



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



**DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES
DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. JHIMI YACK MAMANI HUANCA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES
DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. JHIMI YACK MAMANI HUANCA

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

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE


PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. MARÍA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

: SALUD PÚBLICA - P09



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1213 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 26 de noviembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 12053 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024**

CONSIDERANDO:

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

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

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del bachiller: **MAMANI HUANCA JHIMI YACK** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- * **1er. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- * **2do. Miembro** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

- * **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

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

DIA : LUNES 01 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA : 13:00 HORAS
LOCAL : Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

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

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
 - Jurados (3)
 - Interesado (1)
 - Asesor de Tesis (1)
 - Archivo FCS 2025(1)

**UNIVERSIDAD ANDINA**
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1010 2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 30 de octubre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 1932-2025 de fecha 30 de octubre del 2025, presentado por la Bachiller: **MAMANI HUANCA JHIMI YACK** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

CONSIDERANDO;

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

- * **Presidente** : Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- * **1er. Miembro** : Dra. **MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
- * **2do. Miembro** : Dra. **SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

- * **Asesor (a)** : Dra. **MARYLUZ CRUZ COLCA**

Estando en la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento interno de trabajo de Investigación conducente a Grados y Títulos Resolución N° 094-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N°30220 Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la Unidad de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS)** para la **REVISION** de **SIMILITUD TURNITIN.**, presentado por el (la) bachiller **MAMANI HUANCA JHIMI YACK** para optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO** con el tema titulado: **DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024** correspondiente a la línea de investigación **SALUD PÚBLICA P09**

- * **ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR** como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

- * **ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaría Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.



Distribución: interesado Archivo.



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 417 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 06 de junio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 038 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 04 de junio de la E.P, de Medicina Humana a folio 000095;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **MAMANI HUANCA JHIMI YACK** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024** correspondiente a la línea de investigación: **MEDICINA HUMANA**

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

- * **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **2do. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- *

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la **Opinión Técnica N° 680-2025-UANCV-FCS-UI-CI** sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

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

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **MAMANI HUANCA JHIMI YACK** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** titulado: **DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024**

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

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** a l(la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

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

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: MH Secretaria Académica, Archivo.



19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.


Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos Complementarios

DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	JHIMI YACK MAMANI HUANCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	47092453
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0004-4159-2142
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>País: Perú</p> <p>Departamento: Puno Provincia: Huancané Distrito: Huancané</p> <p>Latitud: -15.20514 Longitud: -69.76147 https://maps.app.goo.gl/yVQCHXUuuPh5bQyw5</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Junio 2025 - Octubre 2025
URL de disciplinas OCDE	<p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p> <p>Medicina clínica https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL NESTOR CACERES VELASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Figueroa
Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD



Yo **JHIMI YACK MAMANI HUANCA**, identificado con DNI Nro. 47092453, en mi condición de egresado de:

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

MEDICINA HUMANA

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

DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024

Asesorado por: **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

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__12__de diciembre del 2025


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)


Huella



DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar hasta este punto, por darme la fuerza en los momentos más difíciles y la sabiduría para culminar esta difícil etapa de mi vida. A mi esposa e hijos, por ser mi motivación e inspiración del día a día, y acompañarme con cariño en este camino. A mis padres, por, sus sacrificios constantes y brindarme la confianza, oportunidad y recursos para lograrlo y el apoyo en cada paso de mi formación. A mis docentes y amigos, quienes con sus enseñanzas, consejos y compañía contribuyeron a hacer posible este logro.

Con gratitud y afecto, dedico este trabajo a todos ustedes



AGRADECIMIENTO

A la universidad andina Andina Néstor Cáceres Velásquez en esta larga etapa de mi formación académica. Y al hospital Lucio Aldazabal Pauca por abrirme las puertas de su establecimiento en la culminación de esta primera etapa de la medicina. Y facilitarme la ejecución de presente estudio.

A los doctores, Percy Vladimir vilca Monteagudo, Rendo López Apaza, Hugo Mollinedo Durand, Tony Tello Ramos.

Docentes y asesora Dra. Maryluz cruz colca quienes con paciencia y dedicación me formaron con rigor académico y ejemplo profesional.



ÍNDICE GENERAL

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

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	1
1.1.1. Descripción del problema.....	1
1.1.2. Formulación del planteamiento del problema.....	5
1.2. JUSTIFICACIÓN	6
1.2.1. Justificación Teórica.....	6
1.2.2. Justificación Practica.....	6
1.2.3. Justificación Metodológica	7
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.3.1. Objetivo General	8
1.3.2. Objetivos Específicos	8



1.4. HIPÓTESIS..... 9

1.4.1. Hipótesis General..... 9

1.4.2. Hipótesis Especificas. 9

1.5. VARIABLES 10

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... 12

2.2. MARCO TEÓRICO 30

2.2.1. Determinante sociodemográfico..... 30

2.2.2. Antecedentes patológicos 32

2.2.3. Factor obstétrico..... 33

2.2.4. Hipertensión arterial inducida por el embarazo 35

2.3. MARCO CONCEPTUAL 42

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. 44

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN. 44

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN..... 44

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA. 44

Población..... 44



3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.	46
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.	47
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	47

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
ANEXOS	107
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	108
ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA	110
ANEXO 3: INSTRUMENTO	113
ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	115
ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN	118



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024..... 50

Tabla 2. Procedencia asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024 54

Tabla 3. Ocupación asociada a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024 57

Tabla 4. Estado nutricional asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024 61

Tabla 5. Antecedente pre eclampsia asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024..... 65

Tabla 6. Antecedente de hipertensión arterial asociado la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024..... 68

Tabla 7. Antecedente de proteinuria asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024 71

Tabla 8. Antecedente de edema asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024 75

Tabla 9. Paridad asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024..... 78



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Edad asociada a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	51
Figura 2.	Procedencia asociada a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	55
Figura 3.	Ocupación asociada a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	58
Figura 4.	Estado nutricional asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	62
Figura 5.	Antecedente pre eclampsia asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	66
Figura 6.	Antecedente de hipertensión arterial asociado la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	69
Figura 7.	Antecedente de proteinuria asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	72
Figura 8.	Antecedente de edema asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	76
Figura 9.	Paridad asociada a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	79
Figura 10.	Periodo intergenésico largo asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	83
Figura 11.	Controles pre natales asociado la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	86
Figura 12.	Trimestre de captación asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané	90



RESUMEN

Objetivo: Establecer la asociación de los determinantes de riesgo con la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024. **Material y método:** Investigación de diseño no experimental, de tipo causal, de corte transversal, de enfoque cuantitativo, y retrospectivo con una muestra censal de 36 gestantes con hipertensión arterial durante el embarazo, se aplicó la técnica de la revisión documental con el instrumento de fichas de recolección de datos se aplicó el estadístico del X^2 con una $p < 0,05$. **Resultados.** Se indica que los determinantes sociodemográficos, patológicos y obstétricos se asocian significativamente con la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané, con valores de $p < 0,05$ según la prueba de chi cuadrado. En los determinantes sociodemográficos, predominó la edad entre 19 y 35 años (61,1%) y la procedencia de áreas urbano marginales (47,2%). En los antecedentes patológicos, se evidenció mayor frecuencia de sobrepeso (58,3%), antecedente de preeclampsia (36,1%) e hipertensión arterial (52,8%), así como la presencia de proteinuria (38,9%) y edema (47,2%). En los determinantes obstétricos, el 19,4% presentó un periodo intergenésico mayor de 60 meses, el 72,2% tuvo controles prenatales adecuados (≥ 6) y el 36,1% fue captado en el segundo trimestre. Respecto a la presión arterial, predominó el riesgo bajo por prehipertensión, seguido de riesgo moderado y alto. **Conclusión:** Los determinantes sociodemográficos y obstétricos se asocian con la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024 se acepta la hipótesis propuesta.

Palabras clave: Determinante, gestante, hipertensión arterial.



ABSTRACT

Objective: To establish the association of risk determinants with pregnancy-induced arterial hypertension in pregnant women at the Huancané 2024 hospital.

Material and method: Non-experimental, causal, cross-sectional, quantitative, and retrospective research design with a census sample of 36 pregnant women with arterial hypertension during pregnancy. The documentary review technique was applied with the data collection form instrument, the X2 statistic was applied with a $p < 0.05$. **Results.** Sociodemographic determinants were 61.1% aged 19 to 35 years ($p=0.014$), 47.2% were from marginal urban areas ($p=0.000$); medical history was 58.3% of pregnant women were overweight ($p=0.043$), 36.1% had a history of preeclampsia ($p=0.000$), 52.8% had a history of high blood pressure ($p=0.000$), 38.9% had proteinuria ($p=0.000$), and 47.2% had edema ($p=0.000$); In obstetric determinants with 19.4% had an intergenic period greater than 60 months ($p = 0.001$), in 72.2% with adequate prenatal controls equal to or greater than 6 controls ($p = 0.000$) in 36.1% with detection of the case of hypertension in the second trimester (0.000) are associated with pregnancy-induced arterial hypertension in pregnant women at the Huancané hospital with a $p < 0.05$ for the chi square statistic. And blood pressure levels in 58.3% with low risk due to prehypertension, in 25.0% with risk and in 16.7% with high risk due to pregnancy-induced arterial hypertension.

Conclusion: Sociodemographic and obstetric determinants are associated with pregnancy-induced arterial hypertension in pregnant women at the Huancané hospital 2024 the proposed hypothesis is accepted.

Keywords: Determinant, pregnant woman, hypertension.

.



INTRODUCCIÓN

El incremento de la presión arterial en la etapa de la gestación es una de las causas principales que incrementa las defunciones maternas a nivel mundial; en el Perú se tiene reportes que la principal razón de fallecimiento de las madres es la hemorragia, acompañada de problemas arteriales que provocan peligros de perecimiento y morbilidad tanto para la madre como para el feto. problemática que está vinculada con problemas el cual dependen de su intensidad puede conllevar a una preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp.

Los Trastornos Hipertensivos que se desencadena producto del Embarazo (THE) es una causa crucial de enfermedad severa y, por ende, de perecimiento de las mujeres y de la gestación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que una causa importante de la mortalidad materna en todo el mundo es debida a los Trastornos hipertensivos, la preeclampsia, una de las manifestaciones más severas de la enfermedad, tiene lugar en el 2 al 5% de las gestantes y es la causante de aproximadamente 76.000 fallecimientos maternos y más de 500.000 fallecidos femeninos e infantiles anualmente; además, se observa un peligro superior de padecerla en países con recursos reducidos y reducidos que en aquellos con fondos más altos. En Perú, la preeclampsia constituye una de los motivos más importantes por las cuales las mujeres mueren durante la gestación, constituyendo el 28.7% del total de defunciones asociadas con esta etapa según los datos obtenidos en el periodo inicial del año 2018.

Se plantea este trabajo como se muestra a continuación: Primer capítulo: Elementos generales: Presentación del tema, fundamentación del análisis, metas del estudio, teorías, variables y implementación de las mismas; Capítulo II: Marco



conceptual, precedentes del estudio, fundamento conceptual, marco teórico; Tercer capítulo: Procedimiento metodológico del estudio, diseño del estudio, tipo de estudio, técnicas o enfoques empleados durante el estudio, sujetos y análisis, herramientas y estrategias empleadas, plan para la obtención y el análisis de datos, contraste de teorías; validez y consistencia del método; Capítulo IV: Hallazgos y debate, análisis, sugerencias.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1.1. Descripción del problema.

A nivel Internacional

En el cuerpo de la mujer embarazada se producen numerosos cambios físicos y físicos a lo largo de la gestación. Las modificaciones que ocurren son temporales y, en el mejor de los casos, se llevan a cabo sin complicaciones. No obstante, a veces el hecho de la gestación origina cambios patológicos en el estado sanitario de la mujer embarazada, y uno de los más comunes son los cambios hipertensivos.

La Agencia Mundial de la Salud (OMS) señala que cada día, a nivel global, 830 mujeres embarazadas mueren por motivos vinculados con la gestación y que son evitables. Por lo menos el 99% de esas muertes sucede en naciones avanzadas, sobre todo en áreas rurales y entre personas con caros fondos monetarios. Las dificultades más frecuentes en gestación son las hemorragias, los contagios y la preeclampsia/eclampsia; juntas representan tres cuartas partes de los motivos de fallecimiento de las madres (1).



Como se establece en una evaluación rigurosa del sistema internacional de la Salud, los hipertensivos fueron la en su segunda causa más frecuente de fallecimiento materno a nivel global y la principal en América Latina y el Caribe; (2); Esta condición es responsable del 12% de los fallecimientos de las mujeres a nivel global. (3)

La preeclampsia representa una dificultad médica por los niveles de morbilidad y pericinato que continúan presentes tanto en recién nacidos como en mamás. En 2018, la cifra global era de 46 gestaciones por cada mil jóvenes; en América Latina, la cifra era de 66,5 geboortes por cada mil jóvenes con una edad media entre 15 y 19 años. (4).

Si bien hoy en día no hay una técnica estándar para detectar la preeclampsia, sí se han identificado factores que aumentan la posibilidad de padecerla tanto en fase temprana como tardía. Algunos de estos factores son tener antecedentes progenitores con diabetes, un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m² antes del embarazo y ganar más de un kilogramo cada semana. Además, la existencia de hipertensión en el hogar está asociada con la aparición de preeclampsia después de las 32 semanas de gestación. (5,6)

A Nivel nacional

De acuerdo con el Servicio Nacional de Salud Antenatal, la preeclampsia fue la principal causa de fallecimiento de las madres entre 2007 y 2018, con un porcentaje del 44,3%, y en total ocurrieron 97 incidentes. Además, el centro gestionó 1870 incidentes de alta morbilidad materna entre 2012 y 2018; la razón primordial fue la hipertensión durante el embarazo, que



representó al 56.6% (164 casos) de los mismos, abarcando la condición con parámetros severos, eclampsia y condición HELLP. (7)

En el Perú, las afecciones hipertensivas en gestación son la segunda causa de morbi-mortalidad en mujeres embarazadas después de las complicaciones hemorrágicas. Estos casos tienen una ocurrencia aproximada del 21%, y la hipertensión prenatal es el más común con un 18%. Igualmente, se documentó un total de 328 casos durante el año 2016, 377 en el 2017 y 362 durante el año 2018. (7)

Los problemas hipertensivos en la gestación constituyen una amenaza considerable para el bienestar de la madre y del feto todos los años; causan que haya una cantidad considerable de fallecimientos del embarazo y de las perinas.

El aumento de la presión arterial causado por la gestación puede generar problemas serios, como la encinta y la eclampsia, lo que incrementa el peligro de muerte materna y del feto. Para llevar a cabo acciones curativas y precautorias eficaces, es fundamental entender los elementos particulares asociados con esta situación en zonas de altitud. Los cambios de la presión atmosférica y los niveles de CO₂ que se producen a gran altitud suponen un reto para la anatomía materna. Es necesario investigar cómo dichos cambios afectan el bienestar, ya que pueden afectar el índice y gravedad del aumento de presión arterial en féminas gestantes. Determinar los rasgos obstétricos y sociodemográficos de las féminas impactadas en zonas de altura posibilitará la creación de planes de salud particulares y concretas, lo cual optimizará el control médico y



disminuirá las dificultades asociadas. Aunque es importante entender la hipertensión arterial provocada por el embarazo en situaciones de gran altitud, hay vacíos en los textos científicos acerca de los elementos que se relacionan con esta dificultad en este ámbito particular. Por lo tanto, este estudio representa una aportación notable a la ciencia.

A nivel del Perú, la preclampsia tiene una incidencia alrededor del 10% y causa el 22% de muertes maternas, considerada como la siguiente razón de mortalidad materna, tras las afecciones del embarazo.

Siendo la ocurrencia de eclampsia del 2 a 3% de mujeres que la padecen con características graves que no están siendo tratadas con prevención antiséptica, así como el 0,6% femeninas que padecen hipertensión pulmonar sin características graves. En el hospital Cayetano Heredia de la ciudad de Lima se presenta entre 8 a 13% de los embarazos. (7)

En la región Puno

En el año 2024, los decesos del embarazo en Puno se debieron principalmente a la preeclampsia y a las hemorragias postparto. La frecuencia de pericimientto del embarazo es de 66.7 por cada 100,000 infantes vivos, un número superior al del año pasado. Esto se debe a que el área comunicó 11 fallecimientos relacionadas y 5 derivadas de madres, según el reporte sanitario más reciente de la Diresa. (8).

Con 7 fallecimientos relacionados, San Román encabezó los reportes, en tanto que Puno contabilizó 2 casos. La carencia de disponibilidad de



apoyo calificados y las dificultades relacionadas con el parto fueron las principales causas de estas muertes. En Melgar y Chucuito, la zona igualmente reportó un caso.

Como las causas primordiales de decesos inmediatas, se hallaron afecciones anteriores que se agravaron durante el periodo menstrual. Los 5 incidentes fueron reportados en Puno, San Román y Azángaro, lo que impactó a féminas tratadas en esas localidades.

El reporte subraya que el 15% del total de fallecidos, es decir, el porcentaje remanente, ocurrió en casas particulares, y que los centros de salud fueron el lugar donde hubo lugar el 85% de las muertes. Esto muestra dificultades en la distribución y la excelencia del aparato de atención a urgencias ginecológicas, sobre todo en áreas campestres. (8).

1.1.2. Formulación del planteamiento del problema

Problema General

PG: ¿Cuáles son las determinantes de riesgo asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024?

Problemas Específicos

PE1. ¿Cuáles son los determinantes sociodemográficos asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané?



PE2. ¿Cuáles son los antecedentes patológicos asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané?

PE3. ¿Cuáles son los determinantes obstétricos asociado a hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané?

PE4. ¿Cómo es la hipertensión arterial por riesgo inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané?

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación Teórica.

El incremento de la presión arterial que se da en la mujeres gestantes condiciona el riesgo para la pre eclampsia y esta es una de las principales causantes de enfermedades y deceso que impacta a infantes y féminas; por lo tanto, es necesario reducir las amenazas asociadas para optimizar el bienestar de la madre, del bebé y del infante. En consecuencia, este estudio facilitará conocer la preeclampsia estableciéndose la relación de los elementos de peligro a nivel de una provincia con gran altitud.

Por ello el aporte de los conocimientos de ambas variables seguirán brindando información sobre el comportamiento de los determinantes o factores que están condicionando e incrementan el riesgo para la pre eclampsia.

1.2.2. Justificación Practica

En la actualidad, la hipertensión durante el embarazo es la más importante causa de muertes maternas a nivel global. En Perú, sin embargo, lo que más mata a las madres es la hemorragia, después de lo cual se



encuentran las condiciones hipertensivas. Esto conlleva riesgos para la salud y la vida tanto de madres como de fetos. Esta condición está fuertemente asociada a problemas que pueden ser hipertensión arterial, preeclampsia o condición de Hellp, según el grado en el que estas se presenten. La hipertensión en la gestación constituyó la principal razón de muerte en el país entre 2012 y 2016, lo que la convierte en una dificultad sanitaria para las mujeres embarazadas. (6)

La hipertensión arterial producida por la gestación constituye una situación vital que tiene un impacto en la salud tanto de la gestante como del neonato. En situaciones a gran altitud, este desafío puede ser todavía más complicado por las modificaciones fisiológicas necesarias para afrontar las circunstancias ecológicas específicas. Para optimizar el servicio médico y disminuir los peligros para el bebé y la mamá, es fundamental determinar los elementos vinculados a esta dificultad en madres encintas que residen en zonas de altitud. Por lo tanto, este estudio proporcionará una contribución significativa para prevenir situaciones que perjudiquen a la mamá y al infante.

1.2.3. Justificación Metodológica

El desarrollo de la investigación desarrollada con el método científico con un enfoque cuantitativo secuencial desde la identificación de la problemática de los valores elevados de la presión arterial en gestantes resultados sirva como base de datos para el equipo sanitario que brinda atención a la mujer embarazada, de modo que la presente investigación podrá servir para realzar futuras investigaciones en función a los



resultados encontrados. Por ende, la identificación oportuna de los riesgos a los que se exponen o presentan esta población tendrán un impacto positivo en la salud madre-hijo de las personas en el corto y medio plazo gestante de la Región Puno.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

OG: Establecer la asociación de los determinantes de riesgo con la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024.

1.3.2. Objetivos Específicos

OE1. Precisar los determinantes sociodemográficos asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané.

OE2. Describir los antecedentes patológicos asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané.

OE3. Identificar los determinantes obstétricos asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané.

OE4. Valorar la hipertensión arterial por riesgo inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané



1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis General

HG: Los determinantes de riesgo que están asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024 son los sociodemográficos, patológicos y obstétricos.

1.4.2. Hipótesis Especificas.

HE1. Los determinantes sociodemográficos que están asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané son: Edad, procedencia, ocupación, tiempo de residencia en altitud

HE2. Los antecedentes patológicos que están asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané son: Estado nutricional según IMC, antecedente pre eclampsia, antecedente hipertensión, antecedente diabetes mellitus, antecedente aborto, proteinuria y edema

HE3. Los determinantes obstétricos que están asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané son: Paridad, periodo intergenésico, controles pre natales

HE4. La hipertensión arterial por riesgo inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané más frecuente es la hipertensión grado I.

1.5. VARIABLES

Variable Independiente

Determinantes de riesgo

Variable dependiente

Hipertensión arterial inducida por el embarazo

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA MED/VALOR
VARIABLE INDEPENDIENTE. Determinantes de riesgo	1.1.Socio-demograficos	1.1.1.Edad	a)Menor de 18 años (adolescente) b)19 a 35 años (joven) c)36 a 40 años (añosa)
		1.1.2.Procedencia	a)Rural b)Urbano marginal c)Urbano
		1.1.3.Ocupación	a)Ama de casa b)Trabaja c)Estudia
	1.2.Antecedentes patológicos	1.2.1.Estado nutricional según IMC	a)Bajo peso IMC < 18,5 kg/m ² , b)Normal IMC 18,5 - < 25 kg/m ² , c)Sobrepeso IMC 25 – 29.9 kg/m ² d)Obesidad IMC > 30kg/m ²
		1.2.2.Antecedente pre eclampsia	a)Si b)No
		1.2.3.Antecedente hipertensión	a)Si b)No
		1.2.4.Proteinuria	a)Si b)No



		1.2.5.Edema	a)Si b)No
	1.3. Determinantes obstétricos	1.3.1.Paridad	a)Nulípara (sin partos) a)Primípara (un parto) c)Multípara (de 2 a 5 partos)
		1.3.2.Periodo intergenésico largo	a)Mayor de 60 meses b)Menor de 60 meses
		1.3.3.Controles pre natales	a)Inadecuado menor 6 controles b)Adecuado mayor a 6 controles
VARIABLE DEPENDIENTE 2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO	2.1.Nivel de riesgo de hipertensión arterial en el embarazo		Riesgo bajo por HTA riesgo moderado por HTA Riesgo alto por HTA



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

A nivel internacional.

Leon, Leon (9) Características clínicas y epidemiológicos de mujeres embarazadas con peligro de hipertensión provocada por el embarazo.

Cuba 2025. Durante el intervalo de tiempo que va comenzando en enero del 2023 hasta enero del 2024, se llevó a cabo un análisis de observación, integral y detallado. La población bajo estudio estuvo conformada por las mujeres embarazadas reclutadas durante el periodo analizado que, al ser registradas durante su embarazo, recibieron un diagnóstico de uno o más elementos de peligro sobre hipertensión causada por la gestación. La muestra estuvo constituida por 158 mujeres encintas, quienes satisfacen los parámetros de integración en el análisis y se manejan factores como la edad, historias médicas, etapa de gestación durante el parto, altura al nacer del infante, dificultades en la madre y otras. Las mujeres embarazadas entre 21 y 34 años de edad, con uno o dos hijos, resultaron las que más se repitieron. Generalmente, a lo largo de todo el embarazo, las mujeres permanecieron dentro del peso normal al momento de ser captadas y mostraron un aumento excesivo de peso. Las enfermedades individuales más prevalentes fueron la



elevación arterial y la falta de hemoglobina. Las mujeres embarazadas con elementos de peligro de preeclampsia y que llegaron a definición concibieron un infante con peso normal. No obstante, una cantidad significativa de ellos nace con peso reducido y con pretérmino.

García-Hermida, García-Remirez, García-Ríos (10). Conducta clínica epidemiológica de mujeres embarazadas jóvenes que padecen hipertensión arterial. Ecuador. Conducta clínica epidemiológica de mujeres embarazadas jóvenes que padecen hipertensión arterial. Ecuador 2020. Entre abril y diciembre de 2017, se llevó a cabo un análisis detallado en el que participaron las 59 encintas jóvenes que sufrieron preeclampsia o hemorragias en el transcurso del estudio. Con el objetivo de conseguir los datos sobre los factores investigativos establecidas, se utilizó un formulario para la investigación. Resultados: la media de edad es 16,32 años, y hay una mayoría de mujeres embarazadas sin niños y con un color de la piel que no es claro. Gran cantidad de asociaciones relacionadas con una alta prevalencia de presión arterial alta y peso excesivo; predominancia de individuos que no eran tratados con aspirina junto con magnesio como prevención. Las dificultades más comunes que experimentó la madre fueron el edema en las extremidades inferiores y los dolores de cabeza. Las dificultades fetales que se presentaron mayormente consistieron en el desarrollo intrauterino retrasado, la gestación precoz y la angustia fetal. Conclusiones: El esquema médico y sanitario de las mujeres jóvenes con eclampsia y encintas es el mismo que se ha registrado en los estudios mundial. Se observan deficiencias en el plan de monitoreo del riesgo anticoncepcional y en el nivel de la



vigilancia a las embarazadas, lo cual provoca un incremento en la frecuencia de hemorragia y encinta.

Zerna, et al. (11). Evaluación de los elementos para la identificación temprana de hipertensión generada por la gestación y métodos en presión arterial alta anterior, Ecuador 2022. La técnica que se empleó fue la evaluación metanómica de artículos incluidos en el análisis bibliográfico, que usó las métricas de datos descriptivos. Se establecieron los hallazgos siguientes más significativos: la edad media de las mujeres embarazadas con preeclampsia fue 25,75 años, con una diferencia típica baja; la tensión arterial media fue 131,4/80 mmHg (por encima del grado típico de 120 mmHg); y el nivel de proteínas en orina durante 24 horas mostró una media de 352 mg/l, Superando el valor estándar de 350 mg/l, la media de la glucosa y del índice de creatinina sérica en mg/dL fueron de 5,46 mg/dL y 1,1 mg/dL en el mismo orden. Esto confirma que dichos indicadores son herramientas predictivas efectivas para la preeclampsia. Las evaluaciones más relevantes son el análisis inactivo de enzimas, el Gantt, el Doppler y el Rall over test. Para concluir, los indicadores que permiten prever la preeclampsia son la concentración de ácido úrico, la creatinina en suero, la uria de proteínas en la orina de 24 horas y la tensión arterial. Las evaluaciones Doppler, Gantt y los enfoques cualitativos para medir la uria de proteínas constituyen las más significativas.

Castro, et al. (12) Elementos causantes relacionados con la hipertensión en mujeres embarazadas en América, Ecuador 2023. El trastorno hipertensivo gestacional constituye la hipertensión que aparece durante el embarazo. Se



realizó una investigación descriptiva, en la que se llevó a cabo una metodología cualitativa de tipo análisis sistemático. Este método posibilitó la recopilación de textos académicos vinculados con la cuestión en los repositorios Scopus, PubMed, Latindex, Redalyc junto con Scielo. Los hallazgos revelaron que las causas potenciales más significativas en la región latinoamericana son la hipertensión, el sobrepeso, los pasados de familia y la enfermedad de vejez. En los recientes cinco años han sido llevado a cabo diversos estudios sobre América Latina y el Caribe, enfocados en la tensión arterial de las gestantes. Es alentador que la gente cuente con una alimentación adecuada para prevenir eventuales peligros tanto para dicha madre como para el bebé.

Arriaga-García, Montes-Martínez (13). Incidencia de los tipos de presión arterial alta que son inducidos por el embarazo y los cuales ocurren antes de la gestación en México en 2021. Investigación global, retrospectiva y descriptiva realizada a través del examen y estudio de las fichas de pacientes con hemorragia que se atendieron en el Hospital de Alta Especialidad situado en Veracruz entre 2013 y 2017. Se reconoció la clase de hipertensión provocada por la gestación antes del diagnóstico de eclampsia y se calculó su prevalencia a través de tasas totales. Resultados: Se analizó a 44 enfermos, cuya edad promedio era de 20.4 ± 5.1 años; de las cuales, 30 eran primigestas. Se registró alta presión arterial causada por el periodo de gestación en 4 casos, condición de HELLP en 7, encinta con indicadores de gravedad en 23 y encinta sin indicadores de gravedad en 8. Asimismo, dos casos presentaron encinta sin que hubiera antecedentes de hipertensión arterial. Para concluir: Antes de ser diagnosticada con eclampsia, la



hipertensión prenatal con indicadores de gravedad fue el tipo de presión arterial alta provocada por el embarazo que tuvo mayor incidencia. Se detectaron, además, casos de presión arterial alta durante la gestación y de encinta sin indicadores severos, así como algunos en los que no había hipertensión antes del suceso de conmoción. De acuerdo con lo anterior, no debe considerarse que la conmoción se desarrolla únicamente a partir de una inicial eclampsia que tiene parámetros de gravedad. Es relevante estimular la prevención, identificación y cuidado de salud en el momento adecuado previamente a que aparezcan las conmociones u otras dificultades del seno que pueden resultar fatales. Esto deberá ayudar a reducir la persistencia infantil en todo el mundo.

García, Vargas (14). Perfil clínico y epidemiológico de la hipertensión inducida por el embarazo en un hospital público Venezuela 2020. El estudio es descriptivo con enfoque cuantitativo, retrospectivo, de diseño no experimental y corte transversal. La técnica corresponde a una observación documental mediante la revisión de las historias clínicas de las pacientes que acudieron a la consulta prenatal. Los hallazgos indican que los indicios y señales característicos de la enfermedad se intensificaron en el embarazo en la totalidad de las pacientes, resultando la manifestación más común la fatiga, presente en múltiples semanas durante la gestación, predominantemente en las primeras semanas. Esto les obligó a dirigirse al centro de urgencias una o más veces. Asimismo, se detectó una subida considerable en los niveles de tensión arterial cardíaca y diastólica en la visita inicial al centro de urgencias. Por otra parte, se observó que la mayor parte de las embarazadas no utilizaban fármaco de hipertensión arterial a pesar de tener cifras arteriales



altas; únicamente las que requirieron múltiples consultas durante emergencias. Se determina que, al igual que las variadas, las iniciales tuvieron tasas de presión arterial alta más altas. También se observó que cada una de las pacientes tenían herencias familiares de hipertensión arterial persistente en sus parientes directos, como dicho padre o la progenitora. Esto indica que, pese a ser causada por la gestación, esta condición no está completamente exenta de los factores hereditarios.

Arias-Rico, et al (15) Elementos que provocan la hipertensión en féminas embarazadas de menos de 20 años tratadas en un centro médico de segundo nivel en Hidalgo, México. 2019. La investigación está relacionada con correlación porque se relacionarán los factores causadores para que las gestantes de menos de 20 años tengan hipertensión, y su objetivo es vincular cada uno de dichos factores con la categorización de afecciones hipertensivas. Resultados obtenidos. Del universo de 50 féminas encintas, el 72% se dedicaba a las labores del hogar, el 24% era alumna y el 4% trabajaba. El 0% no tiene estudios, el 68% alcanzó un nivel básico y el 32% llegó a una educación media superior. El 44% sabe lo que es hipertensión arterial, mientras que el 56% no lo sabe. **Discusión.** En su investigación, Viviana Sáez encontró que la presión arterial alta y la pre-eclampsia fueron muy frecuentes, ya que el 68% de las adolescentes gestantes reportaron haber presentado más de tres indicios y manifestaciones de HTA a lo largo de su gestación. **Conclusión.** Los problemas dietéticos que se presentan antes del periodo de gestación (por ejemplo, el exceso de peso) y los pasados de afecciones arteriales en el hogar son las primeras causas de estas dolencias durante la gestación.



Arcos , Galárraga (16). Elementos de peligro vinculados a dificultades de hipertensión arterial en el género femenino. 2023, Ecuador. Se llevó a cabo una revisión documental preliminar buscando data en inglés y español, utilizando bases de datos como: Medline, NIH, Elsevier, PubMed y Scielo. Resultados obtenidos. Este estudio abarca 33 estudios que tratan acerca de la presión alta durante la gestación, incluyendo temas como explicaciones, elementos de riesgo, evaluaciones laboratoriales y categorización. Conclusiones. El trastorno hipertensivo arterial es una enfermedad que impacta igualmente a la mujer como al bebé a lo largo del embarazo. Presenta una tasa de perecimiento del 35% entre las gestantes. Si no se reconoce y identifica rápidamente, puede desencadenar complicaciones como hemorragias sanguíneas, expulsión precoz de la placenta, abortos inesperados o embarazos tempranos, los cuales pueden conducir hasta el fallecimiento de la madre y el bebé. Para identificar esta condición se pueden utilizar indicadores biológicos y pruebas frecuentes de laboratorio sanguíneo o pruebas urinarias.

A nivel nacional

Camayo (17). Dentro del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Pasco, durante el lapso de enero a octubre de 2024, se han observado elementos del embarazo y sociales relacionados con la hipertensión en las mujeres embarazadas. Se empleó el método de análisis de casos y observaciones, un análisis de observación, global y comparativo. La investigación total abarcó a 124 mujeres embarazadas: 62 identificadas como preeclampsia (casos) y otras 62 que carecen de esta enfermedad (controles). Se empleó la

herramienta ficha de obtención de información. Resultados: Se determinaron factores de riesgo con relación significativa a la preeclampsia, como la procedencia rural y vivir en zonas de gran altitud. Entre los factores maternos resaltaron la obesidad y los antecedentes de preeclampsia, mientras que en el ámbito obstétrico se observó que los controles prenatales insuficientes incrementan el riesgo. El pasado patológico de hipertensión pulmonar es el elemento de riesgo que más afecta, pues conlleva una posibilidad 6.8 veces mayor para experimentar esta enfermedad. Conclusiones: Los elementos de riesgo vinculados a la condición preeclampsia incluyen vivir en una zona rural, residir en una gran altura, tener obesidad antes del embarazo, haber tenido un historial médico de preeclampsia y no realizar inspecciones del embarazo apropiadamente.

Niño, Panduro (18) Elementos relacionados con la presión arterial alta provocada por la gestación en habitantes de zonas altas, Centro de Salud Regional Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco - 2021. La técnica empleada en este análisis es de tipo cuantitativa, de observación no teórico transversal retrospectiva y descriptiva; se eligió la muestra a través de un análisis debido a la conveniencia, no teórico. Resultados: En cuanto a los elementos sociales, el 46.6% de las que están encintas tiene 36 años o más, después están un 32.9% que son menores de 20 años y un 20.5% que tienen entre 20 y 35 años. El 78.1% proviene de la región urbana y el 21.9% de la región rural; el 69.9% eran madres de familia, después los alumnos con un 19.2% y las empleadas con un 11%. El 58.9% alcanzó hasta el grado secundario, el 30.1% llegó al nivel básico y el 11% a la máxima categoría sin universidad. El 60.3% vive con alguien, mientras que el 26% está soltera y el



13.7%, viuda. Los elementos obstétricos, en su mayoría, no tienen historias propios de patologías hipertensivas durante la gestación (68.5%). Este índice sigue con un 31.5% que sí los tiene. En cuanto a los casos personales con afecciones hipertensivas durante la gestación, la mayoría también corresponde a quienes no los poseen (79.5%), mientras que el 20.5% restante es consciente de ello. Respecto al IMC, un 35.6% presenta exceso de peso; un 27.4%, exceso de peso; un 23.3%, diagnóstico adecuado; y un 13.7%, reducido de peso; y el 41.1% tienen múltiples antecedentes, el 32.9% eran íntimas y el 26% primordiales; el 64.4% recibió un monitoreo prenatal apropiado, mientras que el 35.6% no lo hizo; el 75.3% no padecía anemia, en tanto que el 24.7% sí la sufría; y finalmente, el 69.9% no había experimentado preeclampsia anterior, a diferencia del 30.1%, que sí la había tenido. Esto se observó en mujeres embarazadas que residen a una altitud de 4,107 msnm. Conclusión: Finalizando con que, en función de los elementos vinculados a la hipertensión arterial durante el embarazo en individuos que residen en áreas elevadas, se determina la relación con aquellos de 36 años o más, provenientes del medio urbano, cuyo trabajo es ser madre de casa, que tienen grado de educación básica, condición civil, exceso de peso y exceso de peso y que son monoparentales o múltiples.

Barreto (19). Conexión respecto a la hipertensión causada por la gestación y la reducción de peso de los infantes prematuros en el centro de salud San Juan de Lurigancho, Lima, 2019. El esquema del análisis es cuantitativo, no teórico y de tipo transversal. Los hallazgos se referían a la presión arterial alta provocada por la gestación y al desequilibrio corporal del infante, donde el índice más elevado lo tuvo la hipertensión prenatal severa que tiene bajo peso



durante el embarazo. En términos de edad del embarazo, el segmento que posee mayor proporción fue el de 20 a 34 años; respecto al cantidad de embarazos, la cifra más alta se dio en la primera gestación; con respecto al lapso de interés, el periodo que superó los cuatro años tuvo mayor proporción; y en lo concerniente en la etapa gestacional, sobresale la etapa de 37 semanas o más. Se determinó, de acuerdo con el análisis de Kruskal-Wallis, que existe una correlación científicamente notable respecto a la hipertensión causada por la gestación y la reducción de peso en la gestación.

Gomez, Montañez (20). Elementos de peligro y la hipertensión originada por la gestación en el Hospital II de Apoyo Jesús Nazareno, en Ayacucho, durante el año 2019. Método cuantitativo, de naturaleza aplicada y de escala explicativo y correlativo, con un aspecto comparativo y global; basado en una colección de 40 documentos médicos de mujeres en estado de gestación tratadas en el Centro de Apoyo Jesús Nazareno a lo largo del año 2019. El método empleado fue la evaluación jurídica y la herramienta usada fue una ficha registral, en la cual se anotaron los registros. Resultados: La investigación reveló que el 95% de las mujeres embarazadas que se atendieron en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno padecían preeclampsia y el 5% eclampsia. Los elementos sociodemográficos (edad, condición civil y nivel de educación) no tienen relación con la tensión arterial provocada por la gestación ($p>0,05$). Del mismo modo, la hipertensión causada por la gestación no está relacionada con los aspectos obstétricos (monitoreo del embarazo, etapa de gestación, cantidad de óvulos en una gestación y periodo de interés) ($p>0,05$). Se descubrió que la hipertensión provocada por la

gestación está relacionada con los pasados patológicos de las pacientes embarazadas atendidas en el centro médico en análisis.

Barreto (1). vínculo respecto a la hipertensión originada por la gestación y la reducción de peso de los recién nacidos en el Hospital San Juan de Lurigancho, Lima, 2019. El diseño del estudio es cuantitativo, no teórico y de tipo transversal. Los hallazgos se referían a la tensión arterial provocada a causa del embarazo y al desequilibrio corporal del infante, en el que el índice más elevado lo presentó la hipertensión prenatal grave con peso reducido en el embarazo. En términos de edad del embarazo, el segmento con mayor proporción fue el de 20 a 34 años; respecto al cantidad de embarazos, la cifra más alta se dio en el embarazo inicial; con respecto al lapso de interés, el periodo que superó los cuatro períodos tuvo superior proporción; y en lo concerniente a la gestación, sobresale el nivel de 37 meses o más. Se determinó, de acuerdo con el análisis de Kruskal-Wallis, que existe una correlación científicamente notable respecto a la hipertensión causada por la gestación y la reducción de peso durante la gestación.

Santiago (21). Elementos de peligro asociados a la eclampsia en el sector de Gineco-Obstetricia del centro de salud San Juan de Lurigancho, Lima, Perú, durante el año 2023. Se llevó a cabo un estudio con planificación de situaciones y inspecciones, que involucraba a féminas embarazadas que llegaron al hospital debido a una urgencia o hospitalizadas, y dieron a luz en dicha institución. Las mujeres encintas con evidencia de hipertensión pulmonar fueron las que integraron el conjunto de situaciones. Se descartaron las personas que fueron internadas en el Centro de Atención Intensiva debido

a trastornos hemodinámicos no vinculados con la condición, o bien por lesiones asociadas. Resultados: Se estudiaron 270 mujeres, divididas en 135 con preeclampsia y 135 sin la enfermedad. La tasa de preeclampsia fue del 5,5 %, asociándose principalmente con edad materna avanzada, exceso de peso, control prenatal insuficiente y antecedentes previos de preeclampsia). Conclusiones: Se identificó que el hecho de tener sobrepeso, el envejecimiento de la madre, una historia anterior de preeclampsia y un control del embarazo insuficiente son elementos de peligro importantes.

Tumbaco (22). Un elemento de peligro comunitario que tiene un impacto en las damas gestantes que padecen lactancia precoz. Centro de salud José Cevallos Ruiz, año 2022. perspectiva cuantitativa, de observación y no teórico, con un enfoque global. El conjunto del análisis consistía en todo el universo, y la comunidad estaba formada por 61 féminas que satisfacían los parámetros de integración. Se utilizaron la inspección directa y el análisis de historias clínicas como métodos para recolectar datos, lo cual permitió identificar los factores sociales relacionados con la preclamsia. Microsoft Excel fue la aplicación empleada en el estudio numérico. Se observó cómo datos fundamentales el 73,8% en el empleo de ama de hogar y el 54,1% en el grado formativo académico; Dentro de los aspectos obstétricos, la participación de 1 a 3 inspecciones fue del 42,6 % y la poliparidad del 67,2 %. La preeclampsia grave, con el 36 %, fue el tipo más frecuente. En relación a las acciones de enfermería, se centran fundamentalmente en su función educativa y sanitaria, considerando el monitoreo de las alteraciones vitales, el uso de medicamentos de hipertensión y la instrucción acerca de la enfermedad al enfermo, su hogar y a la sociedad. Se estima que hay



elementos de riesgo social que provocan esta enfermedad; por lo tanto, es correcto diagnosticarlos con oportunidad y utilizar métodos para reducir la incidencia de encinta dentro del hospital.

Antonio, Arteaga (23). Descripción de la preeclampsia en embarazadas del centro de salud Ramiro Priale Priale, Huancayo, 2021. Estudio que es detallada, de observación, global y analítica. Se utilizó una muestra de 181 mujeres embarazadas diagnosticadas con hipertensión arterial. Resultados: En el año 2021, la condición preeclampsia tuvo una incidencia del 9.5 % en las mujeres embarazadas tratadas en el centro de salud Ramiro Priale Priale de Huancayo. Las propiedades sociodemográficas eran las siguientes: 55.8% tienen jóvenes, 43.6% son mayores, 69.6% provienen de zonas urbanas, 22.7% de áreas marginales urbanas, 54.1% tienen educación académica y 34.8% tienen formación superior; un 49.2% están empleados y un 47.0% actúan como amas de casa. Los rasgos gineco-obstétricos fueron los siguientes: 24.3% de historias de aborto, 1.1% de historias de óbito, 14.4% de hipertensión arterial y 68.0% e inadecuada en cuanto al cuidado prenatal (32.0%). En términos del período ordinario y simultáneo, el primero representó el 83.4% y el segundo el 16.6%. Por último, las primordiales constituyeron el 30.4%, las múltiples el 54.1% y las gran múltiples el 15.5%. Las manifestaciones patológicas resultaron las siguientes: 35.4% tenía peso excesivo, 18.8% padecía exceso de peso, 7.7% presión arterial alta, 0.6% colesterol, 5.5% condición renal y 23.2% anemias. Las manifestaciones clínicas observadas fueron las siguientes: cefalea 58.0%, edema 59.1%, presión arterial alta 95.6%, epigastralgia 6.1%, proteinuria 20.4% y señales oculares 38.7%. En las embarazadas diagnosticadas con hipertensión

prenatal, no se presentaron problemas maternos. El 35.4% de los casos complicados en el periodo de gestación se presentaron en bebés con reducido peso, 23.2% prematuros, 6.6% con dolor fetal agudo y solo 0.6% resultaron en muerte fetal. El desenlace: Las mujeres encintas con preeclampsia se caracterizaban principalmente por ser jóvenes, tener segunda edad, estar empleadas, recibir cuidado antes del embarazo y haber tenido varios partos. La alta presión arterial y el edema fueron los síntomas más importantes, mientras que las complicaciones perinatales más comunes fueron la precocidad y la reducción de peso durante el embarazo.

A nivel regional

Huanca (24). Elementos sobre peligro vinculados al exceso de peso en embarazadas del Instituto de Salud 4 de Noviembre, Puno 2024. El esquema sin experimentación, de tipo esencial en el ámbito correlacional, utiliza como técnica el sondeo y como herramienta el cuestionario. Resultados obtenidos. Se evidenció que factores de peligro del embarazo, como una juventud de entre 20 y 34 años con un 46.7% N.S=0.045, recursos financieros bajos con un 75% N.S=0.025 y condiciones anteriores como la anemia con un 32.6% N.S=0.026, tienen una relación notable con el exceso de peso en mujeres embarazadas. Se descubrió que factores de peligro dietético, como las costumbres alimenticias inapropiados (con el 59.8% N.S=0.019), el ejercicio físico (54.3% N.S=0.018) y el consejo nutricional en el transcurso del embarazo (53.3% N.S=0.027), están asociados de manera notable junto al exceso de peso en mujeres embarazadas. Los factores de riesgo durante la obstetricia, como la asistencia prenatal con menos de seis consultas (63%



N.S=0.015), la gestación estimada (54.3% N.S=0.003) y la paridad biparental (76.1% N.S=0.036), tienen una correlación notable con el exceso de peso en mujeres embarazadas. La obesidad fue identificada, siendo el tardío el más común, con un 63% en mujeres embarazadas. Conclusión: En las embarazadas de la institución sanitario 4 de noviembre, se estableció que hay una relación notable entre los factores de peligro del embarazo, dietético y del embarazo con el exceso de peso.

Yana (25). Determinantes asociados al nivel de conocimiento sobre los Señales de alerta de la gestación en las embarazadas del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2023. Diseño sin experimentación de tipo vinculativo, global. Se emplearon encuestas y cuestionarios para recolectar información de 126 madres encintas. Datos sociales: 57.9% de la población tiene entre 20 y 36 años (NS 0.012); el 57.1% vive en áreas urbanas (NS 0.033); el 64.3% son amas de casa (NS 0.031); el 57.1% ha terminado la educación secundaria (NS 0.000); y la condición económico-social es bajo para el 79.4% de los sujetos analizados (NS 0.000). Entre los variados factores obstétricos que influyen en la identificación de las señales de alerta del embarazo se encuentran: la vigilancia prenatal (65.1% NS0.001), la multiplicidad de partos (60.3% NS 0.032) y el intervalo intergenésico (52.4% NS0.006). El estándar medio de los indicios que advierten el embarazo es del 60.3% en lo que respecta a la faceta cognitiva. En la investigación realizada en el Hospital Puno 2023, detectamos elementos sociales y obstétricos que influyen en el nivel de entendimiento acerca de las señales que indican embarazo.



Flores (26). Riesgos vinculados al embarazo preeclampsia en mujeres embarazadas en un hospital de Puno durante 2022. El análisis se llevó a cabo en mujeres embarazadas ingresadas en el área de ginecología y ginecología, las cuales finalizaron su embarazo en un clínico de Puno. Se utilizó un análisis de tipo técnico, de observación, retrospectivo y sanitario sin experimentación, con un enfoque transversal. El público se compuso de 123 documentos médicos de mujeres embarazadas diagnosticadas con hipertensión arterial y un grupo restante de 123 historias clínicas de mujeres embarazadas que no presentaban este diagnóstico, lo que suma un total de 246 documentos médicos. La elección consistió en la población censada. El contenido fue recopilado en un documento de obtención de datos y posteriormente, los registros resultaron pasados a un documento de Excel para ser analizados con el programa numérico SPSS 25.0. Resultados: Se encontraron componentes de riesgo importantes vinculados con la preeclampsia en mujeres embarazadas con obesidad preconcepcional ($p=0.009$; $OR=2.73$; $B=1.004$; $IC\ 95\%=1.279-5.827$) y en aquellas que tuvieron menos de seis evaluaciones de prenatalidad ($p=0.000$; $OR=2.988$; $B=1.095$; $CI\ 95\%=1.628-5.485$) en comparación con las que tuvieron más de seis evaluaciones antes del embarazo en cuanto a las mujeres embarazadas con un peso preconcepcional normal, aquellas que experimentaban una mayor educación en comparación con las que poseían una educación primaria ($p=0.008$; $OR=0.155$; $B=-1.867$; $CI\ 95\%=0.039-0.620$) y secundaria ($p=0.006$; $OR=0.356$; $B=-1.034$; $CI\ 95\%=0.169-0.749$), así como las que eran amas de casa exclusivamente ($p=0.005$; $OR=5.855$; $B=1.767$; $CI\ 95\%=1.685-20.345$) frente a las que experimentaban un trabajo profesional, y las de origen rural

($p=0.001$; $OR=2.523$; $B=0.925$; $CI\ 95\%=1.430-4.452$) comparadas con las urbanas. Conclusión: En el Hospital Estatal Manuel Núñez Butrón, en la localidad de Puno, durante 2020, se observó que la eclampsia en mujeres embarazadas estaba relacionada con elementos ginecológicos y sociales, entre los que se incluyen: nivel educativo, ocupación, lugar de origen, número de controles prenatales realizados, peso corporal antes del embarazo y igualdad de edad.

Useda (27). Rasgos clínicos y epidemiológicos de la preeclampsia en enfermas encintas que recibieron atención en el hospital III ESSALUD Puno durante 2020. 2021. Se llevaron a cabo revisiones de los documentos médicos de las mujeres embarazadas diagnosticadas con preeclampsia. El análisis se realizó con un diseño global, retrospectivo, descriptivo simple y no intervencionista. Se empleó estadística descriptiva para presentar los hallazgos, con una comunidad compuesta por 65 documentos médicos de mujeres embarazadas que recibieron atención por preeclampsia en el año 2020, asegurándose de que se satisficieran los parámetros de elección. Resultados: Dentro de de las mujeres embarazadas con preeclampsia se encontraron las siguientes: un 73,8% tenía entre 19 y 34 años; un 63,1%, insegura; el 72,5% no había tenido abortos previos y el 37% tenía más de 37,5 semanas en la gestación. En términos clínicos, el 50,8% de estas mujeres embarazadas contaba con cuidados apropiados. Dentro de los signos previos relacionados con la eclampsia, se reportó que la fatiga se presentó en un 58,5%, seguida por un grupo del 31% que no mostró cualquier síntoma o señal de alerta. El 94,2% de las madres con preeclampsia experimentaron parto vaginal o cesárea. Para concluir: La preeclampsia ocurre con frecuencia y



sus rasgos clínicos y epidemiológicos se pueden prevenir mediante una atención prenatal correcta y el uso del manejo personal por parte de la madre.

Carrasco (28). Factores maternos relacionados a hipertensión inducida por embarazo Juliaca. 2018. Investigación de observación, global y analítica, con una población de 652 mujeres embarazadas que ingresaron en hospital. La investigación resultó no probabilística por facilidad, compuesta completamente por 101 individuos con presión arterial alta inducida debido al encinta y 551 que no presentaron dicha condición. Análisis: De las 652 enfermas analizadas, el 70,6% tenía entre 20 y 34 años; el 16,1%, menos de 20 años; y el 13,3%, más de 34 años. En cuanto al condición civil, el 38,2% de las progenitoras estaban vividas, el 43,9% eran solteras y el 17,9% convivían. De los 101 episodios sobre tensión arterial causada por la gestación, 61 de ellos resultaron encinta grave y 40 estaban encintas moderada. En términos del aspecto de peligro sobre la paridad, el 47,7% eran pardas, el 22,9% monoparentes, el 16,7% múltiples, el 11,2% nulíparas y el 1,5% gran numerosas. Respecto a la cantidad de inspecciones del embarazo, el 71,6% tenía una cantidad apropiada, el 17,5% tenía una cifra insuficiente y el 10,9% no había tenido algún control previo al embarazo. En el índice de riesgo para la nefropatía, el 99,7% no tenía esta enfermedad, mientras que el 0,3% sí la padecía. Conclusión: La tensión arterial causada por la gestación se ve influenciada por elementos de riesgo sociodemográficos, de la paridad, regulaciones del embarazo y patológicos, lo que tiene un impacto en el bienestar del recién nacido.

2.2. MARCO TEÓRICO

Determinantes de riesgo

2.2.1. Determinante sociodemográfico

a) Edad

Se considera la edad de la madre un factor importante de riesgo ya que existe mayor incidencia de aumento de la presión arterial en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años (29), considerando Para estos colectivos de peligro, hay numerosas investigaciones que indican que ser mayor de 35 años conlleva un peligro de embarazo precoz casi el triple (30). Como es habitual que las personas mayores tengan elementos de peligro suplementarios, como hipertensión arterial, hipertensión prolongada u otra dolencia persistente que las vuelve propensas a sufrir embarazo precoz (31).

b) Procedencia

Las mujeres viven dentro de un entorno familiar o conformando su propia familia, siendo Huancané una provincia con un corredor vial y económico de la zona norte de la región Puno,

Para la presente investigación consideramos el área urbana (que proviene del área interna del ambiente urbano de la urbe) y campestre (que proviene de poblados o aldeas cercanas a la capital) (32).

Un estudio efectuado en un clínico amazónico de Perú reveló que las mujeres embarazadas que habitan en áreas campestres tienen 1.2 veces más probabilidades de sufrir hipertensión arterial que esas que



habitan en áreas urbanas. Este hallazgo sugiere que las mujeres encintas de zonas rurales pueden tener temor a las inspecciones neonatales a causa de la escasa formación y la escasa información, además del largo recorrido hasta el centro sanitario más próximo, lo cual incrementa los gastos relacionados con el cuidado prenatal (33).

c) Ocupación

En 2023, el 92,8% de las trabajadoras dinámicas financieramente tenía trabajo, según la Encuesta Estatal de Hogares (ENAHG). De ellas, el 76,6% poseía un único empleo (el primordial) y el 16,1%, diverso (el secundario). En comparación con los varones (que aumentaron en 0,7 puntos porcentuales), las trabajadoras con un empleo adicional crecieron en 3,7 de variación porcentual. Así lo reveló el Servicio Estatal de Información Estatal y Tecnología (INEI). En función del sitio de domicilio, se nota que en la zona urbana hay una mayor cantidad de females con empleo secundario (14,5%) que varones (10,4%). En cambio, en la región rural hay más varones trabajando en esa rama (33,7%) que mujeres (21,9%). En cuanto a la industria económica donde están empleados, se percibe que hasta la primera mitad del año actual trabajan más féminas (34,1%) que varones (18,0%) en negocios; por otro lado, en cultivos, pesca y explotación hay más varones con 13,8% que damas con 8,9%. Una conducta similar ocurre en fabricación: allí también los hombres superan a las trabajadoras (10,9% frente a 9,2%) (34)

La rapidez y las ocupaciones laborales determinan la posibilidad de sufrir preclamsia ante el peligro de esta enfermedad.

2.2.2. Antecedentes patológicos

a) Estado nutricional según IMC

La preeclampsia se incrementa en función del índice de masa corporal IMC antes de la gestación, resultando el sobrepeso el factor que tiene un impacto negativo en el embarazo y los hallazgos médicos. Cuando el IMC de la madre es 26 kg/m, el peligro de antecepción se duplica; si es superior a 30 kg/m², aumenta hasta tres ocasiones (38). A nivel mundial la obesidad y el sobrepeso está incrementándose representando más del 40 por ciento de las situaciones de inanición (31). Siendo el IMC elevado está estrechamente vinculado con el peligro de preeclampsia a causa de la hiperlipemia, la hiperinmunización o el aumento de la lipidemia los que son problemas vinculados con el sobrepeso que producen una alteración incorrecta del útero (39).

b) Antecedente pre eclampsia

Uno de los predictores más fuerte de la enfermedad para La gestación presente de una mujer es la historia previa de anticipación en el anterior embarazo siendo el peligro de alrededor del 20% de padecer preeclampsia; según la manifestación y la gravedad anterior, este peligro podría oscilar desde el 5 % y el 80 % (31).

c) Antecedente hipertensión

Las pacientes que tienen el historia de anemia persistente generan una mayor tendencia a padecer ansiedad siendo del peligro es diez veces más grande. (RR 5.4, IC 95% 4.0-6.5) (40).

d) Proteinuria

En el embarazo normal, la excreción urinaria de proteínas se incrementa con respecto a los niveles normales en mujeres sanas, puede llegar a 200 a 260 mg al día para el tercer trimestre. se considera como punto de corte para definir la proteinuria durante el embarazo con un valor >300 mg/24 horas. Se puede utilizar alternativamente una excreción cronometrada que se extrapola a este valor en orina de 24 horas o una relación entre proteínas y glucemia en orina (UPCR) de al menos 0,3 siendo este umbral ampliamente aceptado para definir la proteína anormal (45).

e) Edema

A medida que la gestación progresa, es posible que se acumule fluido en las células, generalmente en las piernas, los brazos, lo cual causa hinchazón. Con el paso del periodo de gestación, especialmente en el tercer trimestre, es común que se concentre un poco de fluido. Esta situación se llama edema.

2.2.3. Factor obstétrico**a) Paridad**

La nuliparidad o falta de paridad eleva la probabilidad de sufrir preeclampsia. De acuerdo con un análisis riguroso, este peligro se

triplica en las mujeres que no han tenido hijos en comparación con aquellas que sí los han tenido gestaciones previas (40), se tiene una explicación fisiopatológica el que se atribuye a una inadecuada modificación inmunitaria en el ámbito del endometrio en la joven que justifica la aparición de preclamsia (46). Cuando se tiene embarazos previos presenta el efecto protector en el contexto de la preclamsia, se ha observado que el cambio funcional del corazón derivada de embarazos previos, denominada precondicionamiento, contribuye a una mejora en las adaptaciones hemodinámicas y en la placentación. El cambio se asocia con tasas reducidas de preclamsia, según lo indicado en análisis recientes (39)

b) Periodo intergenésico

La OMS define el periodo intergenésico como corto cuando abarca menos de 18 meses; ideal de 18 y 27 meses, y extenso si dura más de 60 meses. El Centro Nacional de Investigación Perinatal, mediante un análisis de observación y analítico de incidentes y análisis, encontró que el intervalo entre generaciones es prolongado, hasta 60 meses o más, con una razón de odds (OR) de 3.34 (IC 1.32-8.45). Se estima que existe una conexión importante respecto a un periodo intergenésico extenso y la aparición de eclampsia precoz, sobre todo en féminas con una etapa del embarazo prolongada (47).

c) Controles pre natales

El monitoreo prenatal resulta fundamental para el bienestar de la gestación y del bebé. Incluye exámenes y múltiples pruebas para identificar problemas de salud, riesgos y el crecimiento normal del

periodo de embarazo (como la hipertensión, anemia y otros). Durante estas visitas prenatales, se inmuniza a la madre frente al tejido neonatal y se le ofrece asesoramiento sobre temas como la nutrición a lo largo del embarazo, los indicios y señales de eventos adversos en la gestación o durante el parto, así como las maneras de proteger y nutrir al infante.

De acuerdo con la ENDES 2021, el 98,3% de las féminas embarazadas entre los 15 y 49 años que tuvieron su último parto en los cinco años previos al sondeo, contaron con atención prenatal de un profesional sanitario acreditado (médico, doctora u obstetra). La cifra fue del 97,6% en el año 2016. La asistencia inicial brindada por doctoras y obstetras ha aumentado en los recientes cinco años, mientras que la proporcionada por médicos ha registrado una tendencia a la baja (48).

2.2.4. Hipertensión arterial inducida por el embarazo

Trastornos Hipertensivos del Embarazo

Las condiciones hipertensivas de la gestación son un conjunto de afecciones sanitarias que implican la presencia de alta presión arterial a lo largo del período gestacional. La hipertensión durante la gestación, la eclampsia temprana, la eclampsia junto con otras dificultades relacionadas forman parte de estos problemas. De algunos cuales citamos en este artículo:

Hipertensión Gestacional: Se estima el incremento de la tensión arterial sistémica tras la mitad durante el embarazo en mujeres que



antes permanecían normotensas. Normalmente, no se relaciona con proteinuria y suele solucionarse luego del parto.

Características Clínicas: Cuando la presión sanguínea es igual o superior a 140/90 mmHg en dos veces, con un intervalo mínimo de cuatro minutos entre ambas, y luego de las 2diez semanas de gestación sin que haya aminoácidos en la sangre, se determina. Podría estar relacionada con una ligera hinchazón en pies y las manos. No es común que muestre síntomas severos ni que los tejidos se vean afectados, como ocurre con la preeclampsia.

Manejo: Por lo general, el control incluye un seguimiento continuo de la salud del bebé y fetal y de la tensión arterial. A veces, se puede sugerir que la persona descanse y limite la sal en su alimentación. Para garantizar que no avance hacia maneras más severas de presión arterial alta vinculadas con la gestación, es fundamental un monitoreo médico constante.

Pronóstico: Por lo general, la hipertensión gestacional desaparece después del parto. No obstante, las féminas que padecen hipertensión durante la gestación tienen algún riesgo más alto de sufrir hipertensión persistente en etapas posteriores de su vida. La hipertensión en la gestación, a pesar de ser usualmente menos severa que la hipertensión prenatal, todavía necesita cuidado sanitario y un monitoreo riguroso durante el periodo de embarazo con el fin de asegurar que tanto la madre como el feto se mantengan sanos. Joseph C. Hinman y Arthur Hays Crosby fueron los que



ayudaron a identificar y describir la hipertensión durante la gestación como una entidad médica independiente.

Preeclampsia

Definición:

Se considera preeclampsia cuando la tensión arterial de las gestantes supera los 140/90 mmHg y hay presencia de proteinuria, desde de la semana 20 posteriormente. Los síntomas que la caracterizan son cefalea, acúfenos, hinchazón, dolor del bazo y cambios en los análisis clínicos de laboratorio (mayores o iguales a 300 mg en orina durante un día). También se incluye la relación entre uria de creatin y polución (mayor o igual a 30 mg) (29).

Esta condición a menudo provoca edemas, pero no son un requisito para diagnosticarla. Es importante señalar que esta enfermedad solo ocurre en la gestación y puede remitirse con su finalización. Además, si aparecen síntomas se pueden aliviar con fármacos, si bien el diagnóstico sea en la etapa apropiada; no obstante, si se detecta más tarde, puede dar lugar a consecuencias mortales para la madre y el feto e incluso evolucionar hacia una afección ecláptica o al Síndrome de Hellp en casos más severos. Esta condición se manifiesta con manifestaciones como hematomas cerebrales, problemas renales o fluidos del corazón intensos, incluyendo otros. (30)

Esta condición es una condición que se manifiesta generalmente tras las veinte jornadas de embarazo, y su diagnóstico se hace a partir de la presencia de líquido proteico e hipertensión. Si sucede antes de



las veinte semanas, está asociado con gestaciones diversos y con movimiento hidatiforme. Esta organización representa una enfermedad de alto riesgo en relación con la progenitora y su hijo. Difícil del 5% al 7% de la totalidad de las gestaciones (49)

Etiología

La causa sigue siendo incierta, por lo que numerosos autores la llaman "la afección de las teorías." Algunas de ellas incluyen la gestación anormal, la presencia de problemas inmunitarios en la placenta y otras células, una actividad anómala de estas prostaglandinas, el daño al endotelio, elementos dañinos contra las células endoteliales y una herencia genética. Sin embargo, la teoría más aceptada que todavía se sostiene es la que alude a la infiltración inusual del embrión citotrofoblasto en los conductos espirales a lo largo del proceso de formación del óvulo. Durante el comienzo y segundo trimestre del embarazo usual, el fármaco trofoblasto se introduce en los conductos arteriales espirales de la región decidua, desintegra los tejidos del ámbito media junto con los musculares de la membrana arterial, sustituye la capa endotelial por fibra fibrinoide, elimina la estructura músculoelástica de las arterias en forma despiral y genera arterias expandidas capaces de resistir el aumento del volumen sanguíneo durante la gestación. (48, 49). En ciertas personas que padecen de hipertensión prenatal, la oleada inicial de la madre pulmonar puede ser insuficiente y no producirse la segunda. Esto resulta en la preservación de la estructura músculoelástica de las arterias espirales y su habilidad para reaccionar a compuestos



vasoconstrictores endógenos. Como consecuencia, se reduce la permeabilidad madre-hijo, lo cual aumenta el riesgo de falta de oxígeno relativa placentaria en fases más tardías de la gestación (49). Esta condición causa daño endotelial, lo que lleva a una disminución de la generación de ciclofosfamida en el endotelio, un antagonista fuerte de la formación plaquetaria junto con dilatador de las arterias. Cuando las células de endotelio se lesionan, la célula subendotelial queda al descubierto y se produce la formación de células plaquetarias, su formación y producción de tromboxano tipo A2 originado de células plaquetarias. Este último es un vasoconstrictor eficiente y un impulsor de la proliferación plaquetaria (52, 53). Esta condición y la presión arterial alta que se presentan durante la preeclampsia podrían ser causadas por el desequilibrio entre los fármacos vasodilatadoras y vasodilatadoras.

Factores de riesgo

Menores de 20 años o superiores de 35 años.

- Primiparidad
- Lactancia de varios fetos.
- Mola hidatidiforme.
- Preeclampsia en gestación previo.
- Un intervalo intergenésico que supere la década.
- Condición arterial de tipo crónico.
- Diabetes crónica.
- Condición de la tiroides.



- Patología renal.
- Condición del colágeno arterial.
- Condición antifosfolipídica.
- Historial de embarazo precoz en la comunidad.

Hallazgos

Proteinuria: La alteración de los niveles de creatinina junto con la pérdida anormal de sustancias proteicas por parte del riñón son consecuencia de un deterioro endotelial filtrante (glomeruloendoteliosis), una dolencia renal típica debido a la hipertensión y la gestación precoz.

Alteraciones hematológicas: La concentración de hemo es resultado de la pérdida de líquido dentro del sistema arterial. La ausencia de trombocitopenia y la hemorragia interna difusiva pueden ser provocadas por el consumo de células de plasma y la estimulación de la red de cohesión en las áreas dañadas del endotelio.

Edema: La lesión del endotelio, unida a la reducción de la tensión oncótica interna y el incremento de la tensión intravascular, provoca que el fluido se disperse del área intra al exterior. Esto genera edema en el encéfalo, pulmonía, colon, macula y tejido subcuántico en áreas sin orificios, lo cual es típico relacionado con la preeclampsia o puede ocurrir en cualquiera otra área.

La permeabilidad arterial, el daño en la membrana endotelial sanguínea y la hemorragia neurológico pueden provocar crisis convulsivas, flujo sanguíneo intracerebral, clonus y hiperreflexia.

Diagnostico



La evaluación tridimensional de hipertensión arterial, emisión de proteínas y edema después de la semana 20 de embarazo se usaba para hacer el análisis tradicional. "A causa de que el dolor constituye un descubrimiento muy común en las gestantes, el National High Blood Pressure Working Committee sugirió hace poco que se lo elimine en calidad de criterio de evaluación" (52).

Clasificación

Preeclampsia leve: Se realiza una evaluación de hipertensión arterial prevalente leve en las siguientes situaciones: cuando se observan los requisitos indicados tras de la semana 20 del embarazo, en el transcurso del parto o a lo largo de las seis semanas iniciales posparto en una madre que no tenía presión arterial alta anteriormente.

- Tensión sanguínea de 140/90 mm Hg, aunque no más de 160/110 mm Hg en dos situaciones distintas con un lapso mínimo de seis minutos entre cada una, mientras la enferma está en descanso en cama.

- El nivel de proteinuria es de 300 mg o más, pero reducida a 5 g, dentro de una colección de orina durante un período de 24 horas.

Esto suele correlacionarse con la concentración de 30 mg/dl en tiras de reacción (se necesitan dos o más evaluaciones con un intervalo de seis horas sin hemorragia o afección de las tuberías urinarias).

- Sin síntomas

Preeclampsia severa: Se determina la identificación de hipertensión grave si uno o más de los citados parámetros aparecen tras la semana

20 de embarazo, en el momento del parto o en el transcurso de las seis semanas iniciales luego del parto.

- Tensión sanguínea de 160/110 mm Hg o superior
- La proteína en la orina es 5 gramos en un periodo de 24 horas, o su equivalente es 3 en una tira reactiva al azar recogida con una separación mínima de cuatro horas.
- Modificación de la operación del hígado
- Cefaleas, trastornos oculares o neurológicos que continúan
- Dolor epigástrico
- Limitación en el desarrollo del embarazo
- Oliguria: 500 ml o menos en un periodo de 24 horas.
- Edema pulmonar agudo
- Dolor en la parte superior del abdomen o en el bazo lateral.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Antecedente de preeclampsia

Madre con antecedentes de esa condición en embarazos anteriores (7).

Factores de riesgo

Es una propiedad o situación que incrementa la posibilidad de desarrollar una afección o cualquier otro daño en el bienestar (54).

Gestante

Mujer que está gestando un feto o un embrión en su matriz (7).

Hipertensión Gestacional



En féminas que anteriormente experimentaron tensión arterial estándar y sin mostrar acumulación de proteínas o daño en ninguna región blanca, dos evaluaciones de la tensión arterial sistólica (PAS) con 140 mmHg o más y/o de la tensión arterial pulmonar (PAD) con 90 mmHg o más, realizadas tras las 20 ss y con un intervalo mínimo de 4 horas entre sí (18, 20).

Hipertensión arterial

El paciente tiene evidencia de presión alta arterial y muestra una presión sistólica de 140 mm Hg o más, y/o una presión diastólica de 90 mm Hg o más. (20).

Preeclampsia

Se define como la enfermedad hipertensiva en el embarazo tras las veinte semanas durante la gestación, con una presión arterial (PA) superior a $\geq 140/90$ mmHg y acumulación de glucosa (>300 mg/24 horas). Además, se presenta sin compuestos esenciales; se trata de una enfermedad hipertensiva con falla notable de sistemas esenciales. (7)



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño planteado es no experimental por valorar las variables sin manipular y se obtendrá información real en un determinado momento.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Según el estudio propuesto es de tipo básica, de nivel Causal y según el tiempo de los hechos transversal es un estudio retrospectivo

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.

El método es de corte cuantitativo, por su enfoque sistemático en la utilización de datos numéricos, menciones objetivas y análisis estadísticos.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población.

La población de gestantes atendidas con presión arterial alta consignadas como hipertensión atribuida a la gestación según los registros de la oficina de estadística del Hospital Lucio Aldazabal Pauca durante el 2024 fueron de 36, según registro de la oficina de estadística del Hospital de Huancané no todos diagnosticados como pre eclampsia o eclampsia.

Muestra

Se trabajó con una muestra censal considerando todas las gestantes con incremento de presión arterial durante el embarazo fueron 36 gestantes que tuvieron diagnóstico de hipertensión arterial inducida por el embarazo

Tamaño de la muestra	n	36
----------------------	---	-----------

Criterio de inclusión:

- Informes clínicos de embarazadas con hipertensión arterial
- Historias clínicas que contengan información completa a los requeridos.

Criterio de exclusión:

- Casos clínicos de mujeres embarazadas con tensión arterial normal y/o en tratamiento.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Técnicas:

Variable 1: Análisis documental

Variable 2: Análisis documental

Instrumento:

Variable Independiente:

Instrumento: se utilizó una Hoja para la obtención de información de las historias clínicas con controles de hipertensión arterial en gestantes.



Variable dependiente: Ficha de recolección de datos de los indicadores de la tensión sanguínea de la gestante y fecha de inicio del aumento de la presión arterial. Se consideró desde la pre hipertensión arterial.

Riesgo bajo con valores de HTA 121-139/81 a 89 mmHg con otros factores de riesgo

Riesgo moderado con valores de HTA grado I - 140 -159/90 –99 mmHg con factores de riesgo como proteinuria, edema, antecedente de hipertensión arterial.

Riesgo alto con valores de HTA grado 2 - 160 a mas/100 a más mmHg con proteinuria en 24 horas, edema, antecedente de hipertensión arterial.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se solicito autorización al director del Hospital mediante la oficina de capacitación en el Hospital.

Se coordino con el área de estadística y registros médicos en admisión donde se encuentran los datos de las pacientes que fueron atendidos en el Hospital.

Se recolecto los datos para poder vaciar en una estructura de información y analizar para el vaciado y el análisis de los resultados encontrados.

Se construyo el informe final para su revisión y sustentación del trabajo de investigación.

Se coordino para la publicación de los resultados.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

La evaluación estadística del chi cuadrado fue empleada para la organización, la evaluación y la evaluación de los resultados recogidos.

La información será procesada a partir de las fichas físicas de ambos instrumentos en el programa estadístico del SPSS según la ecuación siguiente:

$$\chi^2_{calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(O_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Validación

A través del examen de especialistas, tres especialistas colaboraron en la evaluación de los dispositivos para su propia implementación.

Los instrumentos que se aplicaron se elaboraron en base a normas y procedimientos que se aplican a gestantes con aumento o incremento de la presión arterial.

Confiabilidad

De acuerdo con el método de alfa de Cronbach, el respaldo es del 95%, con la formula:

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



Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	36	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	36	100,0

a. La supresión por lista se fundamenta en cada una de las variables del método.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,953	13



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo general planteado en el estudio es establecer la asociación de los determinantes de riesgo con la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024

En función a los siguientes aspectos contemplados en las dimensiones:

Determinantes sociodemográficos.

Antecedentes patológicos

Determinantes obstétricos.

La hipertensión arterial provocada por la gestación en mujeres embarazadas atendidas dentro del centro hospitalario Huancané

Tabla 1. Edad asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024

Edad	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Menor de 18 años	5	13,9	3	8,3	1	2,8	9	25,0
19 a 35 años	16	44,4	2	5,6	4	11,1	22	61,1
36 a 40 años	0	0,00	4	11,1	1	2,8	5	13,9
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100,00

Fuente: formulario de recopilación de información H. Cl.

$$X^2_{cal} = 12,468$$

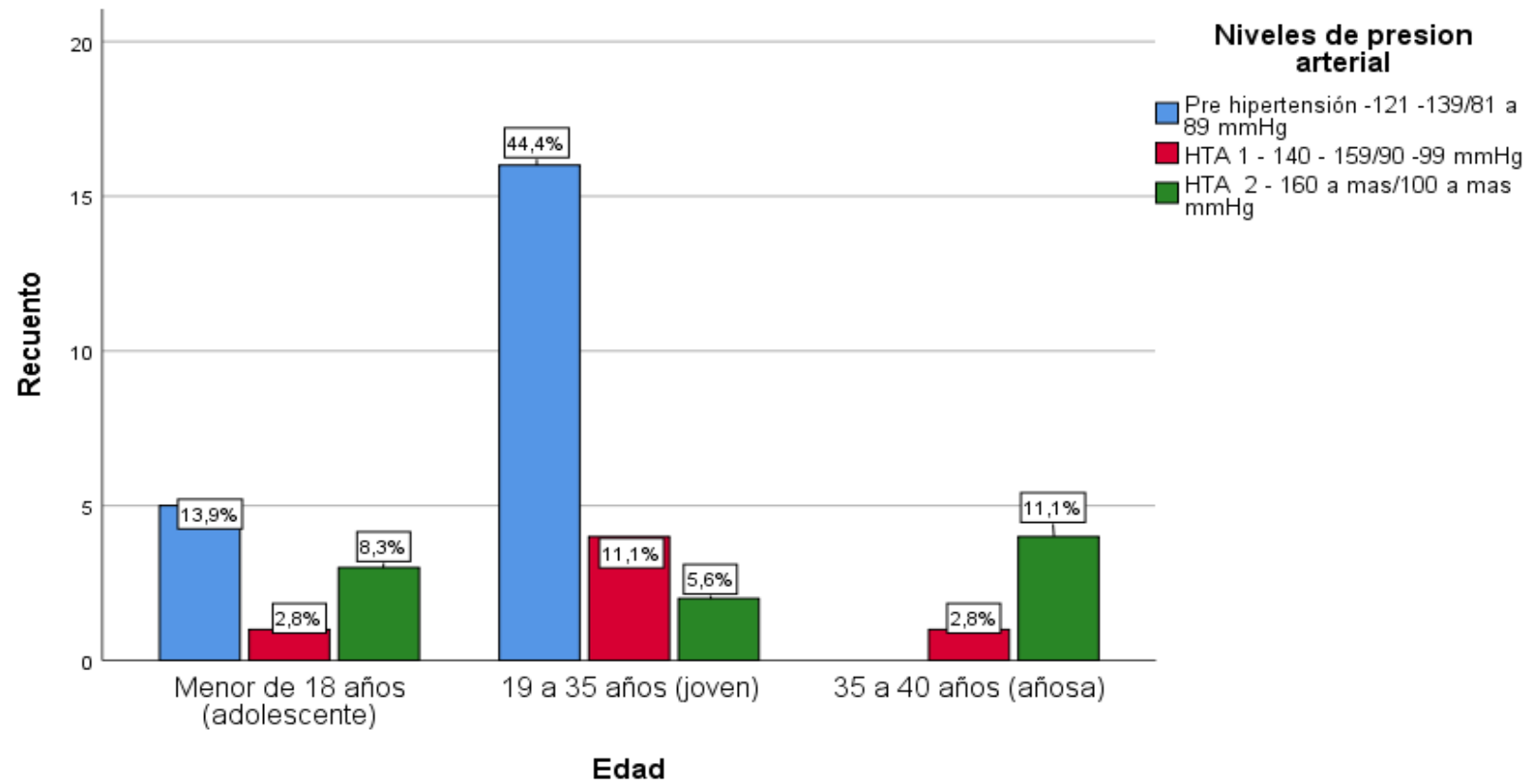
$$p = 0,014$$

Estadística significativa

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$g = 4$$

Figura 1. Edad asociada a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 1.



El primer objetivo específico planteado en el estudio es: precisar los determinantes sociodemográficos que condicionan la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané.

En la tabla y figura 1, se ha precisado los determinantes sociodemográficos según la edad en 34 gestantes que tuvieron hipertensión arterial durante el embarazo con el 61,1% entre 19 a 35 años, en el 25,0% fueron menores de 18 años, y el 13,9% fueron entre 36 a 40 años.

En el 11,1% de gestantes con riesgo alto en hipertensión arterial inducida por el embarazo y el 5,6% fueron de 19 a 35 años. En el 2,8% con riesgo alto por hipertensión arterial inducida por el embarazo y con el 11,1% con riesgo moderado por hipertensión arterial fueron madres gestantes añosas de 36 a 40 años.

Se ha establecido la asociación entre la dimensión sociodemográfica de la edad sobre la hipertensión arterial durante el embarazo con el estadístico del X^2 chi cuadrado con nivel aceptación del 95% y error del 5%, con un $X^2_{cal}=12,468$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,014$ siendo significativa la prueba con la que se confirma que la edad esta asociado con el riesgo de hipertensión arterial durante la gestación en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Huancané en el 2024.

En mas del 61% de gestantes estuvieron comprendidas entre 19 a 35 años siendo en este grupo mayor proporción de riesgo alto y medio por hipertensión en gestantes lo cual genera un riesgo.



Se ha encontrado algunos estudios como el realizado por **Leon, Leon (9)** encontró gestantes entre 21 a 34 años, que tienen entre 1 y 2 hijos, fueron las de mayor frecuencia.

Otro estudio realizado por **Zerna, et al. (11)**. Encontraron la edad promedio de las gestantes con preeclampsia fue 25,75 años.

Tabla 2. Procedencia asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024

Procedencia	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Rural	10	27,8	1	2,8	2	5,6	13	36,1
Urbano marginal	11	30,6	2	5,6	4	11,1	17	47,2
Urbana	0	0,00	6	16,7	0	0	6	16,7
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100,00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. Cl.

$$X^2_{ca} = 22,131$$

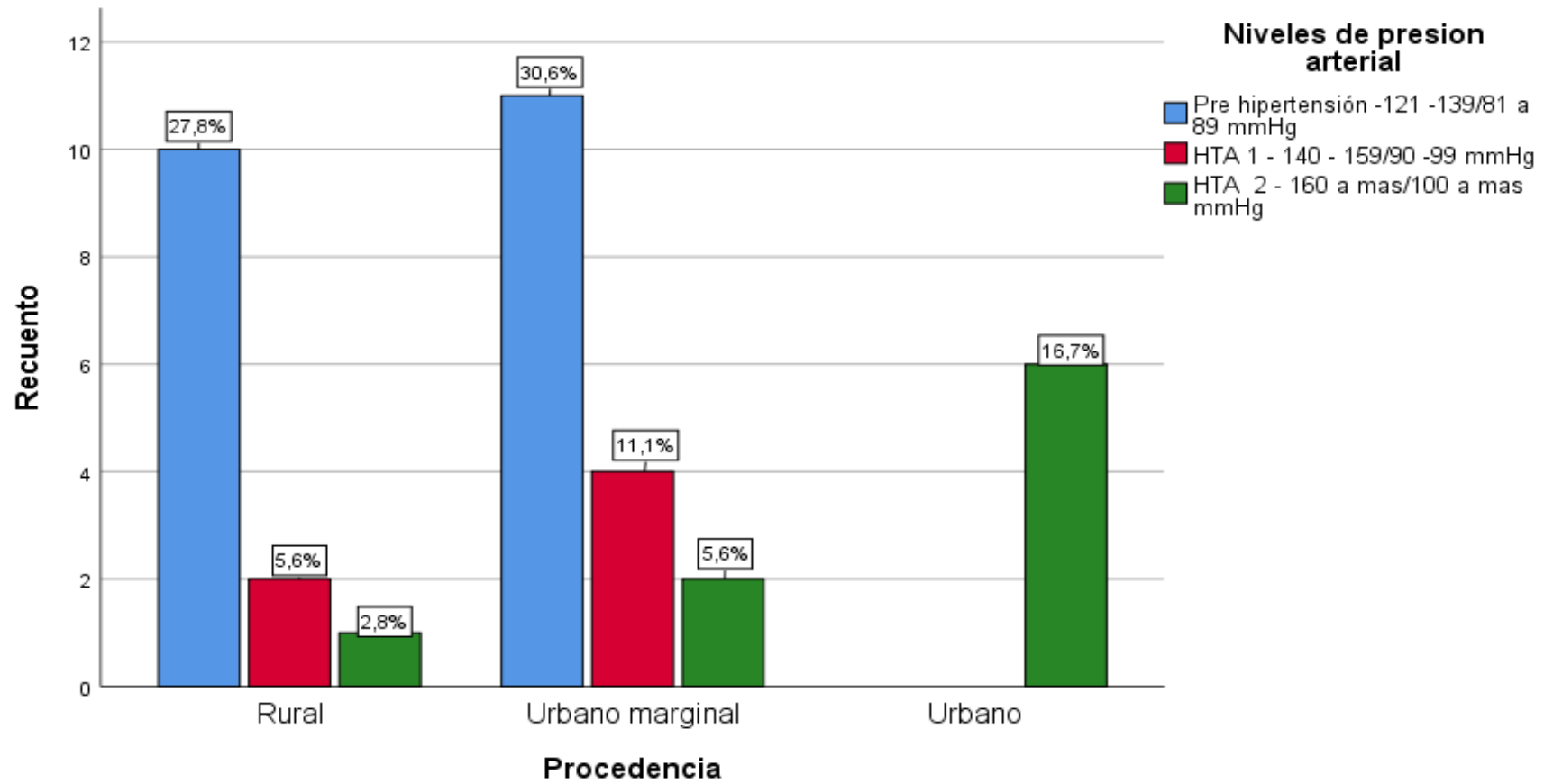
$$p = 0,000$$

Estadística significativa

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$gl = 4$$

Figura 2. Procedencia asociada a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 2

En la tabla y figura 2, se ha precisado los determinantes sociodemográficos según la procedencia en 34 gestantes que tuvieron presión arterial alta con el 47,2% provenientes de áreas urbano marginales, el 36,1% provienen de área rurales y el 16,7% provenientes de área urbana.

En el 11,1% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 5,6% con riesgo moderado (140 -159/90 -99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron gestantes provenientes de áreas urbano marginales. Y en el 5,6% con riesgo alto de HTA (160 a +/100 a + mm Hg) y el 2,8% con riesgo moderado (140 -159/90 -99 mm Hg) de HTA por el embarazo procedían del área rural.

Se ha establecido la asociación entre la dimensión sociodemográfica de la procedencia sobre la hipertensión arterial durante el embarazo con el estadístico del X^2 chi cuadrado con nivel aceptación del 95% y error del 5%, con un $X^2_{cal}=22,131$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ siendo significativa la prueba con la que se confirma que la procedencia se asocia con la hipertensión arterial durante la gestación en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Huancané en el 2024.

La procedencia de las madres gestantes con hipertensión fueron de zonas periurbanas y rural predominantemente.

Algunos estudios como el realizado por **Niño, Panduro (18)** los factores sociodemográficos encontraron procedentes de la zona urbana son un 78.1% y zona rural un 21.9%.

Tabla 3. Ocupación asociada a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024

Ocupación	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Ama de casa	12	33,5	2	5,6	4	11,1	18	50,0
Trabajo	5	13,9	6	16,7	1	2,8	12	33,3
Estudia	4	11,1	1	2,8	1	2,8	6	16,7
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. CI.

$$X^2_{ca} = 6,246$$

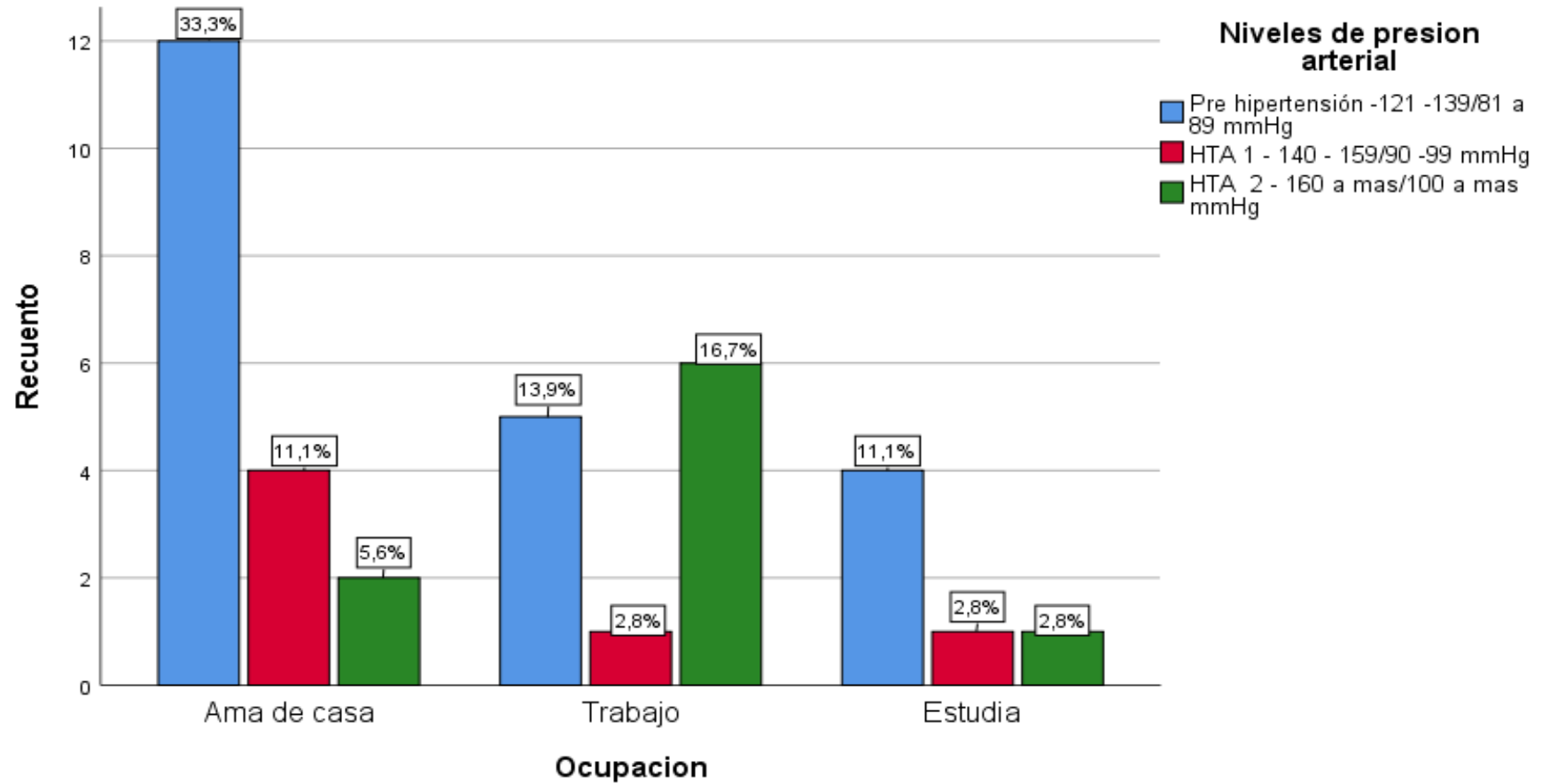
$$p = 0,182$$

Estadística no significativa

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$gl = 4$$

Figura 3. Ocupación asociada a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 3

En la tabla y figura 3, se ha precisado los determinantes sociodemográficos según la ocupación en 34 gestantes que tuvieron presión arterial inducida por el embarazo con el 50,0% fueron amas de casa, en el 33,3% trabajan fuera de la casa, y en el 16.7% aun estudian.

En el 11,1% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 5,6% con riesgo moderado (140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron gestantes con ocupación de amas de casa. Y en el 2,8% con riesgo alto de HTA (160 a +/100 a + mm Hg) y el 16,7% con riesgo moderado (140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo que trabajan.

Se ha establecido la asociación entre la dimensión sociodemográfica de la ocupación sobre la hipertensión arterial durante el embarazo con el estadístico del X^2 chi cuadrado con nivel aceptación del 95% y error del 5%, con un $X^2_{cal}=6,246$ menor $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,182$ no siendo significativa la prueba con la que se confirma que la ocupación no se asocia con la hipertensión arterial durante la gestación en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Huancané en el 2024.

El presente estudio realizado en el Hospital de Huancane encontraron que en el 50% la ocupación de madres gestantes con hipertensión fueron amas de casa.

Algunos estudios como el realizado por **Niño, Panduro (18)** los factores sociodemográficos un 69.9% fueron amas de casa, seguido de estudiantes con un 19.2% y un 11% trabajadoras, Concluyendo que de acuerdo a los



factores asociados a la hipertensión arterial en el embarazo en las personas con ocupación amas de casa y otros.

Otro estudio realizado por **Tumbaco (22)**. resultados se evidenció: los factores sociales de mayor incidencia, la ocupación ama de casa en el 73,8% que inducen a la hipertensión arterial durante la gestación en mujeres.

Tabla 4. Estado nutricional asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024

Estado nutricional	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Normal IMC 18,5 - < 25 kg/m2,	8	22,2	0	0	1	2,8	9	25,0
Sobrepeso IMC 25 – 29.9 kg/m2	12	33,3	5	13,9	4	11,1	21	58,3
Obesidad IMC > 30kg/m2	1	2,8	4	11,1	1	2,8	6	16,7
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. Cl.

$$X^2_{ca} = 9,898$$

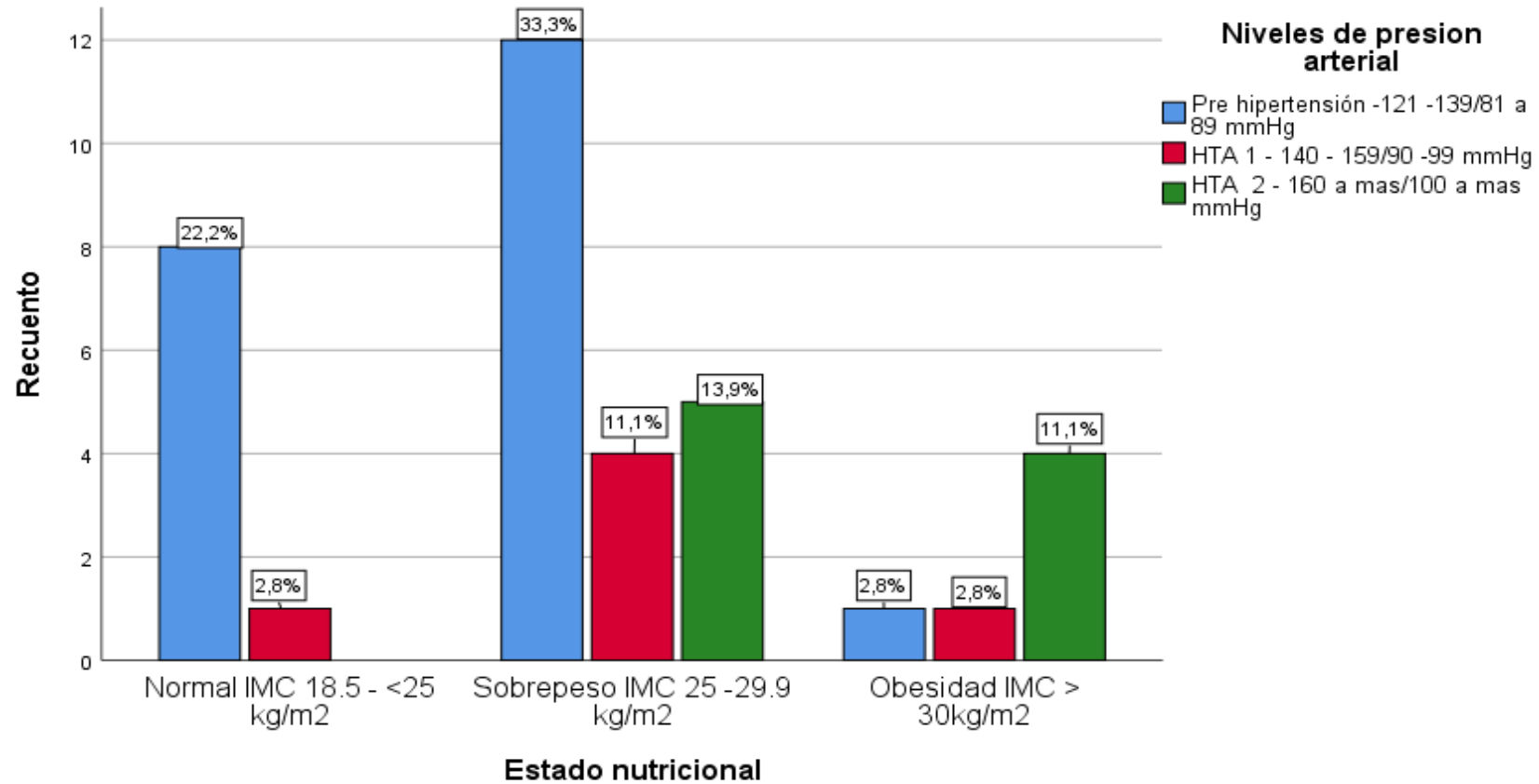
$$p = 0,042$$

Estadística significativa

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$gl = 4$$

Figura 4. Estado nutricional asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 4

El segundo objetivo específico que se ha planteado es describir los antecedentes patológicos asociado la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané durante el 2024, presentándose los siguientes resultados:

En la tabla y figura 4, se ha descrito los antecedentes patológicos según el estado nutricional en 34 gestantes que tuvieron presión con el 58,3% sobrepeso, en el 25,0% fue normal, en el 16,7% con obesidad.

En el 11,1% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 13,9% con riesgo moderado(140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron gestantes con sobre peso. Y en el 2,8% con riesgo alto de HTA (160 a +/100 a + mm Hg) y el 11,1% con riesgo moderado (140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo estuvieron con obesidad.

Se ha descrito que los antecedentes patológicos que se asocian con la hipertensión arterial durante el embarazo con el estadístico del X^2 chi cuadrado con nivel aceptación del 95% y error del 5%, obteniéndose en el $X^2_{cal}=9,898$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,042$ siendo significativa la prueba aceptando la hipótesis que el estado nutricional esta asociado a la hipertensión arterial durante la gestación en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Huancané en el 2024.

En el presente estudio se ha encontrado que en el 75% de gestantes incrementaron el peso hacia el sobre peso y la obesidad.

Existen estudios como el realizado por **Niño, Panduro (18)** en los factores obstétricos en control del peso con IMC un 35.6% gestantes con obesidad,



un 27.4% con sobrepeso, un 23.3% gestantes con diagnóstico normal y un 13.7% de bajo peso.

Otro estudio realizado por **Arias-Rico, et al (15)** concluyeron que los factores que desencadenan las enfermedades hipertensivas en el embarazo son en primera instancia los antecedentes patológicos heredofamiliares, y los trastornos nutricionales previos al embarazo, tal como sobrepeso.

Según el estudio realizado por **Leon, Leon (9)** encontró que las de mayor frecuencia predominaron las normopeso a la captación y en general presentaron una ganancia de peso exagerada durante toda la gestación

Tabla 5. Antecedente pre eclampsia asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024

Antecedente de preeclampsia	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	1	2,8	8	22,2	4	11,1	13	36,1
No	20	55,6	1	2,8	2	5,6	23	63,9
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. Cl.

$$X^2_{cal} = 22,240$$

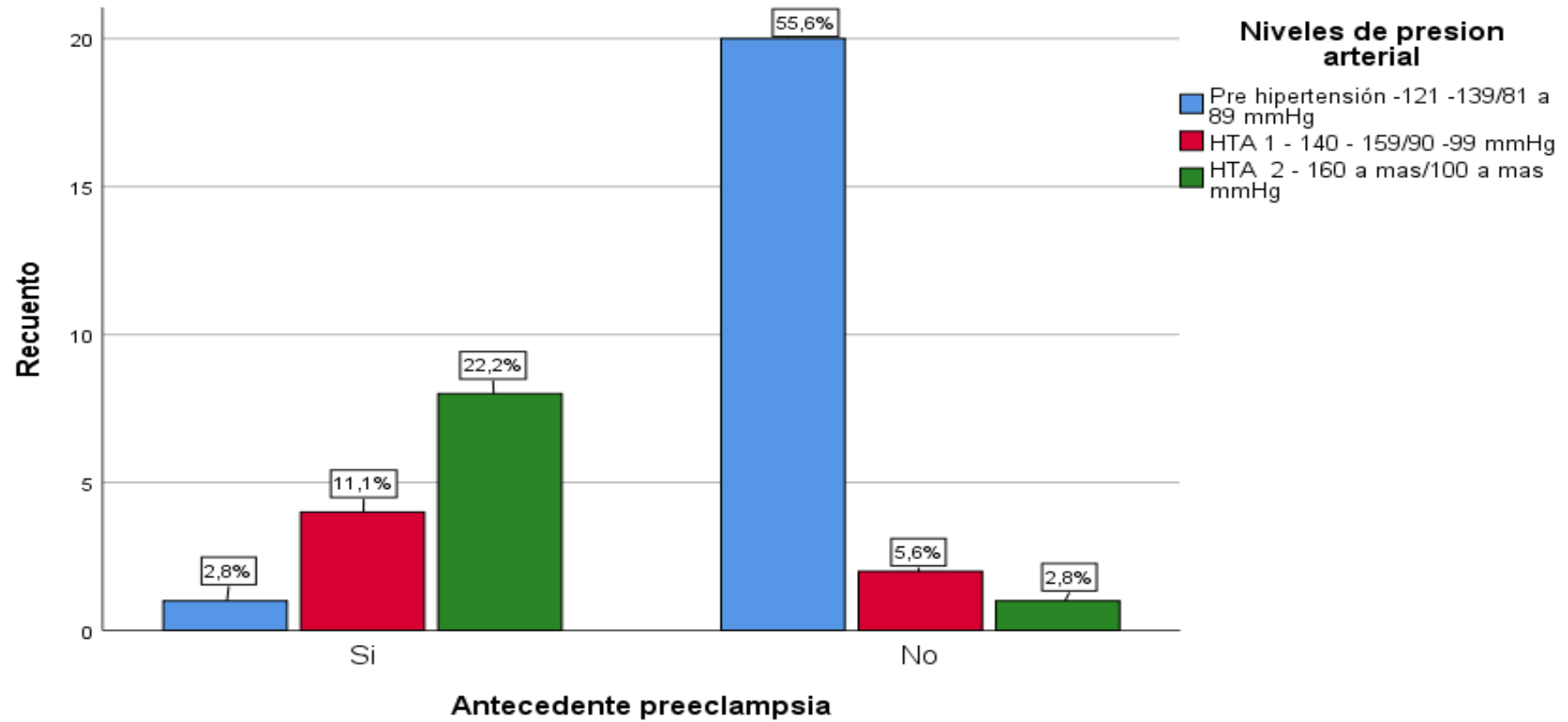
$$p = 0,000$$

Estadística significativa

$$X^2_{tab} = 5,992$$

$$gl = 2$$

Figura 5. Antecedente pre eclampsia asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 5

En la tabla y figura 5, se ha descrito los antecedentes patológicos de pre eclampsia de las 34 gestantes participantes del estudio con presión arterial alta obteniéndose en el 63,9% no tuvieron antecedente de pre eclampsia y en el 36,1% si tuvieron antecedente de pre eclampsia.

En el 11,1% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 22,2% con riesgo moderado(140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron gestantes que tuvieron antecedente de pre eclampsia. Y en el 5,6% con riesgo alto de HTA (160 a +/100 a + mm Hg) y el 2,8% con riesgo moderado (140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo no tuvieron antecedente de pre eclampsia.

Se ha descrito que los antecedentes de la pre eclampsia esta asociado con la hipertensión arterial durante el embarazo con el estadístico del X^2 chi cuadrado con nivel aceptación del 95% y error del 5%, obteniéndose en el $X^2_{cal}=22,240$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $Gf=4$, $p=0,000$ siendo significativa la prueba aceptando la hipótesis que el antecedente de pre eclampsia esta asociado con la hipertensión arterial durante la gestación en mujeres que fueron atendidas en el Hospital de Huancané en el 2024.

En el 36% de gestantes tuvieron el antecedente de pre eclampsia de ellas con mayor proporción de gestantes con alto y riesgo medio por hipertensión arterial.

Algunos estudios como el realizado por **Santiago (21)**. Según los resultados se encontró una incidencia de preeclampsia de 5.5 % y los factores de riesgo relacionados fueron en el antecedente de preeclampsia (ORa: 1.779, IC 95 %: 1.314 – 2.370, $p < 0.001$).

Tabla 6. Antecedente de hipertensión arterial asociado la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024

antecedente de hipertensión	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	4	11,1	9	25,0	6	16,7	19	52,8
No	17	47,2	0	0	0	0	17	47,2
total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Formulario de recopilación de información h. cl.

$$\chi^2_{cal} = 23,008$$

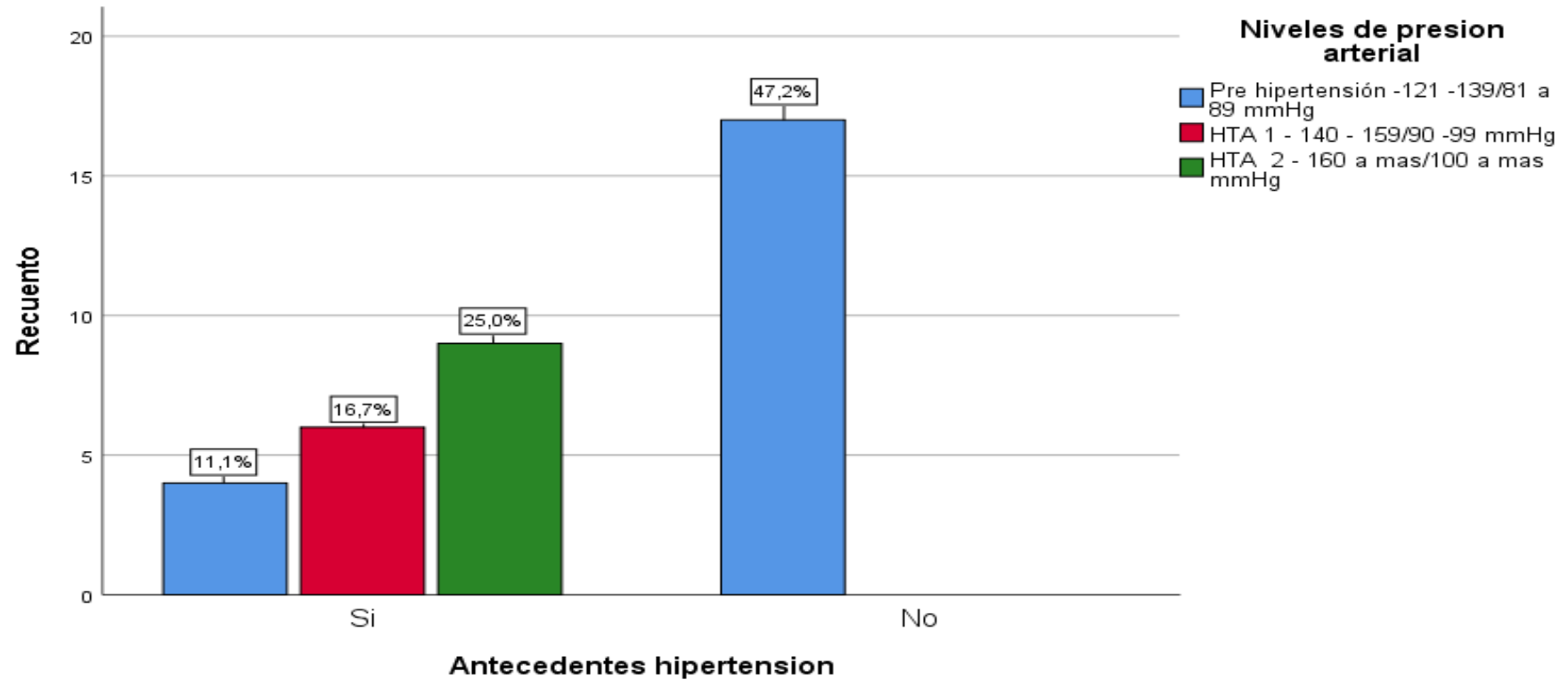
$$p = 0,000$$

estadística significativa

$$\chi^2_{tab} = 5,992$$

$$gl = 2$$

Figura 6. Antecedente de hipertensión arterial asociado la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 6.

En la tabla y figura 6, se ha descrito los antecedentes de hipertensión arterial en las 34 gestantes participantes del estudio con presión arterial alta obteniéndose en el 52,8% tuvieron antecedente de hipertensión y en el 47,2% no tuvieron el antecedente de la hipertensión arterial en la gestante que acudió al Hospital de Huancané 2024.

En el 16,0% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 25,0% con riesgo moderado(140 -159/90 -99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron mujeres embarazadas con alta presión arterial previa. Y en el 47,2% con riesgo bajo (120 -139/80 -89 mm Hg) de HTA por el embarazo no tuvieron antecedente de hipertensión arterial.

Se ha descrito que la hipertensión arterial anterior está vinculada con la presión arterial elevada a lo largo del gestación, según el cálculo numérico del X² (chi cuadrado), con un nivel de validación del 95% y un margen erróneo del 5%, obteniéndose en el $X^2_{cal}=23,008$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $Gl=4$, $p=0,000$ siendo relevante la prueba aceptando la hipótesis que el antecedente de hipertensión arterial está relacionado con la elevación arterial durante la gestación en féminas que recibieron atención en el hospital de Huancané en el 2024.

El presente estudio en el 52% tuvo antecedente de hipertensión arterial, antes de la gestación.

Existen algunos estudios como el realizado por Según **Niño, Panduro (18)** en los factores obstétricos en el 31.5% que si tuvo antecedentes familiares con hipertensión arterial en cuanto al antecedente de la gestantes El índice más alto, 79.5%, carece de vínculos propios de afecciones arteriales del encinta, mientras que el 20.5% restante es consciente de ello.



Tabla 7. Antecedente de proteinuria asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024

Antecedente de proteinuria	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	0	0	8	22,1	6	16,7	14	38,9
No	21	58,3	1	2,8	0	0	22	61,1
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. Cl.

$X^2_{cal} = 32,260$

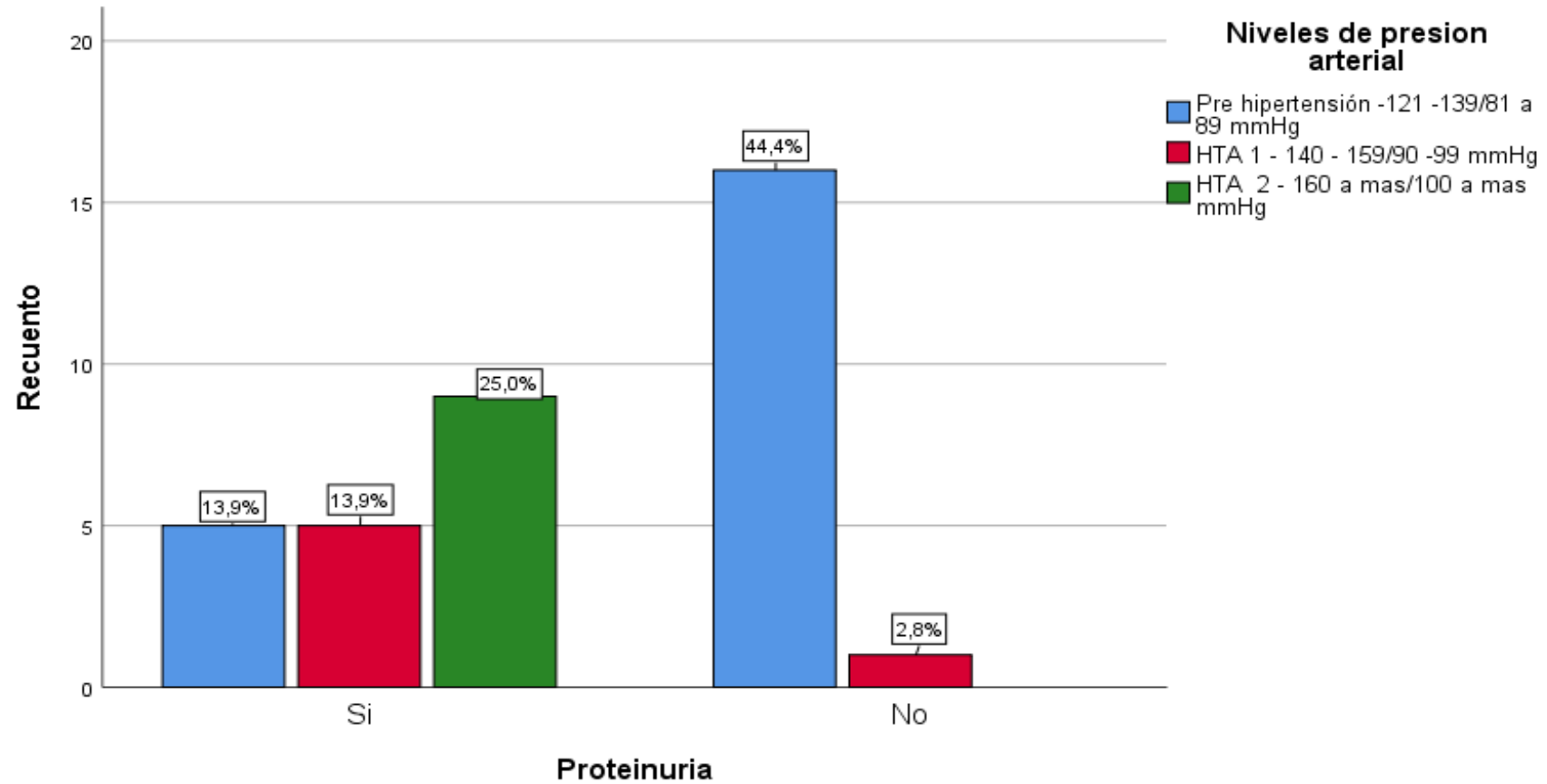
$p = 0,000$

Estadística significativa

$X^2_{tab} = 5,992$

$gl = 2$

Figura 7. Antecedente de proteinuria asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 7.

En la tabla y figura 7, se ha descrito los antecedentes de proteinuria en las 34 gestantes participantes del estudio con presión arterial alta obteniéndose en el 38,9% tuvieron antecedente de proteinuria, y en el 61.1% no tuvieron antecedente de proteinuria.

En el 16,7% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 22,2% con riesgo moderado(140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron gestantes que tuvieron proteinuria en 24 horas. Y en el 2,8% con riesgo moderado (140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo y el 58,3% con riesgo bajo por hipertensión arterial no tuvieron antecedente de la proteinuria.

Se ha descrito que los antecedentes de la proteinuria establecido en relación con la presión arterial alta en el transcurso del periodo de gestación, utilizando el método Chi cuadrado X^2 con un nivel de validación del 95% y una tasa de fallo del 5%, obteniéndose en el $X^2_{cal}=32,260$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $Gf=4$, $p=0,000$ siendo significativa la prueba aceptando la hipótesis que el antecedente de proteinuria se asocia con la hipertensión arterial durante la gestación en féminas que recibieron atención en el centro médico de Huancané en el 2024.

En el 38% de gestantes hipertensas generadas por la gestación tuvieron proteinuria en 24 horas con valores por encima de lo normal de ellas las que Peligro más alto debido a la elevación arterial producida por la gestación.

Según algunos estudios como el realizado por **Zerna, et al. (11)**. Hallaron que la proteinuria en orina de 24 horas, presentando una media de 352 mg/l



(por encima del margen típico de 350 mg/l), además de los límites de lípidos y plasmacreatinina en mg/dL (5,46 mg/dL y 1,1 mg/dL por persona), se hallan justo en el tope de dichos índices. Esto demuestra que tales indicadores son indicativos eficientes de encinta. Se llegó a la conclusión de que la tensión arterial, la proteinuria en orina durante 24 horas, y los niveles séricos de glucemia y compuesto úrico son indicadores indicativos para esta condición. Las evaluaciones más importantes para medir la uria de proteínas son las técnicas, Gantt y Doppler.

Tabla 8. Antecedente de edema asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024

Antecedente de edema	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si	2	5,6	9	25,0	6	16,7	17	47,2
No	19	52,8	0	0	0	0	19	52,8
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. Cl.

$$X^2_{cal} = 28,739$$

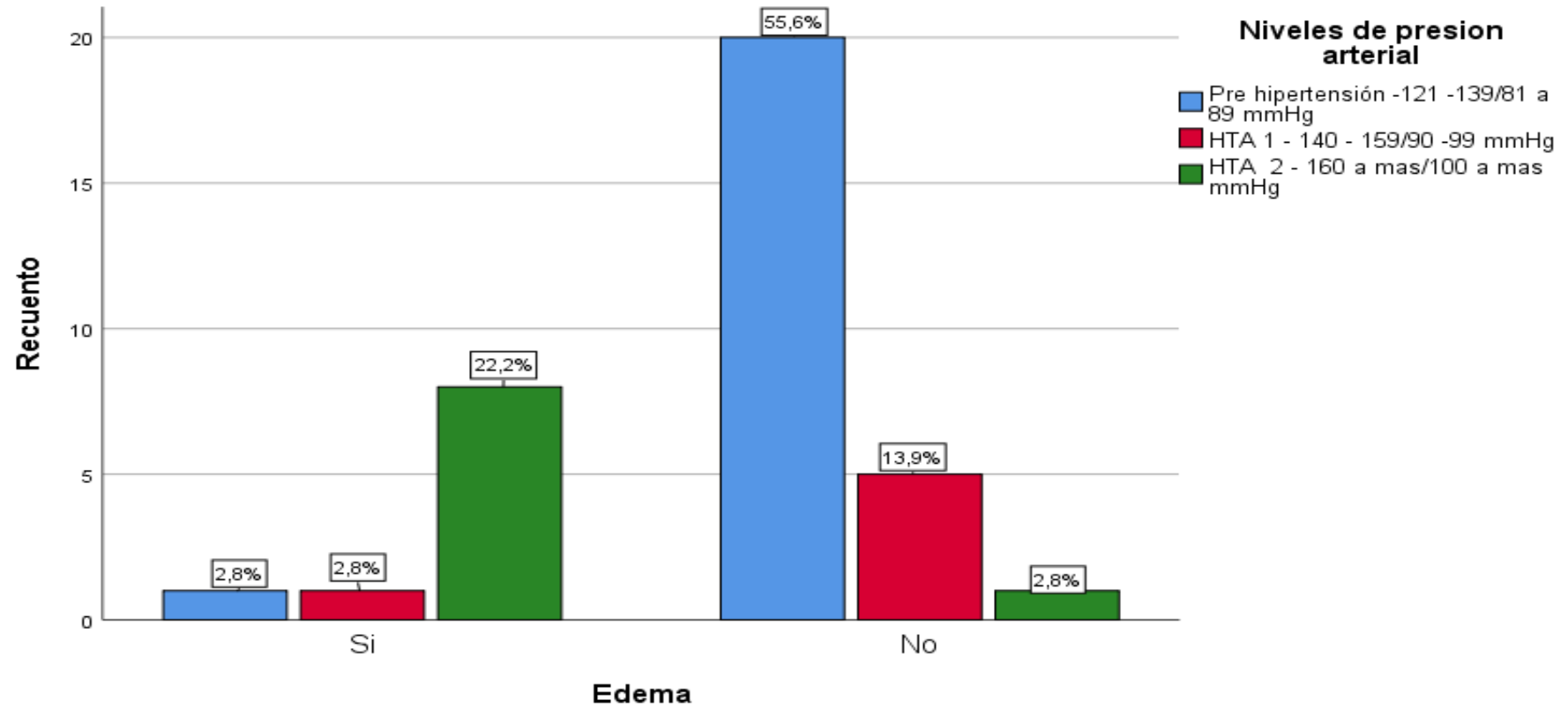
$$p = 0,000$$

Estadística significativa

$$X^2_{tab} = 5,992$$

$$gl = 2$$

Figura 8. Antecedente de edema asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 8.



En la tabla y figura 8, se ha descrito los antecedentes de edema en las 34 gestantes participantes del estudio con presión arterial alta obteniéndose en el 72,2% no tuvieron antecedente de edema y el 27,8% si presentaron edema en la gestación.

En el 16,7% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 25,0% con riesgo moderado(140 -159/90 -99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron gestantes que tuvieron edema. Y el 52,8% con riesgo bajo (120 -139/80 -d9 mm Hg) de HTA por el embarazo no tuvieron edema.

Se ha descrito que los antecedentes de edema establecido en relación con la presión arterial alta a lo largo del periodo de gestación, utilizando el método Chi cuadrado X² con un grado de validación del 95% y una tasa de fallo del 5%, obteniéndose en el $X^2_{cal}=28,739$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $Gf=4$, $p=0,000$ siendo sustancial la prueba aceptando la hipótesis que esta condición está vinculada con el historial de edema durante la gestación en féminas que recibieron atención en el Hospital de Huancané durante el 2024.

En mas del 47% de gestantes con hipertensión arterial en hospital de Huancane en el 2024 evidenciaron edema.

No existen muchos estudios con esta evidencia pero se tiene el realizado por **Antonio, Arteaga (23)**. Las manifestaciones clínicas incluyeron: presión arterial alta al 95.6% y edema al 59.1%, lo que llevó a la conclusión de que las mujeres encintas con hipertensión arterial alta tenían las siguientes cualidades fundamentales: eran jóvenes, tenían segunda etapa, trabajaban, habían recibido asistencia prenatal y eran multíparas. Esta condición y el edema fueron los síntomas principales.

Tabla 9. Paridad asociado a la hhipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024.

Paridad	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Nulípara	0	0	0	0	2	5,6	2	5,6
Primípara	8	22,2	3	8,3	0	0	11	30,6
Múltipara	13	36,1	6	16,7	4	11,1	23	63,9
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. CI.

$$X^2_{ca} = 12,278$$

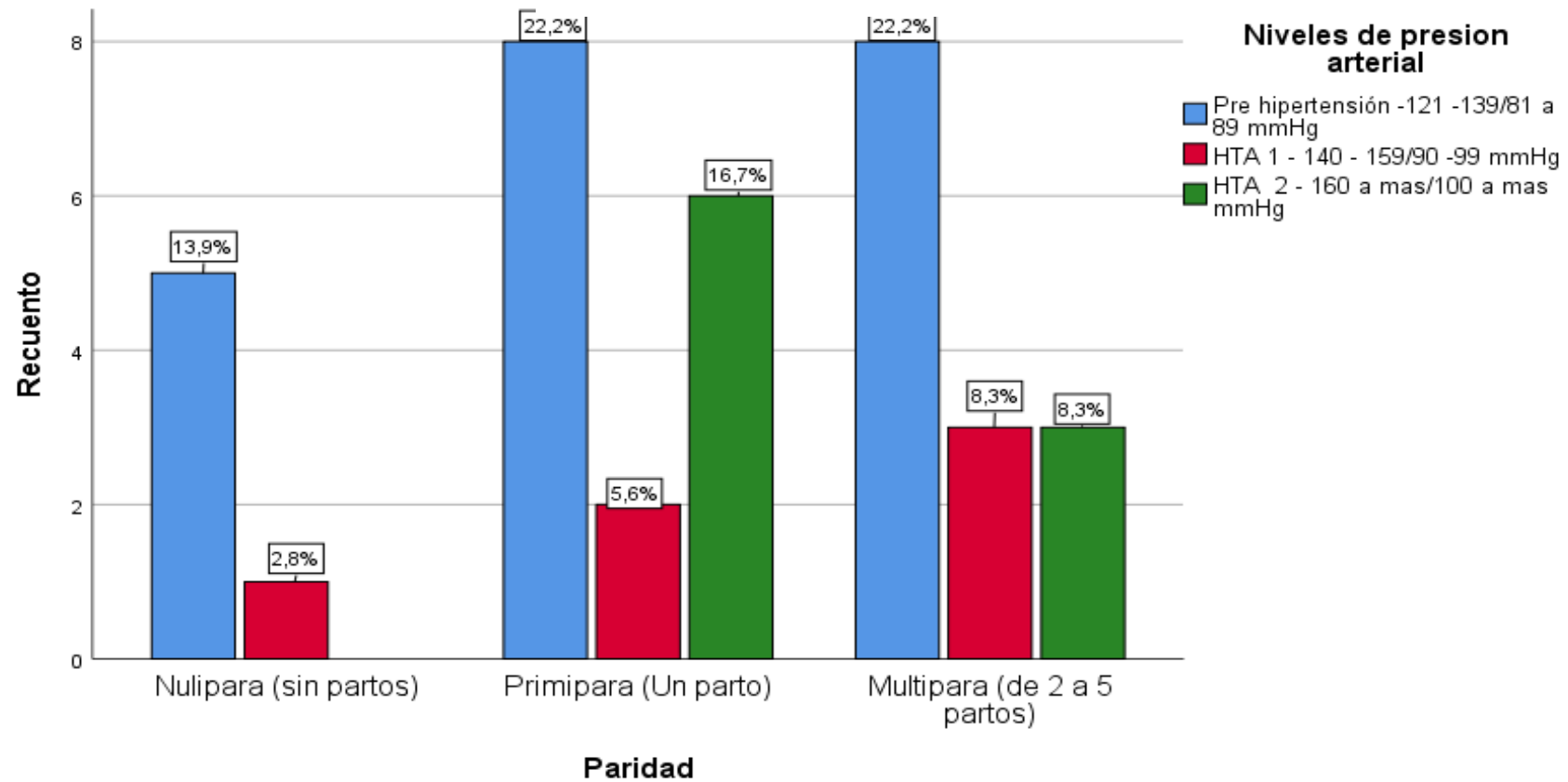
$$p = 0,015$$

Estadística significativa

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$gl = 4$$

Figura 9. Paridad asociada a la hhipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 9

El tercer objetivo específico planteado en el estudio es: identificar los determinantes obstétrico asociado a la hipertensión arterial provocada por la gestación en mujeres embarazadas del hospital Huancané 2024

En la tabla y figura 9, se ha descrito los determinantes obstétricos según paridad en las 34 gestantes participantes del estudio con presión arterial alta obteniéndose en el 63,9% fueron multíparas, en el primíparas, en el 30,6% primiparas y en el 5,6% nulíparas.

En el 11,1% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 16,7% con riesgo moderado(140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron gestantes multípara. Y en el 8,3% con riesgo moderado (140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo y en el 22,2% con riesgo bajo de HTA fueron primíparas.

Se ha descrito dentro de los determinantes obstétricos de acuerdo con la equidad se asocia con la hipertensión arterial durante la gestación con el índice chi cuadrado X^2 , con un umbral de validación del 95% y un margen de fallo del 5%, obteniéndose en el $X^2_{cal}=12,278$ menor $X^2_{tab}=9,488$, con 4 niveles de libertad y un $p=0,015$ significativo la prueba aceptando la hipótesis que el determinantes obstétrico de paridad se asocia con la hipertensión arterial durante la gestación en féminas que recibieron atención en el centro médico de Huancané durante el año 2024.

La presente investigación concluyeron que mas del 63% fueron multíparas, lo cual en este grupo mayor riesgo por hipertensión arterial.

Según estudios como el realizado por **Yana (25)**. Encontró en los determinantes obstétricos multíparas 60.3%, similar al estudio realizado.



Otro estudio realizado en con hipertensión arterial realizado por **Antonio, Arteaga (23)**. Las particularidades sociales incluyeron que el 55.8% eran jóvenes, dentro de las características ginecobstétricas fueron en el antecedentes de preeclampsia 14.4%; el 30.4% son primíparas, el 54.1% multíparas y el 15.5% considerable multíparas.

Según **Tumbaco (22)**. Hallazgos se evidenció gestantes con hipertensión arterial con multiparidad en el 67,2%.

Tabla 10.- Periodo intergenésico largo asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024.

Periodo intergenésico	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Mayor 60 meses	0	0	6	16,7	1	2,8	7	19,4
Menor 60 meses	13	36,1	0	0	3	8,3	16	44,4
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. CI.

$$X^2_{cal} = 19,966$$

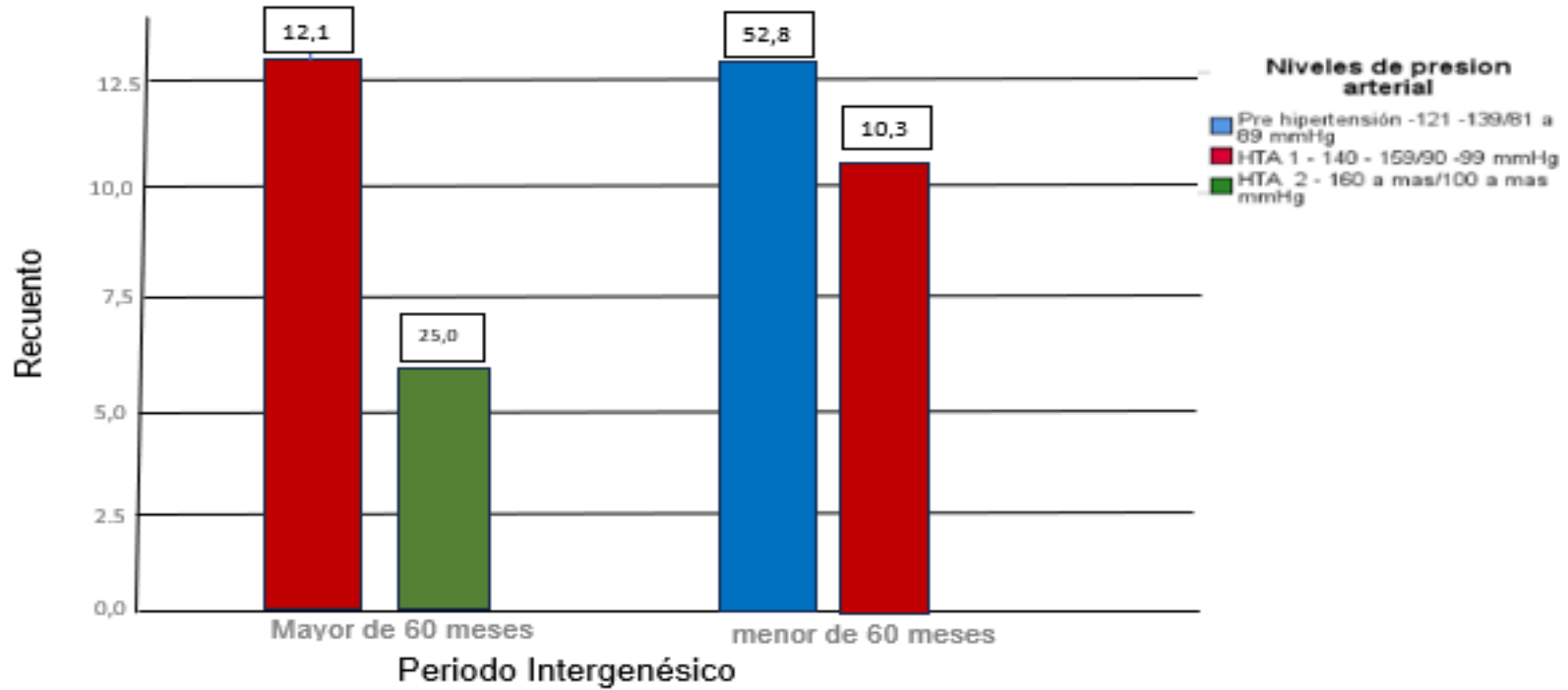
$$p = 0,001$$

Estadística significativa

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$gl = 4$$

Figura 10. Periodo intergenésico largo asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 10.

En la tabla y figura 10, se ha descrito los determinantes obstétricos según el periodo intergenésico de 60 meses en las 34 gestantes participantes del estudio con presión arterial alta obteniéndose en el 62,9% con periodo intergenésico menor de 60 meses, en el 37,1% periodo intergenésico mayor a 60 meses en gestantes del Hospital Huancané en el 2024..

En el 12,1% con riesgo alto y en el 25.0% tuvieron riesgo moderado (140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo tuvieron un periodo intergenésico mayor de 60 meses.

Se ha descrito en el contexto de los factores obstétricos, a partir del intervalo intergenésico, la presión arterial elevada en el transcurso de la gestación está vinculada con el índice X^2 chi cuadrado, utilizando una tasa de validación del 95% y una tolerancia del 5%, obteniéndose en el $X^2_{cal}=19,966$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, Grados de libertad de 4, $p=0,001$ y es relevante la prueba aceptando la hipótesis que el determinantes obstétrico de periodo intergenésico esta asociado con la hipertensión arterial durante la gestación en féminas que recibieron atención en el centro médico de Huancané durante 2024.

El presente estudio en más del 19% de féminas que experimentaron un intervalo entre menstruaciones largo, superior a los 60 meses siendo en ellas mayor proporción de hipertensión mayor a 140/90 mm Hg, generando mayor riesgo a complicaciones por hipertensión provocada por la gestación.

Según el estudio realizado por **Yana (25)**. Los determinantes obstétricos multíparas 60.3% , íter genésico 52.4%.



Tabla 11.- Controles pre natales asociado la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024

Controles pre natales	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Inadecuado <6 controles	0	0	7	19,4	3	8,4	10	27,8
Adecuado 6 a más controles	21	58,3	2	5,6	3	8,3	26	72,2
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. Cl.

$$X^2_{cal} = 20,769$$

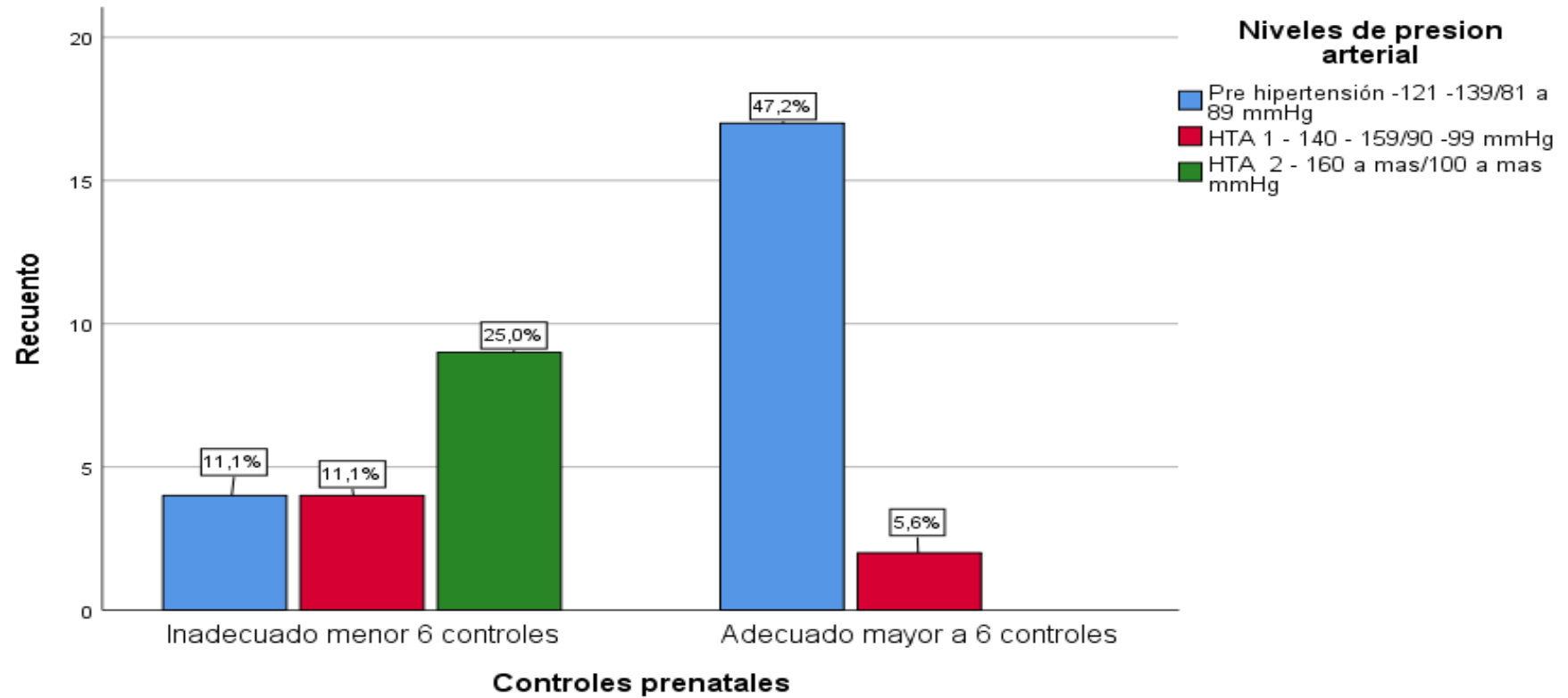
$$p = 0,000$$

Estadística significativa

$$X^2_{tab} = 5,992$$

$$gl = 2$$

Figura 11. Controles pre natales asociado la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 11.

En la tabla y figura 11, se ha descrito los determinantes obstétricos según los controles pre natales en las 34 gestantes participantes del estudio con presión arterial alta obteniéndose en el 27,8% control inadecuado menor de 6 controles mínimos y en el 72,2% con controles adecuados con 6 a más controles durante la gestación.

En el 8,4% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 19,4% con riesgo moderado(140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron gestantes con control pre natal inadecuado menor a 6 controles. Y en el 8,6% con riesgo alto y en el 5,6% tuvieron riesgo moderado (140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo tuvieron un control prenatal adecuado con mas de 6 controles durante la gestación.

Se ha descrito dentro de los determinantes obstétricos según los controles prenatales se asocia con el índice Chi cuadrado X^2 con un grado de aprobación del 95% y un margen de error del 5%, en relación sobre la hipertensión arterial en el transcurso de la gestación obteniéndose en el $X^2_{cal}=20,769$ mayor $X^2_{tab}=5,992$, con 2 grados de libertad, $p=0,000$ siendo importante la prueba aceptando la hipótesis que el determinantes obstétrico de controles pre natales Está relacionado con el problema de hipertensión arterial durante la gestación en mujeres que fueron tratadas en el Hospital de Huancané en el 2024.

La investigación actual de gestantes con hipertensión durante el embarazo muestra que mas del 72% de gestantes con hipertensión arterial tuvieron controles pre natales igual o mayor de 6 controles.



Según el estudio realizado por **Carrasco (28)**. En Juliaca, en relación con la presión arterial alta durante el periodo de gestación, se observó que el 71.6% de las gestantes tenían una cantidad apropiada de evaluaciones del embarazo.

Otro estudio realizado por **Flores (26)**. Se encontraron elementos sobre riesgo relevantes relacionados con la preeclampsia en mujeres embarazadas en un centro de salud de Puno: aquellas que gozaban menor de seis evaluaciones del embarazo ($p=0.000$; $OR=2.988$; $B=1.095$; $IC\ 95\%=1.628-5.485$) en comparación con las que contaban con más de seis evaluaciones del embarazo.

Tabla 12.- Trimestre de captación asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024.

Trimestre de captación	Riesgo de Hipertensión arterial en el embarazo						Total	
	Bajo		Moderado		Alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Segundo trimestre	12	33,3	0	0	1	2,8	13	36,1
Tercer trimestre	9	25,0	9	25,0	5	13,9	23	63,9
Total:	21	58,3	9	25,0	9	16,7	36	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos H. Cl.

$$X^2_{cal} = 10,097$$

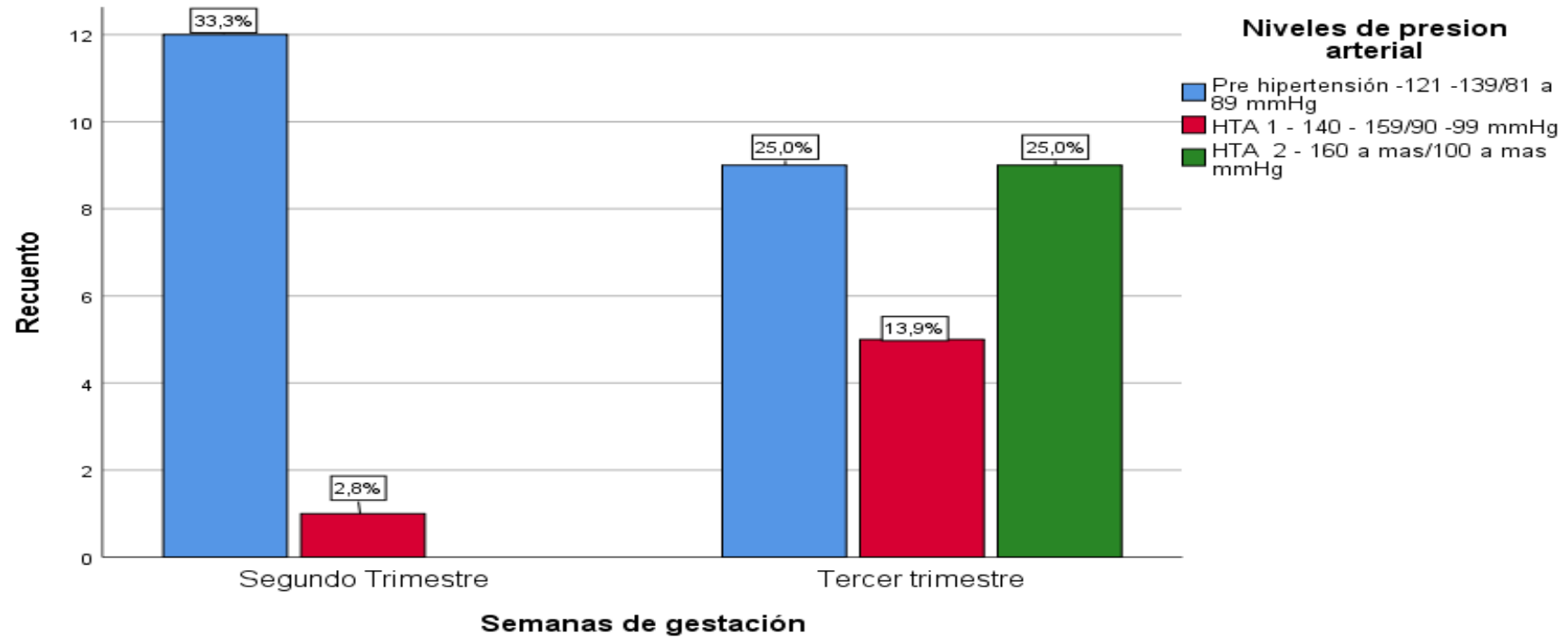
$$p = 0,006$$

Estadística significativa

$$X^2_{tab} = 5,992$$

$$gl = 2$$

Figura 12. Trimestre de captación asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané



Fuente: Tabla 12.



En la Tabla y figura 12, se ha descrito los determinantes obstétricos trimestre de captación de la gestante con hipertensión arterial según paridad en las 34 gestantes participantes del estudio con presión arterial alta obteniéndose en el 63,9% la hipertensión arterial fue captada en el tercer trimestre y en el 36,1% fue captada en el segundo trimestre de gestación.

En el 13,9% con riesgo alto por hipertensión arterial (160 a +/100 a + mm Hg) y el 25,0% con riesgo moderado(140 -159/90 –99 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron gestantes captadas en el tercer trimestre. Y en el 2,8% con riesgo alto y en el 33,3% tuvieron riesgo bajo (120 -139/80 –89 mm Hg) de HTA por el embarazo fueron captados en el segundo trimestre.

Se ha descrito dentro de los determinantes obstétricos según el trimestre de captación de la hipertensión se vinculan con la presión arterial alta en la gestación utilizando el indicador chi cuadrado (X^2), con una tasa de validación del 95% y un margen de error del 5%, obteniéndose en el $X^2_{cal}=10,097$ mayor $X^2_{tab}=5,992$, con 2 grados de libertad con un $p=0,006$ actuando como importante la prueba aceptando la hipótesis que el determinantes obstétrico del trimestre de captación de la tensión del corazón está vinculado con la hipertensión arterial durante el embarazo en féminas que recibieron atención en el centro médico de Huancané en el 2024.

Tabla 13.- Hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del Hospital Huancané 2024.

Hipertensión arterial	<i>fi</i>	%
Riesgo bajo de HTA -121-139/81 a 89 mm Hg	21	58,3
Riesgo moderado de HTA -140 - 159/90 –99 mm Hg	9	25,0
Riesgo alto de HTA 160 a mas/100 a más mm Hg.	6	16,7
Total:	36	100.00

Fuente: Ficha de recopilación de información

El cuarto propósito particular propuesto es valorar los niveles de hipertensión arterial provocada por el periodo de gestación en mujeres a gestación del centro médico Huancané a lo largo del 2024.

En la tabla 13 ha valorado los niveles de la tensión arterial provocada por la gestación obteniéndose en el 58,3% con riesgo bajo para la HTA (121-139/81 a 89 mm Hg), en el 25,0% con riesgo moderado (140-159 /90-99 mm Hg. y en el 16,7% con nivel de riesgo alto con una HTA (mayor a 160/100 mm Hg) gestacional en las embarazadas que fueron al Hospital de Huancané o largo del 2024

La mayor parte de las embarazadas con hipertensión en el 25% tenía cifras superiores a 140-159/90-99 mm Hg.



Zerna, et al. (11). Hallaron que la media de edad de las mujeres encintas con hipertensión prenatal era 25,75 años y que la tensión arterial media era de 131,4/80 mmHg, superior a los 120 mmHg normales.

Otro estudio **García, Vargas (14).** A lo largo del embarazo, en todas las pacientes se evidenció un incremento significativo de los valores de la tensión arterial alta y hipertensiva; además, se notaron los señales y indicios similares de la enfermedad.

Según **Gomez, Montañez (20).** Se encontró que el 95% de las mujeres embarazadas que recibieron atención en el Centro de Apoyo Jesús Nazareno padecieron preeclampsia y el 5% experimentaron hemorragia;

Según **Tumbaco (22).** resultados se evidenció La hipertensión grave, con una incidencia del 36%, fue la que más se presentó.

Carrasco (28). Elementos del embarazo asociados a la inestabilidad arterial gestacional en Juliaca. En un análisis de 101 ejemplos de tensión arterial causada durante el embarazo, se identificaron 40 ejemplos de preeclampsia baja y 61 ejemplos de hipertensión prenatal alta.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.** Se ha establecido la conexión de los determinantes de riesgo con la hipertensión arterial provocada por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024 en los determinantes socio demográficos, patológicos y obstétricos resultados estadísticamente significativos con el chi cuadrado de Pearson con una $p < 0,05$, en consecuencia, se acepta la hipótesis propuesta.
- SEGUNDA.** Se ha precisado los determinantes sociodemográficos con el 61,1% edad entre 19 a 35 años ($p=0,014$), en el 47,2% procedían de áreas urbano marginales ($p=0,000$) y están asociado con la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané con una $p < 0,05$ del chi cuadrado, lo que permite aceptar parcialmente la hipótesis debido a que la ocupación de la gestante no condiciona la hipertensión arterial .
- TERCERA.** Se describió que los antecedentes patológicos en el 58,3% embarazadas con sobrepeso ($p=0,043$), antecedente de pre eclampsia en el 36,1% ($p=0,000$) en el 52,8% con antecedente de hipertensión arterial ($p=0,000$), en el 38,9% con proteinuria ($p=0,000$) y en el 47,2% presentaron edema ($p=0,000$) tienen asociación con la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané con todos los indicadores significativos con una $p < 0,05$ con el chi cuadrado de Pearson por lo se valida la hipótesis planteada.



- CUARTA.** Se ha identificado los determinantes obstétricos con el 19,4% presentaron un intervalo intergenésico más prolongado de 60 meses ($p=0,001$), en el 72,2% con controles pre natales adecuados igual o mayor a 6 controles ($p=0,000$) en el 63,9% con captación del caso de hipertensión en el tercer trimestre está asociado con la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané en el 2024 con indicadores significativos con una $p<0,05$ con el chi cuadrado de Pearson.
- QUINTA.** Se ha valorado los niveles de presión arterial obteniéndose en el 58,3% con riesgo bajo de hipertensión arterial inducida por el embarazo, en el 25,0% con riesgo medio y el 16,7% con riesgo alto de hipertensión inducida por el embarazo las gestantes que acudieron al Hospital de Huancané durante el año 2024



RECOMENDACIONES

- PRIMERA.** Al Director del Hospital de Huancané disponer y coordinar con los jefes de Gineco obstetricia de Consultorio externo, de hospitalización realizar un adecuado anamnesis a la captación de las mujeres embarazadas para determinar los elementos de amenaza que orientan hacia el incremento de presión arterial y poder realizar un seguimiento más oportuno y para prevenir problemas como la pre y la eclampsia.
- SEGUNDA.** Al personal de médicos y obstetras que brindan atención a gestantes considerar todos los riesgos sociodemográficos como la edad de las gestantes para prevenir algunas complicaciones que se dan por las condiciones sociodemográficas.
- TERCERA.** Al personal médico y obstetras que atienden a gestantes de riesgo en consultorios externos y servicios de emergencia brindar una atención integral e integrada a pacientes que tienen riesgos por antecedentes patológicos y de presión arterial para brindar un tratamiento oportuno y prevenir complicaciones.
- CUARTA.** Al personal de médicos y obstetras valorar de forma integral a las gestantes e identificar todos los factores obstétricos que pueden orientar a la identificación de riesgos principalmente por aumento de la presión arterial.



QUINTA. Al personal de médicos y especialistas gineco obstétricas y obstetras brindar una atención continua a gestantes identificadas con hipertensión arterial para disminuir riesgo de mortalidad materno – infantil con captación oportuna y de seguimiento continuo hasta el parto y puerperior.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Mortalidad Marterna; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> 2) Pérez A, Prieto E, Hernández R. Preeclampsia grave: característica
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet* 2014; 2 (6): E323-E333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).
3. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367(9516): 1066-74. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68397-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68397-9).
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos. [Internet]. Nacimientos y Defunciones; 2018; Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos_y_defunciones/
5. Organización Mundial de la Salud. [Internet] Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Consecuencias y medidas; 2013; 5p.
6. Guevara-Ríos, E. La preeclampsia, problema de salud pública. 2019. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 8(2), 7–8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2019147>
7. Instituto Nacional Materno Perinatal. [Internet]. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia; 2017; 255p. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322894/>



8. Pachamama radio. Nota de prensa. Hemorragias y preeclampsia, las principales causas de muertes maternas en Puno. 06/01/2025.
<https://pachamamaradio.org/hemorragias-y-preeclampsia-las-principales-causas-de-muertes-maternas-en-puno/>
9. Leon A, Leon AA. Características clínicas y epidemiológicos de gestantes con riesgo de hipertensión inducida por la gestación. Cuba 2025. Disponible en:
<https://eventoshme.sld.cu/index.php/hme/cosme2025/paper/viewPaper/20>
10. García-Hermida MI, García-Remirez CG, García-Ríos CA. Comportamiento clínico epidemiológico de gestantes adolescentes con hipertensión arterial. Ecuador. Disponible en:
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7571>
11. Zerna C, Alvares S; Limones M; Macias A. Metaanálisis de los factores para detección precoz de hipertensión inducida por el embarazo y protocolos en hipertensión previa. Disponible en
<https://portal.amelica.org/ameli/journal/384/3841574002/3841574002.pdf>
12. Castro FFG, Rodríguez JLA, Zambrano XAG, Manrique MMV. Factores predisponentes asociado a la hipertensión en pacientes gestantes en America. MQRInvestigar. 9 de marzo de 2023;7(1):2631-43.
13. Arriaga-García P, Montes-Martínez V. Prevalencia de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo que preceden a eclampsia. Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2021 [citado 2025 Mayo 15]; 89 (5): 364-372. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-



90412021000500364&lng=es.

Epub 28-Feb-

2022. <https://doi.org/10.24245/gomv89i5.4679>.

14. García G, Vargas E. Perfil clínico y epidemiológico de la hipertensión inducida por el embarazo en un hospital público Venezuela 2020. *Salud, Arte y Cuidado: SAC*, ISSN-e 1856-9528, Vol. 13, Nº. 1, 2020 (Ejemplar dedicado a: Enero - Junio), págs. 15-22
15. Arias-Rico J, et. al Factores que desencadenan las enfermedades hipertensivas en el embarazo en mujeres menores de 20 años atendidas en un hospital de segundo nivel de Hidalgo. 2019. *Educación Y Salud Boletín Científico Instituto De Ciencias De La Salud Universidad Autónoma Del Estado De Hidalgo*, 7(14), 82-87. <https://doi.org/10.29057/icsa.v7i14.4500>
16. Arcos ME, & Galárraga EA. Factores de riesgo asociados a problemas de hipertensión arterial en mujeres 2023. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 5(5), 401–414. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i5.748>
17. Camayo FC. Factores sociodemográficos y maternos asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital Regional Daniel Alcides Carrión – Pasco, periodo enero a octubre 2024. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/4967>
18. Niño LY, Panduro JS. Factores asociados a hipertensión arterial inducida por embarazo en personas que viven en altura, Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco – 2021. <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3844>



19. Barreto NL. Relación entre la Hipertensión Inducida por el Embarazo y el Bajo peso del Recién Nacido Hospital San Juan de Lurigancho Lima, 2019. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/71dccc8a-7985-442a-bae9-b89e28117c1b>
20. Gómez VK, Montañez ME. Factores de Riesgo y la Hipertensión Inducida por el Embarazo, en el Hospital II de Apoyo Jesús Nazareno, Ayacucho, Periodo 2019. <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d0f24156-388c-4d02-89d7-6a109eb9795b/content>
21. Santiago DK. Factores de riesgo asociados a Preeclampsia en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho, Lima - Perú, 2023. Disponible en: . <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/4973>
22. Tumbaco B, Elisa R. Factor de riesgo social que influye en las mujeres embarazadas con preeclampsia. Hospital José Cevallos Ruiz, 2022. La Libertad. UPSE, Matriz. Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud. 65p.
23. Antonio VJ, Arteaga AP. Caracterización de la preeclampsia en gestantes del Hospital Ramiro Priale Priale de Huancayo, 2021. <https://repositorio.unh.edu.pe/items/89552aa9-de7a-433a-a5b6-c3436d193812>
24. Huanca Y. Factores de riesgo asociados al sobrepeso en gestantes del Centro de Salud 4 de Noviembre Puno 2024. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/items/4a3d4bd6-1087-45e4-bb6e-cf4b49f06ac8>



25. Yana YS. Determinantes asociados al nivel de conocimiento sobre los signos de alarma del embarazo en las gestantes del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2023
26. Flores JA. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes de un hospital de Puno 2022. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9811>
27. Useda IG. características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en pacientes gestantes atendidas en el *Hospital III EsSalud Puno - 2020*. 2021. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UHFR_9b9215b76ed91c4d30a5564ecb820457
28. Carrasco EJT. factores maternos relacionados a hipertensión inducida por embarazo Juliaca. 2018. Disponible en: <https://www.revistas.uancv.edu.pe/index.php/RCIA/article/view/600>
29. Martínez C, Bowen N, Macas C, Orrego JD, Veliz Y. Factores de riesgo de la preeclampsia. *Mediciencias UTA* [Internet]. 1 de enero de 2022 [citado 2 de junio de 2024];6(1):3-10. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1557>
30. Hauspurg A, Jeyabalan A. Postpartum preeclampsia or eclampsia: defining its place and management among the hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2022 Feb;226(2S):S1211-S1221. Disponible en: doi: 10.1016/j.ajog.2020.10.027
31. Guevara E, Gonzales-Medina C. Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. *Rev Peru Investig Matern Perinat* 2019; 8(1):30-5. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2019140>



32. Salamanca-Sánchez AL, Nieves-Díaz LA, Arenas- Cárdenas YM. Preeclampsia: prevalencia y factores asociados en gestantes de una institución de salud de Boyacá en el periodo 2015 a 2017. *Revista Investig Salud Univ Boyacá*. 2019;6(2): 40-52. doi: <https://doi.org/10.24267/23897325.422>
33. Torres S. Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana. *Dialnet unirioja*. 2016;1(1):18–26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258749>
34. Instituto nacional de Estadística e Informática INEI. Situación económica de la población peruana. Lima; 2024.
35. Bailey B, Euser AG, Bol KA, Julian CG, Moore LG. High-altitude residence alters blood-pressure course and increases hypertensive disorders of pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022 Apr;35(7):1264-1271. doi: 10.1080/14767058.2020.1745181.
36. Lorca RA, Houck JA, Laurent LC, Matarazzo CJ, Baker K, Horii M, Nelson KK, Bales ES, Euser AG, Parast MM, Moore LG, Julian CG. High altitude regulates the expression of AMPK pathways in human placenta. *Placenta*. 2021 Jan 15;104:267- 276. doi: 10.1016/j.placenta.2021.01.010. Epub 2021 Jan 12. PMID: 33472134.
37. Barry PW, Pollard AJ. Altitude illness. *BMJ*. 2003 Apr 26;326(7395):915-9. doi: 10.1136/bmj.326.7395.915.
38. Poniedziałek-Czajkowska E, Mierzyński R, Leszczyńska-Gorzela B. Preeclampsia and Obesity-The Preventive Role of Exercise. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 10;20(2):1267. doi: 10.3390/ijerph20021267



39. Gonzales G. Impacto de la altura en el embarazo y en el producto de la gestación. *Rev Peru Med Exp Salud Public* [Internet]. 2012 [citado el 3 de junio de 2024];29(2):242–9. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a13v29n2#:~:text=Un%20estudio%20en%20Colorado%2C%20EE,en%20efectos%20negativos%20\(60](http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a13v29n2#:~:text=Un%20estudio%20en%20Colorado%2C%20EE,en%20efectos%20negativos%20(60)
40. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2019;145(S1):1–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12802>
41. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Salud: Que cada madre y cada niño cuenten. Ginebra: OMS; 2005.
42. Altman D, Carroli G, Duley L, Farrell B, Moodley J, Neilson J, et al. ¿Se benefician del sulfato de magnesio las mujeres con preeclampsia y sus bebés? El ensayo Magpie: un ensayo aleatorizado y controlado con placebo. *Lancet*. 2002;359(9321):1877–90. doi: 10.1016/s0140-6736(02)08778-0. doi:S0140673602087780 [pii]
43. Knuist M, Bonsel GJ, Zondervan HA, Treffers PE. Intensificación de la vigilancia fetal y materna en embarazadas con trastornos hipertensivos. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998;61(2):127–33. doi: 10.1016/s0020-7292(98)00024-1. doi:S0020729298000241 [pii]
44. Hauth JC, Ewell MG, Levine RJ, Esterlitz JR, Sibai B, Curet LB, et al. Resultados del embarazo en nulíparas sanas que desarrollaron hipertensión. Grupo de Estudio sobre Calcio para la Prevención de la Preeclampsia.



- Obstet Gynecol. 2000;95(1):24–8. doi: 10.1016/s0029-7844(99)00462-7.
doi:S0029784499004627 [pii]
45. Fishel M, Lindheimer MD, Sibai BM. Proteinuria durante el embarazo: definición, fisiopatología, metodología y significación clínica. Volumen 226, Número 2, Suplemento ,febrero de 2022, Páginas S819-S834.
[https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937820309893#
preview-section-references](https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937820309893#preview-section-references)
46. Melchiorre K, Giorgione V, Thilaganathan B. The placenta and preeclampsia: villain or victim? Am J Obstet Gynecol. 2022 Feb;226(2S):S954-S962. doi: 10.1016/j.ajog.2020.10.024.
47. Ayala FD, Moreno KF, Valdivieso V, Morales S. Influencia del periodo intergenésico largo en el riesgo de preeclampsia. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2022;11(2):21–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2022273>
48. ENDES Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. Atención pre natal. [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_ digitales/Est/
Lib1838/pdf/cap007.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1838/pdf/cap007.pdf)
49. De Cherney, A., Nathan, L., Goodwin, T., & Laufter, N. (2007). Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. México: El Manual Moderno, 316, ISBN 970-729 049-8.
50. Morgan-Ortiz, F; et al. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. 2010. Ginecol Obstet Mex , 78 (3), 153-159, ISSN-0300-9041.



51. Villanueva LA & Collado SP. Conceptos actuales sobre la preeclampsia eclampsia, 2007. Revista Facultad de Medicina UNAM. 50 (2), marzo-abril, 57-61, ISSN- 0026-
52. Alvarez , et. al. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo 2011. Rev Cubana Obstet Ginecol , 37 (1), ISSN 0138-600X.
53. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Terapia Aires, intensiva. Argentina: Editorial médica panamericana 2007, 1074, ISBN 950-06 2023-5
54. Revisada SE. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE) [Internet]. Paho.org. [citado el 24 de julio de 2024]. Disponible en:
<https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE3.pdf>.



ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

*Base datos determinantes e HTA Huancane.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	Ocupación	Estado_nutricional	AntecedentesPre	AntecedenteHip	Proteinuria	Edema	Paridad	PeriodoInterg	ControlPre	SemanGest	NivelPA
1	Ama de casa	Sobrepeso	No	No	Si	No	Multipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Tercer trim...	Pre hiperte...
2	Ama de casa	Sobrepeso	No	No	Si	No	Multipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Tercer trim...	Pre hiperte...
3	Estudia	Normal	No	No	Si	Si	Primipara	Primer e...	Adecuado ...	Segundo T...	Pre hiperte...
4	Ama de casa	Normal	No	No	No	No	Primipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Segundo T...	Pre hiperte...
5	Trabajo	Sobrepeso	No	Si	Si	No	Multipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Tercer trim...	Pre hiperte...
6	Trabajo	Sobrepeso	No	No	No	No	Primipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Tercer trim...	Pre hiperte...
7	Ama de casa	Sobrepeso	No	No	No	No	Primipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Tercer trim...	Pre hiperte...
8	Ama de casa	Sobrepeso	No	No	Si	No	Nulipara	Primer e...	Adecuado ...	Segundo T...	Pre hiperte...
9	Ama de casa	Normal	Si	Si	No	No	Multipara	Mayor de 6...	Adecuado ...	Tercer trim...	HTA 1 - 14...
10	Trabajo	Sobrepeso	Si	Si	Si	Si	Primipara	Primer e...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 2 - 1...
11	Trabajo	Sobrepeso	Si	Si	Si	Si	Primipara	Mayor de 6...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 2 - 1...
12	Ama de casa	Obesidad	No	Si	No	No	Multipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Segundo T...	Pre hiperte...
13	Trabajo	Obesidad	Si	Si	Si	No	Primipara	Primer e...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 1 - 14...
14	Ama de casa	Sobrepeso	Si	Si	Si	Si	Multipara	Mayor de 6...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 2 - 1...
15	Estudia	Normal	No	No	No	No	Nulipara	Primer e...	Adecuado ...	Segundo T...	Pre hiperte...
16	Trabajo	Sobrepeso	Si	Si	Si	Si	Primipara	Mayor de 6...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 2 - 1...
17	Trabajo	Obesidad	Si	Si	Si	Si	Multipara	Mayor de 6...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 2 - 1...
18	Ama de casa	Normal	No	No	No	No	Nulipara	Primer e...	Adecuado ...	Segundo T...	Pre hiperte...
19	Ama de casa	Sobrepeso	No	Si	Si	No	Primipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Tercer trim...	HTA 1 - 14...
20	Trabajo	Obesidad	Si	Si	Si	No	Multipara	Mayor de 6...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 2 - 1...
21	Ama de casa	Sobrepeso	Si	Si	Si	No	Multipara	Menor de 6...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 1 - 14...
22	Ama de casa	Sobrepeso	No	No	No	No	Primipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Segundo T...	Pre hiperte...
23	Trabajo	Sobrepeso	No	No	No	No	Nulipara	Primer e...	Adecuado ...	Tercer trim...	Pre hiperte...



	Ocupación	Estado_nutricional	AntecedentesPre	AntecedenteHip	Proteinuria	Edema	Paridad	PeriodoInterg	ControlPre	SemanGest	NivelPA
24	Ama de casa	Normal	No	No	No	No	Multipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Tercer trim...	Pre hiperte...
25	Trabajo	Obesidad	Si	Si	Si	Si	Primipara	Primer e...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 2 - 1...
26	Ama de casa	Sobrepeso	Si	Si	Si	Si	Primipara	Primer e...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 2 - 1...
27	Trabajo	Normal	No	No	No	No	Primipara	Primer e...	Adecuado ...	Segundo T...	Pre hiperte...
28	Ama de casa	Sobrepeso	No	No	No	No	Multipara	Menor de 6...	Adecuado ...	Tercer trim...	Pre hiperte...
29	Estudia	Sobrepeso	No	No	No	No	Nulipara	Primer e...	Adecuado ...	Segundo T...	Pre hiperte...
30	Estudia	Obesidad	No	Si	Si	Si	Primipara	Mayor de 6...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 2 - 1...
31	Estudia	Sobrepeso	No	Si	Si	Si	Nulipara	Primer e...	Inadecuad...	Segundo T...	HTA 1 - 14...
32	Ama de casa	Sobrepeso	Si	Si	Si	No	Multipara	Menor de 6...	Inadecuad...	Tercer trim...	HTA 1 - 14...
33	Estudia	Normal	No	No	No	No	Primipara	Primer e...	Inadecuad...	Segundo T...	Pre hiperte...
34	Ama de casa	Sobrepeso	No	Si	No	No	Multipara	Menor de 6...	Inadecuad...	Tercer trim...	Pre hiperte...
35	Trabajo	Normal	Si	Si	No	No	Primipara	Menor de 6...	Inadecuad...	Segundo T...	Pre hiperte...
36	Ama de casa	Sobrepeso	No	No	No	No	Multipara	Menor de 6...	Inadecuad...	Segundo T...	Pre hiperte...

ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicador	Categoría	Metodología
<p>Problema general PG. ¿Cuáles serán las determinantes de riesgo asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024?</p>	<p>Objetivo general OG. Identificar los determinantes de riesgo asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024.</p>	<p>Hipótesis general HG. Los determinantes de riesgo asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024 son los sociodemográficos, patológicos y obstétricos.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE Determinantes de riesgo</p>	<p>Sociodemográficos</p>	<p>Edad</p>	<p>Menor de 18 años (adolescente) 19 a 35 años (joven) 35 a 42 años (añosa)</p>	<p>Diseño: No experimental Tipo: básico, causal y transversal y retrospectivo Enfoque Cuantitativo Población: 36 Gestantes hipertensas Muestra: Censal 36 gestantes Técnica: Variable independiente. Análisis documental Variable dependiente. Análisis documental Instrumentos: Variable independiente. Ficha de recolección de datos</p>
<p>Problema específico PE1. ¿Cuáles serán las determinantes sociodemográficos asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané ?</p>	<p>Objetivos específicos OE1. Precisar los determinantes sociodemográficos asociado a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané.</p>	<p>Hipótesis específica HE1. Los determinantes sociodemográficos están asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024 son: Edad, procedencia, ocupación,</p>			<p>Procedencia</p>		



							Variable dependiente. Ficha de recolección de datos
PE2. ¿Cuáles serán las determinantes de antecedentes patológicos asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané?	OE2. Describir los determinantes de antecedentes patológicos asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané	HE2. Los determinantes de antecedentes patológicos asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané son: Estado nutricional según IMC, antecedente pre eclampsia, antecedente hipertensión, antecedente de, proteinuria y edema		Antecedentes patológicos	Estado nutricional según IMC Antecedente pre eclampsia Antecedente hipertensión Proteinuria Edema	Bajo peso IMC < 18,5 kg/m ² , Normal IMC 18,5 - < 25 kg/m ² , Sobrepeso IMC 25 – 29.9 kg/m ² Obesidad IMC > 30kg/m ² Si No Si No Si No Si No	
PE3. ¿Cuáles serán las determinantes obstétricos asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané ?	OE3. Identificar los determinantes obstétricos asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en	HE3. Los determinantes obstétricos asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané 2024son:		Determinante obstétrico	Paridad Periodo intergenésico	Nulípara (sin partos) Primípara (un parto) Multípara (de 2 a 5 partos) Gran multípara (≥ 6 partos) Mayor de 60 meses Menor de 60 meses Inadecuado menor 6 controles	



	gestantes del hospital Huancané	Paridad, periodo intergenésico, controles pre natales			Controles pre natales Trimestre de captación de la presión arterial	Adecuado mayor a 6 controles Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre
PE4. ¿Cuáles serán los niveles de hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané ?	OE4. Valorar los niveles de hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané	HE4. Los niveles hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital Huancané mas frecuente es la hipertensión grado I	VARIABLE DEPENDIENTE. 2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO		2.1. Nivel de riesgo de hipertensión arterial inducida por el embarazo (*)	Riesgo bajo HTA -121-139/81 a 89 mmHg Riesgo moderado HTA - 140 - 159/90 –99 mmHg Riesgo Alto HTA- 160 a mas/100 a más mmHg.



ANEXO 3: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha: H.CI.

- 2.1.1.1. Determinantes de riesgo
 - Determinante sociodemográfico
 - 1. Edad
 - Menor de 18 años (adolescente)
 - 19 a 35 años (joven)
 - 35 a 42 años (añosa)
 - 2. Procedencia
 - Rural
 - Urbano marginal
 - Urbano
 - 3. Ocupación
 - Ama de casa
 - Trabaja
 - Estudia
 - Antecedentes patológicos
 - 4. Estado nutricional según IMC
 - Bajo peso IMC < 18,5 kg/m²,
 - Normal IMC 18,5 - < 25 kg/m²,
 - Sobrepeso IMC 25 – 29.9 kg/m²
 - Obesidad IMC > 30kg/m²
 - 5. Antecedente pre eclampsia
 - Si
 - No
 - 6. Antecedente hipertensión
 - Si
 - No
 - 7. Proteinuria
 - Si
 - No
 - 8. Edema
 - Si
 - No
 - Factor obstétrico
 - 9. Paridad
 - Nulípara (sin partos)
 - Primípara (un parto)
 - Multípara (de 2 a 5 partos)
 - Gran multípara (≥ 6 partos)
 - 10. Periodo intergenésico
 - Mayor de 60 meses > 5 años
 - Menor de 60 meses < 5 años
 - 11. Controles pre natales
 - Inadecuado menor 6 controles



- Adecuado igual o mayor a 6 controles
- 12. Trimestre de captación de aumento de presión arterial
 - Primer trimestre
 - Segundo trimestre
 - Tercer trimestre

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Semana de gestación: Inicio de presión arterial alta:

Trimestre de gestación Primer trimestre () Segundo () Tercer ()

Niveles de presión arterial

- Riesgo bajo de HTA -121-139/81 a 89 mmHg
- Riesgo moderado HTA -140 -159/90 –99 mmHg
- Riesgo alto de HTA -160 a mas/100 a más mmHg

ANEXO 4: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Validación de Instrumento

Juicio de experto del instrumento de validación

I. Datos Generales

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto : MOLINEDO DURAND HUGO
 1.2 Institución donde Labora : HOSPITAL LUCIO ALDARAZABAL PAUCA HUANCANE
 1.3 Instrumento motivo de Evaluación : Ficha de recolección de datos
 1.4. Autor del Instrumento. : MAYANI HUAYCA JHIMI YACK
 Título del instrumento: DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBORAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANE 2024

II. Aspectos de Validación:

criterios	Indicaciones	Inaceptable				Mínimamente aceptable				Aceptable				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1 claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado										X			
2 objetividad	Esta adecuado a las leyes y principios científicos										X			
3 actualización	Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación									X				
4 organización	Existe una organización lógica											X		
5 suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos									X				
6 intencionalidad	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis										X			
7 consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y científicos											X		
8 coherencia	Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems											X		
9 metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis										X			
10 pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación										X			

III Opinión de Aplicabilidad

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV Promedio de valoración

X
85.5

Fecha 20/06/2025 DNI 02998683 Firma del Experto:

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUNO
 BEDES HUANCANE

 Hugo Molinero Durand
 MÉDICO CIRUJANO CMP. 30957



Validación de Instrumento

Juicio de experto del instrumento de validación

I. Datos Generales

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto : VILCA MONTEAGUDO PERCY VIADIMIR
 - 1.2 Institución donde Labora : HOSPITAL LUCIO ALAZABAL POUCO HUANCANE
 - 1.3 Instrumento motivo de Evaluación : Ficha de recolección de datos
 - 1.4. Autor del Instrumento. : MAMANI HUANCANE JHIMI YACK
- Titulo del instrumento: DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDO POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANE 2024

II. Aspectos de Validación:

criterios	Indicaciones	Inaceptable				Mínimamente aceptable				Aceptable				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1 claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado											X		
2 objetividad	Esta adecuado a las leyes y principios científicos											X		
3 actualización	Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación										X			
4 organización	Existe una organización lógica									X				
5 suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos										X			
6 intencionalidad	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis											X		
7 consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y científicos											X		
8 coherencia	Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems										X			
9 metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis										X			
10 pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación											X		

III Opinión de Aplicabilidad

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV Promedio de valoración

87.0

Fecha 10/07/2023 DNI 40729641 Firma del Experto:


Percy Viadimir Vilca Monteagudo
 MÉDICO CIRUJANO
 ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 MÉDICO AUDITOR - ECOGRAFISTA
 CMP N°50346 RNE N°32940
 RNA N° A10415 RECO N° 0103-A
 © 953911963



Validación de Instrumento

Juicio de experto del instrumento de validación

I. Datos Generales

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto : LOPEZ APAZA RENDO
 - 1.2 Institución donde Labora : HOSPITAL LUCIO ALBAZÁ BAL PAUCO HUANCANE
 - 1.3 Instrumento motivo de Evaluación : Ficha de recolección de datos
 - 1.4 Autor del Instrumento. : MAHANI HUANCA JHINI YACK
- Titulo del instrumento: DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSION ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANE 2024

II. Aspectos de Validación:

criterios	Indicaciones	Inaceptable				Mínimamente aceptable				Aceptable				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1 claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado											X		
2 objetividad	Esta adecuado a las leyes y principios científicos											X		
3 actualización	Esta adecuado los objetivos y necesidades reales de la investigación										X			
4 organización	Existe una organización lógica										X			
5 suficiencia	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos									X				
6 intencionalidad	Esta adecuado para valorar las variables de las hipótesis										X			
7 consistencia	Se respalda en fundamentos técnicos y científicos											X		
8 coherencia	Existe coherencia entre los problemas objetivos y/o hipótesis variables dimensiones indicadores con los ítems										X			
9 metodología	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis										X			
10 pertinencia	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación											X		

III Opinión de Aplicabilidad

- a) El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 - b) El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación
- IV Promedio de valoración

Fecha 23/06/2025 DNI. 8078806 Firma del Experto: RENDO LOPEZ APAZA
GINECOLOGO - OBSTETRA
CMP. 52919 RNE. 40054

HOSPITAL "LAP" HUANCANE

 RENDO LOPEZ APAZA
 GINECOLOGO - OBSTETRA
 CMP. 52919 RNE. 40054



ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red. Salud Huancané
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Huancané, 18 de junio del 2025.

OFICIO N. °051-2025-DIRESA-PUNO/REDESS-HUANCANE RR.HH.

Señor:
M.C. Deniz Luis FRISANCHO Martínez.
DIRECTOR DE HOSPITAL L.A.P. HUANCANE.

PRESENTE:

ASUNTO: Presentación de tesista para realizar trabajo de investigación "Determinantes de riesgo que condicionan la hipertensión arterial inducida por el embarazo en gestantes del hospital de Huancané 2024".

Tengo a bien de dirigirme a usted, a fin de saludarlo cordialmente así mismo presentar a don: JHIMI YACK MAMANI HUANCA, quien realizara la aplicación de 2 FICHAS DE RECOLECCION DE DATOS, de usuarios atendidos en el servicio de ginecología obstetricia de Hospital LUCIO ALDAZABAL PAUCA DE Huancané, aplicando a 49 fichas, en razón que el título de investigación es "DETERMINANTES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANE 2024" El periodo para el recojo de información solicitada será por un lapso de 15 días naturales el mismo que inicia el 19 de junio al 03 de julio del presente año, y al finalizar el trabajo de investigación deberá dejar un ejemplar para la institución, por tanto sírvase otorgarle las facilidades del caso para realizar la actividad solicitada.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para renovarle mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



[Handwritten Signature]
Abg. HÉCTOR PARI RAMÍREZ
JEFE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
RED DE SALUD HUANCANÉ
ICAP 3413



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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



Formato digital

Fecha de entrega: 11/12/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: JHIMI YACK MAMANI HUANCA

Dirección: Jr. Orizaba mz M

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 47092453

Teléfono: 983344611 email: jhimy.jack.0102@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

DETERMINANTES DE RIESGO ASOCIADO A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE HUANCANÉ 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Determinante, gestante, hipertensión arterial, hospital.

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

1

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

Nacional

Línea de investigación: **SALUD PÚBLICA - P09**

Firma de Autor



huella digital

12 de diciembre del 2025

Fecha