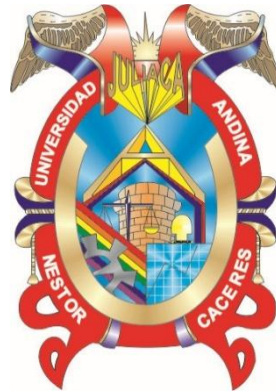




UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE
PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN
AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022**

PRESENTADO POR:

YODITH PAYEHUANCA CAYO

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

JULIACA – PERÚ

2023



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

**FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE
PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN
AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022**

PRESENTADO POR:

YODITH PAYEHUANCA CAYO

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

APROBADO POR:

PRESIDENTE

:


Dra. GRACIELA BERNAL SALAS

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. AMALIA PEREZ ABARCA

SEGUNDO MIEMBRO

:


Dra. YENNY ROSARIO ACERO APAZA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SEG04



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 246 - 2023-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 29 de noviembre del 2023

VISTO:

El Expediente N° 2023-05660, de la Egresado (a) PAYEHUANCA CAYO YODITH, con DNI N° 42863509 y Código N° 1620100012, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) PAYEHUANCA CAYO YODITH, con DNI N° 42863509 y Código N° 1620100012, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

- Presidente : Dra. GRACIELA BERNAL SALAS
Primer Miembro : Dra. AMALIA PEREZ ABARCA
Segundo Miembro : Dra. YENNY ROSARIO ACERO APAZA

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

- Fecha : viernes, 01 de diciembre del 2023
Hora : 04:00 p.m.
Lugar : Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA

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

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Leopoldo Wenceslao Cordonari DIRECTOR (e)



Mg. PERCY GOZALO PURA PUMA SECRETARIO ACADÉMICO



MEDRANO JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	4%
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	core.ac.uk Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	YODITH PAYEHUANCA CAYO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	42863509
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0009-1936-8095
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	NO APLICA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	NO APLICA
URL de ORCID	NO APLICA
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	GRACIELA BERNAL SALAS
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02394874
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0006-0870-3896
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	AMALIA PEREZ ABARCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02436112



URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-8794-560X
Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	YENNY ROSARIO ACERO APAZA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01324434
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9783-7733
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: JULIACA País: PERÚ Departamento: PUNO Provincia: SAN ROMAN Distrito: JULIACA -15.48180, -70.12070 https://maps.app.goo.gl/YntkFL8b7VcqnGZF7</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022 - 2023
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01



UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLEROS VELA
 ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Jesús Mamani Mamani

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo YODITH PAYEHUANCA CAYO, identificado con DNI
Nro. 42863509 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 EN EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE

ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022

Asesorado por: _____

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

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

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 06 de HAYO del 2025

FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad
de mejorar la calidad de vida de
las personas. A mis amados



ÍNDICE

DEDICATORIA.....i
ÍNDICEii
ÍNDICE DE TABLASiv
ÍNDICE DE FIGURAS.....vi
RESUMENviii
ABSTRACTix
INTRODUCCIÓN x

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO 1
1.1.1. Institución donde se ejecutó 1
1.1.2. Duración 1
1.1.3. Responsable..... 1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 1
1.3. Problema general..... 2
1.3.1. Problemas específicos..... 3
1.4. JUSTIFICACIÓN 3
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. 4
1.5.1. Objetivo General..... 4
1.5.2. Objetivos Específicos..... 5

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. BASES TEÓRICAS 6



2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN. 22

2.3. MARCO CONCEPTUAL 26

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

3.1. PLANIFICACIÓN 29

3.1.1. Tipo de investigación..... 29

3.1.2. Población y muestra..... 29

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión 30

3.1.4. Técnicas aplicadas en la recolección de la información..... 31

3.2. EJECUCIÓN 31

3.2.1 Recolección de datos 31

3.2.2. Procedimiento para la recopilación de datos..... 31

CONCLUSIONES 61

RECOMENDACIONES..... 62

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 63

ANEXOS



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 CASOS EN ESTUDIO POR EDAD SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022..... 33

Tabla 2 CASOS EN ESTUDIO POR PARIDAD SEGÚN TIPO DE PREECMAPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 36

Tabla 3 CASOS EN ESTUDIO POR ANTECEDENTES PERSONALES DE PREECLAMPSIA SEGÚN TIPO DE PREECMAPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 38

Tabla 4 CASOS EN ESTUDIO POR HISTORIA FAMILIAR DE PREECLAMPSIA EN FAMILIARES DE 1ER. GRADO SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022 41

Tabla 5 CASOS EN ESTUDIO POR INTERVALO ENTRE GESTANTES SEGÚN EL TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A H.C.M.M. DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022 ... 44

Tabla 6 CASOS EN ESTUDIO POR CAMBIO DE PAREJA SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 47

Tabla 7 CASOS EN ESTUDIO POR EMBARAZO MÚLTIPLE SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 50

Tabla 8 CASOS EN ESTUDIO POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 52

Tabla 9 CASOS EN ESTUDIO POR INFECCIONES SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022..... 55

Tabla 10 CASOS EN ESTUDIO POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022..... 58



ÌNDICE DE FIGURAS

Figura 1 CASOS EN ESTUDIO POR EDAD SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022..... 33

Figura 2 CASOS EN ESTUDIO POR PARIDAD SEGÚN TIPO DE PREECMAPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 36

Figura 3 CASOS EN ESTUDIO POR ANTECEDENTES PERSONALES DE PREECLAMPSIA SEGÚN TIPO DE PREECMAPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 38

Figura 4 CASOS EN ESTUDIO POR HISTORIA FAMILIAR DE PREECLAMPSIA EN FAMILIARES DE 1ER. GRADO SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022 41

Figura 5 CASOS EN ESTUDIO POR INTERVALO ENTRE GESTANTES SEGÚN EL TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A H.C.M.M. DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022 ... 44

Figura 6 CASOS EN ESTUDIO POR CAMBIO DE PAREJA SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 47

Figura 7 CASOS EN ESTUDIO POR EMBARAZO MÚLTIPLE SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 50

Figura 8 CASOS EN ESTUDIO POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022..... 52

Figura 9 CASOS EN ESTUDIO POR INFECCIONES SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022..... 55

Figura 10 CASOS EN ESTUDIO POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022..... 58



RESUMEN

El estudio analiza los elementos de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, entre julio y octubre de 2022. La preeclampsia, una complicación hipertensiva del embarazo, representa una causa significativa de morbilidad y mortalidad materna y perinatales. Este trabajo identifica variables clínicas, sociodemográficas y antecedentes médicos que incrementan la probabilidad de padecer esta condición, como el período materno, referencias familiares de hipertensión, obesidad, diabetes mellitus y el acceso limitado a controles prenatales.

El objetivo principal es establecer la relación entre estos elementos y la incidencia de preeclampsia en la población estudiada, proporcionando evidencia que permita desarrollar estrategias preventivas y mejorar la atención prenatal. La metodología incluye un enfoque cuantitativo, mediante la recolección de datos clínicos y entrevistas estructuradas a las gestantes.

Este análisis contribuye a fortalecer las políticas de salud pública local y optimizar la gestión de riesgos en gestantes, reduciendo así el impacto de esta condición en la región de Juliaca.

Palabras clave: Factores de riesgo, Preeclampsia, Gestantes



ABSTRACT

The study analyzes the risk factors associated with the development of preeclampsia in pregnant women attending the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca, between July and October 2022. Preeclampsia, a hypertensive complication of pregnancy, represents a significant cause of maternal and perinatal morbidity and mortality. This work identifies clinical, sociodemographic variables and medical history that increase the probability of suffering from this condition, such as maternal age, family history of hypertension, obesity, diabetes mellitus and limited access to prenatal check-ups.

The main objective is to determine the relationship between these factors and the incidence of preeclampsia in the population studied, providing evidence to develop preventive strategies and improve prenatal care. The methodology includes a quantitative approach, through the collection of clinical data and structured interviews with pregnant women.

This analysis contributes to strengthening local public health policies and optimizing risk management in pregnant women, thus reducing the impact of this condition in the Juliaca region.

Keywords: Risk factors, Preeclampsia, Pregnant women



INTRODUCCIÓN

La investigación sobre la preeclampsia tiene una importancia inmensa a nivel mundial, debido a sus efectos desfavorables tanto en la madre como en el recientemente nacido.

Cuando se trata de preeclampsia, es primordial haber en cuenta los factores de riesgo, las empresas de atención médica y la atención prenatal. Reconocer correctamente los peligros potenciales de la preeclampsia y alcanzar los conocimientos de los profesionales de la salud puede ayudar a prevenir complicaciones graves. Las mujeres embarazadas deben asistir a las citas de atención prenatal y cumplir con todas las recomendaciones proporcionadas para reducir el riesgo de desarrollar preeclampsia.

La preeclampsia conmueve aproximadamente del 5 al 10 % de los embarazos, según la OMS. Sin embargo, en los países en progreso, las tasas de mortalidad son de 5 a 9 veces más altas. En América Latina, la morbilidad perinatal fluctúa entre el 8 y el 45 %. ⁽⁷⁾

En Perú, es el segundo origen de las madres representado por el 17% al 21% de todas las muertes maternas por causa indirecta.

Entre los elementos de peligro de preeclampsia se hallan: paridad, edad, antecedentes personales, historia familiar en primer nivel de preeclampsia, momento entre gestaciones, cambio de paternidad, concepción múltiple, índice de masa corporal, infecciones y enfermedades preexistentes

Las mujeres primíparas y las de 35 años o más tienen más probabilidades de experimentar preeclampsia.



La preeclampsia es una condición de origen desconocido que puede afectar a mujeres de diversos grupos sociales. La inclusión en la lista de casos de preeclampsia abarca embarazos adolescentes y tardíos en mujeres de 35 años o más.

El actual estudio se ejecutó con la finalidad de establecer los componentes de peligro en el desarrollo de preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca Julio – octubre 2022.

Este trabajo académico se divide en tres capítulos:

Capítulo I: Presenta el título, la descripción del tema, la justificación y los objetivos planteados.

Capítulo II: Comprende el marco teórico, los antecedentes y el marco conceptual de la investigación.

Capítulo III: Explica la planificación, el proceso de obtención de resultados, el diseño metodológico, la población y muestra, además de los instrumentos y técnicas utilizadas.

Para concluir, se incluyen las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1.1. Institución donde se ejecutó

La investigación se desarrolló en el Hospital Carlos Monge Medrano
Juliaca Julio- octubre -2022

1.1.2. Duración

Inicio:

Del mes de Julio del año 2022.

Término

En el mes de octubre de 2022.

1.1.3. Responsable

Yodith Payehuanca Cayo

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Durante el embarazo, la complicación médica más común es la preeclampsia, con una tasa de incidencia del 5 al 12 por ciento. La eclampsia, por otro lado, ocurre en 2 a 13 por ciento de los partos. Los hospitales en Perú han informado casos de trastornos hipertensivos leves a severos en mujeres embarazadas que



van del 4,8 al 7,3 por ciento, con casos de eclampsia que van del 0,038 al 0,8 %.

(1)

La preeclampsia es muy común en áreas desfavorecidas, particularmente en regiones rurales o marginadas con bajo nivel socioeconómico, donde muchas veces no se realizan controles prenatales. Como resultado, en la totalidad de los asuntos, la afección se detecta solo en los últimos meses del embarazo o justo antes del parto, lo que provoca complicaciones tanto para el feto y la madre. Sin embargo, un seguimiento prenatal adecuado puede ayudar a prever muchas de las consecuencias de la preeclampsia y tomar las medidas necesarias a tiempo. (2)

La preeclampsia es una de los primordiales orígenes de mortalidad materna, con tasas que oscilan entre el 29 % y el 144 %. La hemorragia posparto, el desprendimiento de placenta, la insuficiencia renal, la coagulopatía, la hemorragia intracerebral, la encefalopatía hipertensiva, el síndrome de Helip y etc son las primordiales causas de muerte. (3)

Las tasas de mortalidad perinatal son alarmantemente altas, con un rango de 8,6 a 27,8%. Los principales culpables de estas trágicas pérdidas son la prematuridad, el bajo peso al nacer y el retraso del crecimiento intrauterino. (4)

1.3. Problema general.

PG: ¿Cuáles son los factores de riesgo en el desarrollo de preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca Julio - octubre 2022?



1.3.1. Problemas específicos.

PE 1.- ¿Cuál es el tipo de preeclampsia más frecuente en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

PE 2.- ¿Cuáles son los factores de riesgo preconceptionales: edad, paridad, antecedentes personales de preeclampsia, historia familiar de preeclampsia en primer grado, ¿intervalo entre gestaciones y cambio de paternidad relacionados a preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

PE 3.- ¿Cuáles son los factores de riesgo conceptionales: concepción múltiple, índice de masa corporal, ¿infecciones y enfermedades preexistentes relacionados a preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca?

1.4. JUSTIFICACIÓN

Una de las primordiales preocupaciones de las mujeres embarazadas en todo el mundo, incluido Perú, es la preeclampsia. Contribuye del 17% al 21% de todas las muertes maternas causadas por factores indirectos, lo que la convierte en la segunda causa de mortalidad materna en el país. Desafortunadamente, las tasas de esta complicación han ido en aumento con el tiempo. ⁽²⁾

La aparición de hipertensión inducida por la gestación se extiende a los embarazos de adolescentes y mujeres de 35 años. Aunque los factores de riesgo están presentes en todos los grupos sociales, la fuente de la preeclampsia sigue siendo un misterio. ⁽⁵⁾



Esta investigación tiene una gran importancia ya que sus hallazgos harán una contribución notable al desarrollo de futuras investigaciones sobre el tema. Los conocimientos teóricos y conceptuales obtenidos de este estudio ayudarán a comprender y resolver los problemas asociados con el cuidado de las mujeres gestantes con preeclampsia. Los conocimientos obtenidos de este estudio pueden conducir a soluciones alternativas que reducirán significativamente las tasas de morbilidad y mortalidad resultantes de la preeclampsia en mujeres embarazadas que residen en Juliaca. Esto se debe al insuficiente conocimiento de la prevención de la preeclampsia-eclampsia en la ciudad.

Este estudio tiene una importancia inmensa en la expansión de la base de conocimientos en torno a la prevención de la preeclampsia, al mismo tiempo que informa futuras investigaciones y proyectos de atención médica.

Los resultados de esta investigación tienen significativas implicaciones prácticas para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. En particular, para las embarazadas que reciben cuidado médico en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1. Objetivo General.

OG: Determinar los factores de riesgo en el desarrollo de preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca Julio - octubre 2022.



1.5.2. Objetivos Específicos.

OE 1: Conocer el tipo de preeclampsia más frecuente en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

OE 2: Relacionar los factores de riesgo preconceptionales: edad, paridad, antecedentes de preeclampsia, historia familiar en primer grado, intervalo entre gestaciones y cambio de paternidad con el tipo de preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca.

OE 3; Correlacionar los factores de riesgo conceptionales: gestación múltiple, índice de masa corporal/obesidad, infecciones y enfermedades preexistentes con el tipo de preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. Preeclampsia.

Definición.

La preeclampsia es una condición médica que implica dos o más lecturas de presión arterial por encima de 140/90 una variación en la presión arterial caracterizada por un aumento de más de 30 mmHg en la sistólica y/o de más de 15 mmHg en la diastólica con respecto a los niveles de referencia registrados antes de la gestación. Además, niveles de proteinuria mayores o iguales a 0,3 g/24 h (o 0,1 g/dL) también son indicativos de esta condición. ⁽⁴⁾

Las mujeres embarazadas en su semana 20 de gestación o más pueden desarrollar una condición de salud conocida como preeclampsia. Se caracteriza por hipertensión y proteinuria, y solo el 20% de las mujeres embarazadas que experimentan presión arterial alta durante este período serán diagnosticadas con ella. El 80% restante se clasifica como hipertensión transitoria o gestacional. Para diferenciar entre las dos condiciones, la proteinuria es el signo clínico utilizado. ⁽²⁾



Alrededor del 7% de los embarazos sufren de enfermedad hipertensiva, que puede ser fatal para las mujeres gestantes y sus hijos por nacer. ⁽⁴⁾

Aunque la PE contribuye significativamente a la mortalidad materna, la morbilidad gestacional, el nacimiento prematuro y el atraso del desarrollo intrauterino en los países desarrollados, las causas de esta afección siguen sin especificarse. Se han presentado varias teorías para explicar su etiología, sin embargo, aún no se ha logrado una comprensión integral de los mecanismos que la desencadenan. ⁽¹⁾

Fisiopatología.

Numerosas hipótesis han surgido en un intento por dilucidar la génesis de los trastornos hipertensivos relacionados con la gestación. En la actualidad, se reconoce comúnmente que se altera de una dificultad multifactorial, en el que los elementos vasoactivos séricos y celulares asumen un papel fundamental.

La preeclampsia ocurre cuando falla la incursión trofoblástica, los factores genéticos desempeñan un papel en la remodelación de las arterias espirales durante el proceso de placentación y/o inmunológicos. Esto da como resultado que la musculatura arterial sea reemplazada por fibrinoide, la luz arterial se reduzca y se produzca aterosclerosis aguda. Esto conduce a trombosis e infartos, que pueden bloquear las arterias y disminuir la perfusión placentaria hasta en un 50%. El feto luego experimenta desnutrición crónica y desaceleración en el crecimiento intrauterino. Además, se altera la fisiología del endotelio, con aumento de sustancias contractivas y con disminución de sustancias relajantes y vasoconstrictoras. La deficiencia de Pgl₂, un mediador relevante del flujo sanguíneo fetal-placentario, es particularmente significativa en



la preeclampsia. Por lo tanto, si bien las etiologías de la preeclampsia pueden variar, todas provocan hipoperfusión placentaria y daño endotelial materno. ⁽⁷⁾

Clasificación de la preeclampsia

- leve
- severa
- no existe la preeclampsia moderada ⁽⁶⁾

Preeclampsia Leve:

Si la presión arterial de una paciente se registra en 140/90 mmHg o más, o aumenta 30 mmHg en la sistólica y 15 mmHg en la diastólica después de la semana 20 a 30 días después del parto, puede indicar síntomas de preeclampsia. Para un diagnóstico definitivo, los médicos consideran otros factores como la proteinuria, que es un nivel de proteína superior a 300 mg en 24 horas ⁽⁸⁾

Preeclampsia Severa.

En embarazos que superan las 20 semanas, un repaso de la presión arterial sistólica de 160 mm Hg o superior junto con una lección de la presión arterial diastólica de 110 mm Hg o superior pueden indicar un problema. Si la proteinuria en 24 horas es mayor o igual a 5 gr o se detecta proteinuria en tiras reactivas +++, junto con uno de varios signos, síntomas o pruebas de laboratorio, se recomienda atención médica.

- Plaquetas menores a 100000 mm³.
- Hemólisis.



- Vasomotores: tinnitus, cefalea, dolor en epigastrio e hipocondrio erguido y acufenos.
- Edema agudo de pulmón.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Insuficiencia renal aguda.

Si la hipertensión y los dolores de cabeza coexisten en una mujer embarazada, la preeclampsia podría ser un diagnóstico probable ya que la proteinuria solo puede presentarse en las últimas etapas.

La preeclampsia se caracteriza por molestias abdominales o resultados de laboratorio anormales. La hipertensión acompañante surge del se registra un incremento en la resistencia vascular periférica, acompañado de una reducción en el gasto cardíaco en contraste con un embarazo normotenso. ⁽⁹⁾

La preeclampsia provoca una caída significativa del 62-84% en el flujo sanguíneo renal y la TFG. Una caída del 50% en la TFG da como resultado un incremento del doble de la creatinina sérica. Por ejemplo, un aumento de BUN de 8 a 16 mg/dl o de creatinina sérica de 0,5 a 1 mg/dl representa una reducción del 50 % en la TFG. En particular, los niveles de ácido úrico aumentan antes de que haya un aumento medible en la creatinina o BUN. Como no hay una mayor elaboración de ácido úrico en la preeclampsia, la hiperuricemia significa una rebaja del aclaramiento renal. ⁽¹⁰⁾

Epidemiología.

La preeclampsia afecta alrededor de del 5 al 10 % de los embarazos en todo el mundo, según la OMS. Sin embargo, los países en desarrollo experimentan una tasa de mortalidad que es de 5 a 9 veces mayor en comparación con el resto.



En la región latinoamericana, la morbilidad perinatal puede situarse entre el 8% y el 45%, y la mortalidad puede alcanzar valores entre el 1% y el 33% ⁽⁷⁾

Etiopatogenia.

A pesar de la investigación en curso, la causa de la preeclampsia sigue sin estar clara. Sin embargo, la limitada invasión del trofoblasto ha surgido como un factor común en las desiguales teorías que intentan exponer su origen.

Un síndrome calumnioso y metabólico, marcado por daño endotelial, surge de factores genéticos e inmunológicos. Esta condición se manifiesta como hipertensión, anomalías de la congelación e hipoperfusión tisular general, proteinuria, con daño endotelial en su núcleo. Si no se controla, esto puede dar lugar a una falla multiorgánica y, en casos extremos, a la mortalidad materna y/o perinatal. ⁽¹⁰⁾

Signos y Síntomas

Los signos de preeclampsia se refieren a los síntomas observables, medibles o audibles de la afección. Estos pueden incluir presión arterial superior a 140/90, concentración irregular de proteínas en la orina, inflamación caracterizada por edema, aumento repentino de peso y migrañas o dolores de cabeza. Además, la visión borrosa o doble, el dolor abdominal, la falta de orina, junto con luces intermitentes o puntos brillantes también pueden ser indicativos de la afección. Las náuseas y los mareos son síntomas comunes de la preeclampsia, una condición que se diagnostica en mujeres embarazadas a través de signos como la hipertensión arterial. Se considera anormal una lectura de presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg, o una ampliación de 30 mmHg de coacción sistólica y 15 mmHg de presión diastólica por encima de los productos de los



controles de embarazo temprano. Es importante repetir la determinación después de 30 minutos de descanso. Aproximadamente uno de cada diez embarazos se complica con hipertensión arterial, que sigue siendo la principal causa de morbilidad y mortandad tanto para las madres como para el feto, independientemente de su origen. Las señales de preeclampsia incluyen sufrimiento de cabeza, alteraciones visuales y malestar epigástrico, como lo señalaron Zigheelboim y Guariglia. Como se señaló en (2000), las mujeres embarazadas que experimentan síntomas pueden sufrir dolores de cabeza que suelen ser frontales, aunque también pueden presentarse dolores occipitales. Desafortunadamente, estos dolores de cabeza tienden a ser impermeables a la medicación analgésica, lo que provoca molestias continuas incluso cuando se tratan. ⁽¹¹⁾

La preeclampsia puede causar alteraciones visuales, que van desde una ligera visión borrosa hasta la ceguera total. Estos cambios son el resultado de vasoespasmos en las arterias de rutina y, en casos raros, puede ocurrir un desprendimiento de la retina. Como tal, el control prenatal se enfoca en monitorear la visión y derivar a las gestantes con visión borrosa a un especialista, ya que es un síntoma común de problemas neurológicos y puede indicar el empeoramiento de la preeclampsia. Prichard, J. (1999) también ha citado estos trastornos visuales como síntoma de preeclampsia en su investigación. ⁽¹²⁾



Exámenes de laboratorio

Según los hallazgos de Clinilab Laboratories en 2009, los análisis de sangre pueden revelar varios indicadores de preeclampsia-eclampsia. Un aumento en el hematocrito significa un volumen de plasma más bajo, mientras que los riñones dañados están indicados por niveles altos de creatinina. Para determinar la gravedad de la afección, se miden los niveles totales de proteína en la orina de 24 horas, normalmente por debajo de 300 mg/24 horas en el embarazo, y la depuración de creatinina, que suele ser de 130 a 160 mg/min en el embarazo, se asocia con daño renal. El cultivo de orina también puede revelar infecciones urinarias, que son comunes en la preeclampsia-eclampsia. Sin embargo, ningún análisis puede predecir con precisión la aparición del padecimiento. El balance de plaquetas inferior a 150 000, el descuento de los niveles de fibrinógeno y 13-fibrinógeno y el nivel elevado de transaminasa, deshidrogenasa láctica y antitrombina están relacionados con una función renal reducida. Además, conduce a una mayor morbilidad materna, retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) y mortalidad perinatal. ⁽¹³⁾

Los experimentos de puesto hepática, junto con niveles incrementados de hematocrito, ácido úrico, trombocitopenia y proteinuria, pueden ser indicadores ventajosos para determinar la graduación de un padecimiento y si es necesario interrumpir un embarazo. Además, las pacientes con niveles elevados de gonadotropina coriónica humana en el segundo trimestre pueden tener un mayor peligro de experimentar preeclampsia-eclampsia y proteinuria. Vale la pena señalar que el método más efectivo para monitorear el crecimiento, desarrollo y bienestar fetal es a través del ultrasonido.



En los casos de preeclampsia-eclampsia es común observar retraso del crecimiento intrauterino, puntajes bajos del perfil biofísico, envejecimiento prematuro de la placenta y oligohidramnios. Por el contrario, la velocimetría Doppler se puede utilizar para diagnosticar fetos con RCIU o malformaciones. En conclusión, la ecografía es una herramienta eficaz para evaluar la salud fetal mediante el seguimiento de la velocimetría Doppler de la arteria umbilical, el crecimiento de la circunferencia abdominal y los cambios en el perfil biofísico de la ecografía. Además, la medición del diámetro del cerebro fetal proporciona información sobre la presencia de retraso del crecimiento intrauterino asimétrico.

(14)

Diagnóstico.

La preeclampsia se identifica a través de dos lecturas de presión arterial tomadas con al menos seis horas de diferencia. El diagnóstico se realiza cuando las lecturas miden al menos 140/90 mmHg, acompañadas de un nivel de proteína de 300 mg o más en la orina. Aunque un aumento de 20 mmHg en el valor sistólico y un aumento de 15 mmHg en el valor diastólico ya no se consideran diagnósticos, todavía se consideran significativos. La hinchazón, particularmente en las manos y la cara, alguna vez se consideró un signo diagnóstico importante, pero la hipertensión y la proteinuria ahora son los únicos marcadores necesarios para el diagnóstico. ⁽¹⁰⁾

Aun así, es importante tomar nota de cualquier hinchazón atípica, especialmente en áreas como las manos, los pies o la cara, donde aparece una muesca al aplicar presión. Estos síntomas deben informarse de inmediato a un profesional de la salud. En algunos casos, las madres con preeclampsia pueden tener una



inclinación hacia la agregación plaquetaria y niveles más altos de serotonina sérica. ⁽¹²⁾

Por lo general, los síntomas de la preeclampsia carecen de especificidad. En particular, incluso las convulsiones durante el embarazo pueden ser el resultado de trastornos distintos de la eclampsia. Por lo tanto, el diagnóstico de esta condición requiere la presencia de múltiples características de preeclampsia. ⁽¹¹⁾

Diagnóstico Diferencial.

Distinguir la eclampsia y la preeclampsia de otras dolencias puede ser un desafío, ya que comparten similitudes con la insuficiencia renal crónica, la púrpura trombocitopénica trombótica e idiopática, los trastornos epilépticos primarios, el síndrome urémico hemolítico, las enfermedades del páncreas y la vesícula biliar y la hipertensión crónica.

Todo embarazo de más de 20 semanas de formación debe ser evaluado para revelar preeclampsia. La presencia de hipertensión u otras enfermedades subyacentes pueden dificultar aún más el diagnóstico de esta afección. ⁽¹⁴⁾

Tratamiento.

Para un tratamiento eficaz de la preeclampsia, el diagnóstico preciso es fundamental y debe tener en cuenta la gravedad y los tipos de la afección. Si bien la hipertensión leve durante el embarazo puede no requerir hospitalización, las mujeres se benefician de intervenciones simples como un aumento moderado en la ingesta de proteínas y descansar sobre un lado. Estas intervenciones ayudan a controlar la afección al evitar la interferencia con el suministro de sangre al abdomen. Sin embargo, en los casos graves, la



finalización anticipada del embarazo a través de la inducción del parto o la cesárea suele ser el tratamiento más efectivo y concluyente.

Después del parto, la hipertensión se reduce en la mayoría de las pacientes y su salud generalmente se normaliza aproximadamente seis semanas después del parto. Paralelamente, también cesa la pérdida de proteínas en la orina. Sin embargo, algunos pacientes pueden experimentar presión arterial alta persistente como consecuencia.

Aunque la probabilidad de que la enfermedad se repita en una gestación es baja, aún se recomienda buscar orientación médica antes de planificar el próximo embarazo. ⁽¹⁵⁾

Complicaciones.

Si bien es poco común, las complicaciones maternas durante el parto pueden ser graves. Estos pueden incluir hemorragia, separación prematura de la placenta, ruptura del hígado, accidente cerebrovascular e incluso la muerte.

La preeclampsia puede tener complicaciones graves, siendo la eclampsia la más crítica. Las mujeres que desarrollan eclampsia o preeclampsia corren el riesgo de sufrir una hemorragia cerebral, que puede ser mortal. Si bien la hipertensión durante la formación es un elemento importante en el progreso de esta afección, aún no se ha determinado la correlación precisa entre la hipertensión y la hemorragia cerebral en la preeclampsia. ⁽¹⁶⁾

Los adultos con preeclampsia pueden experimentar síndrome de dificultad respiratoria aguda. Sin embargo, no está claro si el soporte respiratorio del hospital o la preeclampsia en sí es la causa subyacente de esta complicación.

Además, los RN de madres con preeclampsia pueden tener un mayor peligro de desplegar epilepsia más adelante en la vida. ⁽¹⁵⁾

Prevención.

La preeclampsia y la hipertensión gestacional no se pueden prevenir, pero un estudio realizado en 1999 por Chappell, LC indica que las mujeres de alto riesgo pueden reducir su riesgo de preeclampsia tomando vitaminas C y E en la segunda mitad de la gestación. El estudio encontró que las mujeres de alto riesgo que tomaron estas vitaminas informaron una reducción del 75 % en el riesgo de PE. (p.815). ⁽¹⁶⁾

Si bien se muestran prometedores, los investigadores sugieren que se necesitan más estudios. Es importante tener en cuenta que otros tratamientos, como la aspirina y el calcio, que parecían tener potencial en estudios anteriores, no han demostrado ser efectivos para prevenir la preeclampsia. ⁽¹⁶⁾

2.1.2. Factores de riesgo para preeclampsia.

Preconcepcionales:

Edad materna.

La ampliación de la edad materna media en el momento de la gestación está contribuyendo al repunte de los casos de EP. El riesgo de EP es mayor para las madres mayores (aquellas mayores de 40 años), con una razón de riesgo de 1,96 (IC 95% 1,34-2,87) para pacientes multíparas y 1,68 (IC 95% 1,23-2,29) para mujeres nulíparas.

La cuestión de si las adolescentes son más propensas a las embolias pulmonares es un tema de debate. Sin embargo, una revisión exhaustiva concluyó que no hay correlación. ⁽¹⁷⁾



Paridad.

La razón exacta por la que las señoras primíparas corren un mayor riesgo es incierta. Sin embargo, una teoría sugiere que estas mujeres tienen una exposición limitada a los antígenos paternos que pueden contribuir a la patogénesis de la enfermedad. El riesgo de desarrollar enfermedades es mayor en mujeres nulíparas con un RR de 2,91 e IC del 95% de 1,28-6. ⁽¹⁷⁾

Un estudio realizado entre 1987 y 2004 en 750.000 pacientes suecos encontró que la inseguridad de PE en la primera gestación era del 4,1%. Sin embargo, el riesgo se redujo al 1,7% en embarazos posteriores. El estudio también reveló que las mujeres nulíparas tenían un riesgo tres veces mayor de PE temprana (menos de 34 semanas después del parto) con un 0,42 %, mientras que las mujeres multíparas tenían unitario riesgo menor de 0,14 %. ⁽¹⁶⁾

Antecedente de preeclampsia en gestación previa.

La probabilidad de desenvolver PE en embarazos posteriores aumenta hasta siete veces (RR 7,19, IC 95% 5,85-8,53), con una asociación más fuerte con la gravedad de la condición. Las mujeres que experimentaron síntomas graves de EP en su segundo trimestre tienen un mayor riesgo y pueden encontrar tasas de EP que oscilan entre el 25 y el 65 %. Por el contrario, las mujeres con síntomas de EP tardíos o leves tienen un riesgo menor, con tasas de PE del segundo embarazo descritas en 5-7%. ⁽¹⁸⁾

Historia familiar de PE en familiar de 1er grado.

Según la investigación, la probabilidad de desarrollar EP se triplica si un familiar de 1er grado, como una madre o una hermana, tiene antecedentes de la afección



(RR2.9, IC 95% 1.70-4.93). Estos hallazgos indican que la herencia puede desempeñar un papel en algunos casos de EP.

Se encontró que el riesgo de desarrollar PE aumentaba si había antecedentes familiares de la afección, particularmente si afectaba a la madre o la hermana.

(19)

Intervalo entre gestaciones.

La investigación realizada en poblaciones europeas reveló que el riesgo de PE aumenta ligeramente en proporción a la duración que ha transcurrido desde el último embarazo. Esto significa que diez años después de gestaciones primero, el peligro de PE es comparable al de una mujer que nunca ha dado a luz. ⁽²⁰⁾

Cambio de paternidad.

Los estudios han revelado que el lapso de cohabitación con interacción sexual juega un papel significativo en la aparición de la enfermedad. Tanto las mujeres primíparas como las multíparas presentan una menor incidencia de PE con una mayor duración de la cohabitación sexual antes de la concepción. Por el contrario, una breve exposición al espermatozoides de una pareja o un cambio en la paternidad aumenta el riesgo de PE.

En Dinamarca, se realizó un estudio en mujeres multíparas que constaba de 364 casos y 281 controles. El estudio encontró que hubo un aumento significativo en la nueva paternidad entre las mujeres que desarrollaron preeclampsia y HELLP (OR 8,6; IC del 95 %: 3,1 a 23,5 y 10,9; IC del 95 %: 3,7 a 32,3, correspondientemente) en balance con un grupo de control normotenso ($p < 0,0001$). El autor recomienda que las mujeres que cambian de pareja sexual



sean conscientes del riesgo potencial de desarrollar preeclampsia, similar a las mujeres primigrávidas.

Con respecto al cambio de pareja, los hallazgos son inconsistentes y puede haber una variable de confusión relacionada con el intervalo entre embarazos.

(21)

Concepcionales.

Gestación múltiple.

Cuando ocurre un embarazo gemelar o hay polihidramnios, el miometrio se estira demasiado. Esto reduce la bañó placentario y conduce a hipoxia trofoblástica, lo que puede aumentar la probabilidad de desarrollar PE. Los estudios han demostrado que los embarazos múltiples pueden dar lugar a que la PE se produzca con una frecuencia 6 veces mayor que en los embarazos únicos. Estos mecanismos complejos se han explicado parcialmente, pero requieren más investigación para una comprensión completa.

Por el contrario, cuando se trata de gestaciones gemelares, hay un incremento notable de la masa placentaria, lo que lleva a un aumento del material genético paterno que se corresponde con la placenta. Esto puede provocar que los efectos inmunofisiopatológicos de la EP se manifiesten de forma más intensa y prematura de lo habitual.

Los embarazos de gemelos conllevan el triple de riesgo de PE en comparación con los embarazos únicos, como lo demuestra un RR de 2,93 y un IC del 95 % que varía de 2,04 a 4,21. Sin embargo, no parece haber una diferencia perceptible en relación con la corionicidad o la amnionicidad.



A medida del incremento el número de fetos, también aumenta el riesgo. De hecho, el riesgo en gestaciones triples es tres veces mayor que en gestaciones gemelares. ⁽²²⁾

Índice de masa corporal.

Obesidad:

La PE tardía tiene una fuerte correlación con la obesidad, observándose un El aumento del IMC está asociado con un riesgo más elevado. Las mujeres con un IMC aumentado el peligro se duplica en quienes tienen un IMC superior al normal. Además, si el IMC supera los 30 kg/m², el riesgo se multiplica por tres, con un RR de 2,6 y un IC del 95% de 2,3-2.

Una investigación realizada en Villa Clara reveló que los trastornos hipertensivos prevalecieron en el 71,5% de Las gestantes que recibieron atención con enfoque humanizado. Asimismo, se registró un agravamiento de la PE en el 21,1% de las mujeres obesas, mientras que en el grupo control solo se presentó en el 8,2% ($p < 0,05$). El estudio también encontró 2,18% de casos de eclampsia entre la muestra, que fue significativamente mayor que el 0,4% en el grupo control ($p < 0,05$). ⁽²³⁾



Infecciones:

Se ha encontrado que las infecciones asociadas con la gestación, incluidas las ITU, la clamidia, la enfermedad periodontal y el citomegalovirus, están asociadas con una mayor probabilidad de desarrollar PE.

Enfermedades preexistentes. -Hipertensión crónica:

La HTA crónica en mujeres embarazadas puede derivar en TEP, con una prevalencia del 15-25%. Una PA la sensibilidad para prever la PE en la primera mitad del embarazo es baja, oscilando entre el 30% y el 35%, aunque su especificidad es alta, del 90%. Un estudio de población danés reciente destacó la mayor probabilidad de EP en mujeres nulíparas y multíparas con HTA crónica, con un RR ajustado de 3,4 (IC del 95% 2,8-4,1) y 2 (IC del 95% 1,5-2,8), respectivamente. (1, 2,8).⁽²⁴⁾

Diabetes mellitus:

Diversos factores pueden contribuir al incremento de la incidencia de esta afección al generar daño endotelial, incluyendo niveles elevados de insulina en plasma, enfermedades renales subyacentes, disfunción en el metabolismo de los lípidos y un incremento en la resistencia. La relación de riesgo, calculada como 3,56 con un intervalo de confianza del 95 % de 2,54 a 4,99, respalda esta afirmación.⁽²⁵⁾

Enfermedad renal:

En todo el mundo, el riesgo de EP es de 2 a 3 veces mayor para las personas con enfermedad renal crónica que para la población general.⁽²⁶⁾



Síndrome antifosfolípido:

Las futuras madres diagnosticadas con esta afección se enfrentan a un mayor riesgo de experimentar PE, como lo indica un RR de 9,72 (IC del 95%: 4,34 a 21,72). Se sabe que la EP grave y el síndrome HELLP son más frecuentes en este grupo, mientras que el vínculo entre la EP leve y tardía sigue siendo incierto.

(20)

2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

- A nivel internacional.

López m., Manríquez M., Calvez M., et al. Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2012; 50 (5): 471-476.

La preeclampsia (PE) es una condición que contribuye considerablemente a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo más relevantes en la preeclampsia, diferenciando entre sus formas leve y grave, y evaluar su impacto en mujeres hospitalizadas.

Se realizó un estudio de casos y controles en mujeres que habían recibido servicios de obstetricia y ginecología entre 2004 y 2007. El estudio se apareó 1:1.

El estudio incluyó a mujeres gestantes que tenían más de 20 semanas de gestación. Aquellas que tuvieron una gestación y parto sin incidentes sirvieron como controles, mientras que las pacientes que tenían un análisis confirmado de preeclampsia leve o grave se consideraron casos.



El estudio comprendió 42 casos y 42 controles, todos con una edad promedio de 27 años. La mayoría de los participantes estaban casados o en unión libre. La investigación identificó varios elementos de riesgo agrupados con la afección, incluidos el sobrepeso, la obesidad, la atención prenatal inadecuada, los intervalos entre nacimientos cortos o prolongados y antecedentes de cesárea o preeclampsia en una gestación anterior.

Conclusiones: Un mayor conocimiento de los factores de peligro puede promover medidas proactivas que reduzcan la morbilidad y la mortalidad materno-fetal derivadas de esta afección. ⁽²⁷⁾

La edición de 2007 de Rev cubana Med Gen Integr presentó un artículo titulado "Factores de riesgo para la preeclampsia: abordaje inmunoendocrino" escrito por Cruz J., Hernández P., Yanes M. e Isla A. (4).

La sección inicial de este estudio proporciona una valoración integral de los elementos de riesgo tradicionales coherentes con la preeclampsia. El énfasis se pone en los componentes inmune y endocrinos involucrados en cada caso.

La clasificación de las enfermedades hipertensivas se divide en dos grupos: maternas y ambientales. Esto forma la base de la discusión que sigue, destacando el papel crucial del sistema inmunitario y endocrino en la fisiopatología. La revisión también ilumina la aparición de la hipertensión incitada por la gestación.

Esta revisión destaca la participación crucial de los sistemas inmunitario y endocrino en el desarrollo de la EP, particularmente en lo que concierne a los



elementos de peligro tradicionales de esta afección relacionada con el embarazo.

La identificación temprana de los factores de riesgo de embolia pulmonar (EP) durante el embarazo es crucial. Permite el diagnóstico oportuno y, en ciertos casos, incluso la prevención e intervención, eliminando así cualquier angustia que la madre pueda enfrentar debido a la condición. Esto solo se puede lograr con la cooperación de los prestadores de servicios médicos y la aplicación de productos médicos apropiados. ⁽²⁸⁾

- **A nivel Nacional.**

Cabeza J. Factor de peligro para el progreso de Preeclampsia atendidas en el hospital de apoyo Sullana 2013.

Se ejecutó una publicación de casos y exámenes para analizar 162 mujeres embarazadas utilizando un enfoque observacional y analítico. Las participantes fueron categorizadas en dos grupos: Casos, que contuvo a 54 embarazadas con preeclampsia, y Controles, que consistió en 108 embarazadas sin preeclampsia.

El estudio halló que la edad de los casos fue de $21,37 \pm 3,99$, mientras que el grupo de control era un poco mayor con una edad de $23,59 \pm 4,91$ años. La mayoría de los casos (42,59%) se hallaban en el grupo de edad de menores de 20 años, mientras que el grupo control solo tenía un 26,85% en el mismo grupo de edad. Adicionalmente, la edad gestacional del grupo caso fue de $37,63 \pm 1,19$ semanas, mientras que el grupo control tuvo una edad gestacional promedio de $39,17 \pm 1,21$ semanas.



En cuanto a la identidad, se observa una diferencia significativa entre el grupo de nulíparas, que representó el 40,74 % de los asuntos, y el grupo control, donde solo el 33,33 % eran nulíparas ($p < 0,05$). Los partos por cesárea supusieron el 46,30% de los casos, frente al 31,48% del grupo control ($p < 0,05$). La HTA crónica estuvo presente en el 11,11% de los casos, frente a solo el 2,78% en el grupo control ($p < 0,05$), con una OR de 4,38 y un IC del 95% de [1,05-18,23].

En conclusión, las personas menores de 20 años, las que experimentan su primer embarazo y las que presentan hipertensión arterial son identificadas como elementos de peligro que incrementan las probabilidades de desplegar preeclampsia. ⁽²⁹⁾

En un estudio publicado en la "Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia" en 2014, Moreno Z. et al. encontró que ser de raza negra es un factor de riesgo significativo para la preeclampsia. El estudio, que tenía un ISSN de 2304-5132, incluía datos del volumen 60, número 4 y páginas 269-278.

Introducción: Si bien ser de raza negra puede no aumentar inherentemente la probabilidad de desarrollar preeclampsia, puede ser una señal de otros factores subyacentes, como la pobreza, la desnutrición, la hipertensión, la obesidad y la falta de cuidado prenatal adecuada. Se ejecutó una entrevista estandarizada con 338 embarazadas normotensas y 338 gestantes con preeclampsia, y se determinó la raza por fenotipo y ascendencia auto informada. Las principales medidas de resultado se analizaron en un diseño prospectivo de asuntos y inspecciones.



En este estudio, se halló un vínculo claro entre la preeclampsia y ciertos elementos de riesgo. Específicamente, las mujeres embarazadas con antecedentes de preeclampsia, obesidad antes del embarazo y edad igual o mayor a 35 años tenían más probabilidades de desarrollar esta condición. Además, hubo una asociación marginal ($p=0,047$) entre la preeclampsia y las embarazadas fenotípicamente negras o con padres o abuelos negros (OR: 2,21; IC del 95 %: 1,0 a 5,1). Estos hallazgos diversos estudios indican que la raza negra puede actuar como un factor de riesgo independiente en el desarrollo de la preeclampsia y, por lo tanto, las mujeres con esta característica deben recibir un seguimiento cuidadoso para someter la episodio y las obstáculos obstétricos.

(30)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Paridad. Número de partos.

Edad. Es la duración de la vida de un individuo, calculada desde el momento del nacimiento.

Antecedentes personales de PE. Los profesionales médicos discuten el historial médico, el estilo de vida y las características únicas del paciente a lo largo del tiempo.

Historia familiar de PE en familiar de 1er grado. Es crucial tener en cuenta su historial médico personal y el de sus parientes cercanos, ya que brindan información sobre los riesgos. Con respecto a la preeclampsia, los antecedentes familiares juegan un papel importante como factor de riesgo.



Intervalo entre gestaciones. El período intergénico se refiere a la duración entre el nacimiento de un niño y el embarazo posterior.

Cambio de paternidad. La paternidad, derivada de la palabra latina paternitas, se refiere a las cualidades de un padre o progenitor masculino. Si bien el término alguna vez se refirió a ambos padres, hoy en día la paternidad se usa comúnmente para incluir tanto a la madre como al padre, mientras que la maternidad denota específicamente la maternidad y la paternidad denota la paternidad.

Concepción múltiple. Un embarazo múltiple es cuando dos o más fetos se desarrollan simultáneamente dentro del útero. Esto puede suceder a través de la fecundación de un solo óvulo por un espermatozoo en división, conocido como embarazo monocigótico, o a través de la fertilización de múltiples óvulos, lo que resulta en un embarazo múltiple bizigótico. Sin embargo, los embarazos múltiples aumentan la probabilidad de complicaciones maternas, que pueden ser de tres a siete veces más frecuentes que en los embarazos únicos. Además, el riesgo de mortalidad y morbilidad perinatal es mayor en los embarazos múltiples, aumentando significativamente prácticamente todos los riesgos de los embarazos únicos.

Índice de masa corporal. La relación peso-altura sirve como un indicador sencillo para determinar si los adultos tienen bajo peso, sobrepeso u obesidad.

Infecciones. El término clínico "infección" se cuenta a la invasión del cuerpo de un huésped por microorganismos dañinos como virus, bacterias, hongos, protozoos o priones. Esto puede causar daños en los tejidos y una respuesta



inmunitaria del huésped. Las toxinas producidas por estos gérmenes también pueden contribuir a este proceso.

Enfermedades preexistentes. La condición de enfermedad preexistente es aquella que está manifestado en el ser humano antes de iniciarse de la gestación actual.



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

3.1. PLANIFICACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación.

La investigación es de tipo correlacional.

3.1.2. Población y muestra.

Población. Está conformada por todas las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, estimando un total de 93 casos.

Dado que la población es finita, el tamaño de la modelo se determina mediante la siguiente fórmula;

$$M = \frac{PxQ}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{Pxq}{UNIV}} =$$

Donde:

M = Tamaño de la muestra

P = 50 (proporción de la población)



$Z = 1,96$ (Estimación de la desviación estándar dentro de un intervalo de confianza del 95.5%.)

$E = 5\%$ (Margen de error a aceptar)

$Q = 1-P$

$$M = \frac{50X-49}{\frac{5^2}{1.96(2)} + \frac{50x-49}{93}} =$$

$$M = \frac{2450}{6.51+43.75} = \frac{2450}{50.26} = 67$$

La muestra quedará representada por 67 gestantes.

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

- Inclusión.

- Se incorporó en la investigación solo a las pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de preeclampsia.
- Todas las edades.

- Exclusión.

Se excluyó a las embarazos que no desearon participar.

Material y Métodos.

- Se solicitó autorización a las respectivas jefaturas para la obtención de datos para la ejecución del presente estudio
- Se elaboró una matriz de sistematización de datos para la obtención de la información.
- Se informó a las pacientes con preeclampsia el objeto de la investigación.



- Se recopiló la información desde las historias clínicas de los pacientes y se aplicó una encuesta.
- Se elaboraron tablas y gráficas.
- Interpretación de los datos.
- Se presentó el informe final.

3.1.4. Técnicas aplicadas en la recolección de la información.

Técnicas:

- Documental; Historias clínicas.
- Entrevista personal.

Instrumento:

- Cuestionario.

3.2. EJECUCIÓN

3.2.1 Recolección de datos

Se ejecutaron las combinaciones con el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca para obtener la autorización para consumir la memoria.

3.2.2. Procedimiento para la recopilación de datos

Para garantizar la precisión, las variables del estudio se someterán a un control de calidad antes de ingresarse en SPSS versión 24 para el análisis de datos. Los efectos se presentarán manejando tablas de distribución de frecuencia y estadísticas. Los datos también se mostrarán a través de gráficos y tablas.

Para el ensayo de hipótesis se empleará la prueba paramétrica T de Student este estudio, basado en un diseño de casos y controles con una variable aleatoria cuantitativa, aplicará la prueba con un nivel de significación de 0.05.



3.2.3. Variables e indicadores

V. I. Factores de riesgo.

V.D. Preeclampsia.

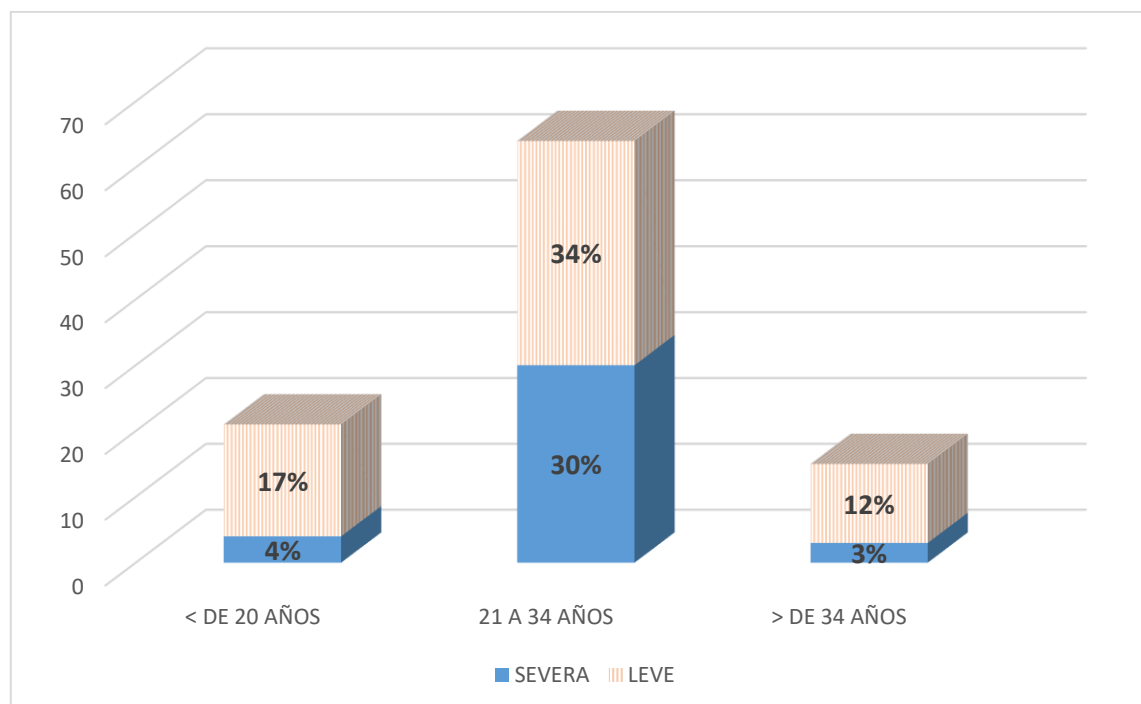
3.3. RESULTADOS

Tabla 1 CASOS EN ESTUDIO POR EDAD SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022

EDAD	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
< DE 20 AÑOS	3	4	11	17	14	21
21 A 34 AÑOS	20	30	23	34	43	64
> DE 34 AÑOS	2	3	8	12	10	15
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Cuestionario

Figura 1 CASOS EN ESTUDIO POR EDAD SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022



Fuente: Tabla 1



Interpretación

Tabla 1. Nos acceden dar salida a nuestro objetivo específico OE 1: Identificar el tipo de preeclampsia más común en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre julio y octubre de 2022.

En relación con los tipos de preeclampsia se observa que el 37% son leves y el 63% son severas.

Según López M., Manriquez M., Calvez M., et al. De acuerdo con la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (2012; 50(5): 471-476), la preeclampsia severa representa el 3.75 % de los casos, mientras que el 94 % corresponde a la preeclampsia leve.

Facilita el cumplimiento de nuestro OE 2: Establecer la asociación entre los factores de riesgo preconceptionales (edad, paridad, antecedentes personales, historia familiar en primer grado, intervalo entre gestaciones y cambio de paternidad) y el tipo de preeclampsia en embarazadas que acudieron al Hospital Carlos Monge Medrano entre julio y octubre de 2022.

En cuanto a la distribución por edades, todos los casos representan el 100%. Entre ellos, el 21% de las ocurrencias se informaron en mujeres menores de 20 años, mientras que el 64% se observaron en mujeres de 21 a 34 años. El 15% restante de los casos se informaron en mujeres mayores de 34 años.

Las mujeres con preeclampsia leve se distribuyeron de la siguiente manera: el 4 % tenía menos de 20 años, el 30 % estaba entre los 21 y 34 años, y el 3 % superaba los 34 años.



En nuestra investigación la frecuencia de preeclampsia leve es menor a la reportada por estos autores.

En el grupo con tipo de preeclampsia severa; El 17% se mostraron en mujeres menores de 20 años, el 34% con tiempos que oscilan entre 21 a 34 años y el 12% en mujeres mayores de 34 años.

Según el análisis estadístico, el coeficiente de Pearson indica el grado de correlación entre la edad y los tipos de preeclampsia.

Como resultado hallamos que $r = 0.99$ Correlación positiva muy alta.

El análisis permite concluir que la edad materna afecta el tipo de preeclampsia, ya que el 36 % de los casos se dieron en mujeres con edades fuera del rango óptimo para el embarazo.

Cabeza J. realizó una investigación en 2013 y halló que la edad promedio de los casos de preeclampsia era de $21,37 \pm 3,99$ años, mientras que el grupo de control promediaba $23,59 \pm 4,91$ años. El estudio también mostró que el 42,59% de los casos de preeclampsia pertenecían al grupo de menores de 20 años, frente a sólo el 26,85% en el grupo control.

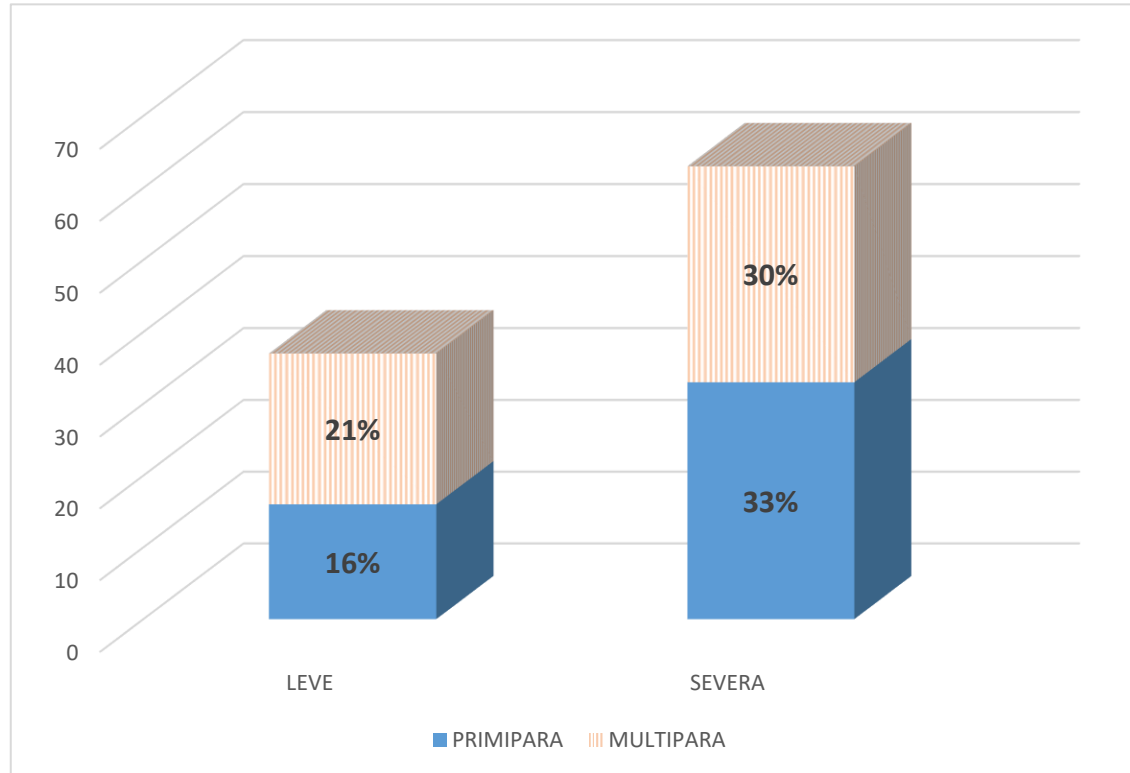
Dentro de nuestro análisis la frecuencia de preeclampsia en menores de 20 años es menor a la reportada por estos autores

Tabla 2 CASOS EN ESTUDIO POR PARIDAD SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022

PARIDAD	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
PRIMIPARA	11	16	22	33	33	4
MULTIPARA	14	21	20	30	34	51
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Cuestionario

Figura 2 CASOS EN ESTUDIO POR PARIDAD SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022



Fuente: Tabla 2



Interpretación

Tabla 2. Nos acceden dar pretexto a de nosotros objetivo específico OE 2: Relacionar los elementos de riesgo preconceptionales: edad, paridad, antecedentes personales, historia familiar en primer grado, intervalo entre gestaciones y cambio de paternidad con el tipo de preeclampsia en gestantes que acuden al H.C.M.M.M Juliaca Julio - octubre 2022.

Según los datos obtenidos, el 49 % de las gestantes con preeclampsia eran primíparas, mientras que el 51 % eran multíparas.

En la preeclampsia leve: El 16% se mostraron en mujeres primíparas y el 21% en mujeres multíparas.

En el grupo con tipo de preeclampsia severa: El 33% se mostraron en mujeres primíparas y el 30% en mujeres multíparas.

El coeficiente de Pearson demuestra que no hay asociación estadísticamente significativa entre la paridad y la presentación de la preeclampsia.

Como resultado hallamos que $r = 0.96$ Correlación positiva muy alta.

Se concluye que la paridad El análisis evidencia que tiene una incidencia en el tipo de preeclampsia, reflejándose en un 49 % de casos en mujeres primíparas.

El estudio de Cabeza J de 2013 encontró que el grupo de nulíparas comprendía el 40,74 % de los casos reportados, en comparación, el grupo de control mostró únicamente el 33,33 % ($p < 0,05$) de paridad.

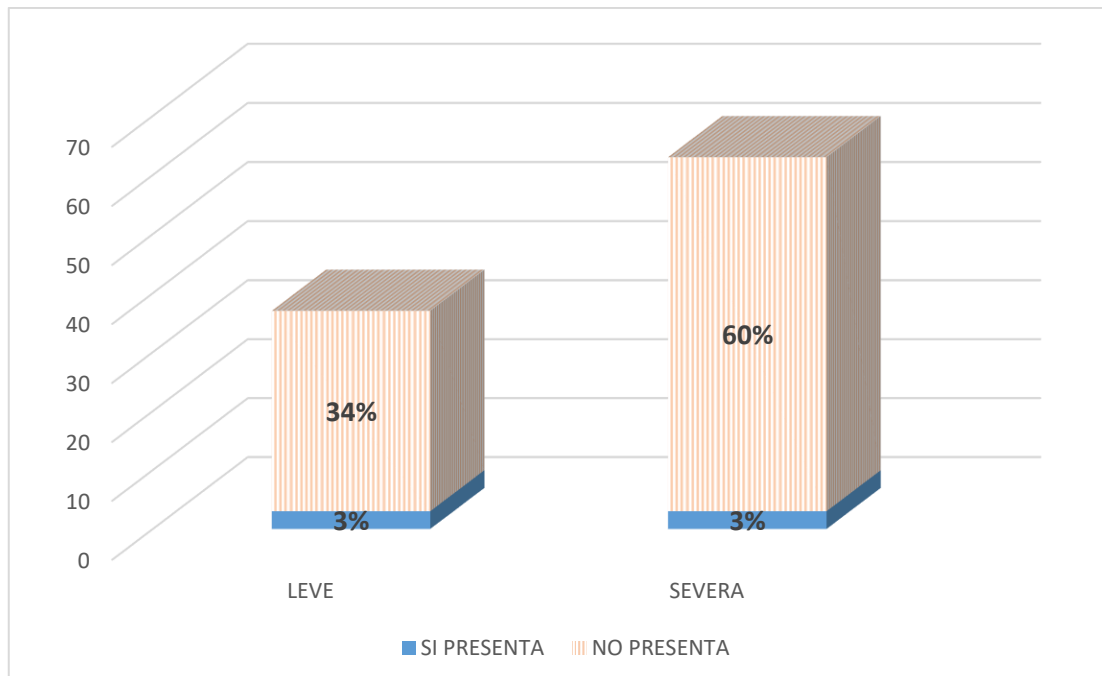
En nuestra investigación la frecuencia de preeclampsia en primíparas es levemente mayor a la reportada por estos autores.

Tabla 3 CASOS EN ESTUDIO POR ANTECEDENTES PERSONALES DE PREECLAMPSIA SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022.

ANTECEDENTE PERSONAL DE PREECLAMPSIA	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
SI PRESENTA	2	3	2	3	4	6
NO PRESENTA	23	34	40	60	63	94
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Hoja cuestionario

Figura 3 CASOS EN ESTUDIO POR ANTECEDENTES PERSONALES DE PREECLAMPSIA SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022.



Fuente: Tabla 3



Interpretación

Tabla 3. Contribuye al cumplimiento del objetivo específico OE 2, que busca establecer la relación entre los factores de riesgo preconceptionales (edad, paridad, antecedentes personales, historia familiar en primer grado, intervalo entre gestaciones y cambio de paternidad) y los diferentes tipos de preeclampsia en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, en el período de julio a octubre de 2022.

En relación con los antecedentes personales de preeclampsia, se observó que el 6 % de las pacientes tenía un historial previo de la enfermedad, mientras que el 94 % no presentaba antecedentes.

El análisis del grupo con preeclampsia leve reveló que el 3 % de los casos correspondía a gestantes con antecedentes personales de la enfermedad, mientras que el 34 % no presentaba dicho antecedente.

En la categoría de preeclampsia severa, solo el 3 % de las gestantes tenía antecedentes de la condición, mientras que el 60 % no presentaba registros previos de la enfermedad.

Estadísticamente el coeficiente de Pearson nos muestra la correlación entre antecedentes personales de preeclampsia y los tipos de preeclampsia.

Como resultados hallamos que $r = 1.00$ Correlación positiva grande y perfecta.

Los hallazgos indican que los antecedentes personales de preeclampsia influyen en su manifestación, ya que el 6 % de las gestantes con la enfermedad presentaban antecedentes previos.



Según Moreno Z. en 2014, las gestantes con antecedentes previos de preeclampsia tenían mayor probabilidad de volver a presentar la condición (OR: 12,9; IC 95% 5,1 a 32,2).

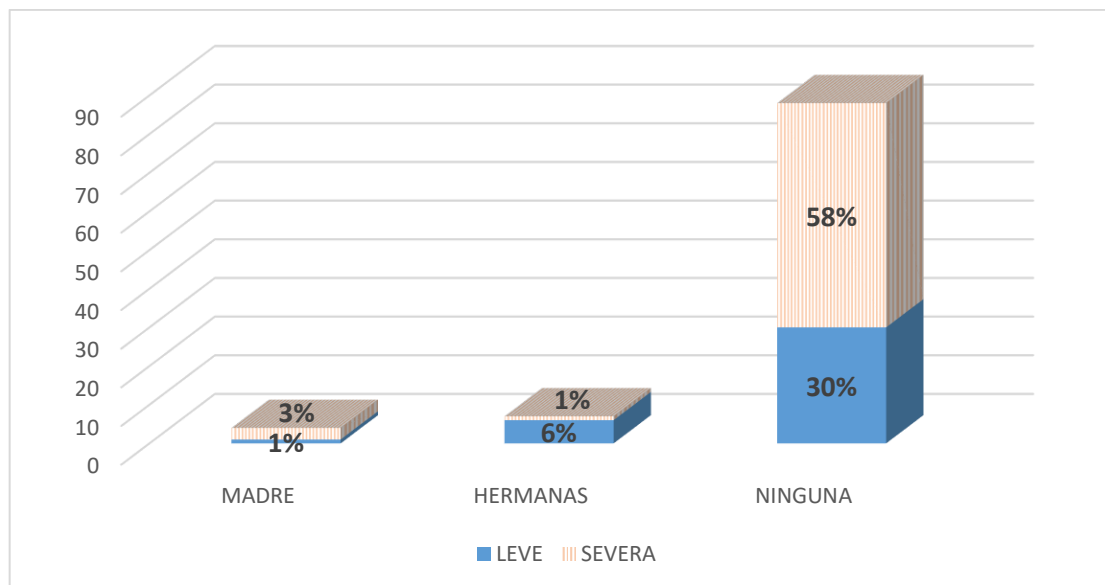
En nuestra investigación la frecuencia de preeclampsia en gestantes con antecedentes personales de preeclampsia es menor a la reportada por estos autores.

Tabla 4 CASOS EN ESTUDIO POR HISTORIA FAMILIAR DE PREECLAMPSIA EN FAMILIARES DE 1ER. GRADO SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022

HISTORIA FAMILIAR DE PREECLAMPSIA EN FAMILIARES DE 1ER. GRADO	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
MADRE	1	1	2	3	3	4
HERMANAS	4	6	1	1	5	7
NINGUNA	20	30	39	58	59	88
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Cuestionario

Figura 4 CASOS EN ESTUDIO POR HISTORIA FAMILIAR DE PREECLAMPSIA EN FAMILIARES DE 1ER. GRADO SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022



Fuente: Tabla 4



Interpretación

Tabla 4. Nos acceden dar justificación a nuestro objetivo específico OE 2: Relacionar los elementos de riesgo preconceptionales: edad, paridad, antecedentes personales, historia familiar en primer grado, intervalo entre gestaciones y cambio de paternidad con el tipo de preeclampsia en embarazadas que acuden al hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca Julio - Octubre 2022

En cuanto a la variable historia familiar de preeclampsia en familiar de 1er grado: Del 100% de casos el 4% son de madre, el 7% son de hermanas y el 88% ninguna.

En el grupo con tipo de preeclampsia leve; El 1% son de madre, el 6% son de hermanas y el 30% ninguna.

En el grupo con tipo de preeclampsia severa; El 3% son de madre, el 1% de hermanas y el 58% ninguna.

Desde el análisis estadístico, el coeficiente de Pearson muestra la relación existente entre la historia familiar de preeclampsia en familiares de primer grado y las diferentes manifestaciones de la enfermedad.

Se obtuvo como resultado que $r = 0.99$ Correlación positiva muy alta.

Se concluye que la historial médico familiar de preeclampsia en familiar de 1er grado si influye en el tipo de preeclampsia y que el 11% se dan por el antecedente de la madre y hermanas.

Los investigadores Cruz J., Hernández P., Yanes M. e Isla A. encontraron en sus estudios familiares observacionales y descriptivos que existe un mayor riesgo de que las hijas y hermanas de mujeres que experimentaron EP durante el



embarazo también sufran PE. Los estudios indican que los familiares de primer grado de mujeres que enfrentaron EP tienen una probabilidad de 4 a 5 veces mayor de desarrollar la condición durante sus propios embarazos.

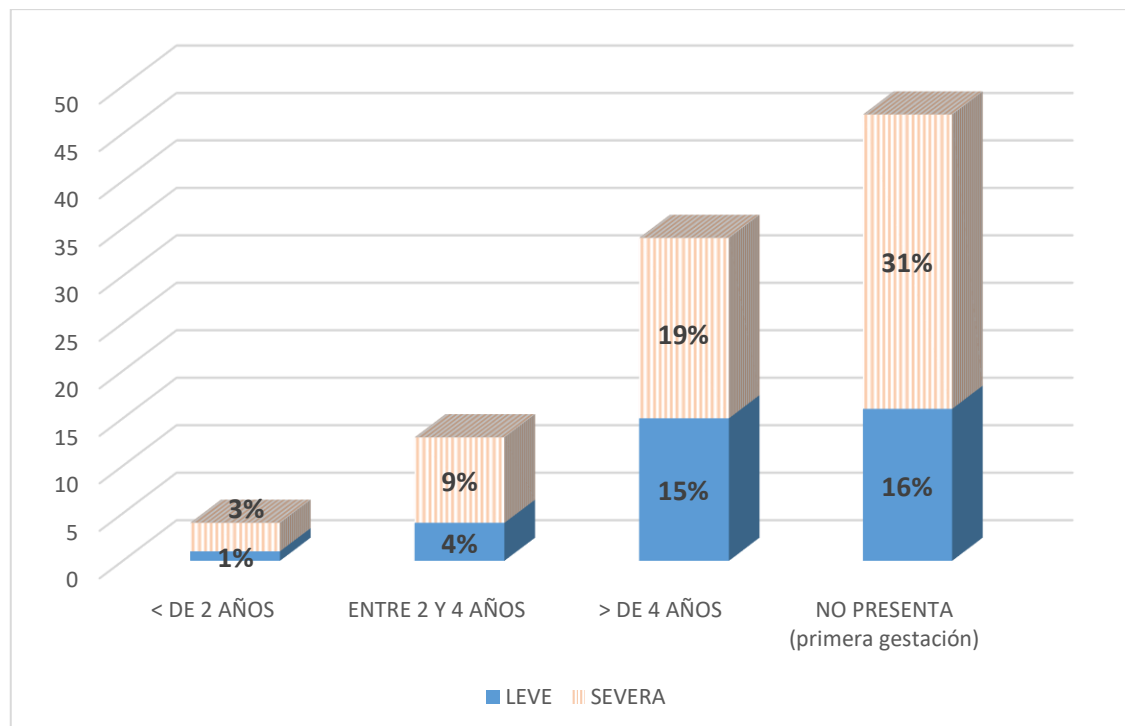
Nuestra investigación muestra que la frecuencia de preeclampsia en familiares de primer grado coincide con la registrada por estos autores.

Tabla 5 CASOS EN ESTUDIO POR INTERVALO ENTRE GESTANTES SEGÚN EL TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A H.C.M.M. DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022

INTERVALO ENTRE GESTACIONES	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
< DE 2 AÑOS	1	1	2	3	3	4
ENTRE 2 Y 4 AÑOS	3	4	6	9	9	13
> DE 4 AÑOS	10	15	13	19	23	34
NO PRESENTA (primera gestación)	11	16	21	31	32	48
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Cuestionario

Figura 5 CASOS EN ESTUDIO POR INTERVALO ENTRE GESTANTES SEGÚN EL TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A H.C.M.M. DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022



Fuente: Tabla 5



Interpretación

Tabla y gráfico N.º 5. Nos proporcionan información clave para abordar nuestro OE 2: Examinar la asociación entre los factores de riesgo preconceptionales (edad, paridad, antecedentes personales, historia familiar en primer grado, intervalo entre gestaciones y cambio de paternidad) y el tipo de preeclampsia en gestantes que asistieron al Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca, entre julio y octubre de 2022.

La variable intervalo entre gestaciones: Del 100% de casos el 4% se mostraron en mujeres con menor de dos años, el 13% en mujeres entre dos y cuatro años, el 34% en mujeres con mayor de cuatro años y un 48% no presento por ser su primera gestación.

En el grupo con tipo de preeclampsia leve: El 1% se mostraron en mujeres con menor de dos años, el 4% en mujeres entre dos y cuatro años, el 15% en mujeres con mayor de cuatro años y un 16% no presento por ser su primera gestación.

En el grupo con tipo de preeclampsia severa: El 3% se mostraron en mujeres con menor de dos años, el 9% en mujeres entre dos y cuatro años, el 19% en mujeres con mayor de cuatro años y un 31% no presento por ser su primera gestación.

El análisis estadístico mediante el coeficiente de Pearson revela la relación existente entre el intervalo entre gestaciones y los distintos tipos de preeclampsia.

Como resultado hallamos que $r=0.95$ Correlación positiva muy alta



Se concluye que el intervalo entre gestaciones si influye en el tipo de preeclampsia y que el 26% de casos ocurrieron en periodos menores de dos años y mayores de cuatro años tiempo transcurrido entre una gestación y otra.

En 2012, esta afirmación fue realizada por los autores López M., Manríquez M. y Gálvez M. En términos de variación en el intervalo entre embarazos, el aumento fue significativamente mayor en mujeres con un período Inter gestacional más corto (odds ratio = 4.78; intervalo de confianza intergenésico = 0.6-40.1) y un período Inter gestacional más largo (odds ratio = 6.5, intervalo de confianza intergenésico = 0.7-62.1), en comparación con aquellas cuyos periodos Inter gestacionales duraron entre 25 y 48 meses.

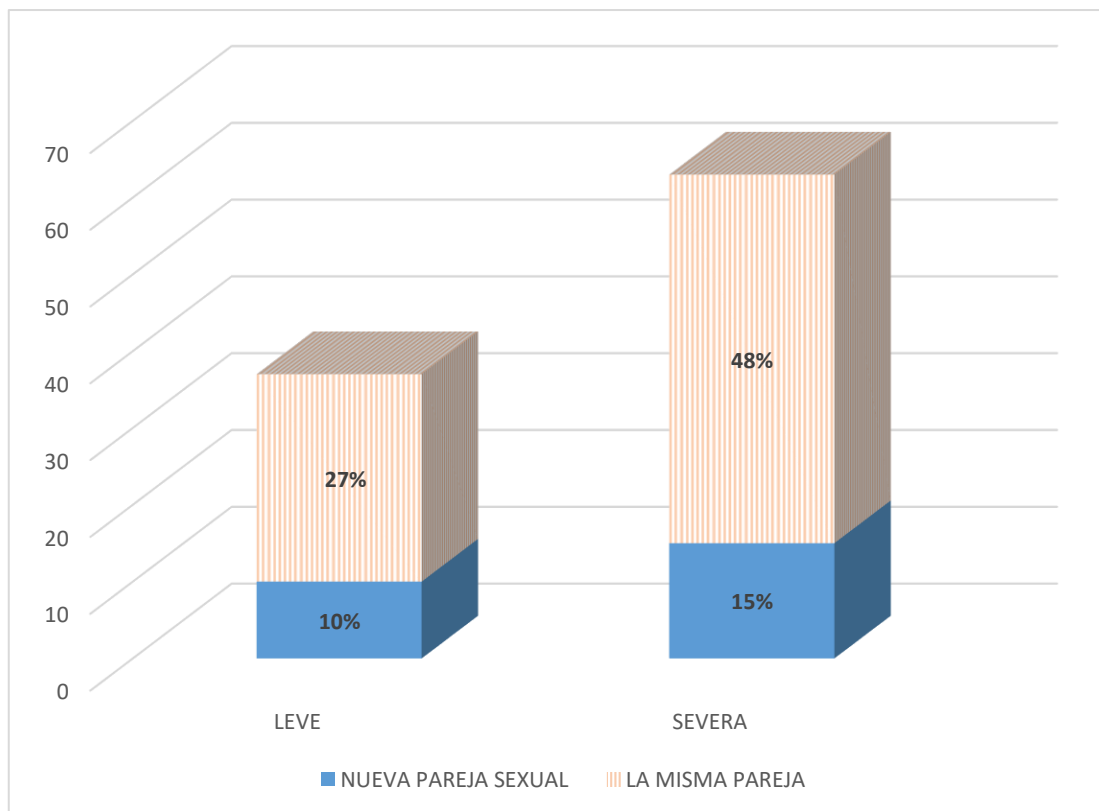
En nuestra investigación la frecuencia de preeclampsia en gestantes con respecto a intervalo entre gestaciones es igual a la reportada por estos autores.

Tabla 6 CASOS EN ESTUDIO POR CAMBIO DE PAREJA SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022.

CAMBIO DE PAREJA	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	Fi	%
NUEVA PAREJA SEXUAL	7	10	10	15	17	25
LA MISMA PAREJA	18	27	32	48	50	75
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Cuestionario

Figura 6 CASOS EN ESTUDIO POR CAMBIO DE PAREJA SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022.



Fuente: Tabla 6

Interpretación

Tabla y gráfico Nro. 6. Nos acceden dar salida a nuestro objetivo específico OE 2: Corresponder los factores de riesgo preconceptionales: edad, paridad, antecedentes personales, historia familiar en primer grado, intervalo entre gestaciones y cambio de paternidad con el tipo de preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca Julio - Octubre 2022.

En cuanto al variable cambio de paternidad: Del 100% de casos el 25% de mujeres tienen nueva pareja sexual y el 75% de mujeres tienen la misma pareja sexual.

En el grupo con tipo de preeclampsia leve; El 10% de mujeres tienen nueva pareja sexual y el 27% de mujeres tienen la misma pareja sexual.

En el grupo con tipo de preeclampsia severa; El 15% de mujeres tienen nueva pareja sexual y el 48% de mujeres tienen la misma pareja sexual.

El análisis estadístico mediante el coeficiente de Pearson revela la existencia de una correlación entre el cambio de paternidad y los tipos de preeclampsia.

Como resultados hallamos que $r = 1,00$ Correlación positiva grande y perfecta

Los resultados indican que el cambio de paternidad tiene un impacto en el tipo de preeclampsia, con un 27% de los casos registrados en mujeres con una nueva pareja sexual.

Un estudio realizado por Sixto E. Sánchez en Dinamarca encuestó 364 casos y 281 controles y reveló que, en mujeres multíparas, desarrollar preeclampsia y HELLP se asoció significativamente con una mayor prevalencia de nueva paternidad ($P < 0,0001$). Los cocientes de probabilidades fueron 8,6 (IC 95 %, 3,1



a 23,5) y 10,9 (IC 95 %: 3,7 a 32,3), proporcionalmente, en balance con un grupo de examen normotenso.

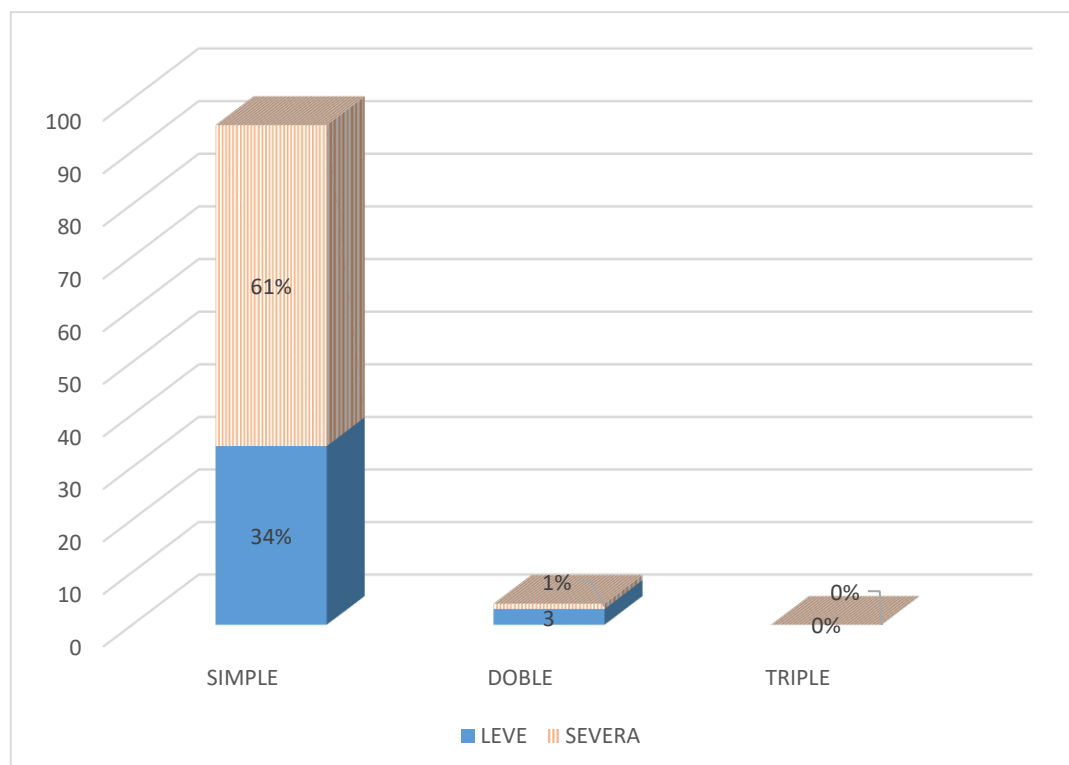
En nuestra investigación la frecuencia de preeclampsia en gestantes con nueva pareja sexual es menor a la reportada por estos autores.

Tabla 7 CASOS EN ESTUDIO POR EMBARAZO MÚLTIPLE SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022.

EMBARAZO MÚLTIPLE	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
SIMPLE	23	34	41	61	64	96
DOBLE	2	3	1	1	3	4
TRIPLE	0	0	0	0	0	0
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Cuestionario

Figura 7 CASOS EN ESTUDIO POR EMBARAZO MÚLTIPLE SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022.



Fuente: Tabla 7



Interpretación

Tabla y gráfico Nro 7. Nos acceden dar salida a nuestro OE 3: Correlacionar los factores de riesgo conceptuales: concepción múltiple, IMC, infecciones y enfermedades preexistentes con el tipo de preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca Julio - Octubre 2022

La variable embarazo múltiple: Del 100% de casos el 96% se mostraron en mujeres con embarazo simple, el 4% en mujeres con embarazo doble y el 0% en mujeres con embarazo triple.

En el grupo con tipo de preeclampsia leve: El 34% se presentaron en mujeres con embarazo simple, el 3% en embarazo doble y el 0% en mujeres con embarazo triple.

En el grupo con tipo de preeclampsia severa: el 61% se mostraron en mujeres con embarazo simple, el 1% en mujeres con embarazo doble y el 0% en mujeres con embarazo triple.

El análisis mediante el coeficiente de Pearson revela la existencia de una correlación entre el embarazo y la variable en estudio múltiple y los tipos de preeclampsia.

El coeficiente de Pearson obtenido ($r = 1.00$) evidencia una correlación positiva y absoluta. Se concluye que la presencia de embarazos múltiples influye en la preeclampsia, representando el 4% de los casos registrados.

Según Cabeza J. 2013. Los embarazos gemelares triplican el riesgo de soportar Preeclampsia respecto a formaciones únicas (RR 2.93, 95% IC 2.04-4.21).

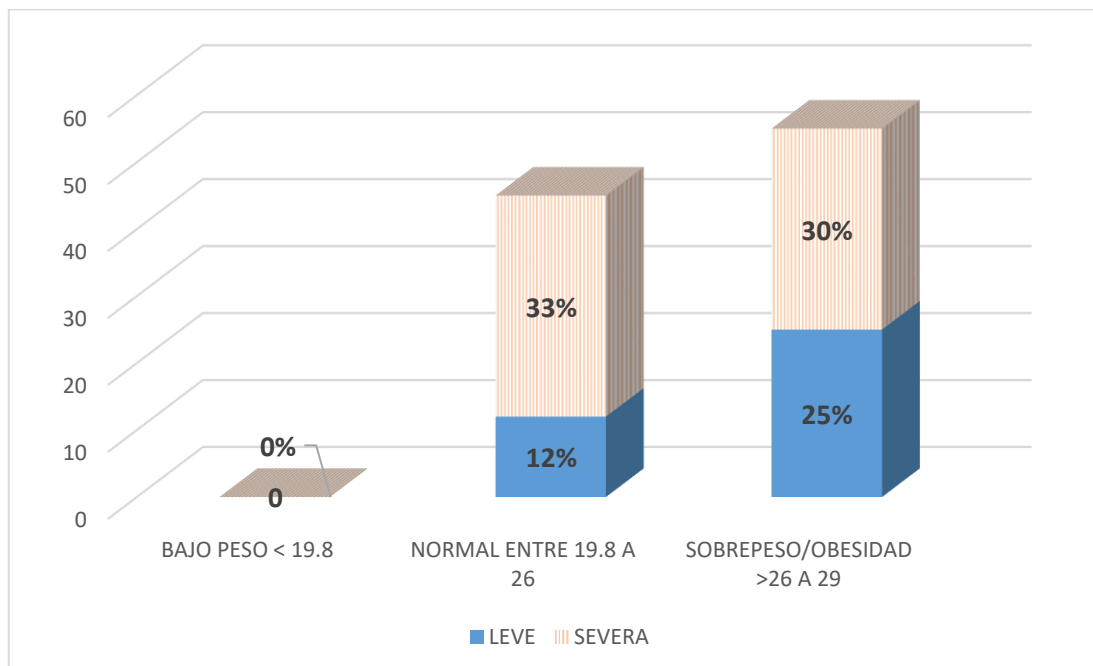
En nuestra investigación la frecuencia de preeclampsia en embarazo múltiple es menor a la reportada por estos autores

Tabla 8 CASOS EN ESTUDIO POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
BAJO PESO < 19.8	0	0	0	0	0	0
NORMAL ENTRE 19.8 A 26	8	12	22	33	30	45
SOBREPESO/OBESIDAD >26 A 29	17	25	20	30	37	55
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Cuestionario

Figura 8 CASOS EN ESTUDIO POR ÍNDICE DE MASA CORPORAL SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN A HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022



Fuente: Tabla 7



Interpretación

Tabla y gráfico 8. Nos acceden dar salida a nuestro OE 3: Correlacionar los factores de riesgo conceptionales: concepción múltiple, IMC, infecciones y enfermedades preexistentes con el tipo de preeclampsia en embarazadas que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca Julio – Octubre 2022.

En cuanto a la variable IMC: Del 100% de casos el 0% de las mujeres tienen un IMC bajo peso menor a 19.8, el 45% de las mujeres tienen un IMC normal entre 19.8 a 26 y el 55% de las mujeres tienen un IMC sobrepeso/obesidad mayor de 26 a 29.

En el grupo con tipo de preeclampsia leve: El 0% de las mujeres tienen un IMC bajo peso menor a (19.8), el 12% de las mujeres tienen un IMC normal entre (19.8 a 26) y el 25% de las mujeres tienen un IMC sobrepeso/obesidad mayor a (26 a 29).

En el grupo con tipo de preeclampsia severa: El 0% de las mujeres tienen un IMC bajo peso menor a 19.8, el 33% de las mujeres tienen un IMC normal entre 19.8 a 26 y el 30% de las mujeres tienen un IMC sobrepeso/obesidad mayor a 26 a 29.

El coeficiente de Pearson muestra una relación estadística entre índice de masa corporal y los tipos de preeclampsia.

Como resultado hallamos que $r = 0.80$ Correlación positiva alta

Se concluye que el IMC si influye en el tipo de preeclampsia y que el 45% de casos ocurrieron en mujeres con un IMC normal entre 19.8 a 29.



Según los hallazgos de López M., Manríquez M., Calvez M., y otros colaboradores (2012), las mujeres que tenían una circunferencia intramuscular (IMC) mayor de 27 años tenían un riesgo de desarrollar preeclampsia cuatro veces mayor que el promedio (RM = 4.13, IC 95 % = 1.5-11.4).

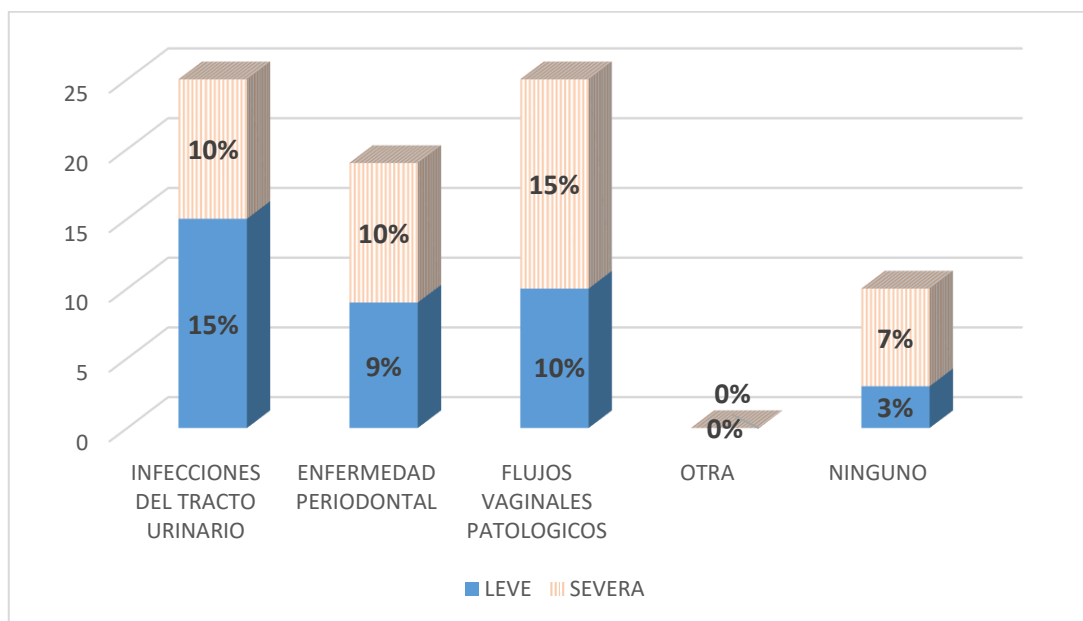
En nuestro estudio la relación es similar entre las mujeres con sobrepeso y aquellas con peso adecuado.

Tabla 9 CASOS EN ESTUDIO POR INFECCIONES SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022.

INFECCIONES	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO	10	15	10	15	20	30
ENFERMEDAD PERIODONTAL	6	9	10	15	16	24
FLUJOS VAGINALES PATOLOGICOS	7	10	15	22	22	33
OTRA	0	0	0	0	0	0
NINGUNO	2	3	7	10	9	13
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Cuestionario

Figura 9 CASOS EN ESTUDIO POR INFECCIONES SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022.



Fuente: Tabla 9

Interpretación

Tabla y gráfico Nro 9. Nos permiten dar salida a nuestro OE 3: Correlacionar los factores de riesgo conceptionales: concepción múltiple, IMC, infecciones y enfermedades preexistentes con el tipo de preeclampsia en gestantes que acuden al H.C.M.M. de Juliaca Julio – Octubre 2022.

En cuanto a la variable infecciones: Del 100% de casos el 30% se mostraron en mujeres con infecciones del tracto urinario, el 24% en mujeres con enfermedad dental, el 33% en mujeres con flujos vaginales patológicos, el 0% se presentó en mujeres con otra patología y el 13% en mujeres con ninguna infección durante la gestación.

En el grupo con tipo de preeclampsia leve: el 15% se mostraron en mujeres con ITU, el 9% en mujeres con enfermedad periodontal, el 10% en mujeres con flujos vaginales patológicos, el 0% se presentó en mujeres con otra patología y el 3% en mujeres con ninguna infección durante la gestación.

En el grupo con tipo de preeclampsia severa: el 15% se mostraron en mujeres con ITU, el 15% en mujeres con enfermedad periodontal, el 22% en mujeres con flujos vaginales patológicos, el 0% se presentó en mujeres con otra patología y el 10% en mujeres con ninguna infección durante el embarazo

Desde un enfoque estadístico, el coeficiente de Pearson evidencia la relación entre las infecciones durante el embarazo y los tipos de preeclampsia.

Como resultado hallamos que $r=0.78$ Correlación positiva alta



Se concluye que la infección materna durante la gestación si influye en el tipo de preeclampsia y que el 87% de casos ocurrieron infección del tracto urinario, infección periodontal, flujos vaginales patológicos.

Duckitt K y Harrington D sostienen que ciertas infecciones experimentadas durante el embarazo, incluidas la enfermedad periodontal, las ITU, la quiamidia y el citomegalovirus, están relacionadas con una probabilidad elevada de PE.

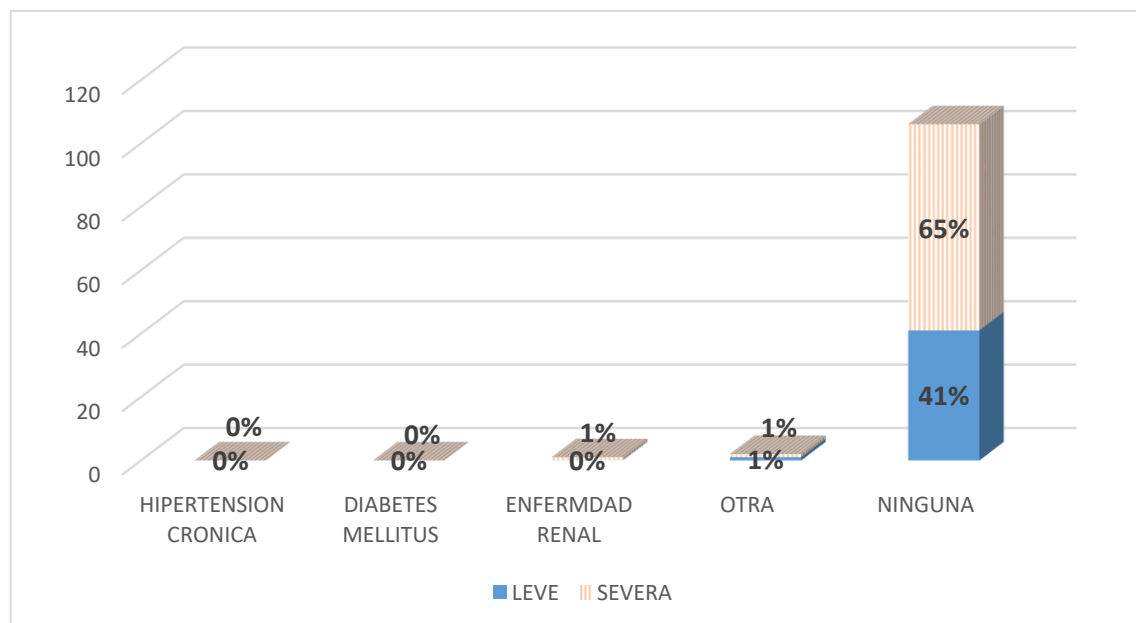
En nuestro estudio la relación es similar entre las mujeres con ITU, y aquellas con enfermedad periodontal.

Tabla 10 CASOS EN ESTUDIO POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES	TIPO DE PREECLAMPSIA					
	LEVE		SEVERA		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
HIPERTENSION CRONICA	0	0	0	0	0	0
DIABETES MELLITUS	0	0	0	0	0	0
ENFERMDAD RENAL	1	1	0	0	1	1
OTRA	0	0	1	1	1	1
NINGUNA	25	36	41	61	65	97
TOTAL	25	37	42	63	67	100

Fuente: Cuestionario

Figura 10 CASOS EN ESTUDIO POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES SEGÚN TIPO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022.



Fuente: Tabla 10



Interpretación

Tabla y gráfico N° 10. Facilitan la evaluación del OE 3, que busca determinar la correlación entre los factores de riesgo conceptuales—como embarazo múltiple, IMC, antecedentes infecciosos y enfermedades preexistentes—y el tipo de preeclampsia en gestantes del H.C.M.M. de Juliaca (julio-octubre 2022).

En cuanto a la variable enfermedades preexistentes; Del 100% de casos el 0% de las mujeres no mostraron hipertensión crónica, el 0% de las mujeres no mostraron diabetes mellitus, el 1% de las mujeres mostraron enfermedad renal el 1% de las mujeres mostraron otra enfermedad y el 97% de las mujeres no presentaron ninguna enfermedad.

En el grupo con tipo de preeclampsia leve: El 0% de las mujeres no presentaron hipertensión crónica, el 0% de las mujeres no mostraron diabetes mellitus, el 1% de las mujeres presentaron enfermedad renal el 0% de las mujeres presentaron otra enfermedad y el 36% de las mujeres no presentaron ninguna enfermedad.

En el grupo con tipo de preeclampsia severa: el 0% de las mujeres no presentaron hipertensión crónica, el 0% de las mujeres no mostraron diabetes mellitus, el 0% de las mujeres presentaron enfermedad renal el 1% de las mujeres presentaron otra enfermedad y el 61% de las mujeres no presentaron ninguna enfermedad.

Desde un punto de vista estadístico, el coeficiente de Pearson evidencia la relación entre la edad y los tipos de preeclampsia.

Como resultados hallamos que $r = 1,00$ Correlación positiva grande y perfecta



Se concluye que las enfermedades preexistentes si influye en el tipo de preeclampsia y que el 36% de asuntos sucedieron en edades extremas para el embarazo.

Cabeza J. informó en 2013 que la hipertensión arterial crónica estaba presente en el 11,11% de los casos, en comparación con solo el 2,78% en el grupo control ($p < 0,05$). La razón de probabilidad fue de 4,38, con un intervalo de libertad del 95% de [1,05 -18,23].

En nuestra investigación la frecuencia de preeclampsia en gestantes con antecedentes de hipertensión arterial crónica no es similar a la reportada por este autor.



CONCLUSIONES

Primera.- Durante nuestra investigación actual, hemos identificado múltiples factores de riesgo que impactan el tipo de preeclampsia que experimentan las futuras madres que reciben atención en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca entre julio y octubre de 2022.

Segunda. - En cuanto a los tipos de preeclampsia logramos percibir que el 37% son leves y el 63% son severas.

Tercera. - En relación a los factores de riesgo preconceptionales: edad el 36% se presentaron a edades extremas, paridad el 51% son en multíparas, antecedentes personales presentó el 6%, historia familiar en primer grado el 1%, corto intervalo entre gestaciones 4% y cambio de paternidad en el 25% se relacionan con el tipo de preeclampsia en embarazadas que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca Julio – octubre 2022.

Cuarta. - En cuanto a los factores de riesgo conceptionales: concepción múltiple en el 4%, IMC de sobrepeso 55%, infecciones en el 87% y enfermedades preexistentes en el 2% se relacionan con el tipo de preeclampsia en gestantes que reciben atención en el Hospital Carlos Monge Medrano, ubicado en Juliaca Julio – octubre 2022.



RECOMENDACIONES

Primera.- Para el equipo de salud del Hospital Carlos Monge Medrano en Juliaca: desarrollar estrategias de prevención de enfermedades hipertensivas en gestantes mediante una mejor difusión de los factores de riesgo.

Segunda.- Para advertir casos severos de preeclampsia, el personal de salud que trabaja en el área de atención periférica de la Red de Salud de San Román debe brindar atención prenatal de calidad y asegurar diagnósticos oportunos. Investigaciones recientes han revelado una mayor incidencia de preeclampsia grave, lo que destaca la importancia de una atención vigilante y eficaz.

Tercera.- El equipo de salud de la Red de Salud de San Román aboga fuertemente por la atención prenatal, en particular para las gestantes que se encuentran dentro del grupo vulnerable con mayor riesgo de preeclampsia, incluidas las de edad avanzada o joven. multiparidad, antecedentes personales, historia familiar en primer grado, corto intervalo entre embarazadas y cambio de paternidad.

Cuarta.- Se recomienda al personal de salud dar una orientación tanto visual como auditiva acerca de los elementos de riesgo de preeclampsia a todas las embarazadas y familiares, con el objetivo de lograr que las gestantes tomen conciencia del riesgo y que sean ellas las que identifiquen los factores de riesgo y puedan acudir oportunamente a un establecimiento de salud y puedan recibir el tratamiento oportuno y evitar la morbilidad materno perinatal.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muley R, Cano I, Olaizola J, et al. Diagnóstico prenatal. México; Ed. Médica Panamericana; 2008.
2. Cabero L. Obstétrica y medicina materno fetal. México: Ed. Médica Panamericana: 2007.
3. Callen W. Ecografía en obstetricia y ginecología. Madrid-España: Ed. Pirámide; 2012.
4. Schwarcz R., Fescina, Duverges, Obstetricia. Buenos Aires: edición El Ateneo, 2005.

Webgrafía.

5. Diago D. Vila F. Ramos E. Garda R. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Vol. 37(4).Cuba: Rev. cubana obstetricia y ginecología; 2011 .p.448-56.
6. Garda R. Llera A. Pacheco A. Delgado González A. Resultados maternos perinatales de pacientes con preeclampsia.vol 38(4).La Habana:Rev Cubana obstetricia y ginecología; 2012 .p.467-77.
7. OMS. Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia (2011). Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. OMS.
8. Suarez J. Cabrera M.Gutierrez M. et. al. Resultados de la atención a pacientes con riesgo de preeclampsia- eclampsia vol.38.Cuba: Rev. Cubana obstetricia y ginecología; 2012.p.305 -12.
9. Valdés M. Hernández J. Factores de riesgo para preeclampsia. vol.43. Ciudad de la Habana: Rev Cub Med Mil; 2014.p.3.



10. Morales C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. vol. 15. Lima, Perú: Revista Peruana de Epidemiología; 2011 p. 97-101.
11. Morgan F., Calderón S., Martines J., Gonzales A., Quevedo E. , Factores de riesgo asociados con preeclampsia: vol. 78. Mexico: nieta editores; 2010. p. 153-159.
12. Reyna E., Briseño C. Torres D. Inmunología, inflamación y preeclampsia. vol. 69. Venezuela: Revista de obstetricia y ginecología. 2009. p. 112-116.
13. Briceño C. Briceño L. Aspirina, calcio y prevención de preeclampsia. Vol. 69 (4). Venezuela: Rev Obstet Ginecol Veneuela; 2009. p. 262-268.
14. Sixto E. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. vol. 60. Lima: Rev. Perú, ginecol. obstet; 2014. p. 4.
15. Pacheco J, Wagner P, Williams N, Sánchez S. Enfermedades hipertensivas de la gestación. En: Ginecología y Obstetricia. 2 ed. Lima: MAD, 2006: 100-26.
16. Gómez E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. vol 26(2). La Habana: Rev Cubana Obstet Ginecol; 2007. p. 99-114.
17. Burrow G. Complicaciones médicas durante el embarazo. 4ta. ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 1-25.
18. Vázquez A. Gómez R. Rubio R. Guzmán R. Méndez A. Trastornos hipertensivos del embarazo. vol 44(3-4). La Habana: Rev Cubana Med.; 2005.
19. Chávez G. Tejada A. Suárez D. et al. preeclampsia: nuevas etiologías, vol. 12. Colombia: Revista Universitaria Salud; 2010 .p. 1.



20. Guevara E. Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú.vol.60. Lima: Rev. Perú, ginecol. obstet.; 2014.p.4.
21. Suárez J. Preciado R. Gutiérrez M. et al. Influencia de la obesidad pregestacional en el riesgo de preeclampsia/eclampsia.ed.39.la Habana: Rev cubana Obstet Ginecol; 2013.p.3-11.
22. Pacheco J. Wagner P. Williams N. Sánchez S. Enfermedad hipertensiva de la gestación. Segunda edición. Lima: Editorial ginecología, obstetricia y reproducción; 2007.
23. López M. Manríquez M. Gálvez M. et al. Factores de riesgo asociados con preeclampsia.vol.50. México: Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.; 2012.p. 471-476.
24. Sánchez M. Tesis. "Identificación de factores de riesgo para preeclampsia-eclampsia en pacientes del sexo femenino en tratamiento en el Hospital General Provincial de Latacunga, período enero 2008 a enero 2009". Ecuador. 2010.
25. Cruz J. Hernández P. Yanes M. Isla A. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino.vol 23. Cuba: Rev. Cubana Med. Gen. Integr.; 2007.
26. Moreno Z. et al. Raza negra como factor de riesgo independiente para preeclampsia. vol 60(4). Lima-Peru:Rev. peru, ginecol. obstet.; 2014. pp. 269-278. ISSN 2304-5132.



ANEXOS



ANEXO 1

Instrumento de recolección de datos.

El presente instrumento tiene como objetivo de recolectar datos para realizar la investigación que lleva por título "FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA JULIO – OCTUBRE 2022.

Por Favor marque con un (x) Las Sigüientes Preguntas Con Mucha veracidad:

N°

HC FECHA:.....

A) FACTORES PRECONCEPCIONALES:

- 1. ¿En cuál de estos rangos se encuentra su Edad?
 < de 20 años
 21 a 34 años
 35 a más años
- 2. ¿Cuál es su Paridad (cuantos hijos tiene)?
 Primípara
 Multípara
- 3. ¿Tendrá usted Antecedentes de Preeclampsia en gestación anterior?
 Si presenta
 No presenta
- 4. ¿Tendrá usted antecedentes de Preeclampsia en familiar de primer grado (madre o hermana)?
 Madre
 Hermanas
 Ninguna
- 5. ¿Cuál es el periodo de tiempo entre sus gestaciones?
 < de 2 años
 2 a 4 años
 Mayor de 4 años
 Ninguna



6. ¿Cambió de pareja en este último año del cual quedó embarazada?
- Nueva pareja sexual
 La misma pareja
7.
B) FACTORES CONCEPCIONALES
8. ¿Cuál es el tipo de Concepción en embarazo actual?
- Simple
 Doble
 Triple
9. ¿Cuál es el índice de masa corporal (IMC) en embarazo actual?
- Bajo peso < 19.8
 Normal 19.8 a 26
 Sobrepeso/obesidad > 26 a 29
10. ¿Presentó alguna de las infecciones mencionadas en este embarazo?
- Infección del tracto urinario.
 Enfermedad periodontal.
 Flujos vaginales patológicos.
 Otra.
 Ninguna.
11. ¿Usted antes de que se embarace padecía de alguna de estas Enfermedades mencionadas?
- Hipertensión crónica.
 Diabetes mellitus.
 Enfermedad renal.
 Otra.
 Ninguna.
12. ¿Cuál es el Tipo presenta?
- Leve
 Severa

ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 06/05/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: YODITH PAYEHUANCA CAYO

Dirección: Jr. MOQUEGUA 1207 VILLA HERMOSA DEL MISTI

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 42863509

Teléfono: 930458764 email: yureika_247@hotmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

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

Escuela Profesional o Mención: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA JULIO - OCTUBRE 2022

Palabras claves, (3 a 5 términos): FACTORES DE RIESGO, PREECLAMPSIA, GESTANTES

¿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 SEXUAL Y REPRODUCTIVA SEG04

Firma de Autor



huella digital

06/05/2025

Fecha