



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



TRABAJO ACADÉMICO
FACTORES DE RIESGO QUE OCASIONAN LA PREECLAMPSIA
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
SANTO TOMAS, PROVINCIA CHUMBIVILCAS
REGIÓN CUSCO, 2024

PRESENTADO POR:

YENY INES CCORISAPRA ALFARO

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 QUE OCASIONAN LA PREECLAMPSIA
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
SANTO TOMAS, PROVINCIA CHUMBIVILCAS
REGIÓN CUSCO, 2024**

PRESENTADO POR:


YENY INES CCORISAPRA ALFARO

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

APROBADA POR:

PRESIDENTE

:


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO

:


M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

LINEA DE INVESTIGACIÓN

:

SALUC PÚBLICA – SEG004



UNIVERSIDAD ANDINA "Néstor Cáceres Velásquez" ESCUELA DE POSTGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°354-2024-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 24 de setiembre del 2024

VISTO:

El Expediente N°2024-09514 de la Egresado (a): CCORISAPRA ALFARO YENY INES con DNI N°46193522 y Código N°1920100312 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;
Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Especifico 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 Especifico 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): CCORISAPRA ALFARO YENY INES, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS en la Sede Juliaca de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Primer Miembro	:	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Segundo Miembro	:	M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

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

Fecha	:	Viernes 27 de setiembre del 2024
Hora	:	10:30 am
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 POSTGRADO
Dr. Leopoldo Mercedes Corredor Curi
DIRECTOR (e)

C. 07/Anex. EPG-2024-1023
CARGO 1011
LW11/mha



FACTORES DE RIESGO QUE OCASIONAN LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS, PROVINCIA CHUMBIVILCAS REGIÓN CUSCO, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

24%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE


FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	2%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe Fuente de Internet	2%
4	preeclampsiaenero2014.blogspot.com Fuente de Internet	1%
5	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	cmhnaaa.org.pe Fuente de Internet	1%
7	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%



Trabajo Académico	
FACTORES DE RIESGO QUE OCASIONAN LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTO TOMAS, PROVINCIA CHUMBIVILCAS REGIÓN CUSCO, 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	YENY INES CCORISAPRA ALFARO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46193522
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0006-3605-6745
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	No aplica
Tipo de documento de identidad	No aplica
Número de documento de identidad	No aplica
URL de ORCID	No aplica
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-2232-6653
Miembro del jurado 2	



Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3688-7419
Datos de investigación	
Línea de investigación	Salud Pública – SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>HOSPITAL SANTO TOMAS País: Perú Departamento: Cusco Provincia: Chumbivilcas Distrito: Santo Tomas Coordenadas: Longitud: -14.448257516712884 Latitud: -72.08461117856878 https://maps.app.goo.gl/j44Gov73NR6BSx3L6</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2024 – Setiembre 2024
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p> <p>Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</p>



Dr. *Regina Ortiz Cansaya*
DIRECTOR
DE INVESTIGACION - EPIG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo Veny Ines Ccorisapra Alfaro, identificado con DNI Nro. 46193522 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 que ocasionan la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas Región Cusco, 2024"

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 19 de Noviembre del 2024


FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía espiritual, ya que me protege para atender en buenas condiciones a las pacientes.

A toda mi familia, que me entiende, me dan un apoyo infinito y me da fuerzas para seguir adelante.



AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Casa de Estudios Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez- Juliaca, que guio mi vida universitaria, compartió conmigo los conocimientos adquiridos durante mis estudios profesionales.

A mis docentes de la Segunda Especialidad de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, en especial a todos los docentes de la Especialidad en Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas, nos enseñaron espíritu de competición, trabajo en equipo y dedicación.



ÍNDICE

ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO	16
1.1.1. Institución donde se ejecuta.....	16
1.1.2. Duración	16
1.1.3. Responsable	16
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2.1. Problema General	20
1.2.2. Problema Específico.....	20
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	20
1.4. OBJETIVOS	24
1.4.1. Objetivo General	24
1.4.2. Objetivos específicos.....	24

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS PREVIOS.....	28
2.1.1. Antecedentes internacionales	28
2.1.2. Antecedentes nacionales	30



2.2. BASES TEÓRICAS	32
2.1.1. FACTORES DE RIESGO	32
2.1.1.1. Factor nutricional	33
2.1.1.2. Factor sociodemográfico	36
2.1.1.3. Factor ginecobstetricia	39
2.1.2. PREECLAMPSIA	42
2.1.2.1. Clasificación	43
2.3. MARCO CONCEPTUAL	57

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS

3.1. PLANIFICACIÓN	61
3.1.1. Método de la investigación	61
3.1.2. Diseño de la investigación	62
3.1.3. Tipo de investigación	62
3.1.4. Enfoque de investigación	62
3.1.5. Universo, población y muestra	62
3.1.5.1. Universo	62
3.1.5.2. Población	62
3.1.5.3. Muestra	62
3.1.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	63
3.1.6.1. Técnicas	63
3.1.6.2. Instrumentos	63
3.2. EJECUCIÓN	63



3.3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN **64**

3.3.1. Interpretación de datos..... **64**

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estado civil y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	64
Tabla 2: Zona de residencia y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024	66
Tabla 3: Ocupación y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	68
Tabla 4: Grado de instrucción y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024	70
Tabla 5: Consumo de carne, huevos, queso y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	72
Tabla 6: Consumo de frutas y verduras y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	74
Tabla 7: Edad y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	76
Tabla 8: Enfermedades anteriores y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	78
Tabla 9: Numero de embarazos y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	80
Tabla 10: Numero de controles natales y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	82
Tabla 11: Pleeclampsia anterior y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	84



Tabla 12: Numero de abortos y preeclampsia en mujeres gestantes hospital
Santo Tomas Chumbivilcas 2024 86



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estado civil y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	64
Figura 2: Zona de residencia y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024	66
Figura 3: Ocupación y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	68
Figura 4: Grado de instrucción y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	70
Figura 5: Consumo de carne, huevos, queso y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024	72
Figura 6: Consumo de frutas y verduras y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	74
Figura 7: Edad y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	76
Figura 8: Enfermedades anteriores y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	78
Figura 9: Numero de embarazos y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	80
Figura 10: Numero de controles natales y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024	82
Figura 11: Pleeclampsia anterior y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024.....	84
Figura 12: Número de abortos y preeclampsia en mujeres gestantes	



RESUMEN

Considerada como una enfermedad multifactorial y multisistémica, la preeclampsia es una condición bastante común experimentada durante el embarazo. Entre los factores más negativos que causan consecuencias negativas, incluida la muerte, se dice que es la ignorancia.

Objetivos: La actual exploración se efectuó para conocer: Factores de riesgo que ocasionan la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024

TIPO: Observacional, analítica.

DISEÑO: No experimental

MÉTODO: Analítico y científico

Nivel: Explicativo

Población: La población estudiada consistió en todas las mujeres embarazadas tratadas en el Hospital Santo Tomas Chumbivilcas, un total de 3879.

La muestra: Estuvo conformado por el total de gestantes con preeclampsia, 156 gestantes, registradas en el Hospital Santo Tomás. Chumbivilcas

Palabra clave: factores de riesgo, gestantes, preeclampsia



ABSTRACT

Preeclampsia is a complex, multiorganic illness that frequently develops during pregnancy. This is thought to be the main cause of unfavorable outcomes, including mortality.

Final Objectives: The following risk factors were investigated in order to identify the following: Preeclampsia development risk factors for pregnant patients treated at Santo Tomas Hospital in the Chumbivilcas district of the Cusco area in 2024. **Type:** Observational, analytical,:

Design: Non-experimental **Method:** Analytical and scientific **Level:** Explanatory

Population: The study population was made up of all pregnant women treated at Santo Tomas Chumbivilcas Hospital; which were 3879 pregnant women.

The sample: It was made up of the total of pregnant women with preeclampsia, 156 pregnant women, registered at the Santo Tomás Hospital. Chumbivilcas

Keyword: risk factors, pregnant women, preeclampsia



INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una condición exclusiva del embarazo humano que se caracteriza por la hipertensión arterial y la presencia de proteínas en la orina durante la segunda mitad del embarazo. Esta patología conlleva un alto riesgo de complicaciones y muerte perinatal.

La preeclampsia (EP) contribuye significativamente a la mortalidad materna en las naciones industrializadas, a pesar de su importancia para la salud pública. Además, desempeña un papel crucial en los problemas de salud prenatal como las complicaciones durante el embarazo, el parto prematuro, el desarrollo fetal estancado y la muerte de la madre. La razón de su obviedad ha sido el foco de varias hipótesis. Esta condición se reconoce como compleja, con sus síntomas específicos dependiendo de la interacción de varios factores ambientales que influyen en la ocurrencia de las respuestas que resultan en el desarrollo de la hipertensión arterial, así como múltiples genes que interactúan con el genotipo fetal.

La orina y el edema son signos claros de preeclampsia. Sin embargo, aunque se ha almacenado una gran proporción de certeza sobre las influencias genéticas y ambientales en la susceptibilidad a la preeclampsia, hasta ahora pocos estudios han intentado identificar y diferenciar el peso corporal individual en relación con este aspecto y aún menos nuevos factores de riesgo. El pronóstico de esta enfermedad aún no está claro.

La preeclampsia (PE) es el término utilizado para describir la hipertensión que ocurre después de la semana 20 del embarazo y se caracteriza por una lectura de la presión



arterial de más de 140/90 mm Hg. Las tasas de mortalidad materna y neonatal son altas. La carga excesiva puede conducir a un fallo de varios órganos. Las madres también pueden enfrentar riesgos a largo plazo como enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebrovasculares y diabetes mellitus.

Esto presenta varios factores de conflicto, incluida la edad materna avanzada, la infancia, los embarazos múltiples y comorbilidades maternas como hipertensión, adiposidad, pródromo antifosfolípido y paternidad primeriza (PMP) (2).

Este postrero se define como un hombre que se convierte en padre de una mujer previamente embarazada. La PMP en sí no se discurre una afección o dilema de salud, por lo que actualmente no existen datos epidemiológicos sobre el número de embarazos que pueden ocurrir con esta circunstancia (3).

Identificar los elementos de riesgo que llevan a la embolia pulmonar resulta crucial. De este modo, es posible mejorar la gestión del riesgo de contraer esta enfermedad en mujeres embarazadas durante el proceso de cribado prenatal, así como implementar las sobrias anticipadas necesarias para prevenir esta grave complicación y aumentar la tasa de éxito en el embarazo.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1.1. Institución donde se ejecuta

Hospital Santo Tomas, Provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024

1.1.2. Duración

Un año de junio 2023-mayo 2024

1.1.3. Responsable

Yeny Inés Ccorisapra Alfaro

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El embarazo puede causar presión arterial alta en mujeres que previamente tenían presión arterial normal o aumentar la presión arterial previamente benigna. La presión arterial alta causada o agravada por el embarazo puede estar asociada con proteinuria y edema patológico, una condición conocida como preeclampsia. La preeclampsia es el problema médico más común

durante el embarazo y es una condición perjudicial tanto para la mujer embarazada como para el bebé.

Esto la convierte en una de las tres principales causas de muerte materna en el Perú. En Perú, la prevalencia de preeclampsia oscila entre el 10 y el 15% de la población hospitalizada, con mayor prevalencia en las zonas costeras. Sin embargo, se observan casos de muerte en zonas montañosas. Un estudio del INMP de 2013 localizó que el 81% de las damas con preeclampsia se sometieron a cirugía (cesárea) y el 17% de los nacimientos fueron infantes para el período gestacional. Hoy en día existen casos de mujeres jóvenes que padecen preeclampsia, y las graves consecuencias que puede tener para ella y su feto.

La preeclampsia, también conocida como preeclampsia, es una afección durante el embarazo que se asocia con presión arterial alta y niveles elevados de proteínas durante el embarazo. La preeclampsia es un cuadro clínico característico sin una causa específica. Se ha demostrado que esta condición puede tener varias etiologías. La placenta puede contener maquinaria que causa disfunción endotelial en la vasculatura materna en mujeres susceptibles. La preeclampsia es un síndrome clínico que ocurre principalmente en áreas rurales o de bajo nivel socioeconómico y, en muchos casos, las madres no se hacen la prueba, lo que puede llevar a meses de espera o retrasos en el parto.

Se identificó una atención prenatal adecuada. Por tanto, es necesario tomar las medidas necesarias a su debido tiempo. La preeclampsia afecta al 10% de los embarazos y a menudo aparece después de 32 semanas de



gestación, persistiendo durante el segundo y tercer trimestre. En cualquier ocasión, algunas mujeres pueden presentar síntomas de preeclampsia antes de las 20 semanas de gestación. A lo largo del embarazo, el parto y el período posterior al parto, varias mujeres pueden experimentar ocurrencias inesperadas.

Con una atención sanitaria asequible y de calidad, las muertes maternas pueden volverse accidentales. Causa materna de muerte. Hoy en día, el factor más importante de la mortalidad materna tanto en los países en desarrollo como en los países en desarrollo es la capacidad de los sistemas de salud para abordar adecuadamente los problemas obstétricos.

Tanto la madre como el feto son susceptibles a los impactos de la hipertensión llamada preeclampsia, que puede ocurrir durante y después del embarazo (5).

La preeclampsia es una de las principales causas de muerte y morbilidad materna y neonatal en todo el mundo. La incidencia mundial de muertes maternas causadas por esto es del 10-15%. El 99% de estos casos ocurren en zonas con escasos recursos, lo que implica una falta de atención prenatal, postnatal y neonatal (6).

Según la Organización Mundial de la Salud, más del 20% de las muertes maternas en América Latina y el Caribe son causadas por la hipertensión arterial (5).

La preeclampsia ocurre en 3% a 10% de las mujeres embarazadas (2,3% más a menudo en primigestas); neuropatía crónica o ambas (7).



La investigación identificó la hipertensión crónica, la diabetes, los episodios anteriores de preeclampsia, el síndrome antifosfolipídico, la obesidad y las enfermedades asociadas como factores de riesgo para la preeclampsia (8). Varios estudios indican que los factores de riesgo poco comunes para la preeclampsia incluyen un historial familiar de la condición y una mujer que lleva un feto con trisomía (9, 10). La etiología de la preeclampsia no es clara, pero se han llevado a cabo varios estudios hasta la fecha. Varios autores han sugerido que las razones incluyen la infiltración insuficiente del trofoblasto esofágico durante el inicio del embarazo, la respuesta inflamatoria aumentada y las respuestas inmunológicas modificadas a los antígenos del tejido (11).

La edad de la madre, el sobrepeso, la diabetes, la presión arterial alta, el síndrome antifosfolípido, la enfermedad renal crónica y el lupus eritematoso sistémico también incrementan el riesgo (12).

En el 2020 la principal causa de muerte materna en el Perú fue la hipertensión (21,5%) (13), en el 2022 las enfermedades hipertensivas pasaron a ser la segunda causa (22,6%) (14), por otro lado, el 56,9% de las enfermedades hipertensivas preeclampsia preeclampsia Se registró mayor en EsSalud - 63,6%, en el nivel de atención II - 60,6% y en zonas selváticas - 64,9% en el grupo de edad de 40 a 49 años.

La hipertensión gestacional que ocurre después del quinto mes de embarazo está asociada con la preeclampsia. La hipotensión durante el embarazo se divide en tres tipos: a) Hipertensión gestacional, b) Preeclampsia, y c) Eclampsia. Por ejemplo, la preeclampsia ocurre cuando



hay un aumento de la presión arterial sistólica (≥ 140) o diastólica (> 90), que puede estar asociada con la proteinuria y causar diversas complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el bebé. La eclampsia, una forma más grave de preeclampsia, junto con su antecedente, la preeclampsia, puede conducir a una discapacidad y mortalidad significativas en el feto y en las madres embarazadas en todo el mundo, con tasas que alcanzan hasta el 75%. (15-16).

1.2.1. Problema General

- ¿Cuáles son los factores de riesgo que ocasionan la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024?

1.2.2. Problema Específico

- ¿Cuál es el factor nutricional que ocasiona la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024?
- ¿Cuál es el factor sociodemográfico que ocasiona la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024?
- ¿Cuál es el factor ginecoobstetricia que ocasiona la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

Entre el 5% y el 12% de todos los embarazos se ven afectados por la preeclampsia, que es una complicación más frecuente durante el embarazo (17), (18). La prevalencia de la eclampsia en los recién nacidos vivos oscila entre el 2% y el 13% (19), (20).

Anand (20) (1995) informó de una prevalencia del 3,6% para la preeclampsia en los embarazos en Carolina del Norte, mientras que Ostlund I (21) (2004) informó que en Suecia la prevalencia era del 2,4%.

En Perú, se encontraron trastornos hipertensivos graves en el 4,8% (22), 5,36% (23), 6,6% (24) y 7,31% (25) de las mujeres embarazadas que acudieron a los hospitales. Se encontró eclampsia en el 0,038%, 0,09% (26) y 0,8% (27).

En Perú, se encontraron trastornos hipertensivos leves y graves en el 4,8%, el 5,36% y el 6,6-7,3% de las mujeres embarazadas que acudieron a los hospitales peruanos. Se encontró eclampsia en el 0,038% de los casos, oscilando entre el 0,09% y el 0,8%.

Las principales causas de la preeclampsia son la hemorragia postparto, la coagulopatía, la insuficiencia renal, la encefalopatía hipertensiva, la hemorragias intracerebrales, el síndrome de HELLP y el hematoma vivo, y la tasa de mortalidad materna debido a ella es alta, que oscila entre el 29 y el 144%. El parto prematuro, el retraso del crecimiento intrauterino y el bajo peso al nacer son las principales causas de la alta tasa de mortalidad perinatal, que oscila entre el 8,6% y el 27,8%. La tasa de mortalidad



materna causada por la eclampsia podría alcanzar el 10%. (28).

El objetivo de dicha investigación aplicado fue identificar los factores que causan directamente problemas de preeclampsia en damas que reciben tratamiento en el centro de salud Santo Tomas de Chumbivilcas

La importancia de este estudio radica en la identificación de factores asociados a la preeclampsia. Esto permite la evaluación binaria y la mejora de las intervenciones médicas diseñadas para beneficiar a la madre y al niño y reducir la morbilidad y mortalidad maternal y fetal en el medio ambiente.

Las mujeres embarazadas que reciben tratamiento en el Hospital Santo Tomás de Chumbivilcas pueden desarrollar preeclampsia, que puede empeorar e incluso provocar la muerte de la madre. Por consiguiente, toda información acerca de esta enfermedad y los aspectos que la ponen en riesgo resulta fundamental para prevenir y/o controlarla de manera apropiada.

En el ámbito del estudio, existe una escasez de datos accesibles de este tipo. Esta dificultad está impulsando estudios para comprender estas variables de riesgo desde un punto de vista contextual. Para prevenir y gestionar eficazmente estas enfermedades, es crucial identificar los factores de riesgo y determinar su nivel de conexión. Además de prevenir o manejar riesgos y/o daños, se brinda atención prenatal adecuada. Las intervenciones de salud pública son más eficaces. Los resultados también permiten la creación de nuevas técnicas de intervención para la atención



básica de la salud y el saneamiento. Dentro del entorno de estudio, con equipos de salud que han sido capacitados previamente.

Justificación teórica

Los daños que la preeclampsia puede hacer tanto a la madre como al recién nacido son irreversibles. Entre el 5% y el 10% de la población en los países desarrollados experimenta los efectos de esta enfermedad multisistémica. Las complicaciones fatales son causadas por esta patología, que se observa en los trastornos hipertensos, generando mayor morbimortalidad con consecuencias como prematuridad y fetos con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Para garantizar que los profesionales médicos o el personal del Hospital San Antonio en Chumbivilcas tengan conocimientos precisos y actuales sobre esta patología, es importante identificar los principales factores de riesgo asociados con esta condición. Sin embargo, este estudio proporcionará información a los futuros investigadores en ginecología y obstetricia.

Justificación Práctica

El presente estudio ayudará a los profesionales de la salud en la identificación oportuna de múltiples factores de riesgo para la patología en investigación y recordará la frecuente aparición de la preeclampsia a nivel nacional, lo que ayudará a reducir su incidencia posterior. morbosidad.

Al adoptar medidas para prevenir las repercusiones de esta enfermedad

tanto en la madre como en el hijo no nacido, también podemos contribuir a aumentar la conciencia pública sobre los peligros de la preeclampsia para la salud pública. Esto, a su vez, puede convencer a las mujeres embarazadas de la importancia de la atención prenatal en la reducción de la incidencia de la enfermedad materna y la muerte.

Justificación metodológica

Para lograr el objetivo de factores de riesgo asociados a la preeclampsia en mujeres embarazadas, se solicitó permiso a Néstor Cáceres Velázquez de la Universidad Andina para solicitar la aplicación del instrumento de tesis, enviado primero al Hospital San Antonio Chumbivilcas. Luego de obtener la aprobación del hospital, se recopiló información sobre el equipamiento solicitado a las gestantes y se utilizó un enfoque cuantitativo con escalas descriptivas.

Por lo tanto, nos propusimos identificar los factores de riesgo epidemiológicos, gineco obstétricos y patológicos relacionados con la preeclampsia en mujeres embarazadas en tratamiento en el Hospital San Antonio de Chumbivilcas.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo que ocasionan la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024.



1.4.2. Objetivos específicos

- Describir el factor nutricional que ocasiona la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024.
- Describir el factor sociodemográfico que ocasiona la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024.
- Describir el factor ginecoobstetricia que ocasiona la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santo Tomas, provincia Chumbivilcas región Cusco, 2024.

1.4.3. Variables e indicadores

Variable independiente

Factor de riesgo

Variable dependiente

Preeclampsia



1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACIÓN	
VARIABLE 1. FACTORES DE RIESGO	1.1. Factor nutricional	1.1.1. Índice de masa corporal	1.1.1.1. Normal 1.1.1.2. . Bajo 1.1.1.3. Sobrepeso 1.1.1.4. Obesidad	
		1.1.2. Tipo de alimentación	1.1.2.1. Macronutrientes 1.1.2.2. Micronutrientes	
	1.2. Factor sociodemográfico	1.2.1. Edad	1.2.1.1. Menor de 19 años 1.2.1.2. Entre 20 y 34 años 1.2.1.3. Mayor de 35 años	
		1.2.2. Estado civil	1.2.2.1. Soltera 1.2.2.2. Conviviente 1.2.2.3. Casada	
		1.2.3. grado de instrucción	1.2.3.1. Analfabeta 1.2.3.2. Primaria 1.2.3.3. Secundaria 1.2.3.4. Superior	
		1.2.4. Lugar de procedencia	1.2.4.1. . Rural 1.2.4.2. Urbano marginal 1.2.4.3. Urbano	
		1. 2.5. Ocupación	1.2.5.1. Ama de casa 1.2.5.2. Estudiante 1.2.5.3. Comerciante 1.2.5.4. Profesional 1.2.5.5. y otros	
		1.2.6. Enfermedad intercurrente	1.2.6.1. Diabetes mellitus 1.2.6.2. Hipertensión	
	1.3. factor ginecobstetricia	1.3.1. Paridad	1.3.1.1. Primípara 1.3.1.2. Multípara 1.3.1.3. Gran multípara	
		1.3.2. Número de controles prenatales	1.3.2.1. Ninguno 1.3.2.2. Menos de 6 controles prenatales 1.3.2.3. Más de 6 controles prenatales	
		1.3.3. Antecedentes de preeclampsia 1.3.4. Aborto	1.3.3.1. Presente 1.3.3.2. Ausente 1.3.4.1. Nunca 1.3.4.2. Uno Dos o mas	
	VARIABLE 2. PREECLAMPSIA	2.1. Tipos Preeclampsia	2.1.1. Leve	2.1.1.1. P/A de 140/90 mmhg 2.1.1.2. Edema 2.1.1.3. Cefalea
			2.1.2. Severa	2.1.2.1. P/A de 160/110 Mmhg 2.1.2.2. Cefalea 2.1.2.3. Edema 2.1.2.4. Proteinuria Epigastralgia



CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS PREVIOS

2.1.1. Antecedentes internacionales

Romero et. Al. (2022) La tesis del usuario, titulada "Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo", fue publicada en una revista académica. Encuentra la ubicación de la habitación. Brasil en 2022. Debemos articular los resultados. Se demostró que la incidencia de enfermedades hipertensivas, como la preeclampsia, era mayor en este grupo en comparación con la media mundial, que se correlacionaba con el aumento de las tasas de parto prematuro. Otro factor distintivo de este grupo es la aparición de enfermedades de hipertensión, que pueden variar en severidad de moderada a severa. El tratamiento prenatal eficaz requiere evaluar la probabilidad de desarrollar complicaciones de la hipertensión. Además, esto presenta una ocasión notable para asumir el control sobre las enfermedades de la hipertensión, en particular la preeclampsia, al



mitigar las complicaciones y reducir su progresión. (29)

Hernández (2022), En Bogotá se llevó a cabo una investigación científica para identificar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de preeclampsia severa en la población estudiada, específicamente en relación con los pacientes obstétricos tratados en la unidad de atención médica USS Simón Bolívar E.S.E. Se realizó un estudio caso-control con una proporción de muestras de 1 caso a 2 controles. La investigación incluyó un total de 189 mujeres embarazadas, de las cuales 63 eran casos y 126 eran controles. Los hallazgos revelaron una correlación con factores no modificables, como una ocurrencia anterior de preeclampsia (ratio de probabilidades [OR] 4.49), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (OR 6.3), obesidad (OR 3.0), sobrepeso (OR 3.2), y atención prenatal insuficiente. (OR 2.1). La investigación concluyó que la identificación de los factores de riesgo es crucial para la prevención de la preeclampsia severa. (30)

Paredes (2022), El objetivo principal de la investigación científica titulada "Análisis de factores de riesgo para la preeclampsia en mujeres tratadas en el Hospital San Vicente De Paúl entre enero y diciembre de 2020" fue observar los factores de riesgo de preeclampsia en mujeres que recibieron tratamiento en el hospital. Realizó un análisis amplio y cuantitativo. La condición investigada se identificó en un total de 192 mujeres embarazadas, que constituyeron la población del estudio. Se identificó una muestra de 128 mujeres embarazadas, todas diagnosticadas con la misma patología. La investigación incluyó la creación de registros clínicos



y la recuperación de datos. Actualmente, el estudio reveló que el 35,2% de los participantes tenían entre 20 y 25 años de edad. Aproximadamente el 7% de los individuos analizados presentaban el síndrome de HELLP, de los cuales el 53,1% eran primarios y el 75,7% tenían sobrepeso u obesidad. El grupo de edad entre 20 y 25 años tuvo la mayor influencia, mientras que la obesidad y la mayoría fueron las variables más frecuentemente citadas en este estudio. (31)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Alarcón & Diaz (2023). La tesis se centra en examinar las variables de riesgo relacionadas con la preeclampsia en mujeres embarazadas que reciben tratamiento en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho en Lima en 2022. Huancayo, Perú, en el año 2023. Beneficia de cómo concluyen: Un estudio realizado en el departamento de obstetricia y ginecología del HSJL reveló que las características ginecológicas y obstétricas fueron identificadas como factores de riesgo para la preeclampsia en mujeres embarazadas. El análisis estadístico indicó un valor muy significativo de $p = 0,013$. Un valor de p de 0,018 demostró una correlación estadísticamente significativa entre la preeclampsia y las variables de riesgo sociodemográficas. Dentro de esta cohorte, el rango de edad de 20 a 34 años presenta un valor p de 0,010 cuando se analiza en relación con la situación socioeconómica y la edad gestacional de las mujeres embarazadas investigadas. Este hallazgo implica una relación estadísticamente significativa con la preeclampsia, sin embargo, sin ningún criterio de gravedad. Hay datos convincentes que



establecen una conexión significativa entre los factores de riesgo ginecológicos y obstétricos y la aparición de la preeclampsia. Este estudio demuestra una fuerte correlación entre una diferencia de edad gestacional de más de 60 meses con preeclampsia no grave ($p = 0,035$) en esta cohorte en particular. Además, vale la pena señalar que una edad gestacional superior a las 35 semanas está estadísticamente vinculada a los criterios de gravedad de la preeclampsia ($p = 0.049$). Se ha demostrado la relación entre la preeclampsia y los factores de riesgo como la historia médica. Existe una fuerte correlación entre la preeclampsia sin criterios de gravedad y los individuos sin antecedentes de obesidad ($p = 0,003$). La preeclampsia sin criterios de gravedad mostró una fuerte asociación con antecedentes de hipertensión en pacientes ($p = 0,041$).

(32)

Encina (2021), El objetivo de esta investigación fue evaluar e investigar las variables de riesgo vinculadas a la preeclampsia en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia en Piura durante el año 2020-2021. El estudio se caracterizó por un enfoque descriptivo, observacional y retrospectivo, que incluía tanto casos como controles. Se realizó una encuesta de casos hospitalizados de preeclampsia. Los resultados: Las mujeres que dieron a luz prematuramente tenían un mayor riesgo de preeclampsia (ratio de probabilidades [OR] = 1,68, intervalo de confianza del 95% [CI]: 1,41-2.00), mientras que las que tuvieron numerosos nacimientos tenían una menor probabilidad de desarrollar preeclampsia. La presencia de la propia preeclampsia aumentó la probabilidad de



desarrollar preeclampsia (OR=0.42, CI 95%: 0.27-9.65), así como la historia personal de la preeclampsia (OR = 1.90, IC 95%: 1.54-2.35). En pocas palabras, la probabilidad de desarrollar preeclampsia era mayor en los casos de nacimiento prematuro y antecedentes de preeclampsia. Se asocia con la probabilidad de desarrollar esta enfermedad. (33)

De la Cruz /2020). En su tesis titulada: Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital San José De Chincha durante enero a diciembre del 2019.

Chincha, Perú 2020: Llega a la conclusión: La incidencia de preeclampsia es del 4,1% en mujeres embarazadas menores de 20 años y mayores de 35 años ($p=0.041$; $p=0.05$). La tasa de error entre las mujeres embarazadas es del 3,6%, lo que equivale a 2,7 de 5,4. Este resultado fue estadísticamente significativo con un valor de p de 0,036, utilizando un nivel de significancia de 0,05. El diagnóstico de preeclampsia y eclampsia en mujeres con hipertensión crónica está asociado con una tasa de error significativa. 4,8% La incidencia de la recurrencia oral se observó en 6,9 casos, lo que representa una tasa de prevalencia del 1,5% al 31,8%. El análisis estadístico mostró un valor p de 0.048, que se considera estadísticamente significativo en el nivel 0.05. La etnia mixta se ha asociado con una tasa de error del 1,4% como factor de riesgo para la preeclampsia. Una desventaja inherente a este hallazgo es que los pacientes fueron seleccionados únicamente con fines observacionales, en lugar de ser seleccionados con la intención de hacer investigación. La

relación de probabilidades es de 4.3 con un intervalo de confianza del 95% de 1.8% a 10.3%. El valor de p es 0,014, que es menor que el nivel de significancia de 0,05, indicando significancia estadística. (34)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.1.1. FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo. Se trata de cualquier tipo de evento o fenómeno que ocurre en el entorno de un individuo y que puede provocar la aparición de una enfermedad o exposición (35).

Preeclampsia (PE) incluye factores de bajo diccionario y factores preventivos que indican la complejidad de la enfermedad, y el poder de asociación está determinado por el poder del riesgo o la probabilidad. Se puede clasificar como factores familiares, factores demográficos, tropas o ácido, embarazo, paternidad, nivel de laboratorio y factores de imagen (36).

En general, la mayoría de las historias del paciente son primitivas, la familia (madre) tiene la historia de lo histórico y sus productos crecen.

Factores de riesgo asociados (37):

- Primer embarazo
- Embarazo gemelar
- Historia de la preeclampsia

- Obesidad
- Enfermedades secundarias: diabetes, hipertensión, síndrome antifosfolípido, tabaquismo.

2.1.1.1. Factor nutricional

Normalmente, todos los beneficios de la comida serían saber qué tan cerca está alguien de la muerte o cuánto afecta esto al cerebro. Los alimentos naturales (verduras en general) no lo especifican, pero sería genial incluirlo: debe incluir el tipo de agua utilizada, la desinfección realizada, el método de almacenamiento, enfriamiento y gases de escape. actuaciones. Probablemente todos ellos también tengan algo que se haya olvidado en gran medida: el embalaje.

Este último puede ser incluso más tóxico que el anterior. Las frutas saludables pueden ser muy tóxicas en tarjetas fuertes. Por lo tanto, una manzana "natural" simple puede ser dañina de alguna manera. Los productos etiquetados como "orgánicos" describen parcialmente su origen.

Índice de masa corporal:

Medir el índice de masa corporal (IMC) es una tarea sencilla que permite determinar si el peso es adecuado para la altura. Su IMC puede ayudarle a usted y a su médico en la determinación de su porcentaje de grasa corporal. Es posible llevar una vida saludable. Esto incluye o cubre una amplia gama de cosas:



- Cardiopatía
- Hipertensión arterial
- Apnea del sueño
- Diabetes tipo 2
- Venas varicosas (39)

Una extensa investigación de la población ha demostrado que las personas que son más cortas en altura, es decir, menos de 164 cm, tienen un mayor riesgo de sufrir embolia pulmonar grave (PE). Por el contrario, se ha establecido que las mujeres que tienen sobrepeso o obesidad tienen un mayor riesgo de desarrollar PE². Un meta-análisis reciente mostró que tanto la obesidad materna como el sobrepeso están relacionados con un mayor riesgo de PE¹⁸. Un importante factor de riesgo para la embolia pulmonar moderada y severa (PE), con un riesgo atribuible del 64%, es el aumento del índice de masa corporal (BMI) (40)

a) Tipo de alimentación

La elección de alimentos para las mujeres latinas embarazadas puede reducir el riesgo de preeclampsia, una forma particularmente peligrosa de presión arterial alta. Un nuevo estudio sugiere que una dieta basada en alimentos culturales, en lugar de pautas oficiales, puede ayudar a prevenir la enfermedad. Por otro lado, las mujeres que comían alimentos preparados con verduras, frutas y grasas saludables tenían menos probabilidades de desarrollar la enfermedad.



Las tasas más bajas de preeclampsia indicaron una correlación más sólida entre la ingesta combinada de verduras, frutas y grasas saludables, como el aceite de oliva, y el Índice de Alimentación Saludable, una lista de recomendaciones dietéticas emitida por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). HHS es un acrónimo que significa Servicios Humanos y Salud.

"Deberían incorporar más alimentos de su cultura en las recomendaciones dietéticas para estos latinos", dijo. "En general, el blanco ha sido la esencia predominante en muchos estudios amplios sobre mujeres embarazadas" (no hispanas) y sus dietas dependen mucho de la cultura", dijo Maldonado. "Tu cultura hace que comer sea más fácil porque sabe cuáles son tus comidas favoritas". La preeclampsia no se puede curar ni predecir.

La aparición de la muerte durante el embarazo es una de las complicaciones que la enfermedad puede causar tanto a la madre como al bebé, además de afectar el corazón y el hígado. Durante las dos últimas décadas, ha habido un aumento en la incidencia de la preeclampsia en el país. Según Maldonado, el porcentaje de mujeres latinas que participaron en el estudio y tenían preeclampsia fue del 12%, lo cual es casi el doble del promedio nacional.

Más de la mitad de los participantes, con una edad media de 28 años, tenían riesgos como un alto índice de masa corporal y diabetes pre-embarazo. Había dos tendencias dietéticas primarias.



En primer lugar, los alimentos consumidos con mayor frecuencia fueron las verduras, las grasas, las frutas, los cereales integrales y el yogur. En segundo lugar, La dieta de una mujer se compone principalmente de hierba, granos refinados, queso, dulces añadidos y carnes procesadas.

La incidencia de preeclampsia fue menor en el grupo de mujeres que siguieron el primer plan de dieta en comparación con el segundo. El índice de alimentación saludable está compuesto por una mezcla de alimentos y nutrientes, incluyendo el ácido láctico y los ácidos grasos.

Se necesitan más estudios para determinar el perfil específico de las frutas, verduras y grasas nutritivas que son beneficiosas para las mujeres latinas, como afirma Maldonado. (41)

2.1.1.2. Factor sociodemográfico

Destaca los muchos aspectos que permiten a un individuo comunicarse con los demás, siendo clave la autoconciencia, el lenguaje y la presencia de otros para comunicarse. Es una herramienta importante para la vida y el desarrollo humanos porque no es posible solo con los humanos (42).

a) Edad

Edad (o edad biológica) Desde el momento en que nace un organismo. En relación con los humanos, Generalmente se refiere a un año o a un número de años y meses. Según la unidad de medida más importante,



se puede utilizar en meses, semanas o días para los bebés.

La edad gestacional, a veces referida como edad fetal, es la duración del tiempo que ha transcurrido desde la concepción y se mide comúnmente en semanas o meses. En este sentido, un bebé de 7 meses se refiere a un bebé prematuro que nace después de los 7 meses de embarazo. (43)

b) Estado civil

Los estados de los ciudadanos son el estado de personas naturales que establecen relaciones familiares, matrimonio o privacidad y derechos y deberes específicos.

La condición de las personas es una característica específica para separar ciertos resultados para separar ciertos resultados y separar ciertos resultados, matrimonio, conexiones, comunicación, confianza o capacidad. (44).

c) Grado de instrucción

Este es el nivel más alto de investigación que se ha completado o está en progreso, ya sea completada, temporal o incompleta.

Se distinguen los siguientes niveles:

mayor y menor. Personas que no saben leer ni escribir, personas que saben leer y escribir pero que no han completado sus estudios, educación preescolar, educación primaria, educación básica como EGB, educación primaria y educación similar. Capacitación.



Capacitación. Tarea. Titulación primaria y titulación equivalente, educación secundaria obligatoria, título superior de grado o BUP, título de grado LOGSE, acceso a la universidad, etc. Promedio. Ingenieros técnicos y profesionales de la investigación, la docencia, la salud y otros campos. Líder. Licenciaturas, ingenierías avanzadas y estudios afines, programas de doctorado y especializaciones. La forma de las variables es la misma que para la titulación (45).

d) Lugar de procedencia

La palabra origen se utiliza para seleccionar el origen de una cosa, persona o cosa. Por lo general, lo que indica el significado de la palabra es la nación que representa, ya sea una cosa o una persona.

Como no sabes de dónde proviene el producto del que estás hablando, necesitas una forma sistemática de consumirlo o debes informarte sobre él para determinar su calidad. La palabra origen también puede usarse como persona física o persona con vehículo.

El punto de partida del avión estrellado es Colombia. El autobús que tomé venía del sur de la ciudad (46).

e) Ocupación

La etimología de la palabra experto proviene del vocablo latino "occupatio" y se utiliza con diferentes significados según el contexto. La ocupación de una persona se refiere a lo que hace. Dependiendo de la tarea, oficio, actividad o profesión que requiera un determinado período de tiempo, se denomina jornada laboral, dejando tiempo para trabajos



a tiempo parcial u otras ocupaciones. Ejemplo: "Soy responsable de resolver el problema". "Elisa es la responsable de mi preocupación", "Juan el trabajo es de albañil". El número de personas con trabajo remunerado se mide mediante el índice o indicador de participación en la fuerza laboral (47).

f) Enfermedad intercurrente

Se entiende por enfermedades concomitantes aquellas condiciones que interrumpen el proceso patológico debido al propio accidente industrial o enfermedades que aparecen en el nuevo entorno en el que se coloca al paciente para su tratamiento (48).

2.1.1.3 Factor ginecobstetricia

La obstetricia y la ginecología es una rama de la medicina que se ocupa específicamente de los trastornos y las condiciones relacionadas con la reproducción humana y los órganos reproductivos femeninos. Por lo tanto, el tema se refiere al examen del sistema reproductivo torácico desde el punto de vista morfológico, fisiológico y patológico, así como las etapas del embarazo, el parto y el período postparto (49).

A) Paridad

Clasificamos a las mujeres después de las 28 semanas de gestación según el número de nacidos vivos y mortinatos. Se utiliza en los Estados Unidos para indicar la paridad en relación con el número total de tareas usando la letra "P" o la palabra "para". Esta mujer tuvo cuatro embarazos por 28 semanas y un aborto antes de eso, por lo que su embarazo fue clasificado como embarazada 5 (G5) y categoría 4 (P4).

2. En epidemiología, el método de clasificación de las mujeres basado en la cantidad de nacimientos vivos. 3. (en el procesamiento informático) la condición de una serie par o impar de elementos utilizados como medio para detectar errores, como en la transmisión de información entre diferentes elementos de la misma computadora. (50)

b) Número de controles prenatales

Las pruebas prenatales son una evaluación de rutina realizada por un especialista para controlar mejor el progreso de una mujer embarazada

(51).

La información y orientación de la CPN es un esfuerzo de promoción de la prevención que se realiza a través de la comunicación interpersonal. Está diseñado para proporcionar investigación y orientación y crear un entorno de comunicación cruzada en el que las mujeres embarazadas y sus parejas o parejas puedan mejorar su

confianza, la continuidad de la atención de la CPN y la prestación de atención en centros de enfermería. Las tareas de información son más efectivas cuando van acompañadas y reforzadas con materiales gráficos para los métodos de enseñanza (52).

c) Antecedentes de preeclampsia

La preeclampsia es una complicación grave del embarazo y frecuentemente se asocia con morbilidad y mortalidad fetal y materna. La presencia de ciertos factores de riesgo, incluido el aumento del volumen medio de plaquetas, puede utilizarse como un indicador de laboratorio importante para el diagnóstico preliminar de preeclampsia (53).

Las mujeres con antecedentes de preeclampsia corren el riesgo de que la afección se repita en futuros embarazos. A menudo se vuelve menos grave en las últimas etapas del embarazo. Las mujeres con presión arterial alta durante embarazos múltiples tienen un mayor riesgo de desarrollar presión arterial alta a medida que envejecen (54).

d) Aborto

Aunque no hubo resultados estadísticamente significativos, un análisis de datos de un estudio noruego de cohortes madre-hijo sugiere que las mujeres con abortos involuntarios repetidos tenían un mayor riesgo de PE (OR ajustado: 1.51; IC95%: 0.80-2.83). Una investigación canadiense encontró lo mismo, encontrando ninguna correlación entre la experiencia previa del aborto y el riesgo de PE.

Las mujeres que recibieron tratamientos de fertilidad o habían repetido abortos espontáneos tenían tres veces más probabilidades de tener PE que el grupo control. (55).

e) PREECLAMPSIA

Un número cada vez mayor de pacientes tienen el trastorno hipertensivo preeclampsia durante el embarazo. Debido a los recientes avances en el campo de la fisiopatología, así como a las mejoras en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, la tasa de mortalidad asociada con este trastorno está disminuyendo afortunadamente.

Los orígenes de la preeclampsia aún no están claros, pero se sabe que varios factores influyen, incluido el tipo de preeclampsia y los factores de riesgo cardiovascular materno asociados con el desprendimiento de placenta. Independientemente de la especialidad, los médicos deben saber identificar los signos y síntomas asociados a esta afección para prevenir complicaciones maternas y fetales. (56)

La preeclampsia es un resultado del embarazo. Las manifestaciones de

insuficiencia renal (proteinuria) u otras deficiencias de órganos, como la preeclampsia, pueden provocar un aumento de la presión arterial y una elevación de las concentraciones de proteínas séricas. La preeclampsia se desarrolla en mujeres embarazadas que tienen presión arterial normal antes de la semana 20 del embarazo. La incapacidad para manejar la preeclampsia expone tanto a la madre como al recién nacido al riesgo de complicaciones graves o incluso mortalidad. En general, es aconsejable dar a luz un bebé prematuramente en la mayoría de los casos. El momento ideal para el parto está influenciado por el grado de preeclampsia y la edad gestacional. Como parte del tratamiento prenatal, la medicina se utiliza para reducir la hipertensión, gestionar los problemas y mejorar el seguimiento fetal. El término utilizado para describir la ocurrencia de preeclampsia después del nacimiento del bebé se refiere a la preeclampsia postparto. (57)

1. Clasificación

La preeclampsia es complicación médica de alta tasa de morbimortalidad materno neonatal.

Mujeres con proteinuria y una o más complicaciones, una o más complicaciones del sistema nervioso central (Visión, Escocia, Escocia), por ejemplo, dolores de cabeza, certificados magnéticos, por ejemplo, no explicados o ataques de epilepsia, diferencias en la presión arterial (160/100) o 6 horas (5 g / 24 horas), presidentes o tarifas renales, hinchazón pulmonar, colisión a las raíces del cerebro, deterioro de la bicicleta de soja (tribalismo en la continuación) 1000 Troms // mm3),



coagulación, síndrome de parcela (sangre, enzima hepática cultivada, células sanguíneas). (58)

A: Preeclampsia leve

Las pacientes con preeclampsia leve ingresan en el hospital para confirmar el diagnóstico y realizar investigaciones adicionales. Los indicadores vitales como el peso, la presión arterial, el edema, la hemoglobina, el hematocrito, la creatinina y la albumina se monitorizarán cada cuatro horas. Es aconsejable tener una dieta consistente que sea baja en sodio. Abstenerse de proporcionar sedantes, medicamentos antihipertensivos o diuréticos. Sulfato de ácido. Semanalmente y durante todo el día, se recogen muestras de sangre para evaluar los niveles de acidez, placas, coágulos sanguíneos periféricos, pruebas de coagulación, transaminasas, niveles de lactato deshidrogenasa, creatinina y proteinuria. El procedimiento para evaluar la condición del feto se describe a continuación. 1) Evaluar el índice de líquido amniótico y determinar la edad gestacional en el momento del diagnóstico. Si los resultados caen dentro del rango normal, el cálculo se realiza cada tres semanas. Las evaluaciones de las pruebas biofísicas y no de estrés (NST) se llevan a cabo durante todo el procedimiento de diagnóstico. Repita la tarea semanalmente si el NST se vuelve rojo o si el perfil bioquímico indica una lectura de 8 o superior. Si ha habido un cambio reciente en la salud de la madre, se informa inmediatamente. Si el peso fetal estimado determinado por ecocardiograma cae por debajo del 10o percentil para la edad



gestacional correspondiente, o si hay oligoamnios (definido como un índice de líquido amniótico de 5 cm o menos), se recomienda realizar la prueba no de estrés (NST) y el perfil biofísico dos veces a la semana. Una vez que se haya confirmado un diagnóstico de preeclampsia leve, el paciente puede recibir tratamiento ambulatorio con altas dosis de medicamentos. El parto inmediato es necesario en los siguientes casos:

- La posición del cuello uterino es buena después de las 37 semanas de embarazo.
- La edad gestacional es mayor a 40 semanas.
- Exacerbación de la preeclampsia.
- Examen fetal anormal (59)

a. Preeclampsia severa

Si la presión arterial sistólica es de 160 mm Hg o más y la presión sanguínea diastólica es 110 mm HG o más durante un embarazo de al menos 20 semanas, junto con proteinuria de 5 gramos o más en un período de 24 horas o que cae dentro del rango de bilirrubina reactiva +++, y si al menos uno de los siguientes síntomas, signos, o pruebas de laboratorio está presente.

Vasomotores: cefalea, tinitus, acufenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.

- Hemólisis.



- Plaquetas menores a 100000 mm³.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda.

La preeclampsia se caracteriza por la hipertensión, que es el resultado del aumento de la resistencia vascular periférica. En comparación con un embarazo con presión arterial normal, el gasto cardíaco a menudo se reduce.

La preeclampsia se puede diferenciar de todas las otras causas de presión arterial alta durante el embarazo por la presencia de hiperuricemia, que se define como tener un nivel de ácido úrico superior a 5,5 mg/dL. (58)

a) Epidemiología

La preeclampsia, según la Organización Mundial de la Salud, afecta de 5 a 10% de los embarazos. Sin embargo, la tasa de mortalidad en las naciones subdesarrolladas es de 5 a 9 veces mayor. En América Latina, las tasas de mortalidad varían del 1% al 33%, mientras que la morbilidad materna varía del 8% al 45% (60)

b) Etiopatogenia

Aunque la causa exacta de la preeclampsia no se conoce, las diferentes



teorías que intentan explicar su origen están convergiendo en un punto común. Cuando existe una combinación de dificultades inmunológicas y una susceptibilidad genética, conduce al desarrollo de un síndrome inflamatorio y metabólico que afecta principalmente a las células endoteliales. Los signos clínicos de este síndrome incluyen proteinuria, hipertensión, anomalías de coagulación y hipoperfusión extensa de tejidos. Finalmente, tiene la capacidad de resultar en la muerte materna y/o perinatal, así como en diversas disfunciones de órganos. Normal

1. Existe una porción decidual y otra miometrial en los vasos espirales. Entre las semanas 10 y 22, el trofoblasto se infiltra y erradica el tejido muscular en ambos segmentos.
2. 2. En consecuencia, esto hace que las arterias se extiendan para proporcionar una perfusión fetal adecuada, evitando los estímulos vaso constrictivos. (60)

c) Causas

- Trastornos autoinmunitarios
- Problemas vasculares
- Su dieta
- Sus genes

Los factores de riesgo abarcan:



- Primer embarazo
- Embarazos múltiples (gemelos o más)
- Obesidad
- Edad mayor a 35 años
- Antecedentes de diabetes, hipertensión arterial o enfermedad renal. (61)

d) Síntomas

- Hinchazón de manos y cara/ojos (edema).
- Aumento repentino de peso en un período de 1 a 2 días, más de 1 kg (2 libras) por semana.
- Nota: se considera normal que se presente algo de hinchazón en los pies y los tobillos con el embarazo.

Los síntomas de preeclampsia grave abarcan:

- Dolores de cabeza que no desaparecen
- Dolor experimentado en el abdomen inferior, particularmente en el lado derecho, debajo del botón abdominal. El dolor en la cadera derecha puede ser atribuido a la acidez gástrica, problemas de vesícula biliar, dolores estomacales o angustia infantil.
- Irritabilidad



- Disminución del gasto urinario, no orinar con mucha frecuencia
- Náuseas y vómitos (signo preocupante)
- Cambios en la visión, como: pérdida temporal de la visión, ver puntos o luces centelleantes. (62)

e) Pruebas

- Presión arterial elevada, generalmente por encima de 140-90 mm/Hg
- Inflamación en las manos y la cara
- Reducción de peso
- Se llevarán a cabo análisis de sangre y de orina
- Presencia de proteína en la orina (proteinuria)
- Niveles elevados de enzimas hepáticas
- Recuento de plaquetas inferior a 100,000 También se realizarán pruebas
- Evaluar la coagulación sanguínea
- Monitorear la salud del bebé.
- El médico determinará la necesidad de un parto rápido del bebé mediante la evaluación de los resultados de una ecografía prenatal, una cardiotocografía en reposo y otros exámenes diagnósticos.

Las mujeres embarazadas que inicialmente tenían presión arterial baja y luego hayan visto un aumento sustancial en la presión sanguínea deben ser cuidadosamente supervisadas para detectar otras indicaciones de preeclampsia. (62)



f) Diagnóstico

La preeclampsia en mujeres embarazadas se caracteriza por un aumento sustancial de la presión arterial, con dos mediciones consecutivas tomadas con al menos 6 horas de diferencia que muestran una medición de 140/90 mmhg o más, junto con un nivel de proteína en la orina de 300 mg o más. Es notable un aumento de 20 mm Hg en los valores sistólicos (más altos) y 15 mm HG en los de diastólico (mínimos), sin embargo, no alcanza el umbral de 140/90 y, por lo tanto, no se considera diagnóstico. (63)

La hipertensión inducida por el embarazo, también conocida como hipertensión gestacional, se refiere a una elevación de la presión arterial en mujeres embarazadas sin la presencia de proteinuria. Las enfermedades graves como la preeclampsia y la hipertensión en el embarazo requieren una cuidadosa supervisión tanto de la progenitora como del feto.

g) Diagnóstico diferencial

En cualquier embarazo que supere las 20 semanas de gestación, se debe tener en cuenta la posibilidad de que se presente preeclampsia. El diagnóstico de una condición se vuelve más difícil cuando hay una enfermedad coexistente, como la hipertensión. (64)

h) Tratamiento

Para mitigar la progresión de la preeclampsia, el médico puede optar



por iniciar el parto si el feto ha alcanzado un nivel adecuado de madurez, como se determina por los criterios establecidos a las 37 semanas o más. Usted puede necesitar una cesárea o recibir medicamentos para estimular el parto.

El médico probablemente sugerirá lo siguiente:

- Descansar en cama en casa, acostado sobre el lado izquierdo la mayor parte del tiempo o todo el tiempo.
- Beber abundante agua
- Reducir la ingesta de sal
- Acuda a las citas médicas para garantizar que usted y su bebé estén evolucionando favorablemente.
- Algunas veces, es necesario tomar medicamentos para reducir la presión arterial.
- En ciertos casos, las mujeres embarazadas con preeclampsia pueden necesitar hospitalización para una vigilancia especializada tanto de la madre como del bebé.

El tratamiento hospitalario puede comprender:

- Estrecha supervisión de la madre y del bebé.
- Administración de fármacos para regular la presión arterial y prevenir convulsiones y otras complicaciones.



- Aplicación de inyecciones de esteroides (a partir de la semana 24) para favorecer el desarrollo pulmonar del bebé.

Junto con su médico, seguirá evaluando el momento más adecuado para el parto, teniendo en cuenta:

- Proximidad a la fecha esperada de parto: Cuanto más se pueda prolongar el embarazo antes del alumbramiento, mayores beneficios habrá para el bebé.

- Gravedad de la preeclampsia: Esta condición puede acarrear complicaciones serias que representan un riesgo para la salud. madre.

- Progreso del bebé en el útero.
- En casos de preeclampsia severa, se debe considerar sacar al bebé si se presentan los siguientes signos:
- Exámenes que indiquen que el bebé no está creciendo adecuadamente o no recibe suficiente sangre y oxígeno.
- Presión arterial diastólica de la madre superior a 110 mmhg o mayor que 100 mmhg de manera constante por más de 24 horas.
- Resultados anómalos en pruebas hepáticas.
- Fuertes dolores de cabeza.
- Dolor abdominal.
- Convulsiones o alteraciones en la actividad mental.
- Acumulación de líquido en los pulmones (edema pulmonar).
- Síndrome HELLP (poco frecuente).
- Bajo recuento de plaquetas o sangrado.



- Los indicadores de que los riñones no están funcionando adecuadamente incluyen disminución de la producción de orina y niveles elevados de proteína en la orina. (64)

i) Pronóstico

Por el tiempo seis semanas han pasado después del parto, la mayoría de las mujeres se han recuperado completamente de la preeclampsia y ya no tienen ningún síntoma o signos de la condición. Además, en algunas ocasiones, la hipertensión se exagera en los primeros días después del parto.

El segundo embarazo no será tan terrible como el primero, pero si ha experimentado preeclampsia, es más probable que vuelva a ocurrir durante otros embarazos.

Tener antecedentes de hipertensión arterial a lo largo de muchos embarazos aumenta la probabilidad de tener la enfermedad a medida que envejece. (64)

j) Complicaciones

Las complicaciones graves, aunque infrecuentes, para la madre pueden ser:

- Problemas de sangrado
- Separación prematura de la placenta del útero antes de que el bebé nazca

- Ruptura del hígado
- Accidente cerebrovascular
- Muerte

En el Reino Unido, la eclampsia afecta a alrededor de 1 de cada 2000 embarazos y tiene una tasa de mortalidad de alrededor del 1,8%, lo que la convierte en la consecuencia más grave de la preeclampsia. La incidencia del síndrome de HELLP es relativamente mayor, con una prevalencia de alrededor de 1 de cada 500 embarazos, y representa un nivel de riesgo comparable al de la eclampsia. El número es 50. Debido a los síntomas prodrómicos de la preeclampsia, ambas condiciones pueden desarrollarse sin ningún síntoma notable.

Los descendientes de madres con preeclampsia tienen una mayor susceptibilidad a desarrollar epilepsia en la edad adulta. (65)

k) Prevención

Aunque no es posible evitar la preeclampsia, es crucial que todas las mujeres embarazadas inicien y mantengan la atención prenatal. (62)

Para prevenir la preeclampsia de forma eficaz, es fundamental que todas las futuras madres inicien el cuidado prenatal de manera precoz y puntual, manteniéndolo a lo largo de todo el embarazo y período posparto (inmediato, mediato y tardío).

Es esencial controlar la presión arterial a partir de la semana 20 de forma regular para identificar posibles aumentos asintomáticos.



- Además, se debe vigilar el incremento de peso excesivo a través de un control prenatal que incluya supervisión nutricional.
- Es importante realizar análisis de laboratorio con especial atención a valores como ácido úrico, creatinina y urea.
- Se recomienda un examen general de orina para detectar proteínas (cualitativa) y contar con un análisis de plaquetas.
- Es fundamental mantener niveles adecuados de hemoglobina y hematocrito.
- Se aconseja realizar un Flujo Doppler de Arteria uterina/útero-placentario para evaluar la invasión trofoblástica de forma precisa.
- Es primordial no fumar, ya que el tabaco puede elevar la presión arterial y dañar los vasos sanguíneos.
- Además, se debe evitar el estrés, aunque la mujer embarazada no esté restringida en sus actividades diarias, se recomienda reposo relativo.

Dieta rica en calcio: Consumir dos o tres gramos de calcio a partir del primer trimestre de embarazo parece que disminuye el riesgo de padecer preeclampsia.

Una dieta rica en antioxidantes, a saber, vitaminas C y E, tiene potentes propiedades para eliminar los radicales libres y otros componentes tóxicos. (66)



I) Tolerancia inmunológica

Los estudios sobre los orígenes inmunológicos de la preeclampsia han demostrado que el cuerpo asimila muchos elementos inmunitarios presentes en el líquido seminal. En consecuencia, la exposición regular al semen de una pareja reduce sustancialmente la probabilidad de desarrollar preeclampsia. Los estudios han demostrado que las mujeres cuyos socios han participado en actividad sexual con el padre del niño durante un período prolongado son mucho menos propensas a desarrollar preeclampsia.

Aunque la preeclampsia es una enfermedad asociada principalmente con los primeros embarazos, el efecto protector de la multiparidad se pierde cuando se cambia de pareja, según un estudio. Un estudio publicado en el "Examen obstétrico y ginecológico" sugiere que, si bien se aconseja utilizar el control de la natalidad para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, existe una conexión entre la exposición del óvulo durante una relación establecida durante el embarazo y la mejora de la protección y la reducción de la incidencia de la preeclampsia. (67)

"La inducción de la tolerancia alogénica a las moléculas paternas de HLA en el feto es crucial", dijo uno de estos estudios publicado en el "Journal of Reproductive Immunology". Según los datos recopilados, la tolerancia al trasplante y la respuesta inmune pueden ser resultados de la exposición, en particular la exposición oral, al HLA soluble en el



semen. (68)

Un estudio publicado en el "Journal of Immunology" encontró que la inseminación induce cambios inflamatorios en los tejidos reproductivos femeninos, investigando la influencia del semen en el tracto reproductivo de ratones. Se concluyó que "los cambios conducen a una adaptación inmunológica a los antígenos paternos e influyen en el desarrollo del embarazo". (69)

Según la investigación realizada en ratas, los espermatozoides tienen la capacidad de asimilar algunas moléculas inmunológicas, como el TGF-Beta, que tiene un impacto significativo en la regulación inmune. Los científicos están investigando la posible relación entre la ausencia de este componente y la aparición del aborto en las mujeres y la infertilidad en los hombres. La preeclampsia puede ocurrir en situaciones raras debido a una respuesta inmunológica anormal en el feto o la placenta. Se cree que las proteínas que son producidas por los genes defectuosos y existen fuera de las células son la causa de esta reacción. Aproximadamente el 93 por ciento de los componentes inmunológicos que se encuentran en el suero apoyan la hipótesis de que la exposición frecuente al semen del padre podría aumentar la aceptación e implantación del sistema inmunológico. (70)



2.3. MARCO CONCEPTUAL

Aborto: La pérdida de embarazo se refiere a la interrupción angustiosa de los procesos normales del cuerpo, que conduce a la muerte física o mental del niño no nacido, independientemente de que ocurra dentro o fuera del útero de la madre.

Cómo determinar el índice de masa corporal: El índice de masa corporal (IMC) es una métrica que cuantifica el peso ideal de un individuo basado en su altura. Los calculadores de IMC en línea están fácilmente disponibles, requiriendo sólo su peso y altura para proporcionar los resultados.

Control prenatal: Los proveedores de atención médica realizan exámenes prenatales frecuentes para evaluar la salud de las mujeres embarazadas y el progreso de sus embarazos.

Diagnóstico diferencial: Es crucial recordar siempre que la preeclampsia es una posible amenaza en cualquier embarazo que supere las 20 semanas. Identificar otra enfermedad como la hipertensión es más complejo.

Diagnóstico: La preeclampsia se diagnostica en mujeres embarazadas cuando hay un nivel de proteína en la orina de 300 mg o más y un aumento constante de la presión arterial de 140/90 mmhg o más, como se confirma por dos medidas separadas tomadas al menos 6 horas de intervalo.



Enfermedades intercurrentes: En este contexto, las "enfermedades intercurrentes" se refieren a enfermedades que se originan en el entorno de tratamiento actual del paciente o que coexisten con el proceso patológico desencadenado por la lesión laboral.

Estado civil: El estado civil es una condición jurídica que implica derechos y responsabilidades y se basa sobre la situación física de las personas determinadas por los lazos familiares, que pueden surgir del matrimonio o del parentesco.

Etiopatogenia: La invasión insuficiente de trofoblastos se ha identificado como un elemento común en la etiología de la preeclampsia, a pesar de la existencia de varias explicaciones.

Factor gineco obstétricos: El campo médico que se centra en el estudio y tratamiento de enfermedades relacionadas con los sistemas reproductivo y urinario se llama ginecurología.

Factor nutricional: Por lo general, los alimentos naturales (vegetarianos) no incluyen esta información, pero sería beneficioso si lo hicieran: debería incluir detalles sobre el tipo de agua utilizada, los fumigantes utilizados, la técnica de conservación empleada, el proceso de refrigeración, la cantidad de humo liberado y otros factores pertinentes.

Factor sociodemográfico: El libro hace hincapié en los muchos elementos que facilitan la capacidad de las personas para interactuar con los demás, destacando la importancia de la autoconciencia, el lenguaje y los objetivos de comunicación.



Factores de riesgo: Los factores de riesgo de la embolia pulmonar han sido categorizados de forma diferente por varios medios. En otras investigaciones endémicas se ha adquirido un punto de vista pragmático y operativo, clasificándolas como alterables e inalterables. En este caso, refleja aquellas que son indicativas de entidades mutables.

Lugar de procedencia: En este sentido, la palabra "procedencia" puede ser usada para referirse al punto de partida o origen desde donde todo se revela. Conocer la nacionalidad de alguien generalmente ofrece poca información sobre su identidad.

Normo peso: Alcanzar una buena salud, experimentar un mejor bienestar, fomentar el más alto nivel de optimismo, y llevar una vida de calidad excepcional son todas las bendiciones otorgadas por mantener un peso corporal normal.

Paridad: La posición de una mujer como madre se determina por el número total de hijos, vivos y muertos, que ha dado a luz después de un período de gestación de más de 28 semanas. Paridad, indicada por la letra "P" o la palabra "para" en el uso clásico, se refiere al número total de embarazos.

Preeclampsia: La preeclampsia es una condición que sólo afecta a los humanos y conduce al parto prematuro, lo que resulta en una alta tasa de mortalidad tanto para la madre como para el bebé. Se define por la presión arterial elevada y la presencia de proteína en la orina durante la última



parte del embarazo.

Preeclampsia leve: En embarazos que duran más de 20 semanas, si la presión arterial sistólica está entre 140 mm Hg y 160 mmhg, y la presión sanguínea diastólica es entre 90 mmhg y 110 mmhg.

Preeclampsia severa: Un nivel de proteinuria de 5 gramos o más en un período de 24 horas, o un nivel de bilirrubina reactiva de +++, junto con uno de los siguientes síntomas, signos, o pruebas de laboratorio, y una presión arterial sistólica de 160 mm Hg o más y la presión sanguínea diastólica de 110 mm HG o más durante una embarazo de 20 semanas o más.

Pronóstico: Los síntomas de la preeclampsia a menudo se resuelven completamente dentro de seis semanas después del nacimiento. Ocasionalmente, la hipertensión puede empeorar en los primeros días después del parto.

Tratamiento: La preeclampsia sólo se puede resolver a través del proceso del parto. Para prevenir el deterioro de la preeclampsia, el médico puede optar por continuar con el parto del bebé si se considera que ha alcanzado un nivel adecuado de desarrollo, como se determina por los criterios establecidos a las 37 semanas o más.



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LAS ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS

3.1. PLANIFICACIÓN

Se hizo para obtener el plan de procesamiento de información obtenido del hospital para la investigación. Se hizo para obtener el plan de procesamiento de información obtenido del hospital para la investigación.

3.1.1. Método de la investigación

Método científico

Se confeccionó ficha de recolección de datos.

Se solicitó permiso para acceder a las historias clínicas.

Se prepararon tablas y gráficos.

Se ejecutó a su interpretación

Se elaboró el informe de tesis



3.1.2. Diseño de la investigación

Su diseño es Descriptivo, correlacionar y prospectivo.

3.1.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación es no experimental en su forma explicativo y correlacional.

3.1.4. Enfoque de investigación

El enfoque de la actual indagación es cuantitativo.

3.1.5. Universo, población y muestra

3.1.5.1. Universo

El universo es de 3856 gestantes

3.1.5.2. Población

La población de estudio está compuesta por 137 mujeres, ingresadas en el Hospital Santos Tomas de Chumbivilcas y atendidas en el servicio de obstetricia.

3.1.5.3. Muestra

Está conformado por 120 mujeres que padecen de preeclampsia que son atendidas en el Hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2023

Criterios de inclusión

Madres gestantes que acuden al Hospital



Madres gestantes que sufren preeclampsia

Criterios de exclusión

Madres que no querían ser encuestadas

3.1.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.1.6.1. Técnicas

Se elaborara una encuesta para determinar las influencias Sociodemográficas y sociales. .

3.1.6.2. Instrumentos

Para la recolección de datos se empleó el cuestionario.

3.2. EJECUCIÓN

La ejecución se realizó en el hospital santo tomas para la cual se utilizo una encuesta para las gestantes que se atienden y poder averiguar que factores de riesgo son los que ocasionan la preeclampsia.

En la indagación se utilizaron:

- Programas estadísticos: SPSS, Word profesional, Excel profesional
- Gráficos
- Registros de complicaciones
- Registros de libro de partos
- Recolección de datos

3.3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. Interpretación de datos

Tabla 1:

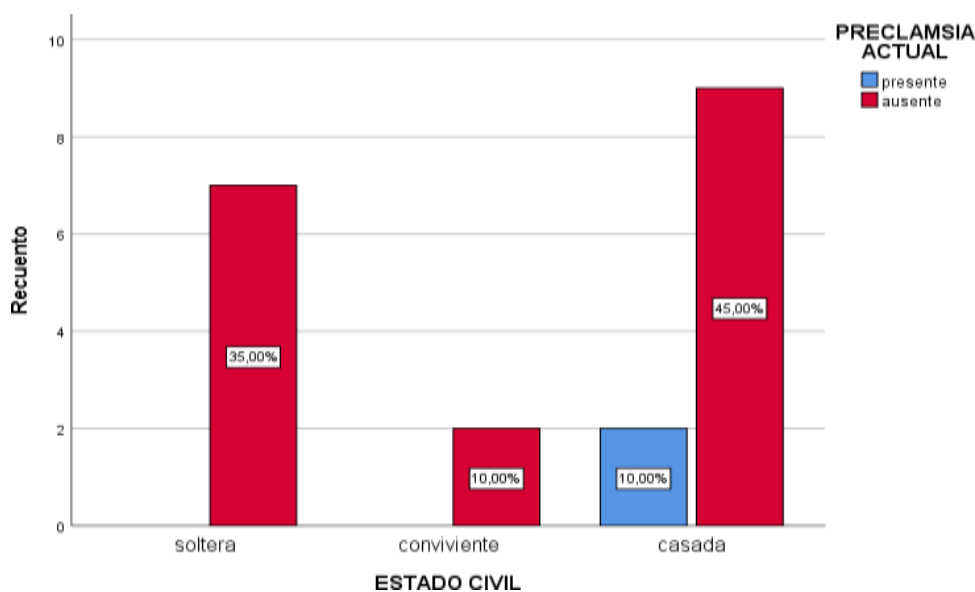
Estado civil y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%	FI	%	FI	%
ESTADO CIVIL	Soltera	0	0,0%	7	35,0%	7	35,0%
	Conviviente	0	0,0%	2	10,0%	2	10,0%
	casada	2	10,0%	9	45,0%	11	55,0%
	Total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%

Fuente de información: Encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen

Figura 1:

Estado civil y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de gestantes encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia. Actual en estado civil casadas es 10% estado civil solteras es de 0,0%, conviviente es 0,0%, las gestantes pre eclámpticas que tuvieron ausencia. El 45,0% de estado civil casada, y 35,0% de estado civil soltera, y 10% de estado civil conviviente.

Así mismo 55,0% estado civil de casada, 35,0% estado civil soltera, 10,0% de estados civil de conviviente

Tal como se evidencia en la figura 1, donde la mayor cantidad de estado civil es casada, soltera y conviviente

DISCUSIÓN D OTROS AUTORES:

Asimismo, se encontró que estar soltera fue un factor protector para preeclampsia, teniendo 0,16 veces el riesgo de hacer preeclampsia frente a las mujeres que tenían una relación estable, ya sea casadas o convivientes.

<https://revistas.urp.edu.pe/RFMH/article>

Tabla 2:

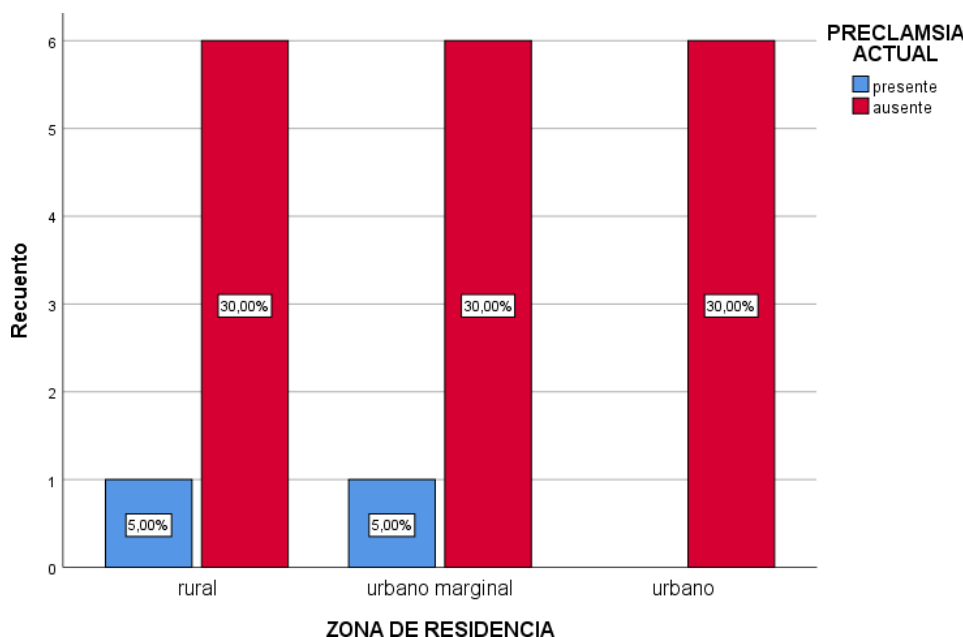
Zona de residencia y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%	FI	%	FI	%
ZONA DE RESIDENCIA	Rural	1	5,0%	6	30,0%	7	35,0%
	Urbano Marginal	1	5,0%	6	30,0%	7	35,0%
	Urbano	0	0,0%	6	30,0%	6	30,0%
	Total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%

Fuente de información: HIS Minsa y encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen

Figura 2:

Zona de residencia y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de gestantes encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia actual en zonas de residencia urbano es 5,0%, zona residencial rurales es 5,0%, zona de residencia marginal 0,0%, las gestantes preeclampsia que tuvieron ausencia. El 30,0% de zona residencia urbana, y 30,0% de zona de residencia rural, 30,0% de zona de residencia marginal.

Así mismo el 35,0% zona de residencia urbana, 35,0% zona de residencia rural ,30,0% zona de residencia marginal.

Tal como se evidencia en la figura 2, donde la mayor cantidad de zona de residencia urbana, rural y marginal es 30,0%.

DISCUICION DE OTROS AUTORES:

Actualmente, los estudios publicados sobre factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia no incluyen la altura sobre el nivel del mar del lugar de residencia. La incidencia de preeclampsia a nivel del mar tiene un riesgo de (1) presentación 17 al 21% , mientras que en zonas de mayor altitud esta cifra se triplica, probablemente por los cambios fisiopatológicos que produce la elevada altitud (>2500 m.s.n.m.) sobre el cuerpo humano y por ende en (2) mujeres gestantes.

Las mujeres con preeclampsia a gran altura mostraron una significativa elevación de sus niveles séricos de ET-1 y plasmáticos de TXA2 (117,75 ± 12,96 pg/ml, 211,01 ± 22,69 pg/ml, respectivamente) en comparación con los grupos NL, NH y PL.

Ednory Rapri-Nieto , Elisa Calderón-Girón , Jimmy Condor^{1,b} Callupe^{1,a}, Gabriela Suarez-Tolentino^{1,a}, Yudy C. Condor-Rojas

Tabla 3:

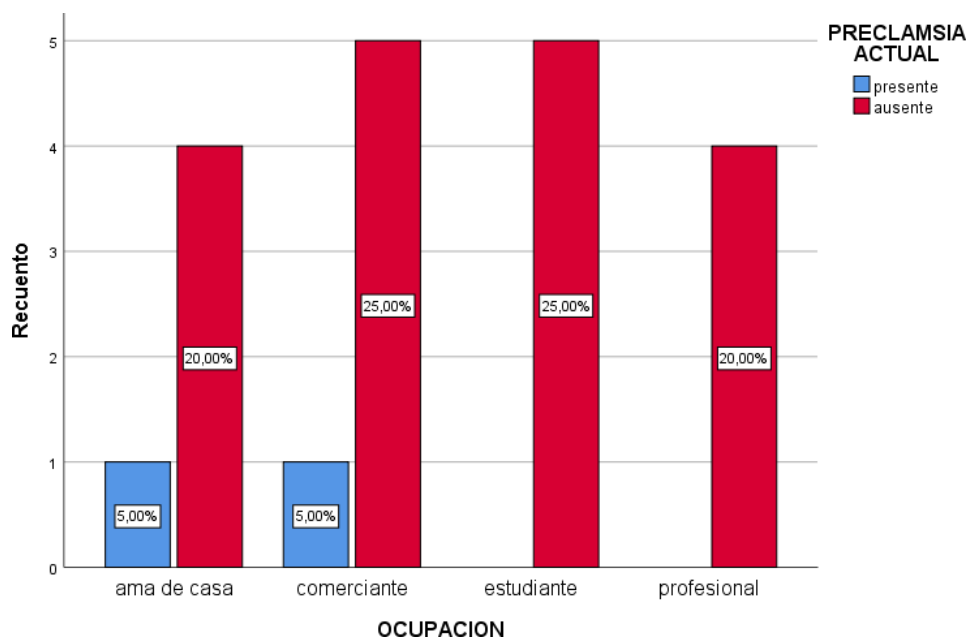
Ocupación y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

OCUPACIÓN		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%	FI	%	FI	%
Ama de casa	1	5,0%	4	20,0%	5	25,0%	
Comerciante	1	5,0%	5	25,0%	6	30,0%	
Estudiante	0	0,0%	5	25,0%	5	25,0%	
Profesional	0	0,0%	4	20,0%	4	20,0%	
total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%	

Fuente de información: Encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen

Figura 3:

Ocupación y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia presente en ocupación profesional es 0,0%, ocupación estudiante es 0,0%, ocupación comerciante es 5,0%, ocupación de ama de casa es 5,0%, las gestantes preeclámplicas que tuvieron ausencia.

El 20,0% ocupación de profesional, 25,0% ocupación estudiante 25,0% ocupación comerciante 20,0% ocupación ama de casa.

Así mismo 20,0% de ocupación profesional, 25,0% ocupación estudiante, 30,0% ocupación comerciante, 25,0% ocupación de ama de casa.

Tal como se evidencia en la figura 3, donde la mayor cantidad de ocupación profesional, Estudiante, comerciante y ama de casa es 25,0%.

Tabla 4:

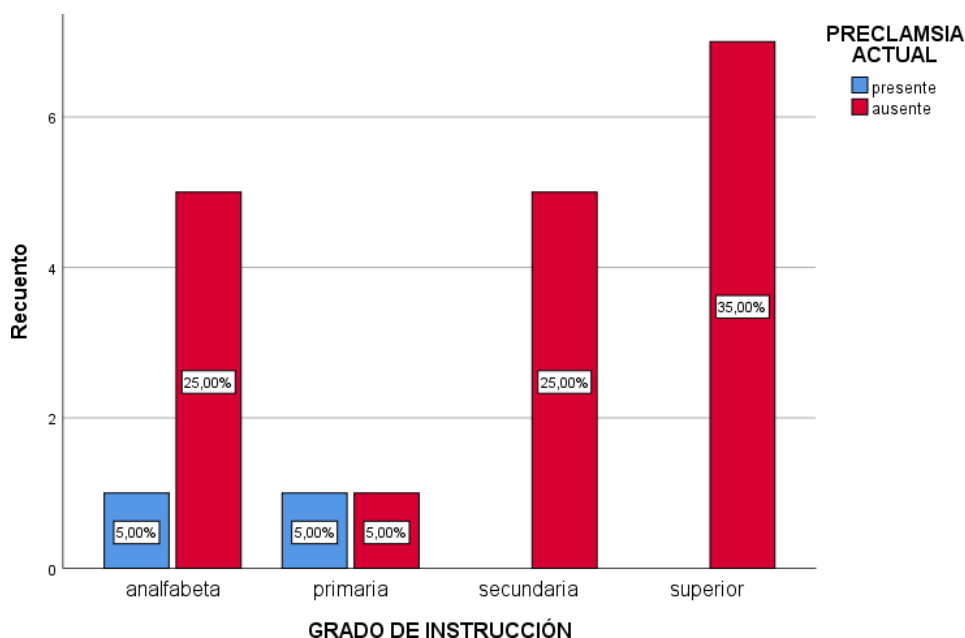
Grado de instrucción y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

GRADO DE INSTRUCCIÓN		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%	FI	%	FI	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	1	5,0%	5	25,0%	6	30,0%
	Primaria	1	5,0%	1	5,0%	2	10,0%
	Secundaria	0	0,0%	5	25,0%	5	25,0%
	Superior	0	0,0%	7	35,0%	7	35,0%
	total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%

Fuente de información: Encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen

Figura 4:

Grado de instrucción y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia presente en grado de ocupación superior es 0,0%, grado de instrucción secundaria es 0,0%, grado de instrucción primaria es 5,0%, grado de instrucción analfabeta es 5,0%, las gestantes precalificadas que tuvieron ausencia El 35,0% grado de instrucción superior, 25,0% grado de instrucción secundaria, el 5,0% grado de instrucción primaria, 25,0% grado de instrucción analfabeta.

Así mismo el 35,0% grado de instrucción superior, 25,0% grado de instrucción secundaria, 10,0% grado de instrucción primaria, 30,0% grado de instrucción analfabeta.

Tal como se evidencia en la figura 4 donde la mayor cantidad de grado de instrucción superior, secundaria, primaria y analfabeta es 35,0%

Tabla 5:

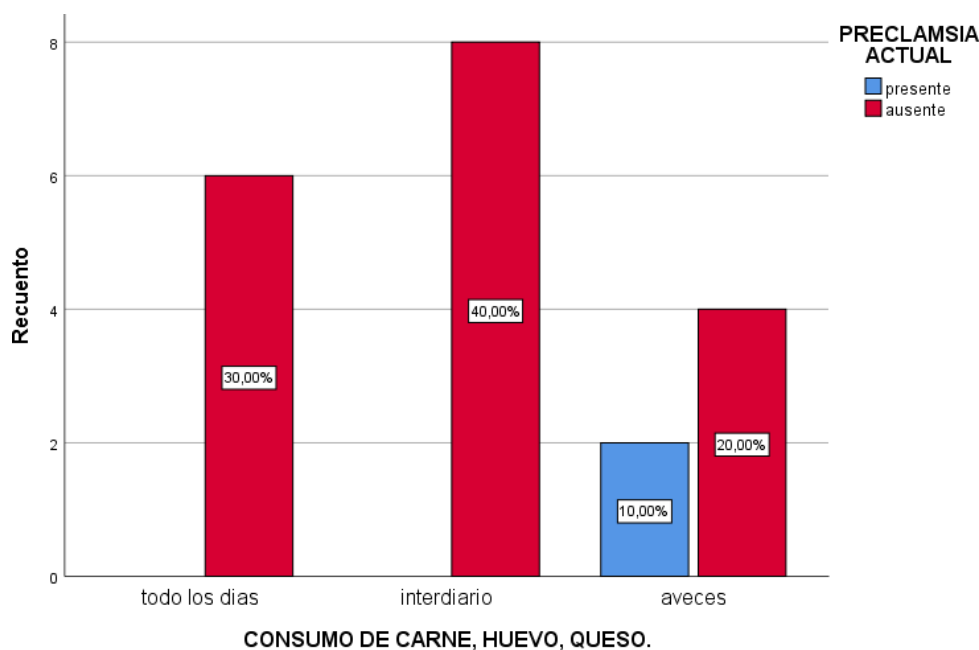
Consumo de carne, huevos, queso y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%	FI	%	FI	%
CONSUMO DE CARNE, HUEVO, QUESO.	todos los días	0	0,0%	6	30,0%	6	30,0%
	Inter diario	0	0,0%	8	40,0%	8	40,0%
	A veces	2	10,0%	4	20,0%	6	30,0%
	total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%

Fuente de información: Encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen

Figura 5:

Consumo de carne, huevos, queso y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia presente consumo de carne, huevo y queso todos los días 0,0%, consumo de carne, huevo y queso Inter diario 0,0%, consumo de carne, huevo y queso a veces 10,0%, las gestantes preeclámpicas que tuvieron ausencia. El 30,0% consumo de carne, huevo y queso todos los días, el 40,0% consumo de carne, huevo y queso intermedio, el 20,0% de consumo de carne, huevo y queso.

Al mismo el 30,0% consumo de carne, huevo y queso, 40,0% de consumo de carne, huevo y queso Inter diario, 30,0% consumo de carne, huevo y queso a veces.

Tal como se evidencia en la figura 5 donde la mayor cantidad de consumo de carne, huevo y queso todos los días, Inter diario y a veces

DISCUSIÓN DE OTROS AUTORES:

En países desarrollados, la obesidad es una causa prevalente de otras enfermedades, como las alteraciones cardiovasculares o las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. Tanto la obesidad como la resistencia insulínica o la intolerancia hidrocarbonada se asocian fuertemente a la HTA fuera del embarazo. Hay numerosas publicaciones que muestran que la obesidad es un factor predisponente para el desarrollo de preeclampsia.

AUTOR: S. Bhattacharya, D.M. Campbell.

The Incidence of severe complications of preeclampsia.

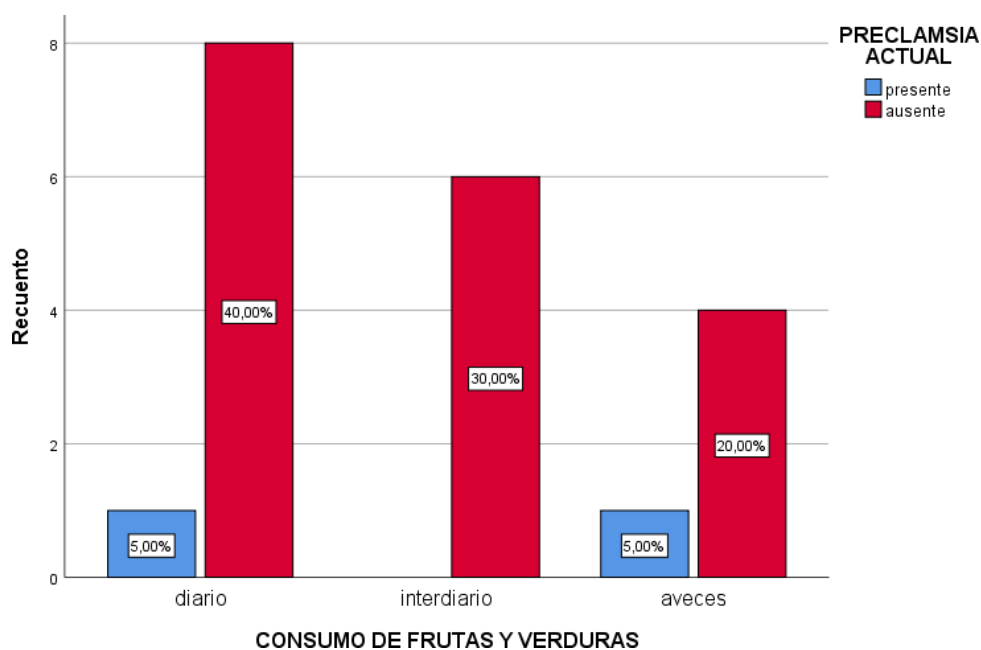
Tabla 6:

Consumo de frutas y verduras y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%	FI	%	FI	%
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS	Diario	1	5,0%	8	40,0%	9	45,0%
	Inter diario	0	0,0%	6	30,0%	6	30,0%
	A veces	1	5,0%	4	20,0%	5	25,0%
	total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%

Fuente de información: Encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen
Figura 6:

Consumo de frutas y verduras y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia

Presente consumo de frutas y verduras diario 5,0%, consumo de frutas y verduras Inter diario de 0,0%, consumo de fruta y verdura a veces 5,0%, las gestantes preeclámpicas que tuvieron ausencia, El 40.0% consumo de frutas y verduras diario, 30,0% consumo de frutas y verduras Inter diario, 20,0% consumo de frutas y verduras a veces.

Al mismo 45,0% consumo de frutas y verduras diario, 30,0% consumo de frutas y verduras Inter diario, 25,0% consumo de frutas y verduras abecés.

Tal como se evidencia en la figura 6 donde la mayor cantidad de consumo de frutas y verduras diarias, Inter diario y a veces

DISCUSIÓN DE OTROS AUTORES:

Del mismo modo, numerosos factores dietéticos han sido relacionados con la preeclampsia, entre los cuales se mencionan el calcio, la l-arginina, el magnesio, el zinc, los ácidos grasos omega-3 y las vitaminas E y C, aunque diferentes ensayos clínicos adecuadamente aleatorizados y recientemente publicados, no muestran en forma consistente que su suplementación durante el embarazo disminuya el riesgo para preeclampsia.

Dr. Oscar Agüero, jefe del Servicio de Investigaciones de la MCP

Tabla 7:

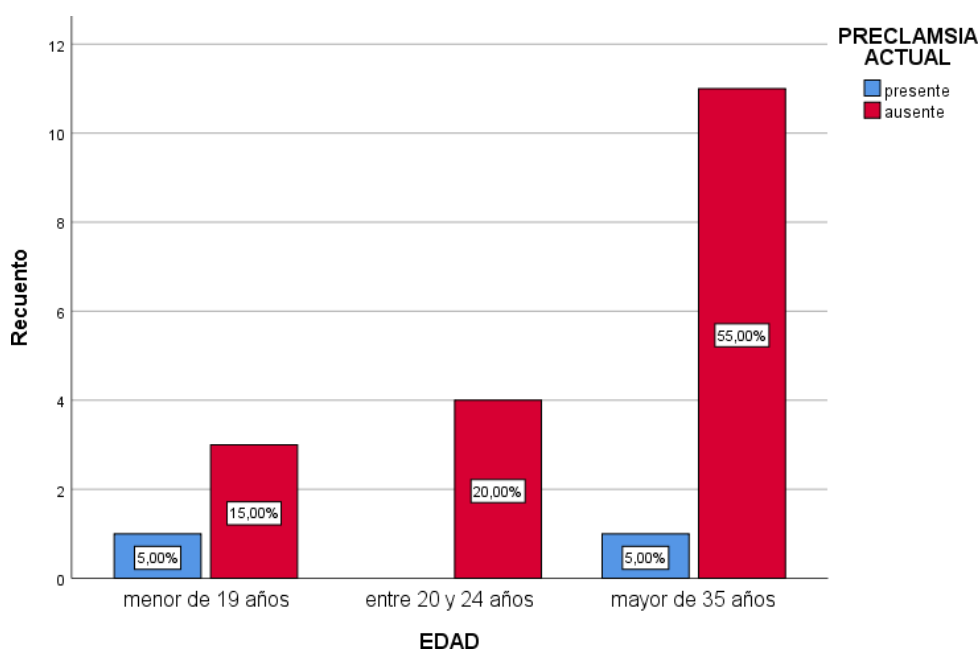
Edad y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%	FI	%	FI	%
EDAD	Menor de 19 años	1	5,0%	3	15,0%	4	20,0%
	Entre 20 y 24 años	0	0,0%	4	20,0%	4	20,0%
	Mayor de 35 años	1	5,0%	11	55,0%	12	60,0%
	total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%

Fuente de información: HIS Minsa y encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen

Figura 7:

Edad y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia

Presente edad menor de 19 años 5,0%, edad entre 20 y 24 años 0,0%, mayores de 35 años es 5,0%, las gestantes preeclámpicas que tuvieron ausencia. El 15,0% de edad menor de 19 años, y 20,0% de edad entre 20 y 24 años, y el 55,0% de edad mayor de 35 años.

Así mismo 20,0% edad menor de 19 años, 20,0% edad entre 20 y 24 años, 60,0% edad mayor de 35 años.

Tal como se evidencia en la figura 7 donde la mayor cantidad de edad menores de 19 años, edad entre 20 y 24 años y mayor de 35 años 55,0%

DISCUSIÓN DE OTROS AUTORES:

Edad materna avanzada es considerado epidemiológicamente un factor de riesgo importante.

Las mujeres mayores tienden a tener factores de riesgo adicionales, como la diabetes mellitus, la hipertensión crónica, o alguna enfermedad crónica que las predispone a desarrollar preeclampsia. En el caso de las adolescentes el riesgo es mayor estadísticamente, pero en muchos estudios observacionales el riesgo de preeclampsia no es claro de la toda una revisión sistemática no encontró una asociación de forma directa y en las revisiones actuales de ACOG no se considera como un factor de riesgo en sus reportes¹⁵.

Rev Peru Investig Matern Perinat

Tabla 8:

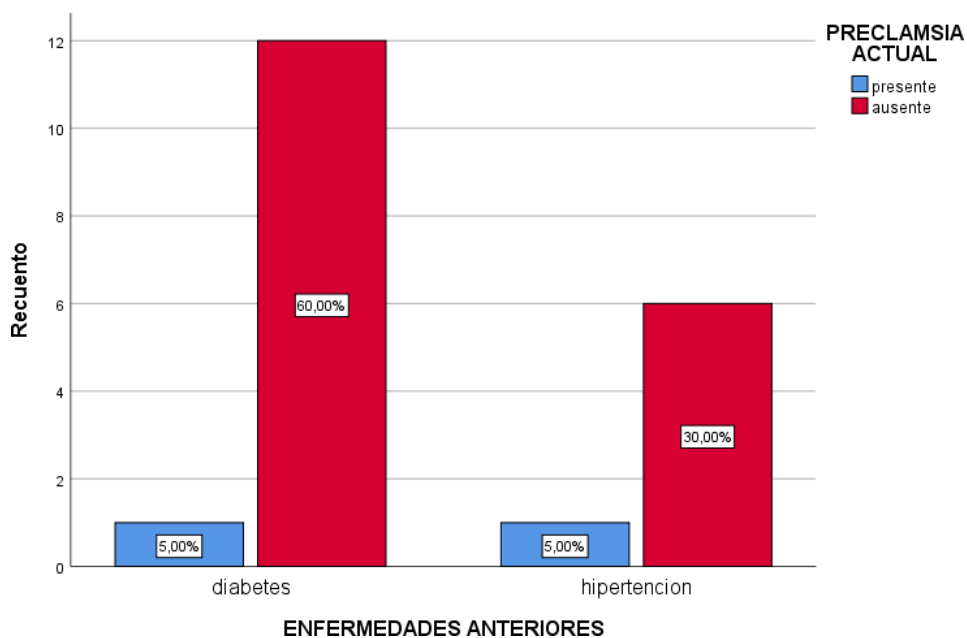
Enfermedades anteriores y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%	FI	%	FI	%
ENFERMEDADES ANTERIORES	Diabetes	1	5,0%	12	60,0%	13	65,0%
	Hipertensión	1	5,0%	6	30,0%	7	35,0%

Fuente de información: Encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen

Figura 8:

Enfermedades anteriores y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia Presente enfermedades anteriores diabetes 5,0%, enfermedades anteriores hipertensión 5,0%, las gestantes preeclampticas que tuvieron ausencia. El 60,0% enfermedades Anteriores diabetes,30,0% enfermedades anteriores hipertensión. Así mismo 65,0% de enfermedades anteriores diabetes,35,0% de enfermedades anteriores hipertensión.

Tal como se evidencia en la figura 8 donde la mayor cantidad de enfermedades anteriores Como la diabetes e hipertensión 65,0%

DISCUSIÓN DE OTROS AUTORES:

Existen múltiples datos que documentan desde estudios poblacionales previos que la diabetes gestacional se asocia claramente con el desarrollo de preeclampsia. el reportado en un seguimiento de 82 436 gestantes en el que se halló que la diabetes era un factor de riesgo importante para el desarrollo de preeclampsia. La explicación fisiopatológica es claramente atribuida al aumento de una variedad de factores implicados, como la enfermedad renal o vascular subyacente, los niveles altos de insulina en plasma, así como la resistencia a la insulina y el metabolismo anormal de los lípidos. Un dato interesante para considerar es que en el Perú en una población de limeña de gestantes el antecedente de diabetes mellitus en por lo menos uno de los padres tuvo un riesgo de 3,4 veces mayor probabilidad de presentar preeclampsia.

Rev Peru Investig Matern Perinat)

Chesley et al encontraron que hasta en un 26% las hijas de madres que tuvieron preeclampsia en alguna gestación, desarrollaban también esta patología, mientras que



era de tan sólo un 8% en las hijas políticas. Otros estudios posteriores han mostrado a su vez mayor incidencia de preeclampsia en descendencia de madres que a su vez han presentado esta enfermedad en alguna gestación.

Tabla 9:

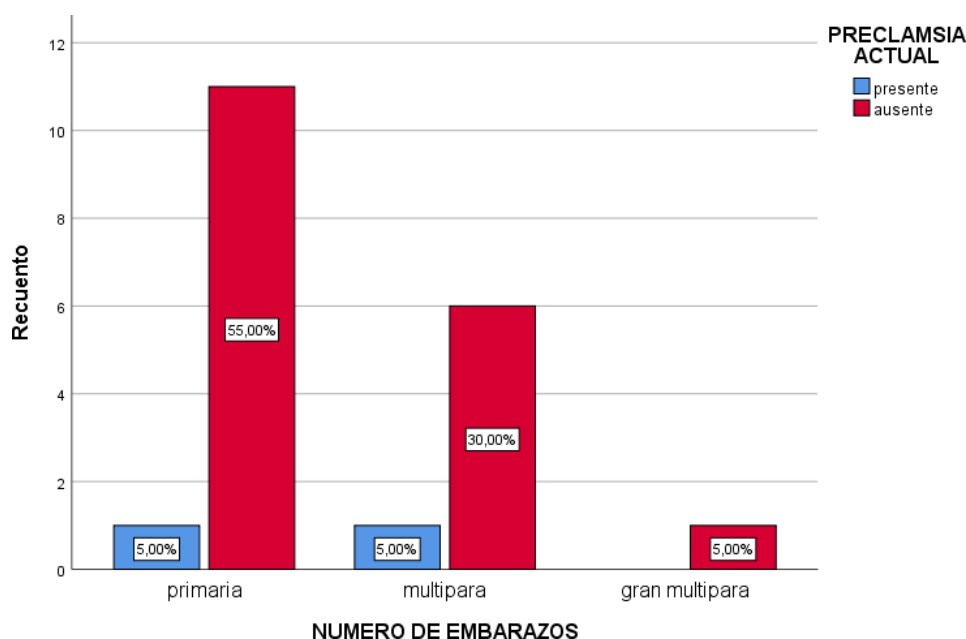
Número de embarazos y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%	FI	%	FI	%
NUMERO DE EMBARAZOS	Primaria	1	5,0%	11	55,0%	12	60,0%
	Multipara	1	5,0%	6	30,0%	7	35,0%
	Gran multipara	0	0,0%	1	5,0%	1	5,0%
	total	2	10,0%	18	90	20	100,0%

Fuente de información: HIS Minsa y encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen

Figura 9:

Número de embarazos y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia

Presente número de embarazos primaria 5,0%, número de embarazo múltipara 5,0%, número de embarazos gran múltipara 0,0%, las gestantes preeclámpicas que tuvieron ausencia. El 55,0% número de embarazo primaria, y 30,0% número de embarazo múltipara, 5,0% el número gran múltipara.

Al mismo el 60,0% número de embarazos primaria, 35,0% número o de embarazo múltipara, el 5,0% número de embarazo gran múltipara tal como se evidencia en la figura 9 donde la mayor cantidad de número de abortos primaria, primípara y gran primípara 55,0%

Tabla 10:

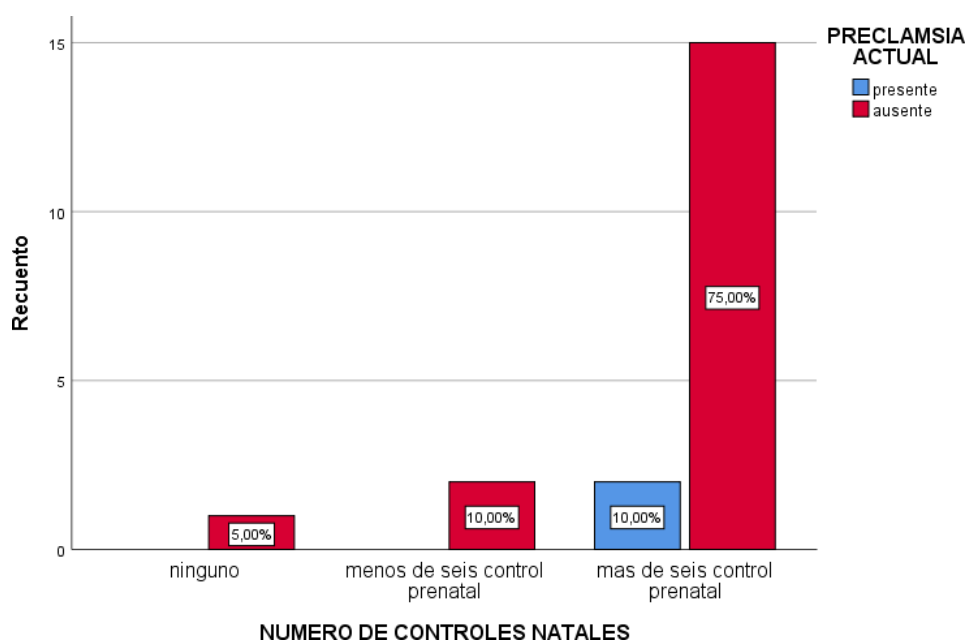
Número de controles natales y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI°	%	FI°	%	FI°	%
NUMERO DE CONTROLES NATALES	Ninguno	0	0,0%	1	5,0%	1	5,0%
	Menos de seis controles prenatales	0	0,0%	2	10,0%	2	10,0%
	Mas de seis controles prenatales	2	10,0%	15	75,0%	17	85,0%
	total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%

Fuente de información: HIS Minsa y encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen

Figura 10:

Número de controles natales y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia

Presente número de controles natales ninguno 0,0%, número de controles natales menor de seis controles prenatales 0,0%, más de seis controles prenatales 10,0%, las gestantes preeclámplicas que tuvieron ausencia. El 5,0% número de controles natales ninguno, 10,0% número de controles natales menor de seis controles prenatales, 75,0%, más de seis controles prenatales.

Al mismo el 5,0% número de controles natales ninguno, 10,0% número de controles natales menor de seis controles prenatales, 85,0% tal como se evidencia en la figura 10 donde la mayor cantidad de número de controles natales ninguno, menos de seis controles prenatales y más de seis controles prenatales 75,0%.

DISCUSIÓN DE OTROS AUTORES

Se reafirma el concepto de que los controles prenatales inadecuados constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia. gestantes que no tienen ningún control prenatal tienen alta tasa de poder tener complicaciones en su parto (preeclampsia)

Tabla 11:

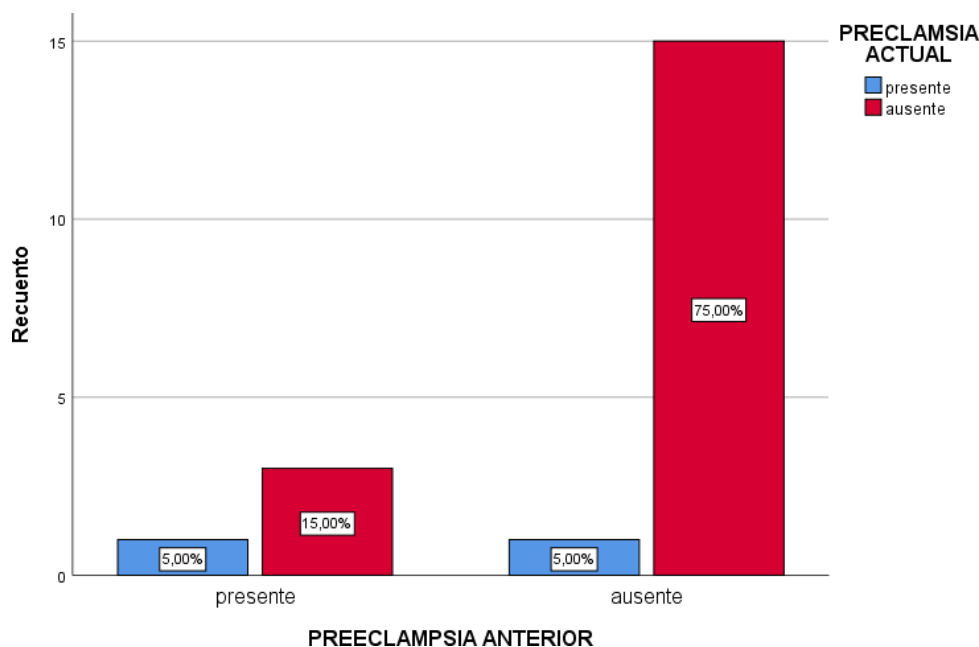
Preeclampsia anterior y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		Ausente		Total	
		FI	%		%	FI	%
PREECLAMPSIA ANTERIOR	Presente	1	5,0%	3	15,0%	4	20,0%
	Ausente	1	5,0%	15	75,0%	16	80,0%
	total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%

Fuente de información: Encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen, libro de partos

Figura 11:

Preeclampsia anterior y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia

Presente preeclampsia anterior presente 5,0%, pre eclampsia anterior ausente 5,0%, las gestantes preeclampticas que tuvieron ausencia. El 15, 0% preeclampsia anterior presente, 75,0% pre eclampsia anterior ausente.

Al mismo 20,0% pre eclampsia anterior presente, 80,0%, pre eclampsia anterior ausente.

Tal como se evidencia en la figura 11 donde la mayor cantidad preeclampsia anterior presente y ausente 75,0%.

DISCUSIÓN DE OTROS AUTORES:

Merece especial atención la historia personal de preeclampsia, la historia familiar de preeclampsia y la historia del padre con una mujer que previamente embarazó y que desarrollo preeclamsia. La *historia de preeclampsia* como factor previo es interesante. La asociación con el antecedente previo de historia de preeclampsia considerado tal vez uno de los escenarios en los que la probabilidad del riesgo se incrementa estadísticamente más y por ello en la toda la literatura médica se cataloga como “el predictor más fuerte” de desarrollo de la enfermedad.

Rev Peru Investig Matern Perinat

Tabla 12:

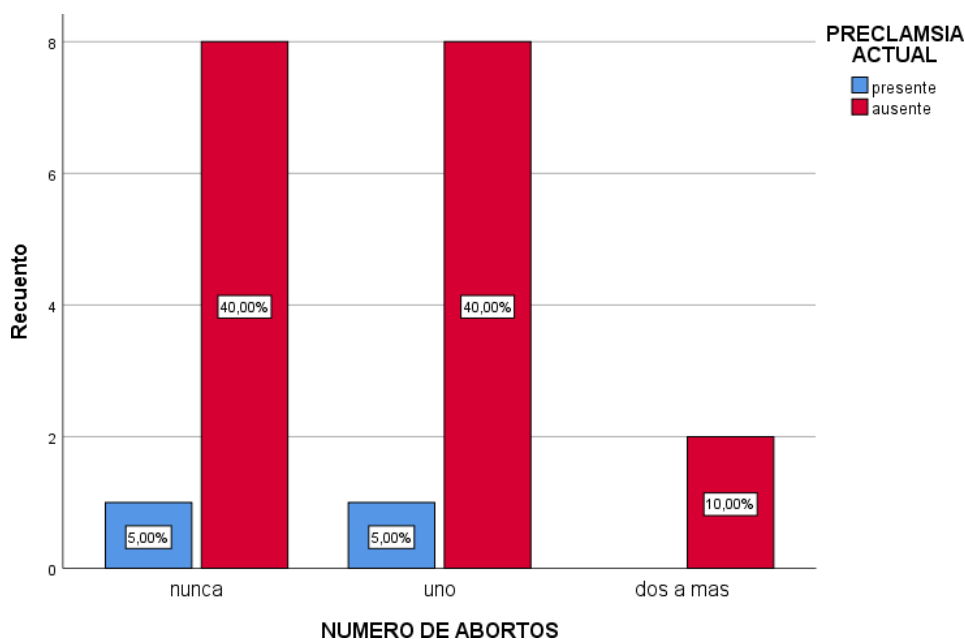
Número de abortos y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024

		PRECLAMPSIA ACTUAL					
		Presente		ausente		Total	
		fl	%	fl	%	fl	%
NUMERO DE ABORTOS	Nunca	1	5,0%	8	40,0%	9	45,0%
	uno	1	5,0%	8	40,0%	9	45,0%
	Dos a mas	0	0,0%	2	10,0%	2	10,0%
	total	2	10,0%	18	90,0%	120	100,0%

Fuente de información: Encuestas realizadas a las gestantes, sis Galen, registro de procedimientos y complicaciones

Figura 12:

Número de abortos y preeclampsia en mujeres gestantes hospital Santo Tomas Chumbivilcas 2024





INTERPRETACIÓN

Del 100% de mujeres encuestadas se aprecia que las mujeres tuvieron preeclampsia Presente números de abortos nunca 5,0%, número de abortos uno 5,0%, número de abortos dos a más 0,0%, las gestantes preeclampticas que tuvieron ausencia, El 40,0% de número de abortos nunca, 40,0% número de abortos uno, el 10,0% de números de abortos de dos a más.

Así mismo 45,0% de número de abortos nunca,45,0% de número de abortos uno,10,0% número de abortos de dos a más.

Tal como se evidencia en la figura 12 donde la mayor cantidad de números de abortos nunca, uno y dos a mas



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Con respecto a los factores nutricionales es importante que la mujer gestante consuma un alimento balanceado para poder reducir la probabilidad de presentar preeclampsia en las gestantes que son atendidas en el Hospital Santo Tomas
- SEGUNDA:** Con respecto a los factores sociodemográficos las edades son un factor de riesgo (menores de 18 años y mayores de 35 años) para presentar preeclampsia en las gestantes que son atendidas en el Hospital Santo Tomas
- TERCERA:** En los factores gineco obstétricos es importante que la mujer gestante inicie los controles prenatales en los primeros meses de embarazo para determinar y prevenir la preeclampsia en el Hospital Santo Tomas Chumbivilcas.
- CUARTA:** Las gestantes con antecedentes de tener preeclampsia se deben iniciar con tratamiento para poder prevenir la preeclampsia.



RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Las gestantes con factores de riesgo para la preeclampsia se deberá realizar 2 controles por el servicio ARO-gineco obstetricia
- SEGUNDA:** Realizar una atención preconcepcional para así prevenir los factores gineco obstétricos que causan la preeclampsia.
- TERCERA:** Dentro de las edades las menores de 14 años y mayores de 35 años de edad, tienen que recibir mayor frecuencia y vigilancia en sus atenciones prenatales.
- CUARTA:** Realizar consejerías según su idioma de la paciente y viendo su grado de instrucción, verificar que la paciente nos esté entendiendo las consejerías realizadas en este tema



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erez O, Romero R, Jung E, Chaemsaithong P, Bosco M, Suksai M, Gallo DM, Gotsch F. Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2022; 226(2S):786-803. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35177220/>
2. Nirupama R, Divyashree S, Janhavi P, Muthukumar S, Ravindra P. Preeclampsia: Pathophysiology and management. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2021; 50(2): 2- 10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33171282/>
3. Pereira J, Pereira Y, Quirós L. Update in preeclampsia. *Rev Méd Siner.* 2021; 5(1): 340. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340/686>
4. Velumani V, Durán C, Hernández L. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Rev. Fac. Med.* 2021; 64(5): 7-18. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000500007
5. Organización Panamericana de la Salud. Día de Concientización sobre la Preeclampsia [Internet]. Washington, D.C: OPS / OMS; 2019 [updated 01 de agosto 2019; cited 01 de setiembre 2022]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobrepreeclampsia#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20un%20trastorno,y%20muer%20materna%20y%20neonata>



6. Duley L. The Global Impact of Pre-eclampsia and Eclampsia. Seminars in Perinatology. 2009;33(3):130-7. Disponible en [https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20\(6\).](https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).)
7. Muñoz Rodríguez LL, Estupiñan Ramírez AJ, Torres Yamunaque YA, Cacay Ramos KL. Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. RECIMUNDO. 2020;4(4):343-52. Disponible en [https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20\(6\).](https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).)
8. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, Ray JG. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. Bmj. 2016;353:i1753.. Disponible en [https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20\(6\).](https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).)
9. Boyd P, Lindenbaum R, Redman C. Pre-eclampsia and trisomy 13: a possible association. The Lancet. 1987;330(8556):425-7. Disponible en [https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20\(6\).](https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).)



bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).

10. Cincotta R, Brennecke S. Family history of pre - eclampsia as a predictor for

pre - eclampsia in primigravidas. International Journal of Gynecology &

Obstetrics. 1998;60(1):23-7. Disponible en

<https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b->

bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).

11. Chimbo Oyaque CE, Mariño Tapia ME, Chimbo Oyaque TA, Caicedo Torres

CE. Factores de riesgo y predictores de preeclampsia: una mirada al futuro.

Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2018;13(1):6-12. Disponible en

<https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b->

bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).

12. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, 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. International Journal of Gynecology Obstetrics. 2019;145:1-33.

Disponible en

<https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc->



4a03-b95b-

bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).

13. Ministerio de Salud del Perú. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú Vol 29 – SE 53-2020. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2021. Disponible en <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b->

bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).

14. Ministerio de Salud del Perú. Sala situacional de Muerte Materna [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2023 [cited 03 enero del 2023]. Disponible en <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/publicaciones/salas-de-situacion/salasituacional-de-muerte-materna/>.

15. Salas B, et al. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. 5(7). Rev. Méd. Sinerg. [Internet]. 2020. Disponible en https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13222/8/IV_FC_S_502_TE_Alarcon_Diaz_2023.pdf. Disponible en https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13222/8/IV_FC_S_502_TE_Alarcon_Diaz_2023.pdf



16. Carrión F, et al. Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2(2):242-21. 2022. Disponible en https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13222/8/IV_FC_S_502_TE_Alarcon_Diaz_2023.pdf
17. Barron WM, Marshall DL. Hypertension: En: Medical Disorders During Pregnancy. Editorial Mosby. 1995. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
18. Levy MT, Jacober SJ, Sowers JR. Hypertensive disorders of pregnancy in southwestern Navajo Indians. Arch Intern Med. 1994; 154:2181-3. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
19. Obed SA, Wilson JB, Elkins IE. Eclampsia: 134 consecutive cases. Int J Gynaecol Obstet. 1994;45(2):97-103. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
20. Ananth CV, Savitz DA, Bowes WA Jr. Hypertensive disorders of pregnancy and stillbirth in North Carolina, 1988 to 1991. Acta Obstet Gynecol Scand. 1995;74(10):788-93. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf



21. Ostlund I, Haglund B, Hanson U. Gestational diabetes and preeclampsia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;113(1):12-6. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
22. Ruiz J, Trelles J, Gonzales del Riego M. Enfermedad hipertensiva en el embarazo, riesgo materno. Ginecol Obstet Perú. 1985; 29(1). Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
23. Ludmir A. Hipertensión arterial durante el embarazo. Rev Soc Per Hipertensión. 1995; 1(2):64-71. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
24. Alcántara R, Casiano S. Morbimortalidad perinatal en la preeclampsia. Diagnóstico. 1990;25(3-4):51-4. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
25. Serrano J, y col. Toxemia dravídica: algunos aspectos epidemiológicos. Abstracto 110. VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, 1985. Disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf
26. Arauzo G. Hipertensión arterial inducida por el embarazo en el Hospital de Tingo Maria. Hipertensión. 1996;2(1):24-9. Disponible en



[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf)

pdf

27. Távara L, Parra J, Chumbe O, y col. Repercusiones maternas y perinatales de la hipertensión inducida por el embarazo. Ginecol Obstet Perú. Disponible en

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/A04V52N4.pdf)

pdf

28. Sánchez, Sixto, Ware Jauregui, Susana, Larrabure, Gloria, Bazul, Victor, Ingar, Hugo, Zhang, Cuilin y Michelle Williams. Factores de riesgo preeclampsia en mujeres. 2011. disponible en

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/factores_riesg_](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/factores_riesg_preeclam.htm)

preeclam.htm

29. Romero, Ximena Carolina, Montserrat, Uriel, Porras Ramírez, Alexandra, Eslava, Matilde, Ramírez, Amparo, Rincón Franco Sara & Augusto Forero, Carlos. Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 22(3): 507-9, jul-set., 2022. Recife. Brasil 2022.

[https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hVqY39SSBCybKkXfkSVsYmf/?format=pdf&l](https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/hVqY39SSBCybKkXfkSVsYmf/?format=pdf&lang=es)

ang=es

30. Hernández Cuevas, Sebastian. 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. Bogotá, Colombia, marzo, 2022 :75-10.



31. Paredes M. Análisis de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl en el año 2020. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2022.
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13222/8/IV_FC_S_502_TE_Alarcon_Diaz_2023.pdf
32. Alarcon Tito, Nelly & Diaz Perez de Murga, Silvana Lourdes Isabel. Factores de riesgo relacionados a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de San Juan de Lurigancho - Lima, 2022. Huancayo Perú 2023.
https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/13222/8/IV_FC_S_502_TE_Alarcon_Diaz_2023.pdf
33. Encina Lozano KVJ. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia Piura en el periodo 2020 - 2021. [Tesis de titulación]. Piura-Perú: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.
[https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20\(6\).](https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).)
34. De la Cruz Guillinta Brian Martin. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de gineco – obstetricia del Hospital San José De Chíncha durante enero a diciembre del 2019. Chíncha, Perú 2020.
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/2569/T->



TPMC-

BRIAN%20MARTIN%20DE%20LA%20CRUZ%20GUILLINTA.pdf?sequenc
e=1&isAllowed=y

35. Colimon KM. Fundamentos de epidemiología. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S. A.; 2008. Disponible en

<https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b->

[bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20\(6\).](https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).)

36. Chimbo Oyaque CE, Mariño Tapia ME, Chimbo Oyaque TA, Caicedo Torres CE. Factores de riesgo y predictores de preeclampsia: una mirada al futuro.

Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2018;13(1):6-12. Disponible en <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b->

[bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20\(6\).](https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).)

37. Duarte J, Ezeta ME, Sánchez G, Lee-Eng V, Romero S. Factores de riesgo asociados con preeclampsia severa (con criterios de severidad). Medicina

Interna de México. 2022;38(1):99-108. Disponible en <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b->

[bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20\(6\).](https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20los%20factores,%2C%20entre%20otros%20(6).)



38. Del Río, Javier. Los factores nutricionales. 04 noviembre 2011. Disponible en <http://ambiental.unab.cl/2011/11/los-factores-nutricionales>
39. Jensen MD. Obesity. In: Goldman L, Schafer AI, Eds. Goldman's Cecil Medicine. 2020. Disponible en <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007196.htm>
40. Paré E, Parry S, McElrath TF, Pucci D, Newton A, Lim K-H. Clinical Risk Factors for Preeclampsia in the 21st Century. Obstet Gynecol. octubre de 2014;124(4):763. Actualizado 2022. Disponible en https://www.revhipertension.com/rlh_1_2018/factores_riesgo_predictores.pdf
41. Sánchez, Vanesa G. El tipo de alimentación está vinculado a tasas más altas de preeclampsia en latinas. Abril 2024. Disponible en <https://kffhealthnews.org/news/article/el-tipo-de-alimentacion-esta-vinculado-a-tasas-mas-altas-de-preeclampsia-en-latinas/>
42. Cuidados de la familia. Factores sociodemográficos. 2022. Disponible en <http://cuidadodelafamiliayeladulto.weebly.com/factores-sociodemograficos.html>
43. Sebastián de Cobarruvias. Tesoro de la Lengua Castellana o Española (1611). Madrid: Ediciones Turner; 1984. Actualizado 2022. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Edad_biol%C3%B3gica
44. Mazeud, Henry, León Y Jean. Lecciones de derecho civil, Parte 2 Volumen I. Ediciones Jurídicas Europa- América, Buenos Aires.



- Actualizado 2022. Disponible en
<http://www.monografias.com/trabajos102/estado-civil-personas/estado-civil-personas2.shtml#bibliograa>
45. Eustat. Nivel de instrucción. 2022. Disponible en
http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html#axzz3jf3G76C6
46. Definición. Nivel de procedencia. 2024. Disponible en
<http://www.definicionabc.com/general/procedencia.php>
47. Deconceptos Concepto de educación. 2024. Disponible en
<http://deconceptos.com/ciencias-sociales/ocupacion>
48. Comunidad de Madrid. Temas de interés de salud. 2024. Disponible en
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Generico_FA&cid=1142329131309&pageid=1142329126703&pagename=PortalSalud/PTSA_Generico_FA/PTSA_pintarGenericoIndice&pv=1142329118153
49. Salvatore, Adrian. Ginecoobstetricia 2009. Actualizado 2020. Disponible en
http://prueba.uncu.edu.ar/medicina/upload/5.Gineco-Obst_.pdf
50. Diccionario médico. Paridad. Enero 2008. Disponible en
<http://diccionario.medciclopedia.com/p/paridad/>
51. Facemama. Controles prenatales durante el embarazo. 2023. Disponible en
<http://www.facemama.com/embarazo/controles-y-pruebas-prenatales-su-importancia-en-el-embarazo.html>



52. MINSA. Información y orientación en el control prenatal. Actualizado 2021.
Disponibile en http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1315_P-2000251-2.pdf
53. Universidad de Cuenca. Resumen. 2020. Disponible en
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3999/1/MEDGO12.pdf>
54. Sibai BM. Hypertension. En: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds.
Obstetricia – Normal y Problema embarazos. 5th ed. Philadelphia, Pa:
Elsevier Churchill Livingstone; 2007:chap 33. Actualizado 2023. Disponible
en <https://www.clinicadam.com/salud/5/000898.html>
55. Ukah UV, Payne B, Côté AM, Hoodbhoy Z, von Dadelszen P. Risk factors and
predictors of pre-eclampsia. FIGO Textb Pregnancy Hypertens Evid- Based
Guide Monit Prev Manag Lond Glob Libr Women’s Med. 2016;75-100.
Actualizado 2022. Disponible en
https://www.revhipertension.com/rlh_1_2018/factores_riesgo_predictores.pdf
56. Santa Cruz-Pavlovich, Francisco J.M, Salmeron Salcedo, Cristofer A., Ponce-
Rivera, Mónica S. & Luna Flores, Alejandro. Preeclampsia. 2023. Artículo de
revisión Disponible en
<https://www.medigraphic.com/pdfs/homeostasis/hom-2023/hom231b.pdf>
57. Mayo Clinic. Preclampsia 2024. . <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>
58. Botella Llusía J. Tratado de Ginecología Español. 10 Edición 1072. 2008.
Actualizado 2022. Disponible en



<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1852/1/TESIS%20DE%20GLADYS%20MORALES%20PDF.pdf>

59. Briceño Pérez, C., & Briceño Sanabria, L. "Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia leve: manejo expectante ¿hospitalario o ambulatorio?" *Ginecol Obstet Mex*, 74 (10), 537-545, ISSN-0300-9041. 2006. Actualizado 2021. Disponible en <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art6.pdf>
60. Duley, L. Gülmezoglu, A. y Henderson, J. Sulfato de Magnesio y otros Anticonvulsivos en Mujeres con Preeclampsia. *Cochran Review*. 2008. Disponible en <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/handle/123456789/192/94T00062.pdf;jsessionid=F502F35362063E30B0ABB2DD4ABF1CF9?sequence=1>
61. Ghi, T. Youssef, y A. PiThe Prognostic Role of Uterine Artery: Doppler Studies in Patients with Lateonset Preeclampsia. 2009. Disponible en <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/handle/123456789/192/94T00062.pdf;jsessionid=F502F35362063E30B0ABB2DD4ABF1CF9?sequence=1>
62. Sibai BM. Hypertension. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000898.htm>
63. Blanco, Mario, Vasquez, Manuel, Trias, Yalitze et al. Efecto de Metoclopramida en Mujeres Hipertensas en Puerperio Inmediato. AVFT. [online]. Jan. 2000, vol.19, no.1 [citado el 20 December 2007], p.62-64. Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia>



64. Douglas K, Redman C.. «Eclampsia in the United Kingdom». BMJ **309** (6966): 1395-400. 1994. actualizado 2023. Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia>
65. MedlinePlus «Preeclampsia raises risk of epilepsy in offspring». Enciclopedia médica en español. Consultado el 12 de noviembre de 2008. Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia>
66. Pacheco, José. Hipertensión inducida por el Embarazo Nuevos Conceptos. Ginecología y Obstetricia - Vol. 41 Nº1 enero de 1995. Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia>
67. Pubmed. «Immune maladaptation in the etiology of preeclampsia: a review of corroborative epidemiologic studies». Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia>
68. Pubmed. «Seminal 'priming' for protection from pre-eclampsia—a unifying hypothesis». Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia>
69. Journal of Immunology. «Semen activates the female immune response during early pregnancy in mice». Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia>
70. Pubmed. «How Does the maternal immune system contribute to the development of pre-eclampsia?». Disponible en <https://es.wikipedia.org/wiki/Preeclampsia>



ANEXOS



ANEXO 1

FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimada Sra. le rogamos que pueda contestar las preguntas de forma veraz para desarrollar el proyecto de investigación que titula "FACTORES DE RIESGO QUE ORIGINA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTOS TOMAS CHUMBIVILCAS 2024.

Responda correctamente con una X la respuesta correcta que viera por conveniente:

1. FACTOR NUTRICIONAL

1.1. ¿USTED CONSUME ALIMENTOS COMO: CARNE, HUEVO, QUESO, ARROZ, PAPA, LECHE?

- a) Todo los días
- b) Interdiario
- c) A veces

1.2. ¿CON QUE FRECUENCIA CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS VERDURAS, FRUTAS Y AGUA?

- a) Diario
- b) Interdiario
- c) A veces

2. FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO

2.1. ¿EN CUAL DE ESTOS RANGOS CONSIDERA SU EDAD?

- a) Menor de 19 años
- b) Entre 20 y 34 años
- c) Mayor de 35 años

2.2. ¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada



2.3. ¿CUAL ES SU GRADO DE INSTRUCCIÓN?

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

2.4. ¿DE DONDE PROCEDE USTED?

- a) Rural (fuera de la ciudad)
- b) Urbano marginal (alrededor de la ciudad)
- c) Urbano (dentro de loa ciudad)

2.5. ¿A QUE SE DEDICA USTED EN LA ACTUALIDAD?

- a) Ama de casa
- b) Comerciante
- c) Estudiante
- d) Profesional
- e) Otros

2.6. ¿ALGUNA VES PADECIÓ ESTAS ENFERMEDADES?

- a) Diabetes
- b) Hipertensión

3. FACTOR GINECOOBSTETRICO

3.1. ¿CUÁNTAS VECES SE EMBARAZO USTED?

- a) Primipara (primer embarazo)
- b) Multipara (entre dos a cinco embarazos)
- c) Gran múltipara (más de seis embarazos)

3.2. ¿CUÁNTAS VECES FUE HA SU CONTROL PRENATAL EN SU ACTUAL EMBARAZO?

- a) Ninguno
- b) Menos de seis controles prenatales
- c) Más de seis controles prenatales



3.3. ¿EN SU ANTERIOR EMBARAZO PADECIÓ DE PREECLAMPSIA?

- a) Presente
- b) Ausente

3.4. ¿USTED TUVO ABORTOS?

- a) Nunca
- b) Uno
- c) Dos a mas

4. PREECLAMPSIA

4.1. ¿QUE TIPO DE PREECLAMPSIA PRESENTO EN SU EMBARAZO ACTUAL (PA? 140/90 mmhg, edema, cefalea) LEVE?

- a) Presente
- b) Ausente

4.2. ¿QUE TIPO DE PREECLAMPSIA PRESENTO EN SU EMBARAZO ACTUAL (PA? 160/110 mmhg, edema, cefalea, proteinuria, epigastralgia) SEVERA?

- a) Presente
- b) Ausente

ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 19-11-2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: Yeny Ines Ccorisapra Alfaro
 Dirección: Chaccrapata
 DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____
 Teléfono: _____ email: _____
 Nombres y Apellidos: _____
 Dirección: _____
 DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____
 Teléfono: _____ email: _____
 Facultad y/o Escuela de Posgrado: Obstetricia
 Escuela Profesional o Mención: Segunda especialidad profesional en obstetricia
 Título o Grado Académico a optar: Alto Riesgo en Emergencias Obstétricas
 Asesor: _____
 Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:
 Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico
 Título: factores de riesgo que ocasionan preeclampsia en gestantes
atendidas en el hospital santo tomas, provincia chumbivilcas
Región Cusco, 2024
 Palabras claves, (3 a 5 términos): factores de riesgo, gestantes, preeclampsia
 ¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?
2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.
² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.

2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

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

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

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

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

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

Autorizo su publicación (marque con una X)

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

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

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

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

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

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

- Sí autorizo
- No autorizo

Jurisdicción de su Licencia

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

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

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

Internacional

Nacional

Línea de investigación:

Salud Pública - SE504


Firma de Autor



huella digital

19 de noviembre del 2024

Fecha