



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



TRABAJO ACADÉMICO
FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE
PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD COJATA
HUANCANÉ 2021

PRESENTADO POR:

REYNA ISABEL YUCRA CONDORI

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

JULIACA – PERÚ

2024



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

TRABAJO ACADÉMICO
FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE
PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD COJATA
HUANCANÉ 2021

PRESENTADO POR:
REYNA ISABEL YUCRA CONDORI

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

PRESIDENTE

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG04



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°207 - 2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 25 de julio del 2024

VISTO:

El Expediente N° 2024-06341, de la Egresado (a) YUCRA CONDORI REYNA ISABEL, con DNI N° 45533505 y Código N° 1710100869, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) YUCRA CONDORI REYNA ISABEL, con DNI N° 45533505 y Código N° 1710100869, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

- Presidente : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- Primer Miembro : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA
- Segundo Miembro : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

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

- Fecha : Viernes, 09 de agosto del 2024
- Hora : 08:30 a.m.
- Lugar : Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA

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

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
DIRECCIÓN
JULIACA, PERÚ
Dr. Leopoldo Wenceslao Condori Cari
DIRECTOR (a)



FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE PREDECLARACIÓN EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	8%
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	1library.co Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1%



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	REYNA ISABEL YUCRA CONDORI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	45533505
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-0386-2879
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	No aplica
URL de ORCID	No aplica
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4559-141X
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X



Miembro del jurado 2

Nombres Y Apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4252-5265
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: Centro de Salud Cojata País: Perú Departamento: Puno Provincia: Huancané Distrito: Cojata -15.01594, -69.36652 https://acortar.link/BagbUz</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2021 - 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la educación https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.03.00 Educación general (incluye capacitación, pedagogía) https://purl.org/pe-repo/ocde/tord#5.03.01



UNIVERSIDAD ANDINA "SANTO DOMINGO DE BULBULI"
ESCALA DE POSTGRADO
Dr. Segundo Ortiz Cansaya
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo REYNA ISABEL YUCRA CONDORI, identificado con DNI
Nro. 45533505 en mi condición de egresado de:

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

ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

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

“ FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021 ”

Asesorado por: _____

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 15 de Noviembre del 2024



FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Dedico este estudio a mi querida hija, quien me motiva y me inspira constantemente a superarme cada día, y a esforzarme por construir un futuro mejor para ambos.

Agradezco a mis amados padres por sus palabras de apoyo que siempre me animaron a no rendirme y a seguir siendo persistente en la búsqueda de mis sueños.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis mentores, individuos sabios que han dedicado esfuerzo y tiempo para guiarme y contribuir a mi desarrollo hasta alcanzar la situación en la que me encuentro actualmente.

Deseo expresar mi agradecimiento hacia la Universidad que me recibió con los brazos abiertos y me brindó la oportunidad de recibir mi formación en sus instalaciones.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	vii
AGRADECIMIENTO.....	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN.....	xv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. Título del informe del trabajo académico.....	1
1.1.1. Entidad en la que se llevará a cabo.....	1
1.1.2. Tiempo de ejecución	1
1.1.3. Responsable directa	1
1.2. Descripción del problema.....	1
1.3. Justificación del trabajo académico.....	2
Por su valor en términos teóricos.....	2

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4

CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. Marco Teórico.....	5
3.1.1. Factores predisponentes.....	5
3.1.2. 1. Factores personales.....	5



3.1.2.1.1. Grupo etario.....	5
3.1.2.1.2. Grado de Instrucción.....	5
3.1.2.1.3. Índice de masa corporal.....	6
3.1.2.1.4. Hipertensión en familiares.....	8
3.1.2.2. Factores Obstétricos.....	8
3.1.2.2.1. Tipo de embarazo.....	8
3.1.2.2.2. Atención prenatal.....	9
3.1.2.2.3. Paridad.....	9
3.1.2.2.4. Enfermedades intercurrentes.....	10
3.1.2.2.5. Periodo intergenésico.....	12
3.1.3. Preeclampsia.....	12
B. Preeclampsia severa:.....	13
3.2. Antecedentes.....	15

CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS

4.1. METODOLOGÍA.....	20
4.1.1. Métodos aplicados a la investigación.....	20
4.1.2. Diseño de la investigación.....	20
4.1.3. Población y muestra.....	21
4.1.4. Técnica, instrumento y fuentes de recolección de datos.....	22
4.2. RESULTADOS.....	24
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXO N° 1	



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	25
Tabla 2	27
Tabla 3	29
Tabla 4	31
Tabla 5	33
Tabla 6	35
Tabla 7	37
Tabla 8	39
Tabla 9	41



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1	25
Grupo etario relacionado a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021	
Figura 2	27
Grado de instrucción relacionado a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021	
Figura 3	29
Índice de masa corporal relacionado a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021	
Figura 4	31
Hipertensión en familiares relacionado a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021	
Figura 5	33
Tipo de embarazo relacionado a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021	
Figura 6	35
Atención prenatal relacionado a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021	
Figura 7	37
Paridad predisponente de preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021	
Figura 8	39
Enfermedades intercurrentes predisponente de preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021	
Figura 9	41
Periodo intergenésico predisponente de preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021	



RESUMEN

El presente Trabajo académico Titulado “FACTORES DE RIESGO PREDISPONENTES DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021”. el proceso se realizó con el **Objetivo:** brindar atención integral oportuna en el cuidado de las gestantes con preeclampsia, sus factores de riesgo y su manejo adecuado, implementar un sistema de monitoreo de la presión arterial y otros signos vitales en las mujeres embarazadas para detectar tempranamente la preeclampsia, no solo reducir la incidencia, también mejorar la calidad de atención en gestantes, diagnosticado por gineco-obstetra en el centro de salud cojata Huancané 2021. **Procedimiento:** ayudará a mejorar la atención y prevención de la preeclampsia en la población atendida, definir criterios claros para la derivación a especialistas en su aria, esto nos permitirá crear un plan de intervención basado en “PRIORIZADO, RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENCIONES”. **Conclusión:** los factores de riesgo identificados son cruciales para la prevención y manejo de la preeclampsia en gestantes, seguimiento riguroso y monitoreo continuo para evitar complicaciones. La utilización de herramientas como “PRIORIZADO, RESULTADOS ESPERADOS E INTERVENCIONES” es crucial para proporcionar una atención integral en el manejo de la preeclampsia, permiten estructurar diagnósticos, establecer resultados y definir intervenciones específicas que se ajustan a las necesidades de las pacientes gestantes, plan de cuidados efectivo, como **administración de medicamentos, antihipertensivos**, monitorear y administrar medicamentos como metildopa, siguiendo protocolos establecidos y el control de presión arterial y **suplementos de calcio** y mejora el pronóstico y el bienestar de las mujeres gestantes. **Recomendación:** se recomienda al equipo de salud y a la jefa de obstetras asegurar un manejo riguroso a las gestantes con factor de riesgo predisponente a la preeclampsia en mujeres embarazadas, capacitando al personal obstetra y utilizando protocolos estandarizados, además es fundamental administrar correctamente los medicamentos y realizar una atención efectiva en el contexto de la salud materno-infantil.

Palabras claves: factores de riesgo, predisponente de preclamsia, gestantes atendidas.



ABSTRACT

The present academic work entitled "RISK FACTORS PREDISPOSING TO PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN CARED FOR AT THE COJATA HUANCANÉ HEALTH CENTER 2021". the process was carried out with the Objective: to provide timely comprehensive care in the care of pregnant women with preeclampsia, their risk factors and their proper management, implement a blood pressure monitoring system and other vital signs in pregnant women to detect preeclampsia early, not only reduce the incidence, also improve the quality of care in pregnant women, diagnosed by gynecologist-obstetrician at the Huancané Cojata Health Center 2021. Procedure: will help improve the care and prevention of preeclampsia in the population served, define clear criteria for referral to specialists in their area, this will allow us to create an intervention plan based on "PRIORIZED, EXPECTED RESULTS AND INTERVENTIONS". Conclusion: the identified risk factors are crucial for the prevention and management of preeclampsia in pregnant women, rigorous follow-up and continuous monitoring to avoid complications. The use of tools such as "PRIORIZED, EXPECTED RESULTS AND INTERVENTIONS" is crucial to provide comprehensive care in the management of preeclampsia, allow structuring diagnoses, establishing results and defining specific interventions that fit the needs of pregnant patients, effective care plan, such as administration of medications, antihypertensives, monitoring and administering medications such as methyldopa, following established protocols and blood pressure control and calcium supplements and improves the prognosis and well-being of pregnant women. Recommendation: the health team and the head of obstetricians are recommended to ensure rigorous management of pregnant women with risk factors predisposing to preeclampsia in pregnant women, training obstetric staff and using standardized protocols, it is also essential to correctly administer medications and provide effective care in the context of maternal-child health.

Keywords: risk factors, predisposing to preeclampsia, pregnant women treated.



INTRODUCCIÓN

“La preeclampsia comienza a mostrarse después de la semana 20 de embarazo como un trastorno de hipertensión específico. La falta de intervención adecuada puede dar lugar a la eclampsia. A pesar de su reconocimiento clínico, la causa exacta aún se desconoce y está asociada a significativas complicaciones en la salud de la madre y el bebé durante el periodo perinatal” **(1)**

“La preeclampsia y la eclampsia exhiben diversos síntomas clínicos que son consecuencia de la misma afección. Los síntomas principales incluyen hipertensión, presencia de prótido en la orina e Hinchazón. Cuando se añaden convulsiones a estos síntomas, se establece el diagnóstico de eclampsia. Ciertas mujeres que están en estado de gestación pueden experimentar el síndrome conocido como HELLP, se distingue por la detección de anomalías bioquímicas que indican la descomposición en relación con los glóbulos rojos, elevación de las enzimas del hígado y un decrecimiento en la cantidad de trombocito en la sangre.” **(2)**

La OMS dice que en países en desarrollo la preeclampsia es siete veces más común que en países desarrollados, impactando al 2,8% y al 0,4% de los nacimientos vivos, respectivamente. En diversas naciones, la tasa de incidencia de eclampsia varía desde 1 caso por cada 100 embarazos hasta 1 caso por cada 1.700 embarazos, en comparación con 5 a 7 casos por 10.000 nacimientos en América del Norte y Europa. En países como Sudáfrica, Egipto, Tanzania, Etiopía y Nigeria, la prevalencia del VIH oscila entre el 1,8% y el 16,7%. En América, la prevalencia de morbilidad prenatal oscila con porcentajes del 8% y del 45%, y una



tasa de mortalidad que se sitúa entre el 1% hasta 33%. Esta prevalencia afecta al 40% de las damas con padecimiento renal crónica o problemas vasculares. **(3)**

“En el INMP, de un total de 1.611 pacientes dadas de alta con diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo, 1.522 (94,5%) fueron diagnosticadas con preeclampsia, 24 (1,5%) con eclampsia y 65 con síndrome HELLP., representando el 4%”. **(4)**

La investigación se llevará a cabo con un enfoque del estudio será no experimental y transversal, con un tipo correlacional; prospectivo, y recopilará datos del centro de salud Cojata Huancané en 2021.

La estadística descriptiva será la herramienta analítica empleada.

En el presente trabajo académico se estructurará de la siguiente manera:

- Capítulo I: Aspectos generales.
- Capítulo II: Objetivos del proyecto.
- Capítulo III: Fundamentos teóricos.
- Capítulo VI: Planificación, ejecución y resultados.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. Título del informe del trabajo académico.

Factores de riesgo predisponentes de preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021.

1.1.1. Entidad en la que se llevará a cabo.

Centro de Salud Cojata Huancane

1.1.2. Tiempo de ejecución

Desde el 1 de septiembre hasta el 30 de noviembre del año 2021.

1.1.3. Responsable directa

Obstetra, Reyna Isabel Yucra Condori.

1.2. Descripción del problema.

“La OMS sostiene que alrededor de 800 mujeres fallecen diariamente debido a condiciones prevenibles asociadas a la gravidez y el parto. Entre estas condiciones, la preeclampsia se sitúa en el tercer puesto, seguida de hemorragias severas e infecciones” (5)

“La preeclampsia se considera una complicación seria y habitual Que se desarrolla durante el embarazo y puede causar graves problemas para la madre y el bebé. Su



frecuencia varía según la región del mundo, habiéndose informado tasas de incidencia que oscilan entre el 1.91% y el 12%, de acuerdo con una revisión internacional” (6) “La preeclampsia se destaca como la confusión médica más constante que ocurre durante el embarazo, de acuerdo a las cifras proporcionadas por la OMS, se documentan anualmente más de 200,000 casos de fallecimiento materno en todo el mundo como resultado las complejidades relacionadas con esta condición” (7)

La preeclampsia es la quinta causa más común para realizar una cesárea.

Según el estudio de Colque M. (8) realizado en el Hospital Regional de Abancay en 2019, esto fue un indicador de riesgo para el desarrollo a problemas de salud en los recién nacidos.

Esto nos hace cuestionar la siguiente interrogante.

Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo predisponentes de preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021?

1.3. Justificación del trabajo académico.

Por su valor en términos teóricos

“La preeclampsia representa una grave complicación en el transcurso del embarazo con múltiples causas y efectos sistémicos, que puede resultar en mortalidad materna y perinatal, y requiere poner fin a la gestación para su tratamiento definitivo. Trae consecuencias en la madre y el neonato, las cuales se hospitalizan en repetidas ocasiones, esto afecta negativamente a la familia y al sistema de salud. Surge por la reducción del flujo sanguíneo en el organismo,



ocasionada por la compactación de los vasos sanguíneos y la acción de coagulación, entre otros. Los signos de este trastorno se hacen evidentemente durante la semana 20 del embarazo, en el momento del parto o en las primeras 6 semanas luego del nacimiento, con una presión sanguínea alta de 140/90 mmHg o superior, junto con la presencia de proteínas en la leche, hinchazón (que no se considera un síntoma distintivo), dolor de cabeza, zumbidos en los oídos, destellos de luz en la visión, molestias abdominales y anomalías en los análisis de laboratorio" (9)

Por su relevancia práctica:

Por todo lo expuesto, Es fundamental identificar los elementos de riesgo que aumentan la predisposición ala Preeclampsia en mujeres gestantes que reciben cuidado en el Centro de Salud Cojata, que contribuyen al aumento de cesáreas de emergencia y la disminución de los partos eutócicos

Por su aporte metodológico:

Este estudio contribuirá con enfoques metodológicos y estadísticos, así como con herramientas fiables y efectivas. Que podrán ser utilizadas en estudios futuros.

Por su aporte científico:

Brindar ideas innovadoras que ayuden a los especialistas que desean ampliar el conocimiento existente. Esto adquiere una importancia fundamental debido a la ausencia de estudios anteriores en este campo.



CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

OG. Determinar los factores de riesgo predisponentes de preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané 2021.

2.2 Objetivos específicos.

OE1. Establecer los riesgos personales vinculados a la preeclampsia en mujeres en estado de embarazo atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané.

OE2 detectar los riesgos obstétricos relacionado a la preeclampsia en gestantes que son atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané.



CAPÍTULO III

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. Marco Teórico.

3.1.1. Factores predisponentes.

Hace referencia alguna cualidad, atributo o factor presente en una persona que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad o sufrir una lesión. (10)

3.1.2. 1. Factores personales.

“Se trata de las peculiar personales que llevan consigo una motivación intrínseca para satisfacer necesidades fundamentales como la alimentación y la orientación sexual, las cuales influyen en la formación de la personalidad”. (11)

3.1.2.1.1. Grupo etario.

“Hace referencia al rango de edades de una persona que se vincula con las fases de crecimiento, pero es importante tener en cuenta que no debe interpretarse de manera estricta, dado que existe variabilidad tanto a nivel individual como cultural.” (12)

- Adolescentes de 12 a 17 años
- Jóvenes de 18 a 29 años
- Adultos de 30 a 59 años

3.1.2.1.2. Grado de Instrucción.



El término "instrucción", originado en la palabra latina "instructiōnis", implica la noción de "crear internamente" o "transmitir conocimientos, habilidades y aptitudes a otra persona para que los adquiera". Mientras que la instrucción implica ofrecer directrices, contenido y datos sin una evaluación crítica, este proceso se relaciona con la formación completa de un individuo. (13)

Sin instrucción. Persona que carece de la habilidad para leer y escribir y, en un sentido más amplio, se refiere a alguien que es ignorante o carece de educación. (14)

Nivel primario. La educación primaria dura seis años y Es la segunda etapa del ciclo de educación básica. estándar. Su objetivo es la educación integral de niños y niñas, promoviendo la comunicación, el dominio del conocimiento, el crecimiento en varios aspectos, el pensamiento lógico, la creatividad, las habilidades esenciales y la comprensión del entorno. (15)

El nivel secundario, que ocupa el tercer lugar en la estructura educativa básica estándar, generalmente abarca un intervalo de 5 años. Proporciona a los alumnos una educación en humanidades, ciencias y tecnología, áreas donde el conocimiento evoluciona constantemente. También fortalece la identidad social y personal de los estudiantes. (16)

3.1.2.1.3. Índice de masa corporal.

La IMC establece como obesidad, normal, sobrepeso o en peso de la persona. Comparada con los estándares proporcionados por la OMS para adultos, adquirió una fórmula. IMC se evaluará previamente al embarazo y durante las semanas de gestación para mujeres embarazadas. (17)



$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (en kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (en m)}}$$

Aumento de peso recomendado basado en IMC.

Con un IMC por debajo de 18,5: Indica delgadez: Esto sugiere un déficit de peso respecto a la altura. Es necesario evaluar de manera completa la dieta y nutrición. Necesario aumentar peso en embarazo de 12,5 a 18 kg para evitar bajo peso en bebés.(17)

IMC en el rango de 18,5 a 25,0 es considerado como normal para mujeres saludables, lo que implica un riesgo bajo de tener un bebé con un peso inferior o superior a cuatro kilogramos. En este caso, el IMC sugiere un aumento de peso durante el embarazo de alrededor entre 11,5 y 16 kg. (17)

IMC de 25 a 30, indicando sobrepeso: Las féminas con un nivel más alto de probabilidad de desarrollar Diabetes gestacional, presión arterial alta y tener bebés con un peso considerable suelen ser aquellas que experimentan un aumento significativo de peso durante el embarazo. Estas futuras madres necesitan es apreciar exhaustiva de su alimentación y nutrición. Se sugiere un incremento de peso de entre 7 y 11.5 kg para estas embarazadas. (17)

IMC mayor de 30 Obesidad: Las mujeres que necesitan una atención nutricional específica deben aumentar su peso en un rango de 6 a 7 kg. Es importante que eviten cualquier método para perder peso, ya que esto aumenta el riesgo de letalidad del feto dentro del útero. (17)

Se calcula empleando una fórmula específica, considerando el IMC antes del embarazo y las semanas de gestación en el caso de una mujer embarazada.

$$\text{IMC Pregestacional Estimado} = \frac{\text{Peso pregestacional Estimado (kg)}}{\text{Talla m}^2}$$

Ganancia de peso recomendada según IMC.

	IMC (PG)	1er Trim.	2do y 3er Trim.	Recomendado
Delgadez	<18.50	0.5 a 2.0	0.51(0.44- 0.58)	12.5 a18
Normal	≥18.50 y 25.00	0.5 a 2.0	0.42 (035- 0.50)	11.5 a 16.0
Sobre peso	25.00 y <30.0	0.5 a 2.0	0.28 (0.23 -0.33)	7.0 a 11.5
Obesidad	≥ 30.00	0.5 a 2.0	0.22 (0.17 -0.27)	a 9.0

Fuente Resolución ministerial MINSA 325-2019

3.1.2.1.4. Hipertensión en familiares

Aumento en la presión arterial sin presencia de proteínas en la orina en una mujer embarazada después de las 20 semanas. Cuando este diagnóstico se realiza por primera vez después del parto, se considera temporal: El tipo de hipertensión transitoria es crecimiento arterial e hipertensión crónica significa la regresión a la norma durante las 12 semanas después del parto. (18)

3.1.2.2. Factores Obstétricos.

Los elementos vinculados a las características de la madre durante la gravidez y el paritorio influyen en su desarrollo, son factores maternos.

3.1.2.2.1. Tipo de embarazo

Embarazo Múltiple: El embarazo múltiple se refiere a la gestación de varios fetos al mismo tiempo, y dado que los seres humanos normalmente tienen un solo hijo a la vez, cualquier embarazo múltiple se considera anormal. (19)



Única: Fertilización de un óvulo por un espermatozoide, originando un feto único en el útero. (20)

3.1.2.2. Atención prenatal

“La atención prenatal incluye consultas, reuniones programadas entre el personal médico y la mujer embarazada con el fin de supervisar el ascenso de la gestación y proporcionar organización para el parto y la atención del bebé. El propósito principal es minimizar los riesgos asociados. El control prenatal en Perú se utiliza para comunicarse directamente con la mujer embarazada y su pareja o acompañante, con el objetivo de proporcionarles información y orientación sobre La gestación, el parto y la atención del recién nacido, fomentando el conocimiento, la adopción de conductas saludables y la toma de decisiones adecuadas”. (21)

“Según MINSA, una mujer embarazada se considera bajo control médico si ha realizado al menos seis controles prenatales, siguiendo este esquema: se deben realizar dos antes de las 22 semanas, uno entre la semana 22 y 24, otro entre la semana 27 y 29, uno más entre la semana 33 y 35, y el último entre la semana 37 y el final del embarazo”. (22)

3.1.2.2.3. Paridad

La paridad se considera una condición de riesgo que afecta la letalidad perinatal y la morbilidad-mortalidad materna.

Primeriza: Una mujer que esta experimentado una gravidez que culminó en el nacimiento de un bebé sano y viable.

Múltipara: Se trata de una mujer que ha dado a luz entre dos y cuatro hijos.

Gran múltipara: Este nombre se suele utilizar cuando ha habido numerosos

nacimientos exitosos. (23)

3.1.2.2.4. Enfermedades intercurrentes.

“Denominadas también concomitantes o preexistentes, la enfermedad en el embarazo no es causada por este directamente, pero puede empeorar o representar un riesgo para el mismo. El riesgo puede requerir medicamentos en el embarazo para tratar la enfermedad” (24).

Diabetes.

“La diabetes gestacional ocurre en el embarazo debido a factores diabetógeno después de la semana 22” (25).

La oposición a la insulina relacionada a la lactancia materna (HPL) disminuyen los usos de glucosa del cuerpo, esto provoca que el cuerpo se vuelva a poner en sintonía con respecto a la glucosa y genera una respuesta de compensación con mayores niveles de insulina.

- Hay un incremento hormonal (cortisol, progesterona y estriol) y mayor degradación de insulina renal y placentaria.
- Aumenta la lipólisis.
- Cambios en la producción de glucosa debido a la utilización de aminoácidos necesarios para la producción de glucosa por parte del feto.

Entre el 2% y el 15% de los embarazos se ven afectados por este fenómeno, principalmente debido a la diabetes gestacional, la cual se manifiesta por primera vez en transcurso de la gestación. La existencia de diabetes gestacional aumenta esta probabilidad de que la mujer desarrolle diabetes tipo 2 en el futuro.(25).



Diabetes de tipo 1. “la deficiencia es de insulina el sello distintivo de esta forma de diabetes tipo 1, esta necesita recibir insulina a diario mediante inyecciones. Actualmente, ni se puede prevenir con el conocimiento, ni se sabe qué causa la diabetes tipo 1. Sus síntomas incluyen: excreción desmesurada de orina, sed constante, apetencia insaciable, pérdida de peso, problemas de visión y fatiga. De forma repentina consiguen surgir estos síntomas”

Diabetes tipo 2. “La diabetes tipo 2 se debe a consecuencia de una utilización errónea de la insulina. Es común y se genera por un peso excesivo y falta de acción física. Los signos pueden parecerse a los de la diabetes de tipo 1, sin embargo, normalmente son de menor grado” (25)

Anemia. El nivel de hemoglobina que se considera bajo menos de 12 g/dl en féminas no gestantes, y menor de 10 g/dl en curso de gravidez ó después del parto. Se ha establecido un umbral para detectar la presencia de anemia en mujeres gestantes que están tomando complemento de hierro. El límite se fija en 11 g/dl durante el primer y tercer trimestre, y en 10.5 g/dl en el segundo trimestre, según el percentil 5. La leve reducción de la hemoglobina en el embarazo se debe al aumento en el volumen plasmático en comparación con los glóbulos rojos. (26)

Amenaza de aborto. “La hemorragia vaginal en las etapas iniciales de gestación con el cuello uterino cerrado es indicativo de sospecha. Este sangrado es común en alrededor del 20-25% de las mujeres en el inicio de la gravidez y puede durar días o incluso septenario. Cerca de la mitad de los embarazos finalizan en aborto, pero el riesgo disminuye al detectar actividad cardíaca en el feto. Hemorragia durante el embarazo es el principal factor predictivo de aborto. Los fetos que no son abortados después de una hemorragia elevan la probabilidad de parto prematuro, que el recién nacido tenga un peso insuficiente y muerte perinatal. Sin embargo,



parece que no hay un mayor riesgo de supervivencia para los lactantes malformados. Hemorragia previa al parto, extracción manual de la placenta y cesárea son factores de riesgo maternos". (27)

3.1.2.2.5. Periodo intergenésico.

"Cada mujer puede elegir cuándo tener su próximo hijo, basado en el conocimiento de los riesgos de un período intergenésico corto o largo. No hay suficientes estudios disponibles sobre el intervalo ideal entre hijos, pero hay evidencia que indica que un intervalo menor a 18 meses aumenta el riesgo de cuestión de salud para la madre y el neonato. Con base en estas diferencias, un grupo de expertos convocado por la OMS determinó, de manera arbitraria, sugerir un período mínimo de 24 meses como seguro. Se sugiere esperar más de 6 meses en casos de embarazos que terminaron en aborto". (29)

3.1.3. Preeclampsia.

El concepto de "Hipertensión en el Embarazo" o "Desórdenes Hipertensivos en el Embarazo" se refiere a un conjunto de condiciones médicas que pueden causar complicaciones significativas para la madre como para el bebé, y estas están relacionadas con aumentos en la presión arterial. La clave para clasificar la hipertensión durante el embarazo radica en distinguir entre los trastornos hipertensivos existentes antes del embarazo y aquellos específicos del embarazo, especialmente la preeclampsia. La hipertensión puede existir previamente al embarazo y ser diagnosticada durante el mismo. También puede ocurrir durante o después del parto. (30)



Hipertensión provocada por el embarazo.

Hiperpresión gestacional con presencia de proteína, comenzando desde la semana 20 del embarazo

A. Preeclampsia leve:

- caracterizado por la detección de proteinuria en orina, desde trazas Hasta este nivel de 1+ según el test de ácido sulfosalicílico.
- Presión arterial que alcanza o mayor a 140/90 mmHg.

B. Preeclampsia severa:

Preeclampsia junto con al menos una de las siguientes características presentes:

- Tensión arterial igual o superior a 160/110 mmHg.
- Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.
- Detección cualitativa de proteínas en la orina en una escala de 2 a 3+ utilizando el examen de ácido sulfosalicílico.
- la Disfunción renal agudo se presenta mediante descenso en la cantidad de orina y aumento en los niveles de creatinina en el torrente sanguíneo y la presencia de edema pulmonar. Además, se evidencia un mal funcionamiento del hígado, trastornos en la coagulación el acumulamiento de fluido en cavidad abdomen, denominado ascitis.

Etiología

No se conoce la razón fundamental de la alta presión que se gesticula durante la gestación.

Fisiopatología

Existen varias teorías, su estado actual es desconocido. La vasoconstricción generalizada es el sustrato.



Cuadro Clínico

Hipertensión inducida por la gestación

Preeclampsia leve:

-Detección de niveles elevados de presión arterial, alcanzando 140/90 mmHg. o más altos, o una aumentación de al menos 30 mmHg en la componente periodo de contracción cardíaca y 15 mmHg en la componente Periodo de relajación cardíaca, en comparación con las cifras iniciales.

-Excreción de proteínas en la orina que oscila entre 0.3 y 5 gramos por litro en un período de 24 horas, o detección cualitativa de proteínas en una escala que va desde trazas hasta 1+ utilizando el exament de Ácido 2-hidroxibenzoico 2,4-disulfónico.

Preeclampsia severa:

Condición observada en la presión arterial que supera los 160/110 mmHg o experimenta un aumento de al menos 60 mmHg en la presión sistólica o un incremento de al menos 30 mmHg en la presión diastólica con respecto a las cifras iniciales.

-Proteinuria of 5 gr/lit. proteinuria Lecturas de 2 a 3 en el examen de ácido sulfosalicílico de una muestra de orina de 24 horas.

-Ascenso en los niveles de creatinina en la sangre

-Ascitis.

-Acumulación de líquido en los pulmones

-Disfunción en la formación de coágulos.

-Disfunción hepática (31)

3.2. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

En la publicación de Diago, D., Vila, F., Ramos, E., y García, R.

investigo la hipertensión crónica con la adición de preeclampsia fue la condición más comúnmente observada. Más del 50% de las mujeres con hipertensión exhibían factores de riesgo, siendo la historia familiar de enfermedades y la adiposidad los más comunes. La mayoría de las mujeres afectadas por preeclampsia eran jóvenes y primerizas. En resumen, es crucial reconocer Los riesgos asociados a esta condición y fomentar la auto vigilancia en estas pacientes” (32)

En la publicación de **Guzmán W.; Ávila M.; Contreras R.; Levario M.** En su investigación la edad mayor de 35 años y hipertensión gestacional previa se vincularon a la preeclampsia. Se hallaron disparidades en las correlaciones entre pacientes con preeclampsia y aquellos con hipertensión gestacional, edad superior a 35 años, y prehistoria de hipertensión gestacional. En el caso de la preeclampsia o hipertensión gestacional, la primi gravidez demostró asociaciones similares con una razón de riesgo de 3.11 (IC 95%1.52-6.38) y 3.14 (IC 95% 1.65-5.97) respectivamente. Conclusión: Los resultados de esta investigación indican y se observan semejanzas en los riesgos identificados, como la edad de la madre. igual o superior a los 35 años, el historial de hipertensión durante el embarazo y ser primigestante, que aumentan la expectativa de acrecentar hipertensión gestacional y preeclampsia” (33)



En el estudio de **Leal E; Marchena C.; Murillo E.** en su investigación la mayor cantidad de casos se produjo en estudiantes que tenían entre 11 y 14 años, quienes conforman el 43.8% de los controles y el 47.1% de los casos. Con una OR es 1.12, X² es 0.008, y p es 0.38 para características generales. En el campo de ginecología, OR de 2.7, X² de 4.22, y p de 0.02. En pacientes que ya han sido operados por cesárea, el 26.5% (9) son casos y el 2.9% (3) son controles, con una Odds Ratio de 11.8, una prueba de chi-cuadrado de 17.54 y un valor p de 0.0001. Anteriormente a este diagnóstico. Las características gineco - obstétricas de antecedentes de aborto y cesáreas anteriores se encontraron estadísticamente relacionadas como elementos de riesgo para el síndrome hipertensivo gestacional, aumentan las posibilidades de padecer esta condición.

Es crucial fomentar la supervisión de mujeres embarazadas con factores de riesgo para prevenir esto y llevar a cabo un seguimiento en lugares donde las futuras madres no suelen acudir con frecuencia para las visitas prenatales. Además, se promueve la planificación familiar como un medio para sintetizar el número de gravidez y, por lo tanto, disminuir las complicaciones maternas, incluyendo el "síndrome hipertensivo gestacional". (34)

En el estudio Valdés M. y Hernández J., titulado "Factores de riesgo para preeclampsia" (Cuba, 2016), se encontró que la edad de la madre, especialmente a partir de los 35 años, fue un factor relevante en el desarrollo de la preeclampsia o más (con un riesgo relativo [OR] de 4.27), intervalo entre embarazos corto (OR de 2.61), no haber tenido hijos previamente (OR de 3.35) y la presencia de antecedentes familiares de preeclampsia en la madre (OR de 7.35) o en la hermana (OR de 5.59). No se detectó una relación importante entre la preeclampsia y las



complicaciones durante el embarazo, el aumento de peso total o los antecedentes obstétricos desfavorables. Se necesita prestar una atención prenatal minuciosa para diagnosticar temprano y tratar oportunamente la preeclampsia, dado que la mayoría de los elementos de riesgo no pueden ser alterados". (35)

En la publicación de **Orellana W.** en su investigación la mayoría A los 18 años (27,5%), no se observó una relación entre la ubicación geográfica y la preeclampsia (OR=0,85; p=0,685). Las mujeres primerizas tuvieron un riesgo incrementado de preeclampsia (OR=2,4; p=0,009), siendo el 33,3% de las pacientes afectadas tenían preeclampsia. No hubo muertes, embarazos molares ni Peso insuficiente al nacer en mujeres que experimentaron más de un seguimiento (25,9% de ellas tuvieron preeclampsia y 0,5% tuvieron hemorragia y preeclampsia, sin diferencia estadísticamente significativa). Sólo 1 persona (El 1% fue categorizado como obesa (P=0,41 y OR=1,34). Solo una mujer embarazada presentó tanto diabetes mellitus como preeclampsia. De los 192 casos, el 92% mostraban preeclampsia e hipertensión (P<0,000, OR=0,73), mientras que solo se observó un caso en el que no se proporcionaron nutrientes (P= 0,56, OR= 0,57). Conclusiones: Entre las causas más destacadas se encuentra la edad, residencia en zonas rurales, ser primigesta sin apoyo de la pareja y tener diabetes". (36)

Antecedentes Nacionales

En la tesis de **Huamán C.** en su investigación este rango de edad más común que abarcó entre los 21 y 25 años, representando un 33.9% del total. La nuliparidad se observó en el 55.9% de los casos, mientras que un 42.4% de las mujeres tuvo un seguimiento prenatal insuficiente. En cuanto a los antecedentes médicos, el 33.3% tenía un historial personal de preeclampsia, el 6.8% tenía antecedentes de



hipertensión arterial, y no se registraron antecedentes de diabetes mellitus en la muestra estudiada. En conclusión, La incidencia de preeclampsia se situó en el 5%, siendo la ausencia de embarazos previos El factor de riesgo más prevalente y el historial de diabetes mellitus, el menos común." (37)

En esta publicación en **Checya, J. y Moquillaza, Hugo**, se incluyeron 136 casos de preeclampsia severa y 272 mujeres como grupo de control. Se identificaron factor de riesgos significativos para la preeclampsia severa en los casos estudiados. Conclusión: Los factores de riesgo asociados a la preeclampsia grave en el grupo investigado fueron el historial previo de preeclampsia, la edad materna superior a 35 años y la obesidad, estar embarazada de un compañero sexual diferente, y el hecho de tener un embarazo gemelar" (38)

En el estudio de **Franco K.** en su investigación determinó que el 22.78% de los casos de preeclampsia fueron entre mujeres de 15 y 25 años, el 29.38% tenía educación secundaria, el 29.26% de las gestantes realizó más de 6 controles prenatales. El análisis de dos variables indicó que las mujeres mayores de 35 años tenían un riesgo relativo (OR) de 2.98 (IC 1.95-4.58) con un valor de $p < 0.005$. Las que contaban con educación superior mostraron un OR de 2.11 (IC 1.38-3.33) y un $p = 0.001$. Conclusiones: La edad por encima de los 35 años, un nivel educativo más alto y la realización de menos de seis controles prenatales se identificaron como factores significativos que se relacionaron con la aparición de preeclampsia". (39)

Antecedentes Regionales

En la publicación de **Castillo Y.** en su investigación el factor de riesgo más comúnmente observado fue la falta de un número suficiente de visitas prenatales



(menos de 6); esto mostró una asociación significativa con El estudio destacó la edad materna mayor de 35 años, el historial de partos previos, el origen rural y la obesidad como factores significativos. Además, se observó una correlación relevante entre estas variables y el estado civil de conviviente y el nivel educativo. secundaria, la residencia de zonas rurales, la gestación con menos de 36 semanas, la falta de experiencia en partos, los embarazos sin hipertensión provocada por la gestación y la cantidad de visitas prenatales” (9)

En la publicación de **Aguilar C. y Candia J.**, titulada "Factores de Riesgo de Preeclampsia en Gestantes Atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca," realizada en Juliaca 2017. Preeclampsia severa fue la forma más común de preeclampsia encontrada en el estudio, representando el 54%, seguida por preeclampsia leve con un 46%, entre las mujeres en estado de gravidez atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano a lo largo de 2016. (40)



CAPÍTULO IV

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS

4.1. METODOLOGÍA.

4.1.1. Métodos aplicados a la investigación.

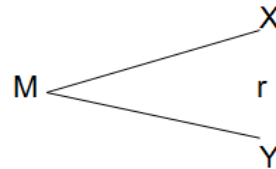
El método utilizado deducción hipotética es una herramienta fundamental, de este enfoque ya que permite probar, hipótesis de manera objetiva y sistemática, técnicas estadísticas y recopilación de datos (41)

4.1.2. Diseño de la investigación.

“Este estudio se realizará utilizando mediante un enfoque no experimental, lo cual implica que no habrá manipulaciones deliberadamente variables” (41)

Tipo transversal. “El análisis se centra en la valoración de información de variables que se ha recolectado durante un período específico en una muestra relevante de la población”

Tipo de trabajo correlacional. “Su propósito es analizar la conexión entre conceptos, categorías o variables” (42)



Dónde:

M = Población Muestral

X = Variable Factores de riesgo

y = Variable preeclampsia

Prospectivo se recopilará la indagación del Centro de Salud Cojata Huancané

4.1.3. Población y muestra.

Población

“La población está constituida por todos los casos que cumplen con determinados criterios particulares” (41)

El universo de estudio estará compuesto por un total de 78 mujeres embarazadas que fueron diagnosticadas con preeclampsia y que recibieron atención en el Centro de Salud Cojata Huancané.

Muestra:

Muestra es una proporción de la población (43) (44) Se usará el procedimiento actual y determinar el tamaño de la muestra, dado que la población es finita.



$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo (78)

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{78 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(78 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{78 \times 3.84 \times 0.25}{0.0025 \times 77 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{74.88}{1.15}$$

$$n = 65.11$$

La muestra estará compuesta por un grupo de 65 mujeres embarazadas que han recibido atención médica.

4.1.4. Técnica, instrumento y fuentes de recolección de datos

Método: Sondeo de opinión.

Herramienta: protocolo de preguntas

Se refiere a una serie de interrogantes relacionadas con una o varias variables que deben ser evaluadas. (41)

Operacionalización de variables

Variable 1	Dimensiones	Indicadores	Escala de puntuación
1. Factores de riesgo	1.1. Factores personales	Grupo etaria	Adolescentes de 12 a 17 años Jóvenes de 18 a 29 años Adulto de 30 a 59 años
		Grado de instrucción	Sin estudios Primarias Secundarias Superiores
		Índice de masa corporal IMC	18.5 – 25.0. <18.5. 25 - 30.
		Hipertensión en familias	Ninguno Padres Hermanos
	1.2. Factores Obstétricos	Tipo de embarazo	Único Múltiple
		Atención prenatal	Sin controles. Inadecuados. (<5) Adecuados (6 a+)
		Paridad	Nulíparas Primíparas Multíparas
		Enfermedades intercurrentes	Diabetes Anemia Amenaza de aborto No presente
		Periodo intergenésico	Menor >2 años Mayor <2 años
	Variable 2	Dimensión	Indicador
2. Preeclampsia.	2.1. Tipo de preeclampsia		Leve Severa

Nota: elaboración propia

4.2. RESULTADOS.

TABLA 1 GRUPO ETARIO RELACIONADO A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021.

Grupo etario	Preeclampsia						Total	
	Leve		Severa		No presentó		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Adolescentes 12 a 17 años	7	10.8	0	0.0	9	13.8	16	24.7
Jóvenes 18 a 29 años	0	0.0	14	21.5	18	27.7	32	49.2
Adulto 30 a 59 años	9	13.8	0	0.0	8	12.3	17	26.1
Total	16	24.7	14	21.5	35	53.8	65	100.0

NOTA: Cuestionario.

$$X^2_{\text{calculado}} = 30,43 > X^2_{\text{tabulado}} = 9,49 \text{ gl} = 4. \text{ NS} = 0.000$$

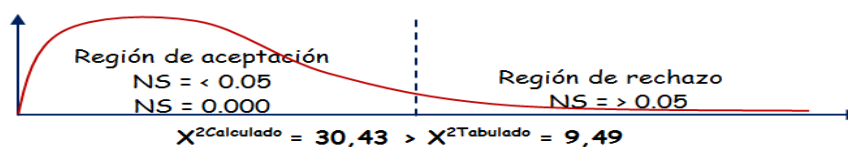
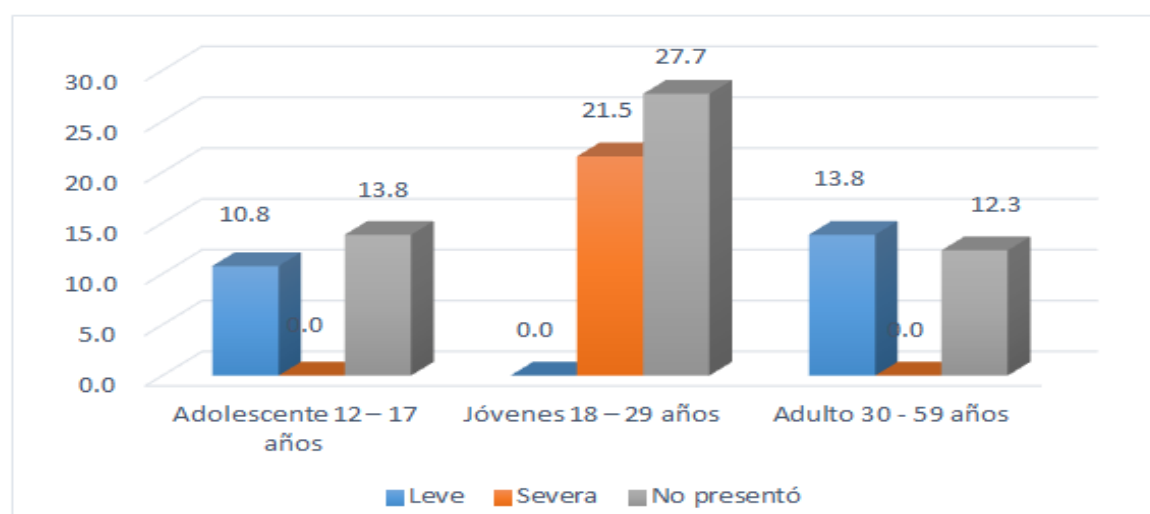


FIGURA 1 GRUPO ETARIO RELACIONADO A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021.



NOTA: Tabla 1

TABLA Y FIGURA N^o 1. Se observó una relación significativa entre las variables de grupo etario y la presencia de preeclampsia. De todos los datos recopilados, el 49.2% correspondía a personas jóvenes de edades de 18 a 29 años, seguidas por el 26.1% de adultos mayores de 30 años y el 24.7% de adolescentes de 12 a 17 años.

Además, en el grupo de mujeres con preeclampsia leve, un 13.8% tenía más de 30 años, mientras que un 10.8% eran adolescentes de 12 a 17 años. En cuanto al grupo de preeclampsia severa, un 21.5% estaba compuesto por personas de 18 a 29 años. Por otro lado, en el grupo que no presentó preeclampsia, el 27.7% pertenecía al grupo de 18 a 29 años, seguido por un 13.8% de adolescentes de 12 a 17 años y un 12.3% de adultos mayores de 30 años.

El χ^2 calculado (30,43) supera el χ tabulado (9.49) y es estadísticamente significativo (NS=0.000). Estos valores confirman la asociación entre grupo etario y preeclampsia.

Según el trabajo de Guzmán W., Ávila M., Contreras R., y Levario M. titulado 'Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia', realizado en México en 2018, se identificó que la edad de más de 35 años contribuye a la hipertensión gestacional y la preeclampsia. (33). En el trabajo académico se encontró que la mayor predisposición se observó en el grupo de jóvenes, con una prevalencia del 49.2%. Datos diferentes a lo recopilado en el marco referencial.

En este grupo etario las mujeres desean tener familia, por lo tanto, se puede presentar diferentes circunstancias en el embarazo

TABLA 2 NIVEL DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A LA PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ EN 2021.

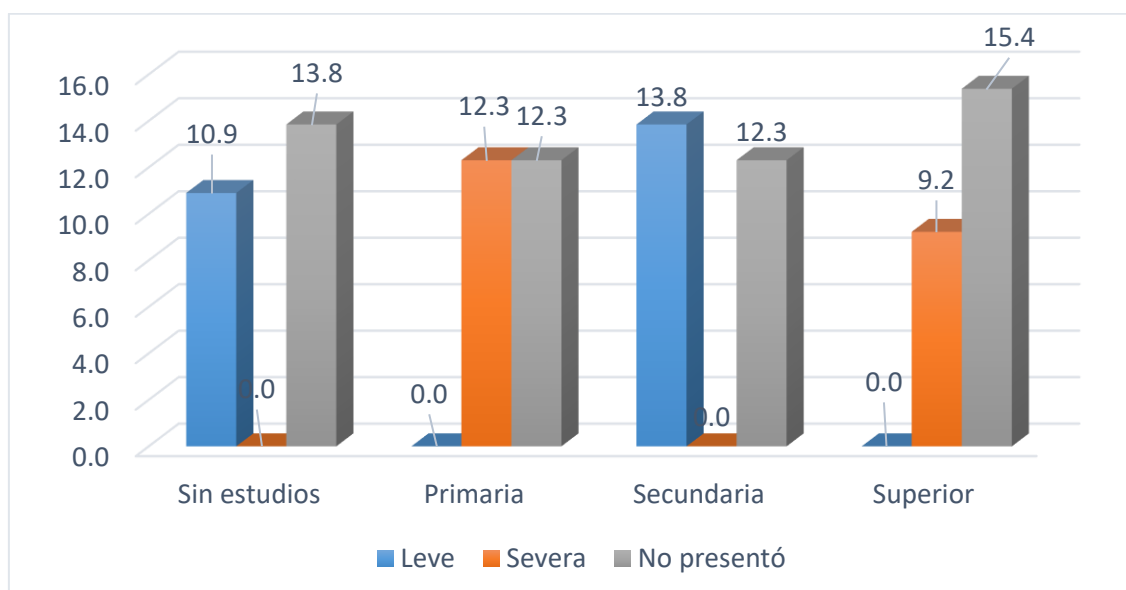
Grado de instrucción	Preeclampsia							
	Leve		Severa		No presentó		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin estudios	7	10.9	0	0.0	9	13.8	16	24.7
Primaria	0	0.0	8	12.3	8	12.3	16	24.6
Secundaria	9	13.8	0	0.0	8	12.3	17	26.1
Superior	0	0.0	6	9.2	10	15.4	16	24.6
Total	16	24.7	14	21.5	35	53.8	65	100.0

NOTA: Cuestionario.

$$\chi^2_{\text{calculado}} = 31,25 > \chi^2_{\text{tabulado}} = 12,59 \text{ gl} = 4. \text{ NS} = 0.000$$



FIGURA 2 NIVEL DE INSTRUCCIÓN RELACIONADO A LA PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021



NOTA: Tabla 2

TABLA Y FIGURA N^o. 2. Se apreció la predisposición de las variables grado de instrucción con la preeclampsia, donde es 100% de los datos, el 26.1% tuvieron estudios secundarios, seguido del 24.7% sin estudios y el 24.6% estudios primarios y superiores.

Así mismo dentro del grupo de preeclampsia leve, el 13.8% tenía educación secundaria y el 10.9% carecía de estudios. En contraste, el 12.3% de las mujeres con preeclampsia severa contaba con estudios primarios y el 9.2% estudios superiores. En el grupo que no presentó preeclampsia: el 15.4% tuvieron superiores, seguido del 13.8% sin estudios y el 12.36% primarios y superiores.

El valor de χ^2 calculado (31.25) es mayor que el valor de χ^2 tabulado (12.59) con un valor de significancia de 0.000 obtenido mediante la prueba de chi-cuadrado y su distribución de Gauss en el análisis estadístico. La educación se relaciona con la preeclampsia según estos resultados.

Los investigadores Leal E; Marchena C.; Murillo E. en su trabajo titulado "Riesgos relacionados con hipertensión en periodo de embarazo, en el Hospital Primario Carlos Centeno, desde enero hasta junio de 2018, en Siuna, Región Autónoma del Atlántico Norte" Nicaragua 2018.; dando a conocer que: la instrucción más frecuente fue la primaria con 47.1%. (34) En el estudio académico se identificó que la categoría educativa con la predisposición más alta fue la de educación secundaria, representando un 26.1%. Este nivel de instrucción difiere de lo que se había mencionado en el contexto de referencia.

En la localidad de Huancané es poco el porcentaje de instrucción superior, con ello la falta de conocimientos favorecen a la presencia de diferentes patologías.

TABLA 3 ÍNDICE DE MASA CORPORAL RELACIONADO A LA PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021

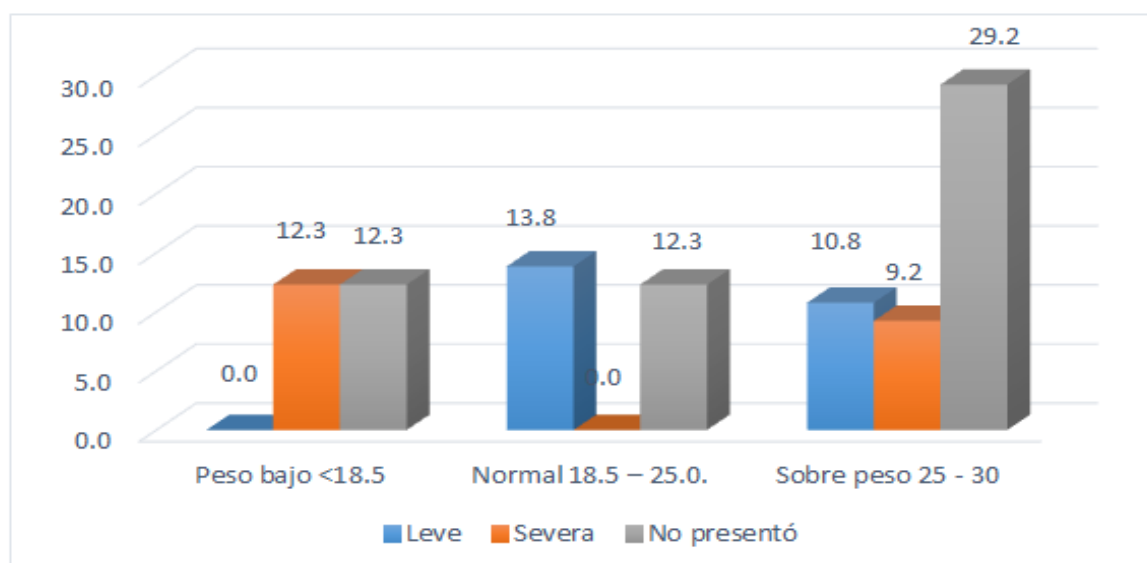
Índice de masa corporal	Preeclampsia							
	Leve		Severa		No presentó		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Peso bajo <18.5	0	0.0	8	12.3	8	12.3	16	24.6
Normal 18.5 – 25.0.	9	13.8	0	0.0	8	12.3	17	26.2
Sobre peso 25 – 30	7	10.8	6	9.2	19	29.2	32	49.2
Total	16	24.7	14	21.5	35	53.8	65	100.0

NOTA: Cuestionario.

$$\chi^2_{\text{calculado}} = 19,74 > \chi^2_{\text{tabulado}} = 9,49 \text{ gl} = 4. \text{ NS} = 0.000$$



FIGURA 3 ÍNDICE DE MASA CORPORAL RELACIONADO A LA PREECLAMPSIA DE MUJERES EMBARAZADAS DEL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021.



NOTA: Tabla 3



TABLA Y FIGURA N° 3. Las variables índices de masa corporal se relacionaron con la preeclampsia, donde el 49.2% de los datos mostraron sobrepeso de un total del 100%, seguido del 26.2% con peso normal y el 24.6% peso bajo.

Así mismo, en el grupo de preeclampsia leve: el 13.8% presentaron peso normal, seguido del 10.8% sobre peso. En el grupo de preeclampsia severa: el 12.3% presentaron bajo peso, seguido del 9.2% con sobre peso. En el grupo que no presentó preeclampsia: el 29.2% presentaron sobre peso, seguido del 12.3% con peso normal y peso bajo.

En el análisis estadístico utilizando la prueba de χ^2 y la distribución de Gauss, se obtuvo un valor de χ^2 calculado de 19.74, el cual es mayor que el valor de χ^2 tabulado de 9.49, con una significancia (NS) de 0.001, los hallazgos apuntan a una relación relevante entre el índice de masa corporal y la preeclampsia.

Los investigadores Diago D., Vila F., Ramos E. y García R. concluyen en su estudio que la obesidad y ciertos antecedentes patológicos aumentan el riesgo de hipertensión durante la gestación.(32). Este trabajo académico se encontró que el sobrepeso con 49.2% predispone a la presencia de preeclampsia. Datos similares a lo recopilado en los antecedentes.

En incremento de peso acreciente el riesgo o predisposición de enfermedades hipertensivas gestacionales

TABLA 4 HIPERTENSIÓN EN FAMILIARES RELACIONADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021

Hipertensión en familiares	Preeclampsia							
	Leve		Severa		No presentó		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Ninguno	5	7.7	0	0.0	35	53.8	40	61.6
Padres	2	3.1	12	18.5	0	0.0	14	21.5
Hermanos	9	13.8	2	3.1	0	0.0	11	16.9
Total	16	24.7	14	21.5	35	53.8	65	100.0

NOTA: Cuestionario.

$$X^2_{\text{calculado}} = 74.63 > X^2_{\text{tabulado}} = 9,49 \text{ gl} = 4. \text{ NS} = 0.000$$

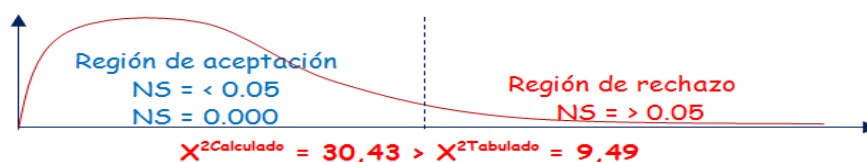
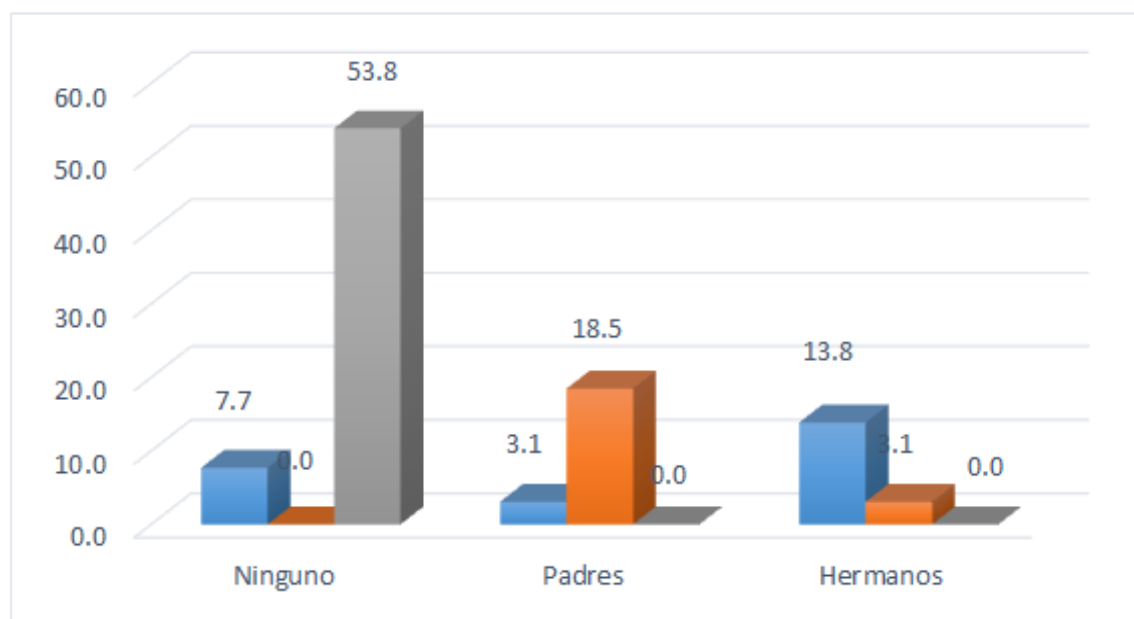


FIGURA 4 HIPERTENSIÓN EN FAMILIARES RELACIONADOS A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021



NOTA: Tabla 4

TABLA Y FIGURA · 4. La predisposición a la preeclampsia en individuos con antecedentes de hipertensión en la familia fue claramente observable, alcanzando el 100% de los datos.", el 21.5% los padres padecen hipertensión arterial seguido del 16.9% los hermanos y el 61.6% que ningún familiar presentaba enfermedades hipertensivas.

Así mismo, en el grupo de preeclampsia leve: el 13.8% los hermanos sufren hipertensión arterial seguido del 3.1% los padres y opuestamente el 7.7% que ningún familiar. En el grupo de preeclampsia severa: el 18.5% los padres sobrellevan la hipertensión arterial seguido del 3.1% los hermanos. En el grupo que no presentó preeclampsia: el 53.8% ningún familiar presentaba enfermedades hipertensivas.

En la evaluación de datos usando la prueba de chi-cuadrado con la distribución de Gauss, se obtuvo un resultado del chi-cuadrado calculado de 74.63, el valor de chi-cuadrado obtenido, que excede El valor de 9.49 en la tabla, con una significancia (NS) de 0.000, señala una asociación relevante con la hipertensión en familiares y la preeclampsia

En el estudio publicado bajo el título "Factores de riesgo para la preeclampsia " Cuba 2016. Informando que: los antecedentes familiares de preeclampsia en la madre y hermana presentan un mayor riesgo OR de 7,35 y 5,59, en ese orden. Se halló que el 21.5% de los progenitores mostraron mayor predisposición en el trabajo académico. Datos comparables a los del marco referencial.

Esta enfermedad hipertensiva gestacional tiene característica hereditaria.

TABLA 5 TIPO PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021

Tipo de embarazo	Preeclampsia						Total	
	Leve		Severa		No presentó			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Único	16	24.7	13	20.0	33	50.7	62	95.4
Múltiple	0	0.0	1	1.5	2	3.1	3	4.6
Total	16	24.6	14	21.5	35	53.8	65	100.0

NOTA: Cuestionario.

$$\chi^2_{\text{calculado}} = 1,073 < \chi^2_{\text{tabulado}} = 5,99 \text{ gl} = 2 \quad \text{NS} = 0.585$$

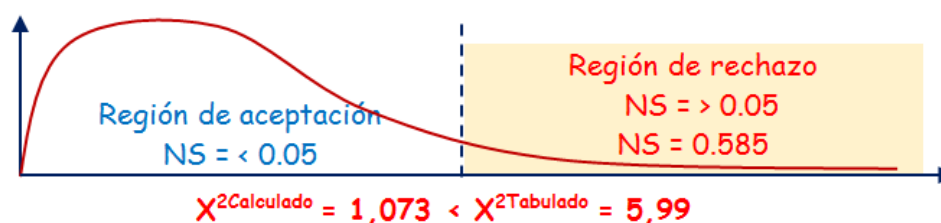
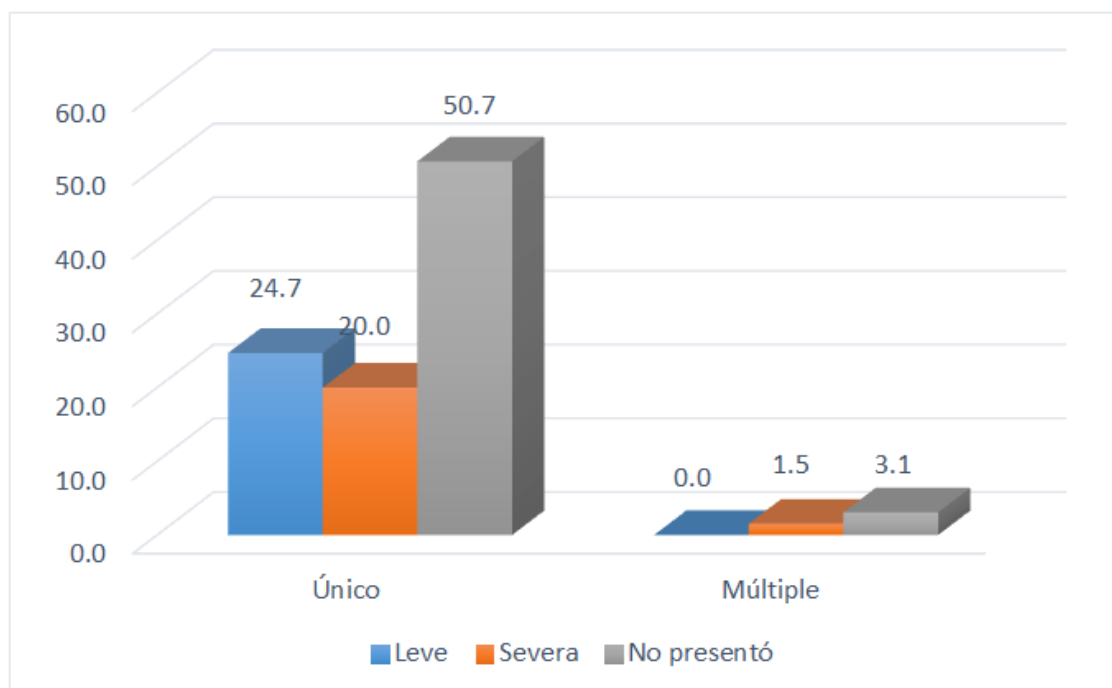


FIGURA 5 TIPO DE EMBARAZO PREDISPONENTE DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021



NOTA: Tabla 5

TABLA Y FIGURA N° 5: Se apreció la predisposición entre la variable tipo de embarazo hacia la preeclampsia, donde el 100% de los datos, el 95.4% fueron embarazos únicos y el 4.6% múltiples.

En preeclampsia leve, el 24.7% correspondió a embarazos únicos. El 20% de los casos de preeclampsia severa fueron embarazos únicos y el 1.5% fueron embarazos múltiples. En el grupo que no presentó preeclampsia: el 50.7% fueron embarazos únicos y el 3.1% múltiples.

Se obtuvo un χ^2 calculado de 1.073 en el análisis estadístico basado en el método chi-cuadrado y su enfoque de Gauss, con un valor menor al chi-cuadrado tabulado de 5.99 y NS de 0.585. Estos valores indican que no existió predisposición significativa entre el tipo de gestación con la preeclampsia.

En la publicación de Checya, J; Moquillaza, Hugo.; dando a conocer que: los embarazos gemelares se asocian y son elementos que incrementan el riesgo de preeclampsia. (38) Se halló que el embarazo único tuvo una predisposición del 95.4% en el ámbito académico. Datos antagónicos a lo recopilado en el marco referencial.

La preeclampsia se puede presentar en gestaciones únicas o múltiples. Por lo que se afirma que no es exclusiva de gestaciones múltiples.

TABLA 6 RELACION ENTRE ATENCION PRENATAL Y PREECLAMPSIA A GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021.

Atenciones prenatales	Preeclampsia							
	Leve		Severa		No presentó		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sin atenciones	0	0.0	0	0.0	4	6.2	4	6.2
Inadecuado < 5	10	15.5	12	18.4	13	20.0	35	53.9
Adecuado > 6	6	9.2	2	3.1	18	27.6	26	39.9
Total	16	24.6	14	21.5	35	53.8	65	100.0

NOTA: Cuestionario.

$$\chi^2_{\text{calculado}} = 11,59 > \chi^2_{\text{tabulado}} = 9,49 \text{ gl} = 4. \text{ NS} = 0.023$$

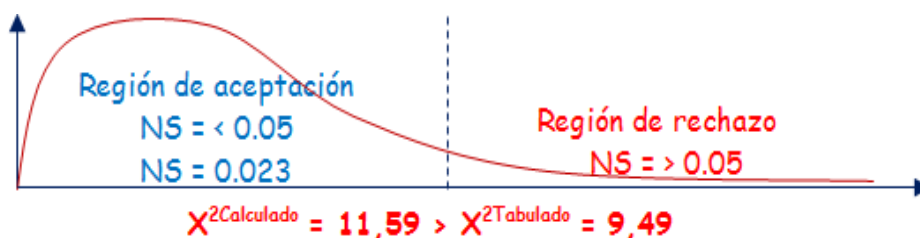
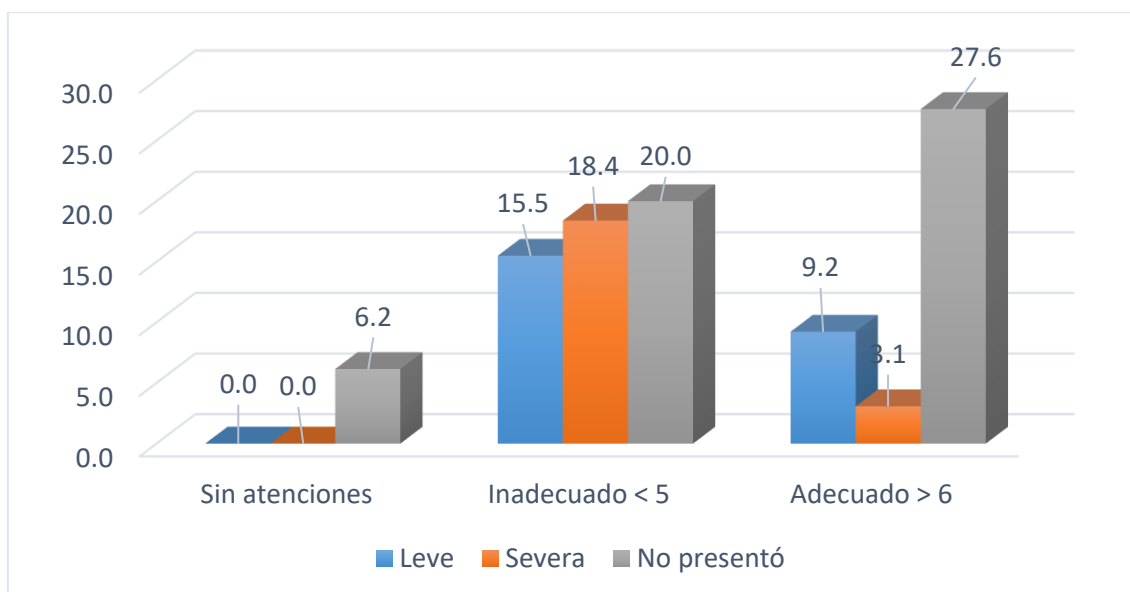


FIGURA 6 RELACIÓN ENTRE ATENCIONES PRENATALES Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021.



NOTA: Tabla 6

TABLA Y FIGURA N^o 6. El 100% de los datos mostró una correlación entre las atenciones prenatales y la preeclampsia, el 53.9% se realizaron atenciones prenatales inadecuadas menores de 5, seguido del 39.9% con atenciones adecuadas mayores de 6 y el 6.2% no se realizaron ninguna atención.

Así mismo, en el grupo de preeclampsia leve: el 15.5% se realizaron atenciones prenatales inadecuadas menores de 5, seguido del 9.2% con atenciones adecuadas mayores de 6. En el grupo de preeclampsia severa: el 18.4% se realizaron atenciones prenatales inadecuadas seguido del 3.1% con atenciones adecuadas. En el grupo que no presentó preeclampsia: el 27.6% se realizaron atenciones prenatales adecuadas, seguido del 20% con atenciones inadecuadas y El 6.2% no recibió atención alguna.

En la revisión estadística utilizando la prueba de χ^2 y la distribución normal de Gauss, El análisis mostró un valor de chi de 11.59, que excede el valor de chi-cuadrado anticipado de 9.49 y (NS) de 0.023. Estos resultados indican de manera significativa que existe una predisposición en los controles prenatales y la preeclampsia.

En el estudio de Huamán C. dando a conocer que: los controles prenatales deficientes con 42.4% son factores de asociado a la preeclampsia. (37). Este trabajo académico se identificó las atenciones prenatales inadecuadas con 53.9% predisponen a preeclampsia.

TABLA 7 PARIDAD RELACIONADO A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021

Paridad	Preeclampsia						Total	
	Leve		Severa		No presentó		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Nulípara	7	10.9	0	0.0	9	13.8	16	24.7
Primípara	0	0.0	14	21.5	18	27.7	32	49.2
Múltipara	9	13.8	0	0.0	8	12.3	17	26.1
Total	16	24.6	14	21.5	35	53.8	65	100.0

FUENTE: Cuestionario.

$$\chi^2_{\text{calculado}} = 30,43 > \chi^2_{\text{tabulado}} = 9,49 \text{ gl} = 4. \text{ NS} = 0.000$$

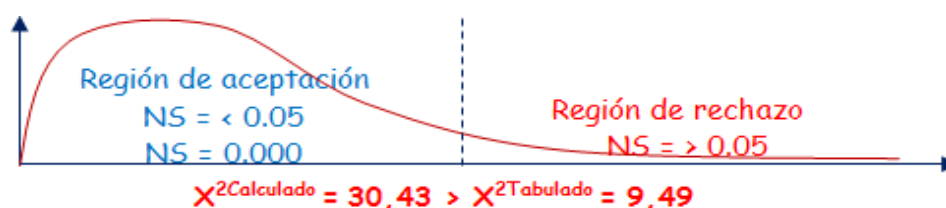
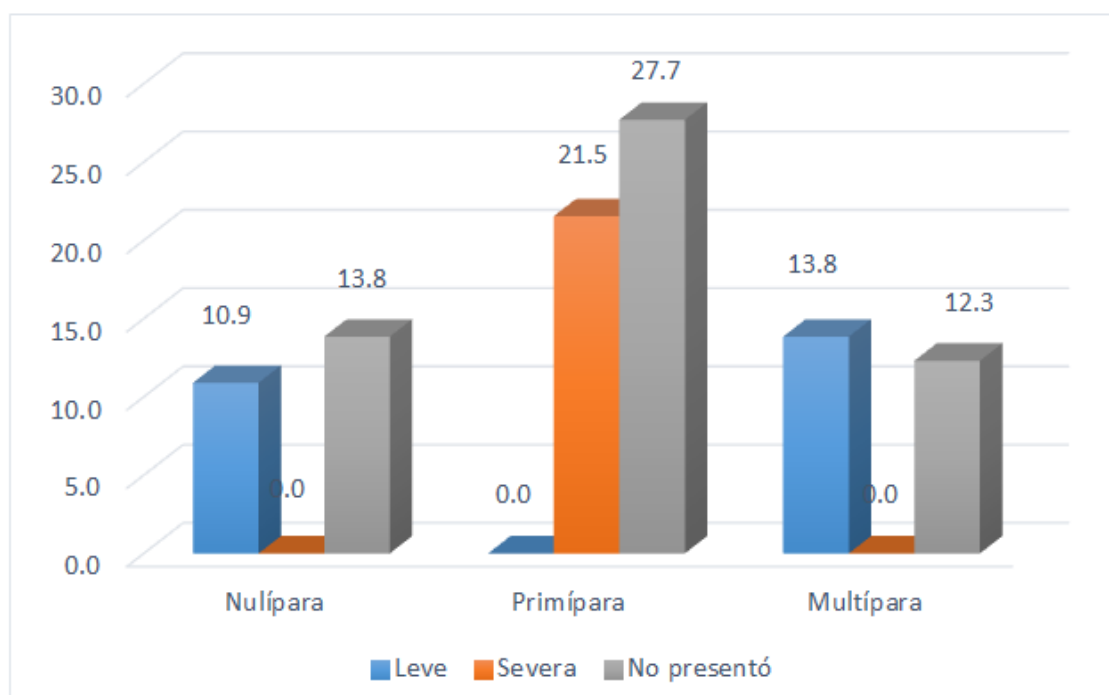


FIGURA 7 PARIDAD RELACIONADO A LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021



NOTA: Tabla 7



TABLA Y FIGURA N^{ro}. 7. Se notó la relación entre las variables paridad y preeclampsia: el 49.2% de los datos correspondieron a primíparas del total del 100%, a continuación, se evidenció que el 26.1% fueron múltiparas y el 24.7% nulíparas

En el grupo de preeclampsia severa, el porcentaje de múltiparas fue del 13.8% y el porcentaje de nulíparas fue del 10.9%: el 21.5% fueron primíparas. En el grupo que no presentó preeclampsia: el 27.7% fueron primíparas, a continuación, el 13.8% fueron nulíparas y el 12.3% múltiparas

El chi cuadrado calculado (30.43) en la evaluación estadística supera el chi tabulado (9.49) y el resultado no es significativo (NS = 0.000). Estos valores sugieren una asociación significativa entre la paridad y la preeclampsia en gestantes.

En la publicación de Castillo Y; dando a conocer que: la nuliparidad es un factor asociado a preeclampsia. (9) . En el trabajo académico se encontró que la primiparidad se predispone a preeclampsia con 49.2% Datos desiguales a lo recopilado en el marco referencial.

TABLA 8 ENFERMEDADES INTERCURRENTES PREDISPONENTE DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021.

Enfermedades intercurrentes	Preeclampsia						Total	
	Leve		Severa		No presentó		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Diabetes	0	0.0	6	9.2	10	15.4	16	24.6
Anemia	9	13.8	0	0.0	8	12.3	17	26.1
Amenaza de aborto	0	0.0	8	12.3	8	12.3	16	24.6
No presentó	7	10.9	0	0.0	9	13.8	16	24.7
Total	16	24.6	14	21.5	35	53.8	65	100.0

NOTA: Cuestionario.

$$\chi^2_{\text{calculado}} = 31,25 > \chi^2_{\text{tabulado}} = 12,59 \text{ gl} = 4. \text{ NS} = 0.000$$

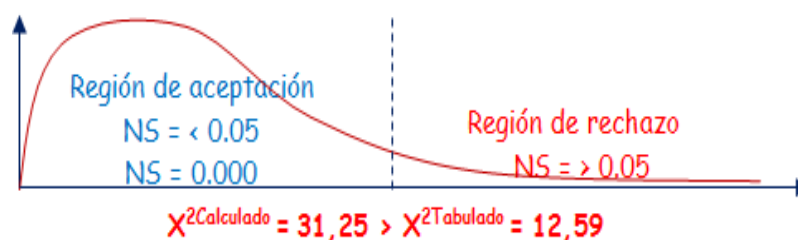
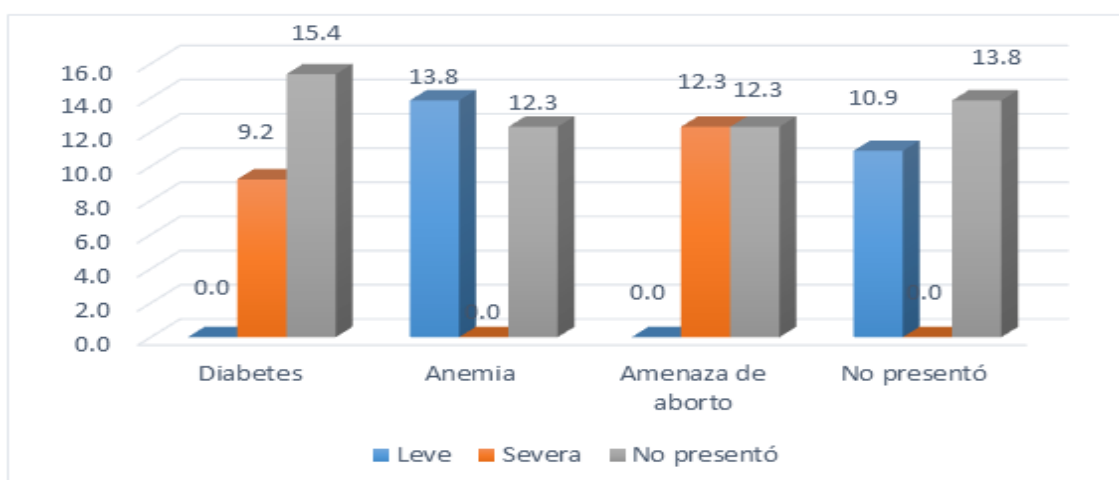


FIGURA 8 ENFERMEDADES INTERCURRENTES PREDISPONENTE DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021.



FUENTE: Tabla 8

NOTA: tabla8



TABLA Y FIGURA N^{ro}. 8. Se observó una tendencia en las variables relacionadas con las enfermedades concomitantes a la preeclampsia, ya que del total de los datos recopilados, el 26.1% de los casos mostraron anemia, seguido del 24.6% diabetes y amenaza de aborto y opuestamente 24.7% no presentó ninguna enfermedad.

Además, dentro del conjunto de casos de preeclampsia leve, el 13.8% mostró síntomas de anemia, mientras que el 10.9% no tuvo ninguna enfermedad adicional. Por otro lado, en el grupo de preeclampsia severa: el 12.3% presentó amenaza de aborto seguido del 9.2% diabetes. En el grupo que no presentó preeclampsia: el 15.4% presentaron diabetes, seguido del 12.3% anemia y amenaza de aborto y el 13.8% no presentó ninguna enfermedad.

En el análisis estadístico utilizando la prueba χ^2 y la distribución normal de Gauss, se obtuvo un valor de χ^2 calculado de 31.25, el cual supera el valor de χ^2 tabulado de 12.59, con un valor de significación (NS) igual a 0.000. Estos resultados señalan que hubo una predisposición significativa entre las enfermedades intercurrentes y la preeclampsia.

En el estudio de Leal E; Marchena C.; Murillo E. denominada, Nicaragua 2018; informando que antecedentes de abortos se asocian estadísticamente a la presencia de síndrome hipertensivo gestacional. (34)

En el trabajo académico se encontró que la anemia se presentó con mayor predisposición con 26.1%. Datos diferentes a lo recopilado en el marco referencial.

TABLA 9 PERIODO INTERGENÉSICO PREDISPONENTE DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021

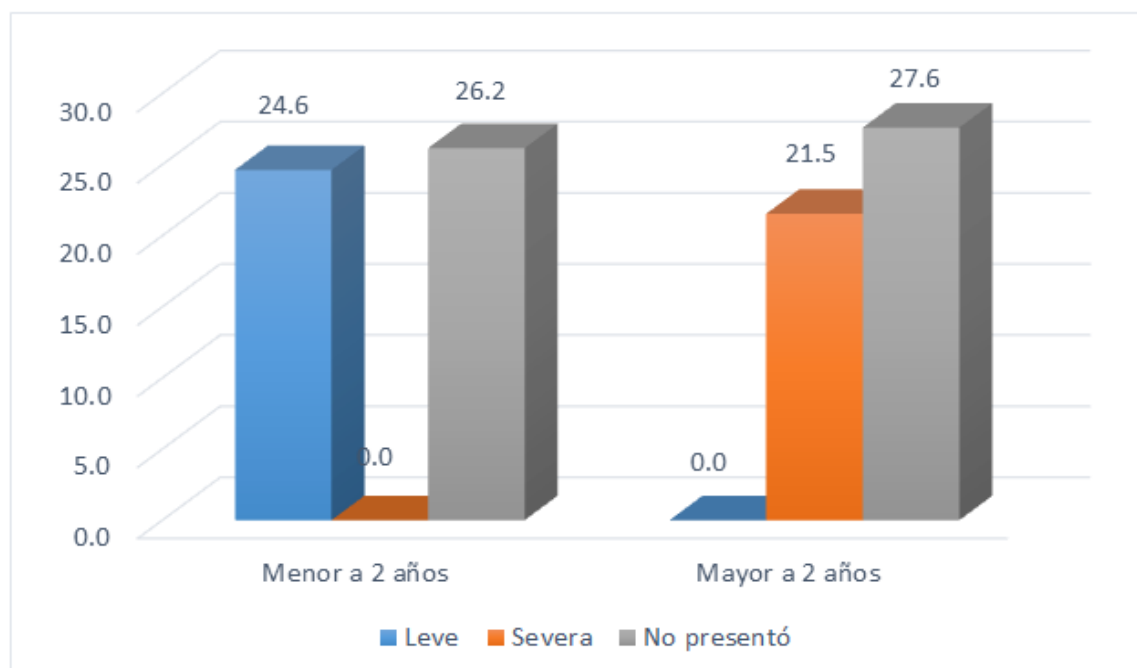
Periodo intergenésico	Preeclampsia							
	Leve		Severa		No presentó		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Menor a 2 años	16	24.6	0	0.0	17	26.2	33	50.9
Mayor a 2 años	0	0.0	14	21.5	18	27.6	32	49.1
Total	16	24.6	14	21.5	35	53.8	65	100.0

NOTA: Cuestionario.

$$X^2_{\text{calculado}} = 30,02 > X^2_{\text{tabulado}} = 5,99 \text{ gl} = 2. \text{ NS} = 0.000$$



FIGURA 9 PERIODO INTERGENÉSICO PREDISPONENTE DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021



NOTA: Tabla 9



TABLA Y FIGURA N^o. 9. Se observó una correlación entre el periodo intergenésico y la preeclampsia ya que, de todos los datos recopilados, el 50.9% tuvo un intervalo entre embarazos de menos de 2 años, mientras que el 49.1% tuvo un intervalo de más de 2 años.

Además, en el caso del grupo de mujeres con preeclampsia leve, un 24.6% tuvo un intervalo entre embarazos de menos de 2 años. En el grupo de mujeres con preeclampsia severa, el 21.5% tuvo un intervalo entre embarazos de más de 2 años. Por otro lado, en el grupo de mujeres que no presentaron preeclampsia, un 27.6% pasaron más de 2 años entre sus embarazos, mientras que un 26.2% tuvo intervalos menores de 2 años.

Se obtuvo un χ^2 cuadrado calculado de 30,02, que es mayor al χ^2 de 5,99 y tiene un NS de 0.000. Estos valores demuestran una fuerte relación entre el intervalo entre embarazos y la preeclampsia.

Según los autores López M., Manríquez M., Gálvez M.,2012. En cuanto a la variación del tiempo entre embarazos, el aumento fue significativamente mayor en mujeres con un período intergénico corto (OR = 4,78; IC 95 % = 0,6-40,1) y largo (OR = 6,5, IC 95 % = 0,7-62,1), a diferencia de aquellos cuyo período duró entre 25 a 48 meses.

Se concluye que el intervalo entre gestaciones si influye en el tipo de preeclampsia y que el 50.9% de casos ocurrieron en periodos menores de dos años y mayores de cuatro años tiempo transcurrido entre una gestación y otra.



CONCLUSIONES

PRIMERA: En este estudio se concluyó que existen factores de riesgo que predisponen a la preclamsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané durante el año 2021.

SEGUNDA: Se concluye que hay elementos de riesgo que predispone a la preeclamsia referido, factores personales de riesgo incluyen una edad joven de 18 a 29 años, con un 49.2% ($p < 0.001$), así como un nivel de educación secundaria, con un 26.1% ($p < 0.001$), índice de masa corporal de sobrepeso con 49.2% ($ns=0,001$), hipertensión en familiares como los padres con 21.5% ($ns=0,000$), Gestantes atendidas en el Centro de Salud Cojata Huancané son propensas a la preeclampsia.

TERCERA: Se idéntico que los factores obstétricos de riesgo como son: atenciones prenatales inadecuadas con 53.9% ($ns=0,023$), primiparidad con 49.2% ($ns=0,000$), enfermedades intercurrentes como la anemia con 26.1% ($ns=0,000$), y periodo intergenésico corto con 50.9% ($ns=0,000$), se predisponen a la preeclampsia.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Sugerir colaboración al director del Centro de Salud Cojata Huancané, el departamento de capacitación y la estrategia de Materno-Perinatal de la Red de Salud Huancané, organice capacitaciones para el personal de salud. Estas capacitaciones tienen como objetivo fortalecer las habilidades del personal para que puedan identificar los factores de riesgo que aumentan la predisposición a la preeclampsia en las mujeres embarazadas que reciben atención médica en esa área.

SEGUNDA: Se recomienda a los obstetras que trabajan en el Centro de Salud Cojata Huancané y la Red de Salud Huancané que establezcan comunicación con la oficina de comunicación con el fin de mejorar la información que se difunde en la radio.

TERCERA: A los obstetras que trabajan en el Centro de Salud Cojata Huancané y forman parte de la Red de Salud Huancané están involucrados en campañas de salud preventiva. Su objetivo es concienciar sobre la relevancia de identificar los factores obstétricos, como el número de embarazos previos (APN), el número de partos (paridad) y el período entre embarazos, que pueden aumentar el riesgo de preeclampsia en las mujeres embarazadas que reciben atención en este centro de salud.



REFERENCIAS

1. Vargas H. "Enfermedad hipertensiva durante el embarazo". Revista del hospital Juárez de Mexico. 2016 octubre a diciembre; 66(4).
2. Acuña ECA, Bustamente M. Trastornos hipertensivos en el embarazo con infección urinaria. Revista de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá Colombia. 2018 agosto diciembre.
3. Garcilazo A. Vínculo entre saber y aplicar el uso de sulfato de magnesio en Preeclampsia y Eclampsia. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2017 setiembre - diciembre; 6(2).
4. Mar M. Clínico-epidemiológicos predictores de preeclampsia severa en gestantes en hospital.
5. Ángulo W. Factores relacionados a la preeclampsia en adolescentes en el Hospital San Juan de Lurigancho - 2018. Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de medicina; 2019.
6. Colque M. actores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay periodo enero - diciembre 2018. tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Puno: Universidad nacional del altiplano, Facultad de medicina humana; 2019.
7. Castillo Y. "Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo enero – diciembre 2017" Puno 2018. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Medicina Humana; 2018.



8. MINEDU. Programa curricular de educación Secundaria. 2017th ed. Lima: © Ministerio de Educación, 2017; 2016.
9. Unicef. Crecer y embarazo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef ed. Quito Ecuador: Adaptación Ecuador: graphus; Agosto 2014.
10. Instituto Nacional Materno Infantil. Guia de practica Clinica para la prevencion y manejo de preeclampsia y Eclampsia. 022017th ed. Lima: MINSA; 2017.
11. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
12. Gustavo J. Obstetricia Moderna. Tercera Edición ed. ISBN 9803730169 9, editor.: McGraw-Hill; 2019.
13. Ministerio de Salud del Peru. Guías nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva 1501332004-5410 HeeDLN, editor. Lima: ISNB 9972-851-13-3; 2004.
14. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. VIII Edición ed.: Escuela de Medicina; 2017.
15. MINSA Ministerio de Salud. Norma para tratar y prevenir anemia en niños, adolescentes, mujeres embarazadas y posparto. Depósito Legal realizado en la Biblioteca Nacional del Perú con el número 2017-1ra. Edición.
16. Lapidus A, Unicef. Guia para el diagnostico y tratamiento de la Hipertension en el embarazo. Primera Edición ed. Tucuman; 2010.
17. Guzmán W, Ávila M, Contreras R, Levario M. "Factores asociados con hipertensión gestacional y preeclampsia" México 2018.. Revista Ginecología y Obstetricia de México. 2017 Julio; 80(7).



18. Valdéz M, Hernández J. "Factores de riesgo para preeclampsia" Cuba 2016.. Revista Cubana de Medicina Militar. 2016 julio - setiembre; 43(3).
19. Orellana W. Infome final sobre preeclampsia en pacientes del Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" en El Salvador, enero-junio 2018. Se presentó en 2020 en la UNAN Managua como parte de los requisitos para el grado de Máster en Epidemiología.
20. Huamán C. "Prevalencia de factores de riesgo para preeclampsia en mujeres atendidas en el hospital nacional dos de mayo entre enero a junio de 2015" Lima 2016.. Tesi para optar el titulo profesional de médico cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de medicina humana; 2016.



ANEXOS



ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por él presente Autorizo voluntariamente a participar en el proyecto de investigación titulado factores de riesgo predisponentes de preeclampsia en gestantes atendidas en el centro de salud cojata Huancané 2021.

Que se será realizado por: Reyna Isabel Yucra Condori

De: universidad andina Néstor Cáceres Velázquez

Objetivos del estudio. Determinar los factores de riesgo predisponentes de preeclampsia en gestantes atendidas en el centro de salud cojata Huancané 2021.

Se le solicita su participación para recolección de datos que es de tipo anónimo donde se respeta su privacidad, confiabilidad y manejo de la información de sus datos Y no podrán ver vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósito diferentes de los que establece el documento que firma.

Doy mi autorización para que se realice la aplicación del cuestionario. Aparte se me informan además que esta actividad no pondrá en riesgo mi salud personal, los resultados solo serán utilizados para estudios de investigación sirvan Para aportar al avance científico de la comunidad.

Juliaca De..... 2021

ante cualquier duda comunicarse con el investigador nombre completo

DNI: 45533505



ANEXO N° 2

CUESTIONARIO

Señora paciente del centro de salud Cojata Huancané, tenga la amabilidad de marcar las respuestas de las siguientes preguntas, que servirán para la realización de trabajo de investigación sobre: factores de riesgo predisponentes de preeclampsia en gestantes atendidas en el centro de salud cojata Huancané 2021 gracias.

1. Factores de riesgo

1.1. factores personales

1.1.1. ¿en que grupo etario se encuentra usted?

- ❖ Adolescentes 12-17 años
- ❖ Jóvenes 18-29
- ❖ Adultos

1.1.2. ¿Qué grado de instrucción tiene usted?

- ❖ Sin estudio
- ❖ Primario
- ❖ Secundaria
- ❖ Superior

1.1.3. ¿Cuál es el índice de masa corporal?

Peso.....talla.....

- ❖ Normal 18.5 – 25
- ❖ Peso bajo < de 18.5
- ❖ Sobre peso 25 a 30



1.1.4. ¿alguno de sus familiares presento hipertensión arterial?

- ❖ Ninguno
- ❖ Padres
- ❖ Hermanos

1.2. Factores obstétricos

1.2.1. ¿Qué tipo de embarazo presento usted?

- ❖ Único
- ❖ Múltiple

1.2.2. ¿cuantas veces te atendieron tu control prenatal?

- ❖ Sin control
- ❖ Inadecuado (<4)
- ❖ Adecuado (5 a +)

1.2.3. ¿cuantos partos presento usted?

- ❖ Nulípara
- ❖ Primípara
- ❖ Multípara

1.2.4. ¿En el embarazo se presentó alguna enfermedad?

- ❖ Diabetes
- ❖ Anemia
- ❖ Amenaza de aborto
- ❖ No presento

1.2.5. ¿Despues de cuantos años se ha vuelto a embarazar?

- ❖ Menor a 2 años
- ❖ Mayor a 2 años



2. Preeclampsia

3.2.1. tipo de preeclampsia

- ❖ Preeclampsia leve
- ❖ Preeclampsia severa

MUCHAS GRACIAS



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 15/11/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: REYNA ISABEL YUCRA CONDORI

Dirección: Jr. Santa Marta Colonia Mohena MZ. D LT. 1

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 45533505

Teléfono: 973130011 email: reyna.obstetra@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES DE RIESGO PREDISONENTES DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS

EN EL CENTRO DE SALUD COJATA HUANCANÉ 2021

Palabras claves, (3 a 5 términos): Factores de riesgo, predisponente de preclamsia, gestantes atendidas.

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

1,2

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

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



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

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

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

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

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

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

Autorizo su publicación (marque con una X)

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

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

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

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

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

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

- Sí autorizo
- No autorizo

Jurisdicción de su Licencia

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

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

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

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG04

Firma de Autor



huella digital

15/11/2024

Fecha