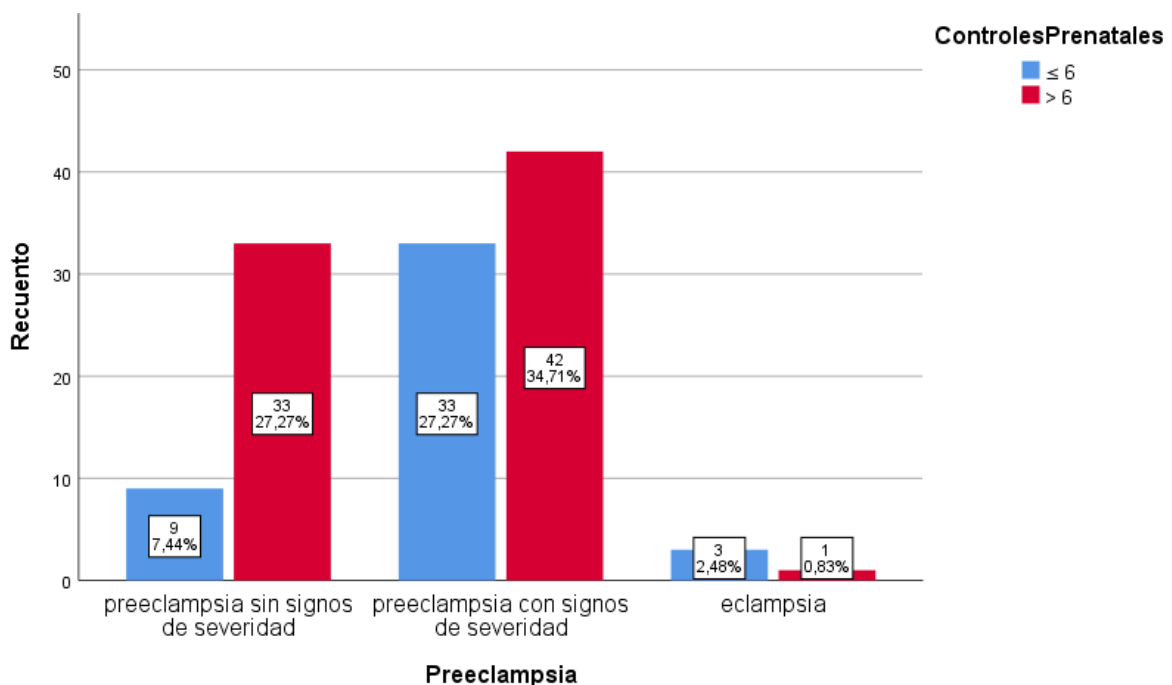
En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de la cantidad de controles prenatales, en las gestantes que presentaron el diagnóstico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes con  $> 6$  CPN siendo el 27.3% y seguido por las gestantes con  $\leq 6$  CPN siendo el 7.4%, en las gestantes que presentaron el diagnóstico de preeclampsia que también presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes con  $> 6$  CPN siendo el 34.7% y seguido por las gestantes con  $\leq 6$  CPN siendo el 27.3%, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 2.5% de gestantes con  $\leq 6$  CPN presentaron eclampsia y 0.8% de gestantes con  $> 6$  CPN presentaron eclampsia.

**Discusión:** Se iniciará primero por la comparación entre los resultados obtenidos en mi investigación con los antecedentes internacionales primero con Hernández, (10), no se concuerdan con los resultados ya que los controles prenatales insuficientes resultaron indicadores para predecir la preeclampsia, Comparando con los antecedentes nacionales, los resultados de Salazar, (15), se difiere en los resultados ya que en su estudio los controles prenatales deficientes fueron factores de riesgo, en cuanto a Bastidas, (16), se difiere con su estudio donde indica que los controles prenatales deficientes están relacionados en el desarrollo de la preeclampsia. Prosiguiendo con los antecedentes en al ámbito local, Flores, (19), se concuerda ya que resalta que los controles prenatales actúan como factores de riesgo, Llerena, (20), se concuerda ya que en el resultado de su investigación la

cantidad de controles prenatales actuaron como un factor de riesgo y finalmente se concuerda con Mamani, (23), ya que en su estudio la cantidad de controles prenatales menor a 6 es un factor de riesgo.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

**FIGURA 07: CONTROLES PRENATALES RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



Fuente: Tabla 07

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=8.404 > \chi^2_{tab}= 5,992$ ,  $P=0.015 < 0.05$ ,  $Gf=2$ , entonces, el resultado no es significativo, indicando así que la cantidad de controles prenatales está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.



**TABLA 08: ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Antecedentes de preeclampsia	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Si</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>5</b>	<b>4.1</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>9</b>	<b>7.4</b>
<b>No</b>	<b>38</b>	<b>31.4</b>	<b>70</b>	<b>57.9</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>112</b>	<b>92.6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=0.652$

$P=0.722$

$X^2_{tab} = 5.992$

$Gl=2$

**NO SIGNIFICATIVO**

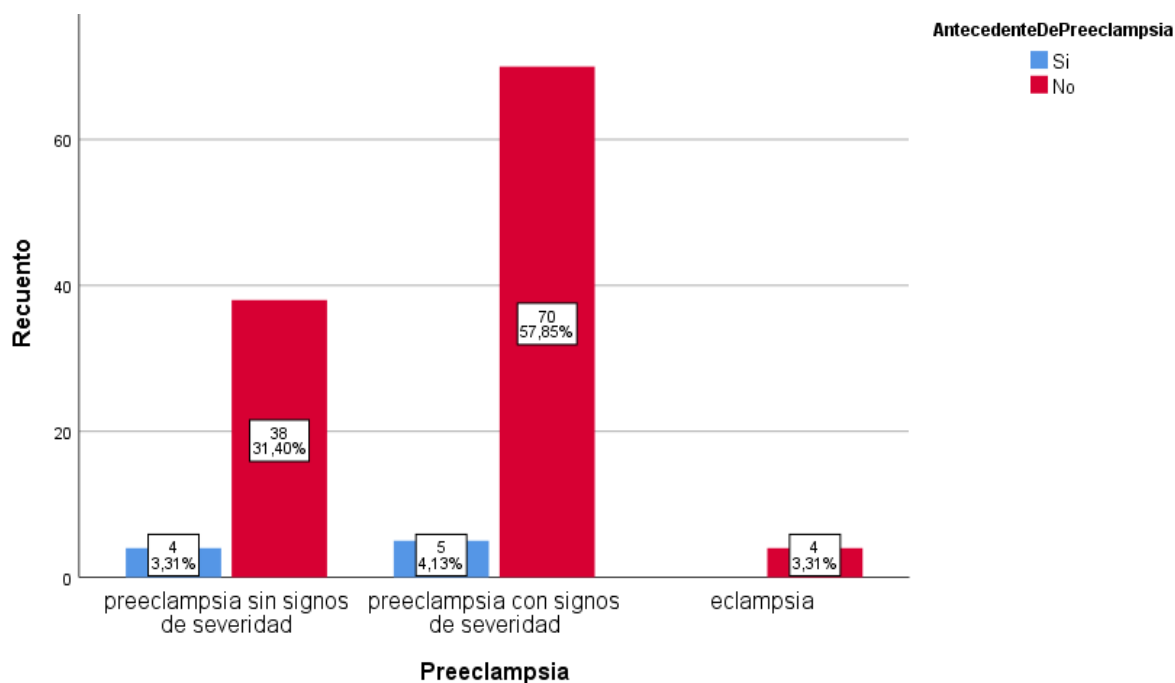
En la tabla 08, se continuará realizando el análisis con el indicador antecedente de preeclampsia. De 121 participantes en el estudio, 92.6% no tuvo un antecedente de preeclampsia y el 7,4% si tuvo un antecedente de preeclampsia.

En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de tener o no un antecedente previo de preeclampsia, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes sin antecedentes de preeclampsia siendo el 31.4% y las gestantes con antecedentes de preeclampsia siendo el 3.3%, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia que también presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes sin antecedentes de preeclampsia siendo el 57.9%, seguido por las gestantes con antecedentes de preeclampsia siendo el 4.1%, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 3.3% de gestantes sin antecedentes de preeclampsia presentaron eclampsia.

**Discusión:** Se iniciará primero por la comparación entre los resultados obtenidos en mi investigación con los antecedentes internacionales primero con Hernández, (10), se concuerda ya que los antecedentes personales no fueron útiles como predictoras, en comparación al estudio de Brito, (11), donde los resultados difieren ya que para su investigación los antecedentes personales fueron el indicador más relevante para predecir la preeclampsia. Para finalizar los antecedentes que se dieron en el ámbito local, Llerena, (20), con la cual se difiera por motivo de que en su estudio los antecedentes personales actuaron como factor de riesgo.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

### FIGURA 08: ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023



Fuente: Tabla 08

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=0.652 < \chi^2_{tab}= 5.992$ ,  $P=0.722 > 0.05$ ,  $Gf=2$ , con ello el resultado no es significativo y por lo tanto, el antecedente de preeclampsia no está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.

**TABLA 09: ANTECEDENTES FAMILIARES DE PREECLAMPSIA RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Antecedentes familiares de preeclampsia	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	0	0.0	4	3.3	0	0.0	4	3.3
No	42	34.7	71	58.7	4	3.3	117	96.7
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal}=2.537$$

$$P=0.281$$

$$X^2_{tab} = 5.992$$

$$Gf=2$$

**NO SIGNIFICATIVO**



En la tabla 09, se continuará realizando el análisis con el indicador antecedente familiares. De 121 participantes en el estudio, 96.7% no tuvo un antecedente familiar y el 3,3% si tuvo un antecedente familiar.

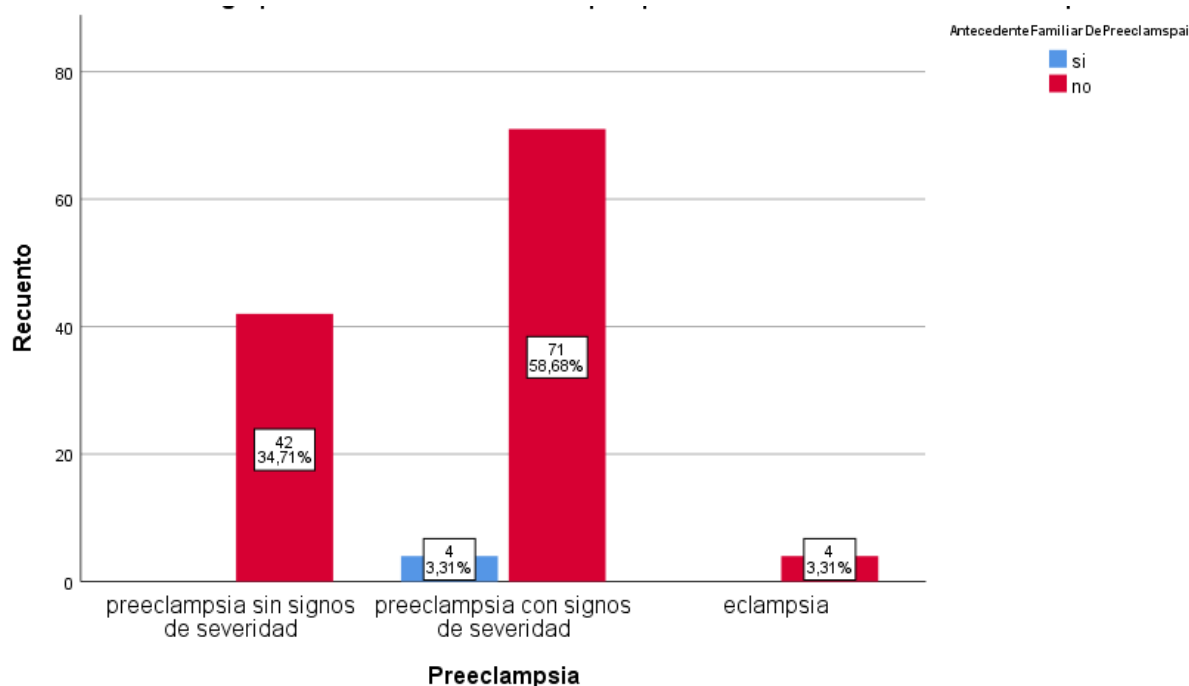
En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de tener o no un antecedente familiar previo de preeclampsia, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes sin antecedentes familiares de preeclampsia siendo el 34.7% y las gestantes con antecedentes familiares de preeclampsia siendo el 0.0%, en las gestantes con preeclampsia que presentaron el diagnostico de preeclampsia que también presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes sin antecedentes de familiares preeclampsia siendo el 58.7%, seguido por las gestantes con antecedentes de familiares preeclampsia siendo el 3.3%, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 3.3% de gestantes sin antecedentes familiares de preeclampsia presentaron eclampsia.

**Discusión:** Se iniciará primero por la comparación entre los resultados obtenidos en mi investigación con los antecedentes internacionales primero con Cho, (9), en su estudio donde se difiere ya que en su estudio los resultados indican que los antecedentes familiares de preeclampsia actúan como factores de riesgo, en cuando a Ocampo, (13), donde los antecedentes familiares de preeclampsia fueron las que se determinaron como factores de riesgo. Comparando con los antecedentes nacionales, comparado con los resultados de Sánchez, (17), se concuerda en los resultados ya que en su estudio los antecedentes familiares no estuvieron asociados. En cuanto a los antecedentes a nivel local, Llerena, (20), se concuerda ya que en su estudio los antecedentes familiares tampoco fueron

factores de riesgo.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

**FIGURA 09: ANTECEDENTES FAMILIARES DE PREECLAMPSIA RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



Fuente: Tabla 09

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=2.537 < \chi^2_{tab}= 5.992$ ,  $P=0.281 > 0.05$ ,  $Gf=2$ , por lo cual, el resultado no es significativo, la cual indica que el antecedente familiar de preeclampsia no está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.

Una vez analizadas cada uno de los indicadores de la variable factores de riesgo obstétricos se identificó que solo la cantidad de controles prenatales influye como factor predictivo relacionado a preeclampsia y eclampsia, difiriendo de la segunda



hipótesis específica planteada por el investigador “Los factores predictivos de riesgos obstétricos, tales como, paridad, periodo intergenésico, controles prenatales, antecedentes de preeclampsia y antecedentes familiares de preeclampsia están relacionadas significativamente a preeclampsia y eclampsia”.

Continuando con el tercer objetivo específico se estudiarán los indicadores de los factores predictivos clínicos los cuales son: la proteinuria, conteo de plaquetas, presión arterial, criterios de severidad.

**TABLA 10: PROTEINURIA RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Proteinuria	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 300 mg/24h	4	6.1	13	19.7	0	0.0	17	25.8
≥ 300 mg/24h	12	18.2	36	54.5	1	1.5	49	74.2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>24.2</b>	<b>49</b>	<b>74.2</b>	<b>1</b>	<b>1.5</b>	<b>66</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal}=0.367$$

$$P=0.832$$

$$X^2_{tab} = 5.992$$

$$Gf=2$$

**NO SIGNIFICATIVO**



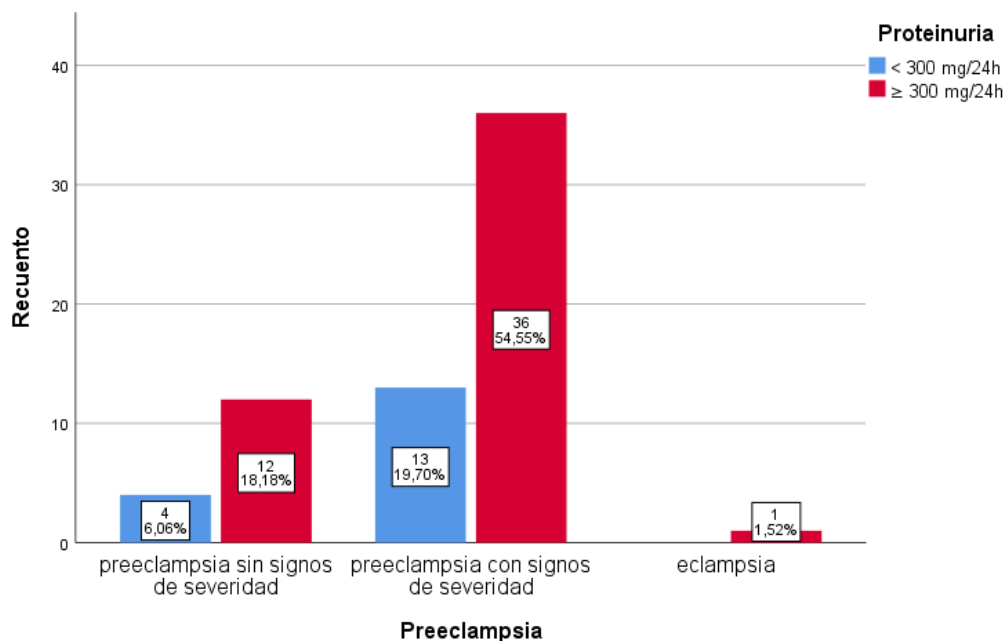
Para iniciar en la tabla 10, se continuará realizando el análisis con el indicador proteinuria. De 66 participantes en el estudio, 25.8% no tuvo proteinuria y el 74,2% si tuvo proteinuria.

En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de tener o no proteinuria, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes con proteinuria siendo el 18.2% y las gestantes sin proteinuria siendo el 6.1%, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia que también presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes con proteinuria siendo el 54.5%, seguido por las gestantes sin proteinuria siendo el 19.7%, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 1.5% de gestantes tuvieron proteinuria.

**Discusión:** Se iniciará primero por la comparación entre los resultados obtenidos en mi investigación con los antecedentes internacionales primero con Brito, (11), donde los resultados concuerdan ya que indica que la proteinuria está asociada, pero por si solo no es un factor que por sí solo diagnostique una preeclampsia.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

**FIGURA 10: PROTEINURIA RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



Fuente: Tabla 10

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=0.367 < \chi^2_{tab}= 5.992$ ,  $P=0.832 > 0.05$ ,  $Gf=2$ , este resultado no es significativo, por eso se indica que la proteinuria no está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.



**TABLA 11: PLAQUETAS RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Plaquetas	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 100000 mm3	0	0.0	6	5.0	1	0.8	7	5.8
≥ 100000 mm3	42	34.7	69	57.0	3	2.5	114	94.2
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=6.121$

$P=0.049$

$X^2_{tab} = 5.992$

$Gl=2$

**SIGNIFICATIVO**



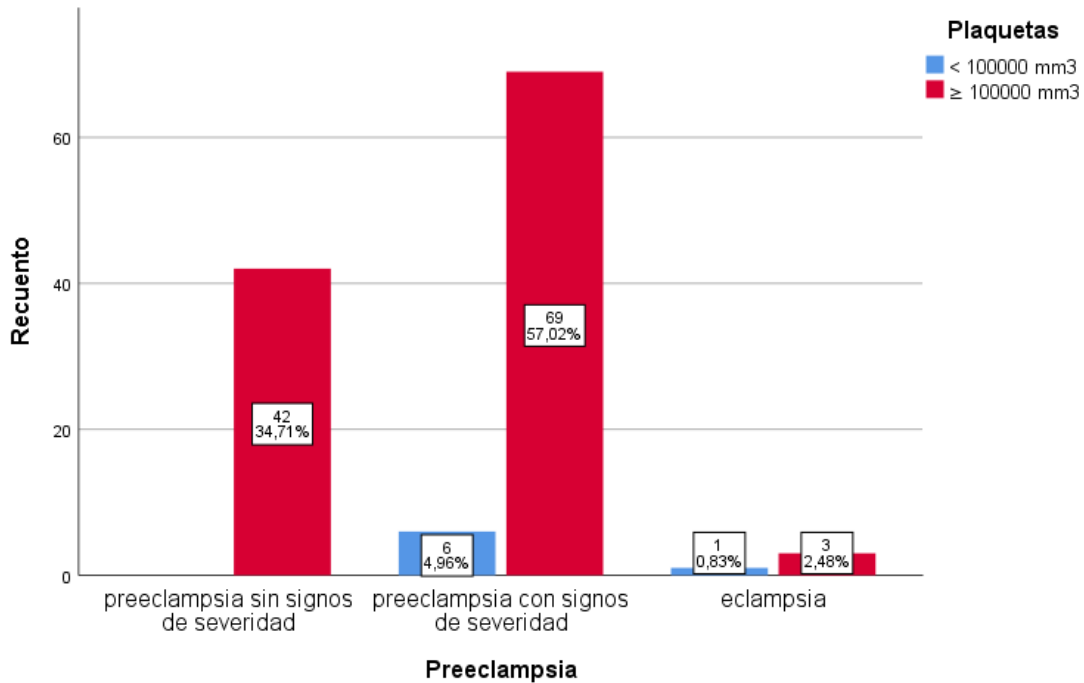
Continuando con el desarrollo en la tabla 11, se continuará realizando el análisis con el indicador plaquetas. De 121 participantes en el estudio, 5.8% no tuvo plaquetopenia y el 94,2% no tuvo plaquetopenia.

En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de tener o no plaquetopenia, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes sin plaquetopenia siendo el 34.7%, en las que presentaron el diagnostico de preeclampsia que también presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes sin plaquetopenia siendo el 57.0%, seguido por las gestantes con plaquetopenia siendo el 5.0%, y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 2.5% de gestantes no presentaron plaquetopenia y el 0.8% si presentaron plaquetopenia.

**Discusión:** Se iniciará primero por la comparación entre los resultados obtenidos en mi investigación con los antecedentes internacionales primero con Brito, (11), donde los resultados concuerdan ya que indica que el conteo de plaquetas es usado para valoración del paciente y a su vez para su seguimiento. En cuanto a los antecedentes a nivel local, Rios, (22), se concuerda ya que indica que el conteo de plaquetas resulta un pilar importante para evaluar el estado de severidad de la preeclampsia y finalmente se concuerda con Mamani, (23), ya que en su estudio indica que el conteo de plaquetas son factores de riesgo.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrándolo.

### FIGURA 11: PLAQUETAS RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023



Fuente: Tabla 11

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=6.121 > \chi^2_{tab}= 5.992$ ,  $P=0.049 < 0.05$ ,  $Gf=2$ , por lo cual el resultado es significativo y esto indica que la plaquetopenia está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.

**TABLA 12: PRESIÓN ARTERIAL RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Presión arterial	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 140/90 mmHg	21	17.4	7	5.8	1	0.8	20	24.0
140/90 – 160/110 mmHg	21	17.4	56	46.3	2	1.7	79	65.3
> 160/110 mmHg	0	0.0	12	9.9	1	0.8	13	10.7
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$$X^2_{cal}=28.434$$

$$P=0.000$$

$$X^2_{tab} = 9.488$$

$$Gf=4$$

**SIGNIFICATIVO**

En la tabla 12, se continuará realizando el análisis con el indicador presión arterial. De 121 participantes en el estudio, 24.0% tuvo una presión < 140/90 mmHg, el 65.3% presento una presión entre 149/90 a 160/110 mmHg y el 10,7% tuvo una presión > 160/110 mmHg.

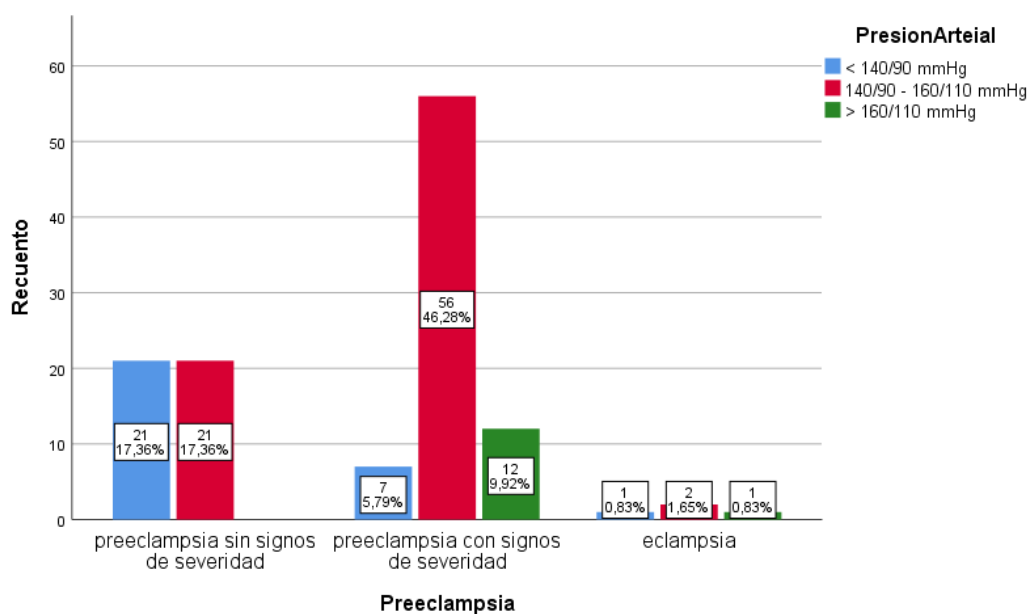
En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de la presión arterial, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes con presiones < 140/90 mmHg y presiones entre 140/90 a 160/110 mmHg ya que ambas se presentaron en el 17.4% de gestantes respectivamente, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia que también presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes presiones entre 140/90 a 160/110 mmHg siendo el 46.3%, seguido por las gestantes con presiones > 160/110 mmHg siendo el 9.9%, seguido por las gestantes con presiones < 140/90 mmHg siendo el 5.8% y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el 1.7% de gestantes tuvieron presiones entre 140/90 a 160/110 mmHg y las gestantes con presiones < 140/90 mmHg y > 160/110 mmHg en 0.8% de las gestantes respectivamente.

**Discusión:** Comparando con los antecedentes nacionales, comparado con los resultados de Bastidas, (16), se concuerda con su estudio donde indica que las presiones elevadas guardan una estrecha relación en el desarrollo de la preeclampsia. En cuanto a los antecedentes a nivel local, Fernández, (21), se concuerda con los resultados de su investigación donde indica que una presión elevada es relevante en la predicción al realizar un diagnóstico, con el estudio realizado por Mamani, (23), ya que en su estudio indica que presiones arteriales

elevadas son factores de riesgo.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

**FIGURA 12: PRESIÓN ARTERIAL RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



Fuente: Tabla 12

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=28.434 > \chi^2_{tab}= 9.448$ ,  $P=0.000 < 0.05$ ,  $Gl=4$ , por eso el resultado es significativo, lo que indica que la presión arterial está estadísticamente relacionada a preeclampsia y eclampsia.



**TABLA 13: CRITERIOS DE SEVERIDAD RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**

Criterios de severidad	Preeclampsia sin signos de severidad		Preeclampsia con signos de severidad		Eclampsia		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Cefalea	7	5.8	20	16.5	0	0.0	27	22.3
Escotomas	1	0.8	4	3.3	0	0.0	5	4.1
Epigastralgia	0	0.0	7	5.8	0	0.0	7	5.8
Tinitus	1	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.8
Convulsiones	0	0.0	0	0.0	3	2.5	3	2.5
Cefalea y epigastralgia	3	2.5	8	6.6	0	0.0	11	9.1
Cefalea y escotomas	1	0.8	12	9.9	0	0.0	13	10.7
Cefalea y convulsiones	0	0.0	0	0.0	1	0.8	1	0.8
Epigastralgia y escotomas	1	0.8	1	0.8	0	0.0	2	1.7
Cefalea, epigastralgia y escotomas	1	0.8	4	3.3	0	0.0	5	4.1
Escotomas y convulsiones	0	0.0	1	0.8	0	0.0	1	0.8
Ninguno	27	22.3	18	14.9	0	0.0	45	37.2
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>75</b>	<b>62.0</b>	<b>4</b>	<b>3.3</b>	<b>121</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}=146.766$

$P=0.000$

$X^2_{tab} = 33.925$

$GI=22$

**SIGNIFICATIVO**



En la tabla 13, se continuará realizando el análisis con el indicador criterios de severidad. De 121 participantes en el estudio, se tomó por conveniente dividirlo en criterios individuales y agruparlos cuando en una sola gestante se presentaban más de un signo al mismo tiempo, 22.3% presento solo cefalea, el 4.1% presento solo escotomas, el 5.8% presento solo epigastralgia, el 0.8% presento solo tinitus, el 2.5% presento solo convulsiones y en cuanto a gestantes que presentaron más de un criterio de severidad el 9.1% presentaron cefalea y epigastralgia, 10.7% presentaron cefalea y escotomas, el 0.8% presentaron cefalea y convulsiones, el 1.7% presentaron epigastralgia y convulsiones, el 4.1% presentaron cefalea, epigastralgia y escotomas, el 0.8% presentaron escotomas y convulsiones y finalmente el 37.2% no presentaron ningún criterio de severidad.

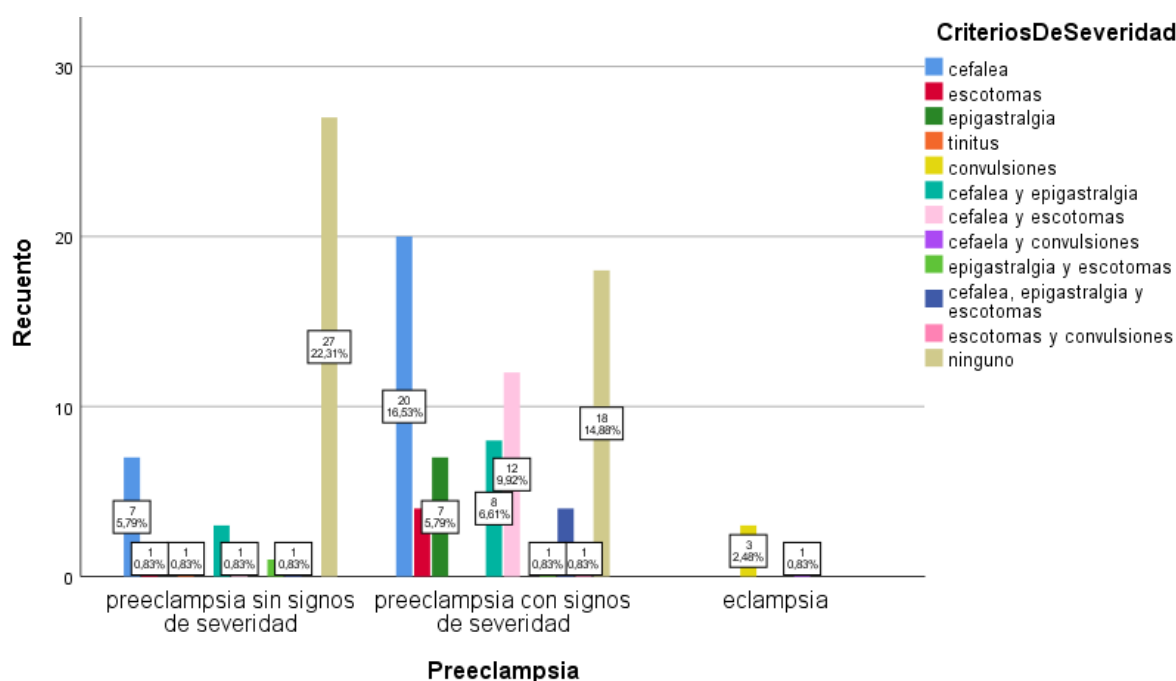
En la misma tabla se analiza a su vez la predominancia de los criterios de severidad con el diagnostico de preeclampsia, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia mas no presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes que no presentaron ninguna signo de severidad siendo el 22.3%, seguido por la presencia de solo cefalea en un 5.8%, cefalea y epigastralgia en un 2.5% y escotomas, tinitus, cefalea con escotomas, epigastralgia con escotomas y ceféala con epigastralgia y escotomas cada uno en un 0.8% respectivamente, en las gestantes que presentaron el diagnostico de preeclampsia que también presentaron signos de severidad se encuentra mayormente gestantes que presentaron solo cefalea en un 16.5%, seguido de las que no presentaron ningún criterio de severidad en un 14.9%, cefalea con escotomas en un 9.9%, epigastralgia sola en un 5.8%, cefalea con epigastralgia en un 6.6%, escotomas en un 4.4%, cefalea con epigastralgia y escotomas en un 4.4% y epigastralgia sola en un 0.8% y finalmente en las gestantes que presentaron eclampsia se tiene que el

2.5% de gestantes presentaron convulsiones y el 0.8% cefalea con convulsiones.

**Discusión:** En cuanto a los antecedentes mencionado anteriormente ninguno tiene en cuenta este indicador.

A continuación, se presenta un gráfico ilustrando los datos presentados anteriormente:

**FIGURA 13: CRITERIOS DE SEVERIDAD RELACIONADO A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2023**



**Fuente: Tabla 13**

Se aplicó el estadístico  $\chi^2$  en el cual se obtuvieron los resultados mostrados a continuación:  $\chi^2_{cal}=146.766 > \chi^2_{tab}= 33.925$ ,  $P=0.000 < 0.05$ ,  $Gf=22$ , por lo que decimos que el resultado es significativo y los criterios de severidad están estadísticamente relacionados a preeclampsia y eclampsia.

Una vez analizadas cada uno de los indicadores de la variable factores de



riesgo clínicos se identificó que el conteo de plaquetas, la presión arterial y los criterios de severidad influyen como factores predictivos relacionados a preeclampsia y eclampsia, difiriendo de la tercera hipótesis específica planteada por el investigador “Los factores predictivos de riesgos clínicas como proteinuria, plaquetas, presión arterial y criterios de severidad están relacionadas significativamente a preeclampsia y eclampsia.

**TABLA 14: PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2023**

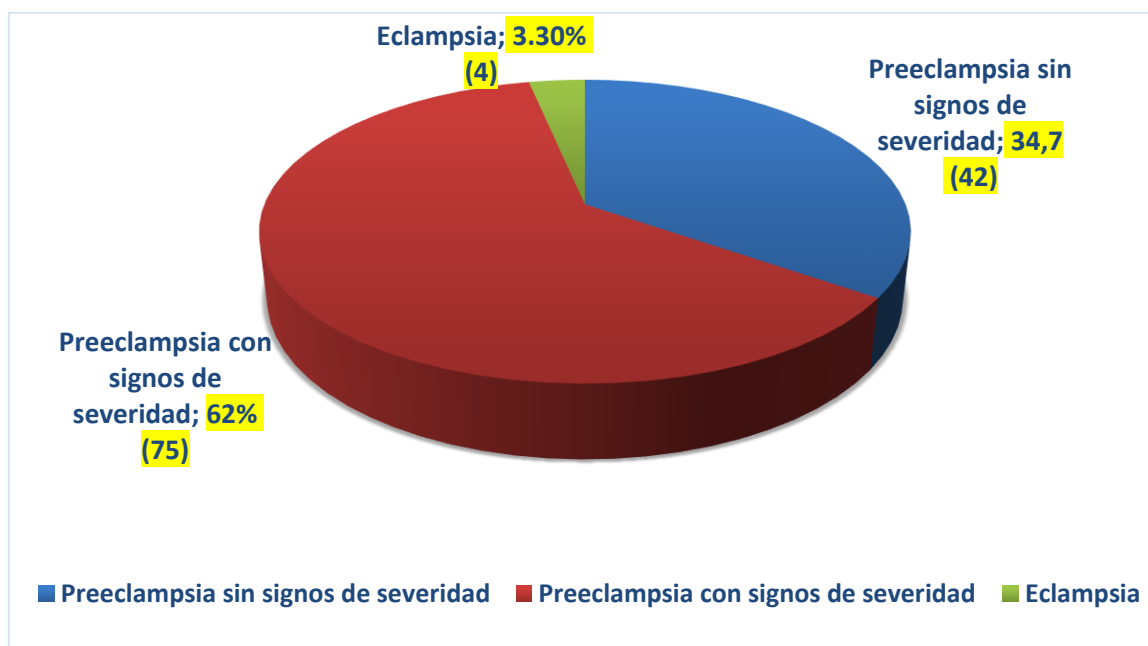
<b>PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Preeclampsia sin signos de severidad</b>	<b>42</b>	<b>34,7</b>
<b>Preeclampsia con signos de severidad</b>	<b>75</b>	<b>62</b>
<b>Eclampsia</b>	<b>4</b>	<b>3,3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla 14, se procederá a describir la frecuencia, se halló en total 121 participantes en el estudio, el número de casos de gestantes con diagnóstico de preeclampsia sin signos de severidad fue 42 (34,71%), los casos de preeclampsia con signos de severidad fue 75 (62%) y los casos de eclampsia fueron 4 (3,3%) en el Hospital Manuel Núñez Butrón en el año 2023.

DISCUSIÓN: Comparación entre los resultados obtenidos en mi investigación con los antecedentes locales, primero Llerena, (20), tuvo una muestra de 109 gestantes con preeclampsia en el Hospital III EsSalud Juliaca 2022, Fernández, (21), tuvo una muestra de 70 gestantes con diagnóstico de preeclampsia en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2018 y Rios, (22), tuvo una muestra de 161 gestantes con diagnóstico de preeclampsia en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2021 – 2022.

**FIGURA 14: PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO – 2023**



Fuente: Tabla 14



Se halló que la preeclampsia con signos de severidad es la más frecuente con un 62 % de casos, seguido de la preeclampsia sin signos de severidad con un 34, 71% y por último la eclampsia con 3.3% de casos.

Una vez analizadas cada uno de los indicadores de la variable gestantes con preeclampsia y eclampsia se identificó que el número de casos hallados de preeclampsia es considerable al compararla con los antecedentes locales, por lo que se acepta de manera parcial la hipótesis específica planteada por el investigador "Es frecuente la preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón".



## 4.2. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se determinó que los factores predictivos de riesgos están relacionados de manera parcial a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón - Puno 2023.

**SEGUNDA:** Se identificó que los factores predictivos de riesgos sociodemográficos están relacionados parcialmente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón son: La edad de entre los 19 a 35 años ( $p: 0.027$ ) en el 79.3%, es el único indicador que tuvo relación estadísticamente significativa; mientras que se pudo identificar que en cuanto al estado civil ( $p = 0.161$ ), la convivencia fue en 83.5%, también el grado de instrucción ( $p = 0.132$ ), secundaria fue de 52.1% y finalmente la procedencia ( $p = 0.474$ ) urbana fue de 83.5%, estas no estaban relacionados estadísticamente como factor predictivo de riesgo sociodemográfico.

**TERCERA:** Se evaluó que los factores predictivos de riesgos obstétricos están relacionados parcialmente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón, identificándose que el número de controles prenatales esta estadísticamente relacionada  $p = 0.015$ , denotándose que la mayoría de las gestantes tenía más de 6 controles prenatales en un 62.8%; Al contrario de la paridad ( $p = 0.161$ ), donde las nulíparas eran un 47.1%, el periodo intergenésico ( $p = 0.0779$ ) largo en 56.3%; los antecedentes personales de preeclampsia ( $p = 0.722$ ) fueron no

en 92.6% y los antecedentes familiares de preeclampsia ( $p = 0.281$ ) fueron no en 96.7%; estas no estaban relacionados como factor predictivo de riesgo obstétrico.

**CUARTA:** Se verificó que los factores predictivos de riesgos clínicos están relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón, encontrándose que la proteinuria en 24 horas no tuvo relación estadísticamente significativa  $p = 0.832$ , por otro lado, los que guardan relación estadísticamente significativa son: el conteo de plaquetas ( $p = 0.049$ ), que en 114 gestantes (94.2%) presentó valores mayores de 100 000  $\text{mm}^3$ ; la presión arterial ( $p = 0.000$ ), donde el rango elevado encontrado en 79 gestantes (65.3%) fue entre 140/90 – 160/110 mmHg y por último los criterios de severidad ( $p = 0.000$ ), evidenciándose que, la cefalea sola con 27 gestantes (22,3%), la combinación de cefalea y escotomas con 13 gestantes (10,7%), así como la cefalea y escotomas con 11 pacientes (9,1%), suman un total de 51 gestantes (42.2%).

**QUINTA:** Se precisó que la frecuencia de preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón es un total 121(100%) de los cuales 75 tuvieron el diagnóstico de preeclampsia con signos de severidad siendo el 62%, en segundo lugar 42 fueron diagnosticadas con preeclampsia sin signos de severidad, siendo el 34,7% y por último se diagnosticaron 4 casos de eclampsia, siendo el 3,3 %.



## 4.3. RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Al director del Hospital Manuel Núñez Butrón, coordinar con el jefe del departamento de ginecología y obstetricia, para realizar programas educativos a médicos residentes, obstetras y enfermeras sobre los resultados determinados en esta investigación dando a conocer cuáles son los factores predictivos de riesgos que están relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón, para lograr una amplia mejoría en el diagnóstico de la preeclampsia y poder tratarla de una manera oportuna, contribuyendo así a la disminución de la morbilidad materna.

**SEGUNDA:** Al jefe del servicio de obstetricia, para que coordine con los médicos residentes y obstetras del servicio para hacer charlas educativas sobre los factores predictivos de riesgos sociodemográficos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes y así se realice una historia clínica más completa, enfatizando en la edad y controles prenatales donde se identificó la mayor cantidad de casos, esto nos permitirá una atención más personalizada a cada paciente y de esa manera tener una mejor atención a cada gestante.

**TERCERA:** Al director del Hospital Manuel Núñez Butrón coordinar con los directores de los establecimientos de salud que se encuentren dentro de la Red, así ellos transmiten el mensaje a las obstetras, sabiendo que ellas se encuentran más en el primer nivel de



atención, para que tengan mayor cuidado en los factores predictivos de riesgos obstétricos y pongan mayor énfasis en el control de la gestante, sobre todo en los controles prenatales, en la presión arterial y en los criterios de severidad. Todo esto con el fin de realizar una referencia rápida y con la información clara.

**CUARTA:** Al jefe del servicio de obstetricia organizar conjuntamente con el coordinador académico para dar un charla a los médicos residentes, internos de medicina, internos de obstetricia e incluso a internos de enfermería sobre los factores predictivos de riesgos clínicos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes, ya que ellos se encuentran de manera más constante en contacto con los resultados de laboratorio para observar el conteo de plaquetas, tomar la presión arterial y son los que puedan identificar de manera temprana los criterios de severidad y así evitar las posibles complicaciones de estas patologías.

**QUINTA:** Al jefe del departamento de ginecología y obstetricia coordinar con el director del Hospital Manuel Núñez Butron, para que pueda gestionar la creación de publicaciones informativas, pero didácticas en las redes sociales del Hospital sobre el tema de preeclampsia y eclampsia, esto para dar a conocer al público en general sobre la frecuencia, la sintomatología de la preeclampsia y las posibles complicaciones, como la eclampsia en gestantes; Todo esto con el fin de que la población se concientice, logre identificar la sintomatología, acuda a sus controles prenatales oportunamente y así evitar las posibles complicaciones maternas.



#### 4.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dávila J., Montenegro E., Macías Ángela., Tayupanda J. Impacto del aumento de la preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp, en el mundo y en el Ecuador, manejo, prevención y tratamiento. Mortalidad. RECIMUNDO [Tesis]. 15jul.2023 [citado 18abr.2024];7(2):49-2. Available from: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2025>.
2. Espinoza J., Peña X.. Intervenciones del profesional de enfermería en gestantes mayores de 30 años con preeclampsia atendidas en el área del Centro Obstétrico del Hospital General IESS Quevedo. Junio-noviembre 2022. [Tesis]. Babahoyo: UTB-FCS, 2022; 2022 [citado 17 de abril de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/13392>.
3. Fishel Bartal M, Sibai BM. Eclampsia en el siglo XXI. Am J Obstet Gynecol [Artículo]. 2022;226(2): S1237–53. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937820311285>
4. García M., García C. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. Archivo Médico Camagüey. 24 de julio de 2020;24(4):525-37.
5. Organización Mundial de la Salud, Mortalidad materna [Internet] 2023. [citado 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
6. Pacheco-Romero J, Acosta Conchucos O, Huerta Canales D, Cabrera Ramos S, Vargas Chávez M, Mascaró Sánchez P, et al. Genetic markers for preeclampsia in Peruvian women. Colomb Med [Artículo de revista]



- científica]. 2021 [citado el 30 de diciembre de 2024];52(1):e2014437. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342021000100002&script=sci\\_arttext&tIng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-95342021000100002&script=sci_arttext&tIng=es)
7. Portillo Guillén EJ, Hernández de la Cruz RV, Argota Pérez G, Álvarez Becerra RM, Miranda Benavente J, Ruiz Reyes RE, Quispe Quispe SF: Mortalidad materna por hipertensión en Perú durante el período 2020-2023. Rev haban cienc méd [Artículo]. 2024 [citado 17 de abril del 2024]; Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5671>
8. MINSA, boletín epidemiológico del Perú SE 52, situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú a la SE 52 – 2023, Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202452\\_02\\_1720\\_28\\_0.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202452_02_1720_28_0.pdf)
9. Cho S., Jaigua M. Prevalencia y Características relacionadas de preeclampsia, eclampsia e hipertensión gestacional en mujeres adolescentes en el periodo 2019 - 2020 en el Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues, 2021 [Tesis]. Universidad de Cuenca; 2021 [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/37579>
10. Hernández C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia severa en las pacientes obstétricas atendidas en la unidad de servicios en salud USS simón bolívar E.S.E. 2022 [citado 10 de junio de 2024]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12495/7878>
11. Loaiza G. Proteinuria como factor predictivo de apoyo diagnóstico en la



- eclampsia y preeclampsia [Tesis]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2022 [citado 17 de abril de 2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9519>
12. Torres P. Prevalencia y factores asociados a preeclampsia, Hospital José Carrasco Arteaga, 2019 [Tesis]. Universidad de Cuenca; 2021 [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36259>
13. Ocampo S. Factores de riesgo relacionados a preeclampsia y eclampsia durante el embarazo [Tesis] 2019. [citado 10 de junio de 2024]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/handle/20.500.14330/TES01000802929>.
14. Avalos Z. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital San Juan de Dios-Pisco, año 2021. 27 de abril de 2023 [citado 17 de abril de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4671>
15. Salazar C. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante el año 2019 y 2020. 22 de julio de 2022 [citado 17 de abril de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3875>
16. Bastidas B. Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Departamento Gineco Obstétrico. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero a Junio 2021. Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2023 [citado 29 de septiembre de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6341>



17. Sanchez J., Taípe A. Factores asociados a preeclampsia en gestantes Hospitalizadas en el Hospital Regional de Ayacucho, 2021-2022. 2024 [citado 11 de junio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/6335>
  
18. Córdova V. Factores de Riesgo Asociados a preeclampsia en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo 2021. Universidad Peruana Los Andes [Tesis de grado]. 12 de octubre de 2022 [citado 17 de abril de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/4500>
  
19. Flores J. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes de un Hospital de Puno. Repositorio Institucional - USS [Tesis de grado]. 2022 [citado 17 de abril de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe//handle/20.500.12802/9811>
  
20. Llerena F, Fernandez M. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital III EsSalud Juliaca, 2022. Risk factors associated with preeclampsia in pregnant women at Hospital III essalud Juliaca 2022 [Tesis]. 15 de octubre de 2022 [citado 17 de abril de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/1206>
  
21. Fernández S. Factores de riesgo en preeclampsia de gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón – Puno 2018. Universidad Nacional del Altiplano [Tesis doctoral]. 27 de diciembre de 2023 [citado 26 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/21747>



22. Rios J. Biomarcadores asociados a evolución de preeclampsia en gestantes atendidas en Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2021 - 2022. 23 de octubre de 2023 [citado 26 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/20693>
23. Mamani J. Valor predictivo de los factores asociados a preeclampsia en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno en el periodo de enero 2018 a junio 2019. Universidad Nacional del Altiplano [Tesis]. 12 de mayo de 2020 [citado 26 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/135>
24. Instituto nacional materno perinatal, revista peruana de investigación materno perinatal volumen 12 numero 3, septiembre 2023, disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp>
25. SMFM Research Committee, Grantz K., Kawakita T, Lu Y., Newman R, Berghella V, Caughey A. SMFM Special Statement: State of the science on multifetal gestations: Unique considerations and importance. Am J Obstet Gynecol 2019;221(2):B2-12
26. Landon B., Henry L. et al. Obstetricia: Embarazos normales y de riesgo, 8a edición, editorial Elsevier, 2023.
27. Litwak D. Hipertensión en el embarazo: diagnostico, objetivos de presión arterial y farmacoterapia. Declaración científica de la American Heart Association [Tesis]. SAC | Sociedad Argentina de Cardiología. 2022 [citado 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/corazon-y-mujer/hipertension-en-el-embarazo-diagnostico-objetivos-de-presion->



- arterial-y-farmacoterapia-declaracion-cientifica-de-la-american-heart-association/
28. Romero D., Vargas R., López K., Reyes E. Fisiopatología y riesgo materno-fetal asociados a la preeclampsia. RECIMUNDO: Revista científica de la investigación y el conocimiento. 2019;3(Extra 3 (ESP)):589-606
  29. Sociedad española de ginecología y obstetricia SEGO, guía de asistencia practica: trastornos hipertensivos de la gestación, marzo 2020.
  30. Salud materna - OPS/OMS | Organización panamericana de la salud [Tesis]. 2024 [citado 17 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
  31. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo: Guía en versión corta. Lima: EsSalud; 2021, disponible en: [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/GPC-EHE\\_Version-Corta.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2021/11/GPC-EHE_Version-Corta.pdf)
  32. Figueras, F. Gratacós, E. Martínez-Crespo, J. Palacio, M., actualización en medicina materno-fetal, 4ta edición, editorial varios, 2021.
  33. Litwak D. Hipertensión en el embarazo: diagnostico, objetivos de presión arterial y farmacoterapia. Declaración científica de la American Heart Association [Tesis]. SAC | Sociedad Argentina de cardiología. 2022 [citado 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/corazon-y-mujer/hipertension-en-el-embarazo-diagnostico-objetivos-de-presion-arterial-y-farmacoterapia-declaracion-cientifica-de-la-american-heart-association/>



association/

34. Eduardo G., Jesús G., González M. Ginecología, 10a edición, Editorial Elsevier, 2020.
35. Aquino P., Chuquipoma L. Evaluación de la capacidad para predecir las complicaciones de la preeclampsia a través de la aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia y de la escala fullPIERS en un Hospital de Lima. [Tesis]. 2023 [citado 17 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13981>
36. Robert R., Charles J. et al. Medicina materno fetal, 8a edición, editorial Elsevier, 2020.
37. Ramírez B., Brenes F., Murillo G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Revista Médica Sinergia. 1 de julio de 2020;5(7):e532-e532.
38. Centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades, boletín epidemiológico volume 31-SE 42, 2022.
39. Yanque R., Becerra N., Nieto W., Guerrero R., Uriarte M., Valencia W., et al. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Revista Colombiana de obstetricia y ginecología. 30 de marzo de 2022;73(1):48-141.
40. Poon L., Shennan A., Hyett J., Kapur A., Hadar E., Divakar H., et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and



prevention. Int J Gynecol Obstet 2019;145(Supl1):1-33

41. Bastidas B. Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el departamento gineco obstétrico. Hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero a Junio 2021. Universidad Ricardo Palma [Tesis]. 2023 [citado 17 de abril de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/6341>



# ANEXOS



### ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	Edad	Estado Civil	Grado Del Instrucción	Procedencia	Paridad	Periodo Intergenesico	Controles Prenatales	Antecedente De Pre-eclampsia	Antecedente Familiar De Pree.	Proteína	Plaquetas	Presión Arterial	Criterios De Severidad
1	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	≤ 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea	
2	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	primipara	corto	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno	
3	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	primipara	largo	> 6	No	no	≥ 100000 ...	> 160/110 ...	cefalea	
4	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
5	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
6	> 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	largo	≤ 6	Si	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
7	> 35 años	conviviente	superior	urbano	multipara	largo	> 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
8	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno
9	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
10	> 35 años	conviviente	primaria	urbano	primipara	largo	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
11	> 35 años	casada	secundaria	rural	primipara	largo	≤ 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno	
12	> 35 años	conviviente	primaria	urbano	multipara	largo	≤ 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
13	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	< 100000 ...	140/90 - 16...	epigastralgia	
14	> 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	tinitus
15	19 a 35 años	casada	secundaria	urbano	multipara	largo	> 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
16	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	< 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
17	> 35 años	casada	secundaria	rural	multipara	largo	≤ 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
18	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	adecuado	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	> 160/110 ...	escotomas
19	19 a 35 años	soltera	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno	
20	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno	
21	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea y epigastralgia
22	> 35 años	soltera	superior	urbano	primipara	largo	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno	
23	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	multipara	adecuado	≤ 6	Si	no	< 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
24	> 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	largo	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
25	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	largo	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea
26	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	largo	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea	
27	19 a 35 años	soltera	secundaria	urbano	multipara	corto	> 6	No	no	< 300 mg/...	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea y epigastralgia



28	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno	
29	> 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	≤ 6	Si	no	≥ 100000 ...	> 160/110 ...	escotomas	
30	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	primipara	largo	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea	
31	19 a 35 años	conviviente	secundaria	rural	primipara	adecuado	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea y escotomas	
32	19 a 35 años	conviviente	secundaria	rural	multipara	largo	> 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
33	> 35 años	conviviente	primaria	rural	primipara	corto	≤ 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea	
34	19 a 35 años	conviviente	secundaria	rural	nulipara	.	≤ 6	No	no	< 100000 ...	> 160/110 ...	cefalea y convulsiones	
35	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	< 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y epigastralgia
36	> 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
37	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	> 6	No	no	< 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y epigastralgia
38	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	epigastralgia y escotomas
39	19 a 35 años	casada	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	epigastralgia	
40	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
41	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno	
42	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	< 300 mg/...	≥ 100000 ...	> 160/110 ...	cefalea, epigastralgia y escotomas
43	> 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	> 160/110 ...	ninguno
44	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	primipara	corto	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	convulsiones
45	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea
46	> 35 años	conviviente	primaria	urbano	multipara	largo	> 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
47	≤ 18 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	convulsiones	
48	19 a 35 años	casada	secundaria	urbano	primipara	largo	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
49	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	largo	> 6	Si	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea y epigastralgia	
50	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno	
51	≤ 18 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	< 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
52	≤ 18 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea	
53	19 a 35 años	casada	secundaria	urbano	multipara	adecuado	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	escotomas
54	> 35 años	soltera	primaria	rural	nulipara	.	≤ 6	No	no	< 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	
55	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	multipara	adecuado	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	< 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
56	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	< 300 mg/...	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	escotomas y convulsiones
57	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno	
58	19 a 35 años	casada	secundaria	rural	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno	



59	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	adecuado	> 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
60	> 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	≤ 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
61	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	> 160/110 ...	epigastralgia
62	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	> 6	Si	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
63	19 a 35 años	conviviente	superior	rural	primipara	adecuado	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea, epigastralgia y escotomas
64	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea y escotomas
65	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	largo	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	> 160/110 ...	cefalea y escotomas
66	19 a 35 años	conviviente	superior	rural	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno
67	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	largo	≤ 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
68	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
69	19 a 35 años	conviviente	secundaria	rural	primipara	adecuado	> 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
70	19 a 35 años	soltera	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	epigastralgia
71	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
72	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	> 160/110 ...	cefalea y epigastralgia
73	> 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
74	19 a 35 años	soltera	secundaria	urbano	primipara	adecuado	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
75	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	adecuado	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
76	19 a 35 años	soltera	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno
77	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	multipara	corto	≤ 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
78	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	primipara	adecuado	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
79	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	multipara	largo	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea y epigastralgia
80	> 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	adecuado	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
81	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	multipara	corto	> 6	No	si	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	epigastralgia
82	19 a 35 años	conviviente	primaria	rural	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	< 140/90 ...	ninguno
83	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	epigastralgia y escotomas
84	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
85	19 a 35 años	conviviente	primaria	urbano	primipara	largo	≤ 6	No	no	≥ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea, epigastralgia y escotomas
86	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	convulsiones
87	> 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	largo	≤ 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea
88	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	primipara	corto	> 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea



89	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	corto	≤ 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
90	19 a 35 años	conviviente	secundaria	rural	primipara	adecuado	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
91	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	multipara	adecuado	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y epigastralgia
92	> 35 años	casada	superior	urbano	nulipara	.	> 6	Si	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
93	19 a 35 años	soltera	superior	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
94	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	.	≅ 100000 ...	> 160/110 ...	escotomas
95	19 a 35 años	casada	secundaria	rural	primipara	largo	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
96	19 a 35 años	conviviente	secundaria	rural	nulipara	.	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea
97	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	< 140/90 ...	cefalea, epigastralgia y escotomas
98	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
99	19 a 35 años	soltera	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
100	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	escotomas
101	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	adecuado	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
102	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
103	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	.	< 100000 ...	140/90 - 16...	epigastralgia
104	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
105	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
106	19 a 35 años	conviviente	secundaria	rural	multipara	adecuado	≤ 6	Si	si	.	< 100000 ...	> 160/110 ...	cefalea
107	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
108	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	primipara	adecuado	> 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	> 160/110 ...	cefalea
109	19 a 35 años	soltera	superior	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	si	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	epigastralgia
110	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	Si	si	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y epigastralgia
111	> 35 años	conviviente	primaria	rural	multipara	largo	> 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y epigastralgia
112	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	primipara	adecuado	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y epigastralgia
113	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
114	19 a 35 años	conviviente	superior	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
115	19 a 35 años	casada	secundaria	rural	multipara	largo	> 6	Si	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno
116	19 a 35 años	conviviente	secundaria	rural	multipara	adecuado	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea y escotomas
117	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	multipara	corto	≤ 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
118	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	primipara	largo	> 6	No	no	< 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea
119	> 35 años	conviviente	primaria	rural	multipara	largo	> 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	> 160/110 ...	ninguno
120	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	> 6	No	no	.	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	cefalea, epigastralgia y escotomas
121	19 a 35 años	conviviente	secundaria	urbano	nulipara	.	≤ 6	No	no	≅ 300 mg/...	≅ 100000 ...	140/90 - 16...	ninguno



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL  
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2023

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGÍA
<b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuáles son los factores predictivos de riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno 2023?	<b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar los factores predictivos de riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno 2023	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b> Los factores predictivos de riesgos clínicos están relacionados significativamente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón – Puno 2023	<b>Variable 1</b> 1. Factores predictivos de riesgos	1.1 Sociodemográficos	1.1.1 Edad	a. < 18 años b. 18 a 35 años c. > 35 años	<b>Diseño de la investigación:</b> No experimental
					1.1.2 Estado Civil	a. Soltera b. Casada c. Viuda d. Conviviente	
					1.1.3 Grado de instrucción	a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Superior	<b>Método de la investigación:</b> El método científico y el método hipotético deductivo, donde se usaron historias clínicas y exámenes de laboratorio.
					1.1.4 Procedencia	a. Urbano b. Rural	
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b>					
PE1.- ¿Cuáles son los factores predictivos de riesgos sociodemográficos	OE1.- Identificar los factores predictivos de riesgos sociodemográficos relacionados a	HE1.- - Los factores predictivos de riesgos sociodemográficos como edad,		1.2 Obstétricos	1.2.1 Paridad	a. Primípara b. Multípara c. Gran multípara	<b>Muestra:</b> 121 pacientes con el uso de criterios de exclusión.



relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón?	preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón	estado civil, grado de instrucción y la procedencia están relacionadas significativamente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón			1.2.2 Periodo intergenésico a. Corto (< 18 m) b. Largo (> 59 m) c. Adecuado	<b>Criterios de exclusión:</b>  • Pacientes con hipertensión arterial crónica.  • Pacientes con insuficiencia o enfermedad degenerativa de algún órgano.  • Pacientes con trastornos de la coagulación
PE2.- ¿Cuáles son los factores predictivos de riesgos obstétricos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón?	OE2.- Evaluar los factores predictivos de riesgos obstétricos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón	HE2.- - Los factores predictivos de riesgos obstétricos, tales como, paridad, periodo intergenésico, controles prenatales, antecedentes de preeclampsia y antecedentes familiares de preeclampsia están relacionadas significativamente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón			1.2.3 Controles prenatales a. < 6 controles b. ≥ 6 controles	<b>Técnicas, fuentes e instrumentos de la investigación:</b>  <u>Técnicas</u>  Variable 1 y 2: Se utilizó el análisis documental.  <u>Fuentes</u>  Variable 1y 2: Primaria por el uso de documentos oficiales.  <u>Instrumentos</u>  Variable 1 y 2: Se utilizo la ficha de recolección de datos de elaboración propia.
PE3.- ¿Cuáles son los factores predictivos de riesgos clínicos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón?	OE3.- Verificar los factores predictivos de riesgos clínicos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón	HE3.- Los factores predictivos de riesgos clínicos como proteinuria, plaquetas, presión arterial y criterios de severidad están relacionadas significativamente a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón			1.2.4 Antecedente de preeclampsia a. Si b. No	
					1.2.5 Antecedente familiares de preeclampsia a. Si b. No	



PE4.- ¿Cuál es la frecuente de preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón?	OE4.- Precisar la frecuencia de la preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón	HE4.- Es frecuente la preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón	1.3 Clínicos	1.3.1 Proteinuria	a. < 300 mg/24h b. > 300 mg/24h	
				1.3.2 Plaquetas	a. > 100000 mm <sup>3</sup> b. < 100000 mm <sup>3</sup>	
				1.3.3 Presión arterial	a. < 140/90 mmHg b. > 140/90 mmHg c. > 160/110 mmHg	
				1.3.4 Criterios de severidad	a. Cefalea b. Escotomas c. Epigastralgia d. Edema agudo de pulmón e. Convulsiones	
<b>Variable 2</b> 2. Preeclampsia y eclampsia en gestantes			2.1 Diagnóstico de preeclampsia y eclampsia	2.1.1 Preeclampsia y eclampsia	a. Preeclampsia sin signos de severidad b. Preeclampsia con signos de severidad c. Eclampsia	



**ANEXO 03: INSTRUMENTO**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

(Elaborado por: Nedy Jhesmy Chura Sulca)

**PARA LA VARIABLE 1: Factores de riesgos predictivos**

<b>CÓDIGO DE PACIENTE</b>			
<b>SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
<b>EDAD</b>	19 a 25 años	25 a 35 años	> 35 años
<b>ESTADO CIVIL</b>	1. Soltera	( )	
	2. Casada	( )	
	3. Viuda	( )	
	4. Conviviente	( )	
<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>	1. Ninguno	( )	
	2. Primaria	( )	
	3. Secundaria	( )	
	4. Superior	( )	
<b>PROCEDENCIA</b>	1. Urbano	( )	
	2. Rural	( )	
<b>OBSTETRICOS</b>			
<b>PARIDAD</b>	1. Nulípara	( )	
	2. Primípara	( )	
	3. Multicapa	( )	
	4. Gran Multípara	( )	
<b>PERIODO INTERGENÉSICO</b>	1. Corto (<18 meses)	( )	
	2. Largo (> 59 meses)	( )	
	3. Adecuado	( )	
<b>CONTROLES PRENATALES</b>	1. < 6 controles	( )	
	2. ≥ 6 controles	( )	
<b>ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA</b>	Si ( )		No ( )



<b>ANTECEDENTE FAMILIAR DE PREECLAMPSIA</b>	Si ( )		No ( )	
<b>CLÍNICOS</b>				
<b>PROTEINURIA</b>	Mg/24h	<b>FACTOR DE PLAQUETAS</b>	Mm3	
<b>PRESIÓN ARTERIAL</b>	mmHg			
<b>CRITERIOS DE SEVERIDAD</b>	Cefalea		( )	
	Escotomas		( )	
	Epigastralgia		( )	
	Edema agudo de Pulmón		( )	
	Convulsiones		( )	

**PARA LA VARIABLE 2: Preeclampsia y eclampsia en gestantes**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	Preeclampsia sin signos de severidad	( )
	Preeclampsia con signos de severidad	( )
	Eclampsia	( )



## ANEXO 04: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

### JUICIO DE EXPERTOS

**TÍTULO DE LA TESIS:** FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN

**NOMBRE DEL JUEZ:** ROBERT LALO MOLLEPAZA MAMANI

**ESPECIALIDAD:** GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**CMP:** 24149      **RNE:** 12967      **FECHA:** 03/09/2024

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

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



### ESCALA DE VALIDACIÓN

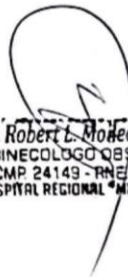
Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

### CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe ROBERTO MOHEAPAZA MANGU identificado con DNI N° 29268747 y CMP N° 24149 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante

Bach. CHURA SULLCA NEDY JHESMY

Puno 03 de setiembre del 2024

  
**Dr. Robert L. Mohepaza M.**  
 GINECOLOGO OBSTETRA  
 CMP 24149 - RNE 12567  
 HOSPITAL REGIONAL "MAB" - PUNO



## JUICIO DE EXPERTOS

**TÍTULO DE LA TESIS:** FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN

**NOMBRE DEL JUEZ:** RENDO LOPEZ APAZA

**ESPECIALIDAD:** GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**CMP:** 52919    **RNE:** 40054    **FECHA:** 03/09/2024

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

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



### ESCALA DE VALIDACIÓN

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

### CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe Rendo Lopez Apaza identificado con DNI N° 50.56.88.68 y CMP N° 529.19 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante

Bach. CHURA SULLCA NEDY JHESMY

Puno 03 de setiembre del 2024

  
HOSPITAL REGIONAL INIMS - PUNO  
DR. RENZO LOPEZ APAZA  
GINECOLOGO - OBSTETRA  
CMP 52919 RNE 1905A



## JUICIO DE EXPERTOS

**TÍTULO DE LA TESIS:** FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN

**NOMBRE DEL JUEZ:** RENAN LUQUE MAMANI

**ESPECIALIDAD:** GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**CMP:** 24157    **RNE:** 16852    **FECHA:** 03/09/2024

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>

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



### ESCALA DE VALIDACIÓN

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

### CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe Renan Luque Mamani identificado con DNI N° 01234375 y CMP N° 24157 certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante.

Bach. CHURA SULLCA NEDY JHESMY

Puno 03 de setiembre del 2024

  
 Dr. Renan Luque Mamani  
 GINECOLOGO OBSTETRA  
 CMP 24157 - RNE. 16852  
 HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



ANEXO 05: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN



HOSPITAL REGIONAL  
"MANUEL NUÑEZ BUTRON" PUNO  
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION  
AV. El Sol 1021-Puno Teléfonos 351021-369696

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Puno, 17 de julio del 2024

001895

OFICIO MULTIPLE N°

-2024-D-UAID-HR "MNB" - PUNO

Señor Dr.:

Robert MOLLEPAZA M.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presente.-

ASUNTO: Presentación de Tesista.

Por medio del presente es grato dirigirme a usted para, presentar a la señorita Nedy Jhesmy CHURA SULLCA, Egresada de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez – Juliaca; quien ejecutará el Proyecto de Investigación Titulado "FACTORES PREDICTIVOS DE RIESGOS RELACIONADOS A PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA EN GESTANTES EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON DE PUNO 2023; a partir de la fecha, con la aprobación de su jefatura. Se solicita brindar las facilidades del caso.

Es propicia la oportunidad para expresarle mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,

DR. JERÓNIMO C. VALENCIA REINOSO  
C.M.P. 50091-RNE. 47083  
DIRECTOR  
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

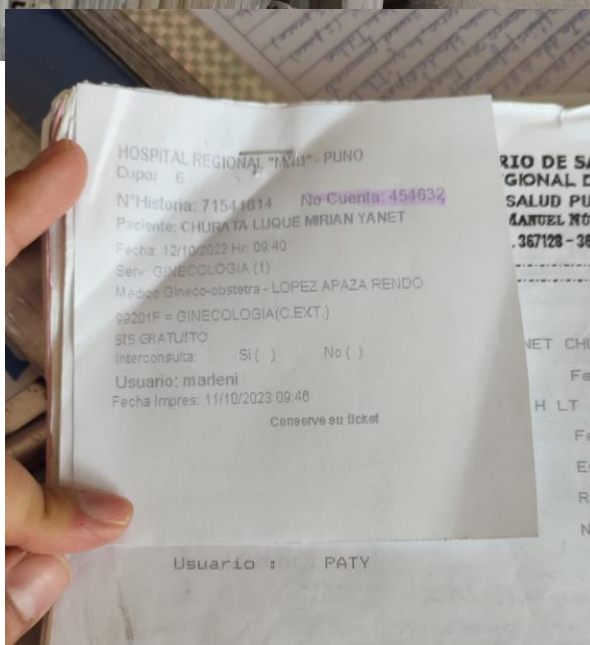
JPVR/MBA/MLM  
CC. Arch.



se autoriza la revisión de Historias  
clínicas.

Ing. Elizabeth Y. Quispe Esquivel  
JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA  
HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO

## ANEXO 06: EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN



PACIENTES ATENDIDOS		SEPTIEMBRE 2023		ACUMULADO	
	N°	%	N°	%	
TOTAL DE PACIENTES	238	100%	1708	100%	
TOTAL DE PACIENTES NO QUIRURGICOS	118	54%	958	56%	
TOTAL DE PACIENTES QUIRURGICOS	100	46%	741	44%	
CESAREAS	47	22%	368	22%	
LEGRADO UTERINO TOTAL	24	11%	269	16%	
LEGRADO POST PARTO	9	4%	77	5%	
LEGRADO POR ABORTO	15	7%	189	11%	
HISTERECTOMIA	10	5%	22	2%	
OTRAS CAUSAS DE CIRUGIA	29	13%	100	6%	
REFERENCIA A OTRO HOSPITAL	-	-	5	-	
TRANSFERENCIA A UCI	02	-	40	-	
FALLECIDOS EN UCI	-	-	2	-	
ALTAS MEDICAS	203	-	1426	-	
ALTAS SOLICITADAS	11	-	89	-	
REFERENCIA A OTROS SERVICIOS	2	-	14	-	

Fotografías tomadas durante la revisión de historias clínicas y exámenes de laboratorio en el Hospital Manuel Núñez Butrón.



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: \_\_\_\_\_

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Nedy Jhesmy Chura Sulca  
Dirección: Av. Ejército N° 273 - Puno  
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: DNI 72588467  
Teléfono: 950355773 email: nedy.jhesmy.698@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: Ciencias de la Salud  
Escuela Profesional o Mención: Medicina Humana  
Título o Grado Académico a optar: Médico Cirujano  
Asesor: Mgr. Santiago Cristobal Quispe Pari

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:  
Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: Factores Predictivos de riesgos relacionados a preeclampsia y eclampsia en gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón - Puno 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): Factores predictivos, factores de riesgos, Preeclampsia

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup>?

<sup>1</sup> 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.  
<sup>2</sup> 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  Título  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

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

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

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

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

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

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

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

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

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

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

- Sí autorizo
- No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

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

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

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

Internacional

Nacional

Línea de investigación: Medicina Humana - P09

Firma de Autor



huella digital

Fecha