



EN LA UAP
TÚ ERES PARTE
DEL CAMBIO

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS A
PREECLAMPSIA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2018”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PICHILINGUE CARRERA, CARMEN MARIBEL

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD, BIENESTAR, BIOTECNOLOGÍA Y BIOÉTICA**

**ASESORA:
MG. NORMA CELINDA CHAGUA PARIONA**

LIMA, PERÚ

2021 INDICE

Dedicatoria	I
Agradecimiento	II
Resumen	III
Abstract	IV
Introducción	V

CAPITULO I PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad Problemática	11
1.2 Formulación del Problema	14
1.2.1 Problema principal	14
1.2.2 Problemas secundarios	14
1.3 Delimitación del estudio	14
1.4 Objetivos de la investigación	15
1.4.1 Objetivo general	15
1.4.2 Objetivos específicos	15
1.5 Justificación de la investigación	15
1.5.1 Justificación (Teórica, practica, metodológica y social)	15
1.5.2 Importancia de la investigación	16
1.5.3 Viabilidad de la investigación	16
1.5.4 Limitaciones del estudio	17

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.1.1 Nacionales	18
2.1.2 Internacionales	20
2.2 Bases teóricas	22
2.3 Definición de términos básicos	37

CAPITULO III HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de hipótesis Principal y Secundarias	39
3.2 Variables:	40

3.2.1	Definición de las variables	40
3.2.2	Operacionalización de las variables	40

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1	Diseño metodológico (tipo, nivel, método y diseño)	41
4.2	Diseño muestral (población, muestra)	42
4.3	Técnicas de recolección de datos (Técnica e Instrumento)	42
4.4	Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información	43
4.5	Aspectos éticos	43

CAPITULO V RESULTADOS

5.1	Análisis Descriptivo	45
5.2	Análisis Inferencial	54
5.3	Discusión de resultados	61

	CONCLUSIONES	63
--	--------------	----

	RECOMENDACIONES	64
--	-----------------	----

	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
--	----------------------------	----

	ANEXOS	69
--	--------	----

•	Matriz de Consistencia	70
•	Instrumento de recolección de datos	72
•	Juicio de expertos	75
•	Valoración de evaluación de Juicio de expertos	78
•	Autorización para el desarrollo de la investigación	80
•	Declaratoria de Autenticidad	81

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Grafico 1. Edad de las gestantes	45
Grafico 2. Estado civil de las gestantes	45
Tabla 1. Ocupación de las gestantes	46
Tabla 2. Procedencia de las gestantes	46
Grafico 3. Residencia de las gestantes	47
Tabla 3. Diabetes	47
Grafico 4. Hipertensión arterial crónica	48
Tabla 4. Obesidad	48
Grafico 5. Gestación anterior preeclampsia	49
Grafico 6. Gravidéz	49
Grafico 7. Edad gestacional	50
Tabla 5. Tipo de control prenatal	50
Grafico 8. Tipo de embarazo	51
Grafico 9. Vía de culminación del parto	51
Grafico 10. Diagnóstico de ingreso de la paciente	52
Grafico 11. Factores de riesgo y preeclampsia	52
Tabla 6. Factores de riesgo y preeclampsia	53

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a mis padres resultado de todos los esfuerzos que han realizado para apoyarme incondicionalmente en todo el proceso de mi formación profesional, así mismo a mis profesores que no solo transmitieron conocimientos, sino que me impulsaron día a día para que ejerza la profesión con responsabilidad.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora por brindarme sus conocimientos para el buen desarrollo de la investigación.

Al Hospital Regional de Huacho por brindarme los datos necesarios y útiles para la tesis.

RESUMEN

El **objetivo** del presente estudio fue determinar los factores de riesgo materno asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.

Material y métodos: El tipo de investigación fue correlacional, con un nivel de investigación descriptivo, con un método cuantitativo y el diseño no experimental, transversal y retrospectivo.

La técnica utilizada fue la revisión de historias clínicas y como instrumento la ficha de recolección de datos. La población sujeta de estudio fueron 51 gestantes hospitalizadas por preeclampsia de 1600 gestantes hospitalizadas por alguna complicación, no hubo muestra se ejecutó al 100%.

Conclusiones a las que se llegó fueron: Los factores sociodemográficos relacionados a la edad, procedencia y residencia están asociados significativamente a la preeclampsia. Sin embargo, los factores de morbilidad preexistente relacionados a hipertensión y obesidad tienen asociación relativa con la preeclampsia. Entre los factores de riesgo obstétrico sólo la gravidez tiene asociación significativa con la preeclampsia. Así mismo se ha observado que del total de gestantes estudiadas el 56,9% tuvieron un control prenatal precoz. Los tres factores de riesgo materno tanto sociodemográficos, de morbilidad preexistente y de riesgo obstétrico están asociados en un porcentaje mayor con la preeclampsia severa que con la preeclampsia leve.

Palabras clave: Factores de riesgo materno, preeclampsia, morbilidad preexistente, riesgo obstétrico y preeclampsia.

ABSTRACT

The **objective** of this study was to determine the maternal risk factors associated with preeclampsia in pregnant women hospitalized at the Hospital Regional de Huacho, 2018.

Material and methods: The type of research was correlational, with a descriptive research level, with a quantitative method and a non-experimental, cross-sectional and retrospective design.

The technique used was the review of medical records and the data collection form as an instrument. The study population was 51 pregnant women hospitalized for pre-eclampsia out of 1,600 pregnant women hospitalized for some complication, no sample was executed at 100%.

Conclusions reached were: Sociodemographic factors related to age, origin and residence are significantly associated with preeclampsia. However, pre-existing morbidity factors related to hypertension and obesity have a relative association with preeclampsia. Among the obstetric risk factors, only pregnancy has a significant association with pre-eclampsia. Likewise, it has been observed that of the total of pregnant women studied, 56.9% had an early prenatal control. The three maternal risk factors, both sociodemographic, preexisting morbidity and obstetric risk, are associated in a higher percentage with severe preeclampsia than with mild preeclampsia.

Key words: Maternal risk factors, pre-eclampsia, pre-existing morbidity, obstetric risk and pre-eclampsia.

INTRODUCCION

Durante el embarazo ocurren una serie de cambios considerados fisiológicos y patológicos, este último trae consigo una complicación llamada preeclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo, colocando en riesgo de morbilidad y mortalidad tanto materno y neonatal.

Este trastorno hipertensivo del embarazo según estadísticas nacionales del Ministerio de Salud para el presente año es considerado como la segunda causa de mortalidad materna en el Perú es por ello que este trabajo de investigación es de suma importancia.¹

Es muy importante el presente estudio cuya finalidad fue conocer los factores de riesgo materno que condicionan este problema en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, por lo que se presentan los resultados del trabajo para que las instancias de la mencionada institución lo tomen en cuenta y elaboren estrategias de trabajo hacia la prevención a través de las obstetras.

El presente informe de la investigación está organizado por capítulos de la siguiente manera:

Capítulo I: Problema de la Investigación, descripción de la realidad problemática, formulación del problema, delimitación del estudio, objetivos de la investigación, justificación de la investigación.

Capitulo II: Antecedentes de la investigación, bases teóricas, definición de términos básicos.

Capítulo III: Formulación de hipótesis y las variables.

Capitulo IV: Marco Metodológico, diseño metodológico, diseño muestral, técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas estadísticas y aspectos éticos.

Capítulo V: Resultados de la investigación, análisis descriptivo, análisis inferencial, discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones, fuentes de información y los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la OMS la preeclampsia la define como un trastorno hipertensivo que generalmente ocurre en el embarazo y el postparto y que traen problemas de morbilidad para la madre y feto. A nivel mundial, la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de enfermedad y muerte tanto materna y neonatal. En la Región, según los datos de la Organización Mundial de la Salud, más del 20% de las muertes maternas son provocados por problemas hipertensivos.

La preeclampsia ocurre generalmente después de las 20 semanas de gestación y hasta seis semanas después del parto, por lo tanto, es importante el cuidado prenatal porque en algunos casos se puede presentar antes de las 20 semanas de gestación.²

Además, la OMS indica que los trastornos hipertensivos durante el embarazo son causa de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte en las madres, fetos y recién nacidos. En África y Asia, aproximadamente una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con

estos trastornos, en América Latina, la cuarta parte de las defunciones maternas la causa son estas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la preeclampsia y la eclampsia sobresalen como las causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. La mayoría de las muertes causadas por la preeclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones.³

En la actualidad la enfermedad hipertensiva en el embarazo tienen varias teorías para determinar los factores de riesgo para la preeclampsia donde se coloca a la vasculoendoteliales, inmunológicos y genético-hereditarios, diferentes trabajos científicos hablan de factores epidemiológicos, como también las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, bajo nivel escolar, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia–eclampsia, multiparidad, obesidad y mujeres delgadas por debajo de su peso normal para la talla. Otros han observado la asociación de enfermedades crónicas con esta enfermedad, entre las que se encuentra la diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, antecedente familiar de hipertensión arterial, cardiopatías y epilepsia.⁴

En México, en el año 2018 se encontró que la prevalencia de cuadros hipertensivos del embarazo se ha incrementado de un 22% a un 33% por lo que aún se encuentra ubicada como una de las principales causas de mortalidad materna durante la gestación, además de presentar una frecuencia anual media de un 8% de la cual un 1.75% corresponden a cuadros de eclampsia, un 3.75% a preeclampsia severa y un 94% a preeclampsia leve.

Según estudios realizados por el Instituto Mexicano del Seguro Social, se encontró que existen factores de riesgo que se asocian a preeclampsia como: un control prenatal irregular o este haya sido ausente, es por ello que es de suma importancia que la gestante tenga un control prenatal muy

cauteloso y oportuno, un IMC mayor a 27 aumenta el riesgo de desarrollar preeclampsia, también las enfermedades agregadas como diabetes mellitus e hipotiroidismo, antecedentes de preeclampsia en un embarazo anterior, antecedentes personales y tener familiares con enfermedades hipertensivas.⁵

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal a través del doctor Guevara Ríos Enrique, entre los años 2012 y 2018 de todos los casos atendidos de morbilidad materna extrema, el 56.6% fueron trastornos hipertensivos del embarazo y entre ellas se encontraron a la preeclampsia con criterios de severidad, síndrome HELLP y eclampsia.⁶

Respecto a la situación encontrada en el país, los trastornos hipertensivos del embarazo presentan una prevalencia de un 12% siendo también la principal responsable de la mayoría de las muertes maternas, presentando una mortalidad de entre 17% a 21% y complicaciones con un 20%. Asimismo, según datos obtenidos por Essalud, esta patología se asocia con más de un 25% de muertes perinatales o si el producto llega a nacer es muy probable que esté presente RCIU o problemas similares. Asimismo, los factores de riesgo más relevantes encontrados fueron la primiparidad, antecedente de preeclampsia, periodo intergenésico corto y la edad materna. El Hospital Cayetano Heredia encontró una prevalencia de preeclampsia de un 10%, y cifras similares se registraron en el instituto materno perinatal (10%), Hospital San Bartolomé (11%), Hospital Nacional Guillermo Almenara (12%) y Hospital Loayza con un (14.2%).⁷

En el Perú, la hipertensión inducida por el embarazo se ha encontrado entre las tres causas más importantes de mortalidad materna desde la década de los 90.⁸

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los factores de riesgo materno asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018?

1.2.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018?
- ¿Cuáles son los factores de morbilidad preexistente asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico preexistente asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018?

1.3 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

- **Delimitación temporal**

Se recolectó la información de las gestantes hospitalizadas durante el año 2018.

- **Delimitación social**

La población de estudio fueron las gestantes que fueron hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia en el Hospital Regional de Huacho durante el año 2018.

- **Delimitación espacial**

La presente investigación se realizó en el Hospital Regional de Huacho, en el distrito de Huacho y en la provincia de Huaura.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo materno asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.
- Identificar los factores de morbilidad preexistente asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.
- Identificar los factores de riesgo obstétrico preexistente asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.

1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Justificación Teórica, practica, metodológica y social

Se considera como segunda causa de muerte materna en el Perú la preeclampsia y eclampsia siendo este un problema de salud pública, por lo cual esta investigación tiene la finalidad de que la obstetra logre identificar los factores de riesgo materno, con el fin de mejora en algunos aspectos del campo clínico como en la anamnesis durante la primera atención prenatal como en el seguimiento y atención en cada control.

Aspecto Teórico: Se menciona que una de las complicaciones médicas más frecuente durante el embarazo es la preeclampsia y la eclampsia, según la Organización Mundial de la Salud. Es necesaria la ejecución del presente estudio sobre los factores de riesgo materno que se puedan asociar a la preeclampsia porque los resultados servirán para tomarlos en cuenta en la prevención de esta complicación.

Metodológico: El aporte de la presente investigación pretendió construir un criterio más amplio de fundamentos y estrategias que ayuden a mejorar la identificación oportuna de esta enfermedad mediante los factores de riesgo en la mujer gestante.

Social: El estudio se hizo en la población de gestantes que fueron hospitalizadas por preeclampsia en el Hospital Regional de Huacho.

1.5.2 Importancia de la investigación

La preeclampsia es una consecuencia de los factores no controlados durante el embarazo es por ello por lo que se evalúa un aspecto de prioridad dentro del sector salud el cual intenta promover los cuidados de los factores asociados dentro de cada control prenatal.

1.5.3 Viabilidad de la investigación

La presente investigación fue viable, porque se pudo llevar a cabo retirando la información de las historias clínicas del nosocomio, la disponibilidad del recurso humano, financiero y material que determinan en última instancia los alcances de la investigación. El compromiso de la participante y ente público que apoya el estudio de investigación.

1.6 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La ejecución del presente trabajo de investigación podría tener limitaciones en el marco de la pandemia, que no permitan la revisión de la información requerida, así como no encontrar las historias clínicas para su revisión.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Depaz, G. (2018), investigó el trabajo titulado “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero –Setiembre 2017”, El objetivo propuesto fue identificar los factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes. Estudio de diseño analítico, descriptivo, observacional, retrospectivo, la población sujeta se estudió fueron 170 gestantes entre los 16 a 40 años y con el diagnóstico de preeclampsia. El método utilizado fue la revisión de historias clínicas para lo cual el investigador elaboró una ficha de recolección de datos, datos que fueron procesados con el paquete estadístico SPSS v. 22.0. Al realizar el análisis de los resultados se encontró que, de las 170 gestantes con preeclampsia, el 55% (94) de los casos fueron sin signos de severidad y un 45% (76) con algún criterio de severidad. Con relación a la edad gestacional el 79% estuvieron entre las 37 a 41 semanas, un 14% (23) fueron <37 semanas. La edad materna estuvieron un 60% (102) entre los 21 a 34 años; con relación a la etnia materna el 88% (150) mestiza. Así mismo el 12% (20) no tuvieron control

prenatal: Entre los factores de riesgo asociados a la preeclampsia la nuliparidad se hizo evidente en un 53% (90), de igual forma la gestación con feto único en un 86% (146). El antecedente de preeclampsia es un factor evidente para esta complicación frente a otras patologías maternas. Habiéndose llegado a la conclusión que los factores de riesgo más evidentes asociado a la preeclampsia fueron la nuliparidad y el antecedente personal de preeclampsia.⁹

Castillo, Y. (2018), en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, periodo enero – diciembre 2017”, teniendo como objetivo Identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados con la preeclampsia en gestantes, el estudio fue observacional, de casos y controles, transversal y retrospectivo. La técnica utilizada en el estudio fue la revisión de historias clínicas para lo cual se elaboró una ficha de recolección de datos, como población sujeta de estudio fueron 116 casos y 116 de control. Al hacer el análisis de los datos procesados se vio que el factor de riesgo más frecuente fue que las gestantes tuvieron menos de 6 controles prenatales; la edad materna mayor de 35 años, además de la paridad, la procedencia rural y obesidad. La conclusión a que llegó fue que la edad materna fue mayor a 35 años, estado civil conviviente, el nivel de instrucción secundaria, la residencia en zona rural, la edad gestacional menos de 36 semanas, nuliparidad, con controles prenatales menos de 6 y además presencia de obesidad, están considerados como factores de riesgo para preeclampsia.¹⁰

Oliveira, S. (2018), en su trabajo de investigación “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el período de julio a diciembre de 2017”, planteo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes. La metodología empleada para el estudio fue

la de ser un estudio de tipo transversal, descriptivo, analítico y retrospectivo, para el levantamiento de la información se utilizó el sistema materno perinatal y las historias clínicas de la población sujeto de estudio del periodo julio a diciembre del año 2017. De acuerdo con los resultados el tipo de preeclampsia prevalente fue la preeclampsia severa con un 91,3 %, el grupo etario estuvo entre los 20 a 34 años en un 54,9%, así como un 78.6% fueron convivientes, con relación al grado de instrucción el 30,6% tuvieron secundaria incompleta y un 30,6% secundaria completa. El 66,5% provenían de zona urbana y un 33,5% de procedencia rural. Con relación a paridad, 43,9% fueron nulíparas, la prevalencia del embarazo múltiple fue en 1,7% y el 42,2% control prenatal insuficiente. Como antecedente la morbilidad el 26% fue obesidad pregestacional, el 9,8% antecedente de preeclampsia, el 1,2% hipertensión arterial crónica y el 1,7% diabetes mellitus. Como conclusión a que llegó el investigador fue que la prevalencia de preeclampsia fue en un 8,5%. El grupo de edad se encontró entre los 20 a 34 años. Con relación a estado civil el grupo de estudio con preeclampsia fueron convivientes. No existe relación significativa entre las gestantes preeclámplicas y la paridad, embarazo múltiple, controles prenatales y antecedentes personales.¹¹

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Tejada, S. (2018), realizó la investigación titulada “Preeclampsia y su correlación con factores socio demográficos en pacientes que fueron atendidas de parto vaginal y cesárea en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas, periodo de junio a noviembre del 2016”, el objetivo que planteo en el estudio fue: Caracterizar los factores sociodemográficos que se correlacionan con la presencia de preeclampsia y comparar estos factores con un grupo control que no tuvo preeclampsia. Así mismo la metodología que utilizó fue un estudio de caso – control, fueron 150 pacientes con diagnóstico de egreso de preeclampsia la población sujeta de estudio de 300 pacientes con diagnóstico de egreso de parto vaginal y

cesárea; los datos obtenidos fueron de la matriz informática de egresos hospitalarios. La información levantada lo proceso en el programa informático SPSS. Como resultados el estudio demostró factor de riesgo para desarrollar preeclampsia la edad entre los 39 a 49 años; pacientes de etnia blanca. Se demostró que la preeclampsia es un factor de riesgo para terminar el embarazo en un parto prematuro y muy prematuro de 28 a 31.6 semanas, prematuro moderado de 32 a 33.6 semanas, prematuro tardío de 34 a 36.6 semanas. Además, demostró que la preeclampsia es factor de riesgo para obtener un producto con bajo peso al nacer. Y finalmente demostró que la preeclampsia es un factor de riesgo para desarrollar complicaciones maternas en el embarazo y parto. Las conclusiones a que llego fue que la preeclampsia es una patológica multifactorial y poligénica que constituye una de las principales causas de alto riesgo obstétrico durante el embarazo.¹²

Villa P. Et. al. (2017), en el estudio sobre el análisis por agrupamiento para estimar el riesgo de preeclampsia de alto riesgo, prevención de preeclampsia y restricción de crecimiento intrauterino, planteo el objetivo de investigar los factores clínicos que predicen el inicio y la gravedad de la preeclampsia en una corte de mujeres con factores de riesgo clínico conocidos entre los años 2005 y 2009. El método utilizado fue un algoritmo bayesiano de agrupación para clasificar a los participantes del estudio en función a su combinación de factores de riesgo, para cada grupo se calculó el RR de cada resultado de la enfermedad, en relación con el riesgo de la población general, se recluto 903 mujeres embarazadas con factores de riesgo de PE en las semanas de gestación 12 y 13. Los resultados que obtuvo demostraron que el riesgo de PE aumentó exponencialmente en relación al número de factores de riesgo, el análisis reveló 25 números de asociaciones. Las conclusiones a la que llegó fue que el riesgo de PE aumenta

exponencialmente con respecto al número de factores de riesgo y la PIP y la PE severa tienen un perfil de riesgo diferente.¹³

Salamanca A., Nieves, L., Arenas Y. (2017), realizó la investigación titulada “Preeclampsia: prevalencia y factores asociados en gestantes de una institución de salud de Boyacá en el periodo 2015 a 2017”, el objetivo que se propuso en el estudio fue: Identificar la prevalencia y los factores asociados a preeclampsia en gestantes. La metodología empleada; fue un estudio retrospectivo analítico de corte transversal la población estuvo conformada por 2531 gestantes y los datos fueron levantados de la base de datos del sistema informático de la institución. Los resultados obtenidos demostraron que la prevalencia de preeclampsia fue del 3,5 % y los factores de riesgo asociados fue la edad de 35 años o más que tuvieron 5,2 veces más probabilidad de tener preeclampsia en comparación con las menores de 35 años. Las gestantes con riesgo psicosocial alto tuvieron 2,1 veces más probabilidad de presentar preeclampsia en comparación con las que tienen un riesgo psicosocial bajo. Como conclusión se encontró prevalencia de preeclampsia del 3,5 % y la edad es un factor de riesgo para sufrir preeclampsia, en especial las mayores de 35 años.¹⁴

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. Factores de riesgo maternos

➤ Factores sociodemográficos

✓ Edad Materna:

Las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35) constituyen uno de los principales factores de riesgo de hipertensión inducida por el embarazo y se han informado que en estos casos de riesgo de padecer preeclampsia se duplica.¹⁵

➤ **Factores de morbilidad preexistentes:**

✓ **Diabetes:**

El riesgo de preeclampsia en las mujeres con diabetes pregestacional está relacionado directamente con la severidad de la enfermedad y con los niveles de glucosa a lo largo de la gestación.¹⁷

✓ **Hipertensión Arterial Crónica**

Es aquella hipertensión preexistente agregado al embarazo, y a medida que es mayor la tensión arterial pregestacional, mayor es el riesgo de padecer una preeclampsia. La hipertensión arterial crónica produce daño vascular por diferentes mecanismos y la placenta anatómicamente es un órgano vascular por excelencia, lo cual puede condicionar una oxigenación inadecuada del trofoblasto y favorecer el surgimiento de la preeclampsia.¹⁸

✓ **Obesidad**

La obesidad, se asocia con la hipertensión arterial, provoca una excesiva expansión del volumen sanguíneo y un aumento exagerado del gasto cardíaco, que son necesarios para cubrir las demandas metabólicas incrementadas, que esta le impone al organismo, lo que contribuye a elevar la tensión arterial, Por otro lado, los adipocitos secretan citoquinas, en especial el factor de necrosis tumoral, que producen daño vascular, lo que empeora el estrés oxidativo, el fenómeno que también está involucrado en el surgimiento de la preeclampsia.¹⁵

✓ **Enfermedad Renal Crónica (Nefropatías):**

Las nefropatías pueden favorecer por diferentes mecanismos el surgimiento de una preeclampsia. En los casos de la nefropatía diabética y la hipertensiva, puede producirse una placentación anormal, dado que conjuntamente con los vasos renales están afectados los de todo el organismo, incluidos los uterinos, Por otra parte, en las enfermedades renales en la que un daño renal importante, se produce con frecuencia hipertensión arterial, y su presencia en la gestante puede coadyuvar a la aparición de la preeclampsia.¹⁵

✓ **Preeclampsia en gestación anterior:**

La probabilidad de padecer un nuevo episodio de preeclampsia es de 20 y 50 %.¹⁵

Así mismo si se produce una preeclampsia grave en un segundo embarazo, el riesgo de recurrencia en un tercer embarazo será muy elevado, aunque algunas mujeres tienen, no obstante, embarazos relativamente normales.¹⁵

Las mujeres que tienen una preeclampsia recurrente presentan mayor riesgo perinatal que las pacientes que presentaron preeclampsia como nulíparas.¹⁵

➤ **Factores de riesgo obstétrico preexistente:**

✓ **Primigravidez:**

La mujer primigesta, por no haber tenido sometido previamente el útero a la distensión de un embarazo, tiene durante toda su evolución un mayor tono del miometrio que, por compresión, disminuye el calibre de las arteriolas espirales, y esto limita la perfusión sanguínea a esta zona, con la consecuente posibilidad de hipoxia trofoblástica,

*fenómeno que también ha sido implicado en la génesis de la preeclampsia. Así, la inadecuada perfusión de la placenta es seguida por sus cambios patológicos, el escape de trofoblasto a la circulación, y el consecuente y lento desarrollo de una coagulación intravascular sistémica con efectos deletéreos importantes en todo el organismo.*¹⁵

✓ **Período Intergenésico Largo:**

*En el caso del período intergenésico algunos estudios mencionan que el período intergenésico largo mayor o igual a 10 años es factor de riesgo para la madre en el desarrollo de preeclampsia.*¹⁶

✓ **Control Prenatal Tardío:**

Las gestantes con control prenatal tardío o sin control prenatal están expuestas a circunstancias de riesgos como la preeclampsia y eclampsia.

Esta falta de atención prenatal puede ocasionar un incremento de la morbimortalidad materno perinatal.

✓ **Embarazo Gemelar**

El embarazo gemelar como la presencia de polihidramnios generan sobredistensión del miometrio, esto disminuye la perfusión placentaria y produce hipoxia trofoblástica que, por mecanismos complejos, pueden favorecer la aparición de la enfermedad. Así mismo, la preeclampsia es 6 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en el sencillo, porque hay un aumento de la masa placentaria y por consiguiente, un incremento del material genético paterno vinculado con la placenta, por lo que el fenómeno inmunofisiopatológico típico

de la preeclampsia puede ser más precoz e intenso en estos casos.¹⁵

2.2.2. Preeclampsia:

Síndrome multisistémicos de severidad variable específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este.¹⁵

✓ **Etiología:**

Su etiología es desconocida.¹⁵

✓ **Fisiopatología:**

El síndrome de preeclampsia - eclampsia se conoce desde hace más de 100 años; sin embargo, su etiología continúa siendo desconocida y su fisiopatología comienza recién a vislumbrarse.¹⁵

La Hipertensión en el embarazo según estudios recientes, se desarrollaría a partir de una adaptación inmunológica inadecuada de la madre a los antígenos paternos que derivan de los genes presentes en las células fetales (imprinting genético), los cuales provocan una respuesta inflamatoria exagerada que interfiere con la implantación y con el curso normal de la gestación.¹⁵

Esto se debe a la segunda invasión trofoblástica que finaliza en la semana 20 - 21 de la gestación, la cual destruye la capa musculo elástica vascular de dichas arterias, impidiendo la acción de los agentes vasopresores sobre la circulación útero placentaria, asegurando así una correcta perfusión debido al alto flujo con baja resistencia. En contraste, en la preeclampsia esta segunda invasión trofoblástica se encuentra alterada, por

lo que las arterias espiraladas poseen un calibre disminuido. Esto se debería a una mala diferenciación del citotrofoblasto, que se traduce en una mala invasión intersticial y vascular placentaria.¹⁵

La diferenciación anormal del citotrofoblasto provoca también apoptosis en una subpoblación de células de la decidua, lo que genera la destrucción precoz de la interfase fetomaterna, y contribuye al comienzo temprano de los síntomas clínicos, debido al gran pasaje de partículas de membranas de las microvellosidades del sincitiotrofoblasto, ADN fetal libre y citoqueratina, a la circulación materna. Éste fenómeno también se produce en el embarazo normal, pero en menor medida. El citotrofoblasto, además, expresa moléculas de factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y de factor de crecimiento placentario (PIGF) cuyo rol es regular la angiogénesis. En estudios en pacientes con PE, se encontró un aumento de una proteína antiangiogénica, la cual bloquea los receptores de VEGF y PIGF. Se ha demostrado que la administración de esta proteína a ratas preñadas induce hipertensión, proteinuria y glomeruloendoteliosis.¹⁵

Clasificación:

De acuerdo al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), los trastornos hipertensivos actualmente se clasifican en:

- La preeclampsia-eclampsia.
- Hipertensión crónica (de cualquier causar).
- Hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta.
- Hipertensión gestacional.¹⁵

Según las guías técnica: “Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según la capacidad resolutive” los trastornos hipertensivos se clasifican en:

- *Preeclampsia.*
- *Eclampsia.*
- *Hipertensión transitoria de la gestación.*
- *Hipertensión crónica.*
- *Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada.*¹⁹

1) Preeclampsia:

- *Embarazo \geq de 20 semanas o durante el puerperio.*
- *Hipertensión, definida como una presión arterial sistólica \geq 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica \geq 90 mm Hg, tomada al menos dos veces en un lapso entre 4 horas hasta 7 días.*¹⁹
- *Proteinuria, definida de dos formas: Proteínas en orina de 24 horas \geq 300 mg o 1+ en tiras reactivas, repetida en un lapso de 4 horas hasta 7 días; la albuminuria \geq 2+ en tira reactiva no requiere repetición.*¹⁹

Características de preeclampsia con rasgos de severidad (Cualquiera de estos resultados).

- *La presión arterial sistólica de 160 mm Hg o mayor, o presión arterial diastólica de 110 mm Hg o superior uno dos ocasiones por lo menos 4 horas de diferencia, mientras el paciente está en reposo en cama (a menos antihipertensivo se inicia la terapia antes de este tiempo).*
- *La trombocitopenia (recuento de plaquetas inferior a 100.000 / microlitro).*

- *Insuficiencia hepática según lo indicado por los niveles en sangre anormalmente elevados de enzimas hepáticas el doble de la concentración normal), en el cuadrante superior derecho persiste dolor epigástrico que no responde a la medicación y no explica por diagnósticos alternativos, o ambos.*
- *Concentración de insuficiencia renal progresiva (creatinina sérica superior a 1,1 mg/dL o una duplicación de concentración de creatinina del suero en la falta de enfermedad renal demás)*
- *Edema pulmonar*
- *Trastornos cerebrales o visuales.¹⁵*

2) Eclampsia:

Se define eclampsia como la presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras seis semanas después de éste, en ausencia de otras causas de convulsiones. El inicio de convulsiones después de las 48 horas posparto sugiere que quizá que éstas se deban a una causa diferente a la eclampsia (malformación arterio-venosa, ruptura de aneurisma, desorden idiopático).¹⁵

3) Hipertensión Crónica:

La hipertensión crónica asociada al embarazo se puede diagnosticar con la presencia de presiones arteriales $\geq 140/90$ mm Hg en tres situaciones:¹⁹

- ✓ *Hipertensión crónica conocida o con historia de tal complicación antes del embarazo.*
- ✓ *Hipertensión diagnosticada por primera vez durante las primeras 20 semanas del embarazo (solo si tiene atención prenatal en la primera mitad del embarazo).*
- ✓ *Hipertensión que persiste luego del puerperio.¹⁹*

4) Hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta:

- *Corresponde a aquella paciente con diagnóstico de hipertensión crónica a la cual, luego de las 20 semanas, se le suma una pre-eclampsia.*
- *El diagnóstico se confirma si la proteinuria es ≥ 300 mg/24 horas o en tiras reactivas con proteinuria persistente.*
- *Si la paciente tiene una proteinuria previa a las 20 semanas de embarazo superior a 300 mg en 24 horas, la proteinuria actual debe ser superior a ese valor.*
- *Usualmente se sospecha de pre-eclampsia superpuesta en hipertensas crónicas cuyas presiones arteriales no son controlables, aparecen síntomas o complicaciones, aparecen alteraciones de laboratorio o deterioro de la condición fetal.¹⁹*

5) Hipertensión Gestacional:

Hipertensión que aparece luego de las 20 semanas o en el puerperio, al mismo tiempo la proteinuria es negativa. Al igual que la preeclampsia, su definición involucra tres variables:¹⁵

- *Embarazo \geq de 20 semanas o durante el puerperio.*
- *Hipertensión, definida como una presión arterial sistólica \geq a 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica \geq 90 mm Hg, tomada al menos dos veces en un lapso entre 4 horas hasta 7 días.*
- *Proteinuria negativa: Proteínas en orina de 24 horas <300 mg.¹⁵*

❖ **Manejo de Preeclampsia (Sin rasgos de severidad):**

a) Control materno:

- *Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.*
- *Exámenes de laboratorio:*
 - *Perfil renal: Úrea y creatinina.*
 - *Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría.*
 - *Perfil hepático: TGO, TGP, bilirrubinas totales y fraccionadas y LDH.¹⁹*

b) Control fetal:

- *Autocontrol materno de movimientos fetales diario.*
- *Test no estresante cada 48 horas.*
- *Ecografía con perfil biofísico semanal.¹⁹*

c) Considerar hospitalización:

- *Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.*
- *Si vive lejos, considerar la casa de espera.¹⁹*

d) Control en hospitalización:

- *Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.*
- *Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria.*
- *Autocontrol de movimientos fetales.*
- *Test no estresante cada 48 horas.*
- *Ecografía más perfil biofísico semanal.¹⁹*

❖ **Manejo de Preeclampsia (Con rasgos de severidad):**

a) Control materno:

Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.¹⁹

b) Exámenes auxiliares:

Solicitar desde la evaluación inicial:

- *Hemograma (hemoglobina o hematocrito).*
- *Grupo sanguíneo y Factor Rh.*
- *Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicílico.*
- *Examen de orina completo.*
- *Perfil de coagulación:*
 1. *Tiempo de Protrombina*
 2. *Fibrinógeno*
 3. *Plaquetas*
- *Función hepática: TGO, TGP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas.*
- *Glucosa, urea y creatinina.*
- *Proteínas totales y fraccionadas.*
- *Proteínas en orina de 24 horas.*
- *De imágenes: Pruebas de bienestar fetal:*
 1. *Ecografía obstétrica.*
 2. *Perfil biofísico.*
 3. *Flujometría Doppler.¹⁹*

❖ **Tratamiento:**

❖ *Colocar dos vías endovenosas seguras:*

✓ *Una con ClNa 9% a 40 gotas por minuto.*

✓ *Otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9%, pasar 400cc. a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.*

❖ *El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de*

sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.

- ❖ *Administrar Labetalol 200 mg vía oral c/8 hrs de primera elección, sino 1 gr de Metíldopa c/12 hrs vía oral.*
- ❖ *Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mm Hg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 30 minutos.*
- ❖ *Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.*
- ❖ *Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min.*
- ❖ *Control de funciones vitales maternas.*
- ❖ *Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.¹⁹*

Continuar con el manejo:

- ❖ *Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metíldopa c/12 horas vía oral.*
- ❖ *Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg con relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/100 mmHg administrar Nifedipino 10 mg vía oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50mg en 24 horas, tratando de mantener la presión diastólica entre 90 a 100 mmHg.*
- ❖ *Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.*
- ❖ *Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros por minuto.*
- ❖ *Control de funciones vitales.*

- ❖ *Control de funciones obstétricas: Latidos fetales, dinámica uterina.*
- ❖ *Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas. De 34 a 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.*
- ❖ *Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea.*
- ❖ *Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones.¹⁹*

c) *Efectos adversos del tratamiento y su manejo:*

Las drogas usadas en preeclampsia se deben usar con precaución pues en el caso de antihipertensivos pueden producir hipotensión severa que pueden comprometer la perfusión feto placentaria. (Por ello no disminuir más del 30% de presión arterial si esta es mayor de 160 - 110 mmHg. Así mismo el uso de sulfato de magnesio debe ser usada con monitoreo de diuresis y pruebas de función renal, reflejos osteotendinosos, patrón y frecuencia respiratoria, así como estado de conciencia, dosaje de magnesio ya que puede complicar aún más a la paciente si existiera intoxicación por Sulfato de Magnesio.²⁰

❖ **Manejo y tratamiento de la Eclampsia:**

Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

- 1. Realizar consentimiento informado a los familiares de las intervenciones a realizar y sus posibles complicaciones.*
- 2. Paciente en decúbito lateral izquierdo.*
- 3. Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo, intubación orofaríngea, traqueotomía).*

4. *Control de la ventilación – oxigenación (equilibrio ácido-básico, pulsometría continua), oxígeno en concentración suficiente para controlar la hipoxemia.*
5. *Asegurar la permeabilidad de vía endovenosa.*
6. *Monitorización hemodinámica estricta:*
 - *Diuresis horaria estricta.*
 - *Control de PVC.¹⁹*
7. *Valoración de las posibles alteraciones funcionales:*
 - *Función hepática: TGO, TGP.*
 - *Función renal: Creatinina, ácido úrico, sedimento de orina.*
 - *Perfil de coagulación: Recuento de plaquetas, Tiempo de protombina y tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno.*
 - *Descartar siempre la presencia de Síndrome de HELLP.*
8. *Medidas medicamentosas:*
 - *Tratamiento de las convulsiones: Sulfato de Magnesio 10 mg diluido en 1,000 cc de ClNa 9‰, vía endovenoso a 400 cc a chorro y luego a 30 gotas/min.*
 - *Tratamiento antihipertensivo: Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora, vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metíldopa c/12 horas vía oral.*
 - ❖ *Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg, en relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral.*
 - ❖ *Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50 mg en 24 horas.*

9. *Controlada las convulsiones, valorar las condiciones maternas y fetales para culminar la gestación.*

10. *Estabilización de la paciente:*

a. *Fluidoterapia.*

b. *Corrección de oliguria.*

c. *Control de factores de la coagulación.*

d. *Presión venosa central.*

e. *Oxigenoterapia.*

11. *La vía de culminación electiva del embarazo es la vaginal, si las condiciones lo permiten.¹⁹*

✓ **Complicaciones Maternas:**

I. *Desprendimiento prematuro de placenta 1 a 4 %.*

II. *Coagulación intravascular diseminada/ síndrome de HELLP en 10 a 20%*

III. *Edema pulmonar / aspiración 2 a 5 %*

IV. *Insuficiencia renal aguda 1 a 5 %*

V. *Eclampsia en < 1%*

VI. *Stroke raro*

VII. *Muerte raro*

VIII. *Morbilidad cardiovascular crónica.¹⁹*

✓ **Complicaciones Neonatales:**

❖ *Parto pretérmino de 1 a 4%*

❖ *RCIU*

❖ *Hipoxia neonatal < 1%*

Morbilidad crónica asociada por bajo peso al nacer.¹⁹

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS BÁSICOS:

- a) **Control prenatal:** *Actividades ejercidas sobre la gestante, embrión o feto, para preservar la salud de estos.*¹⁹
- b) **Edad gestacional:** *Tiempo cronológico medido en semanas desde la última menstruación y/o valorado por ultrasonido hasta el momento de la interrupción del embarazo expresado en semanas.*²⁰
- c) **Enfermedades patológicas:** *Son los factores que pueden incidir negativamente en la evolución del embarazo y que se presentan en el transcurso de esta).*²⁰
- d) **Factores de riesgo:** *Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.*
- e) **Gestación:** *Es un proceso fisiológico que involucra la presencia de 2 seres vivos: la madre y el feto. Ambos se encuentran íntimamente unidos, comparten mecanismos fisiológicos y dependen de un equilibrio tan perfecto y maravilloso que la alteración de uno de ellos origina cambios en el otro.*¹⁹
- f) **Grado de instrucción:** *Conjunto de conocimientos adquiridos por una persona y que les permite ir elevando su nivel de educación.*
- g) **Paridad:** *Números de partos con finalización del alumbramiento, más allá de la semana 20, o con un recién nacido de peso mayor a 500 gramos.*¹⁵
- h) **Preeclampsia (Con grado de severidad):** *Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica*

*mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, acompañado de proteinuria con presencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio.*¹⁵

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS PRINCIPAL Y ESPECIFICAS

HIPÓTESIS PRINCIPAL

H₁: Los factores de riesgo materno se asocian significativamente a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.

H₀: Los factores de riesgo materno no se asocian significativamente a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.

HIPÓTESIS SECUNDARIAS

H₁: Los factores sociodemográficos se asocian significativamente a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.

H₂: Los factores de morbilidad preexistente se asocian significativamente a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.

H₃: Los factores de riesgo obstétrico preexistente se asocian significativamente a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.

3.2 VARIABLES

Variable independiente: Factores de riesgo materno.

Variable dependiente: Preeclampsia.

3.2.1. Variable:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
FACTORES DE RIESGO MATERNO	FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	<ul style="list-style-type: none"> ● Edad ● Estado civil ● Ocupación ● Grado de instrucción ● Procedencia ● Residencia
	FACTORES DE MORBILIDAD PREEXISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> ● Diabetes ● Hipertensión arterial crónica ● Obesidad ● Enfermedades renales ● Preeclampsia en gestación anterior
	FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO PREEXISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> ● Gravidez ● Edad Gestacional ● Tipo de Controles Prenatales ● Tipo de embarazo ● Vía de culminación del parto
PREECLAMPSIA	PREECLAMPSIA LEVE	P.A \geq 140/90 mmHg
	PREECLAMPSIA SEVERA	P.A \geq 160/110 mmHg

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.1. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

Correlacional; porque consistió en tener solo dos variables para relacionarlas entre ellas.²¹

4.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, por que consistió en describir fenómenos, situaciones, en el cual esto es detallar como son y cómo se manifiestan, después de la recolección de datos.²¹

4.1.3. MÉTODO

Cuantitativo, porque busco principalmente la recolección de datos, comprender e interpretar los fenómenos a través del retiro de información de las historias clínicas.²¹

4.1.4. DISEÑO

No experimental, transversal y retrospectivo.²¹

4.2 DISEÑO MUESTRAL

4.2.1 POBLACIÓN

Se consideró como universo la población total de 1600 gestantes hospitalizadas por alguna complicación en el Hospital Regional de Huacho, en el año 2018.

Como unidad de análisis gestantes hospitalizadas por preeclampsia.

4.2.2 MUESTRA

Para este trabajo de investigación se estudió al 100% de la población con la morbilidad sujeto de estudio, es decir 51 gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1 TÉCNICAS

La técnica que se utilizó en este estudio fue la revisión de historias clínicas para lo cual se solicitó autorización a la Dirección del hospital, como instrumento se elaboró una ficha de recolección de datos que fue evaluada por tres jueces especializados en el tema quienes firmaran la hoja de evaluación de su conformidad.

4.3.2 INSTRUMENTOS

La ficha de recolección de datos fue elaborada considerando la siguiente estructura:

I Parte: Datos generales

II Parte: Las variables y dimensiones consideradas en el estudio:

- ✓ Variable factor de riesgo materno:
 - Factores sociodemográficos
 - Factores de morbilidad preexistente

- Factores de riesgo obstétrico preexistente
- ✓ Variable Preeclampsia

4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de los datos levantados se utilizó el programa o data estadística SPPS 23, y se analizaron los resultados con la presentación de gráficos y tablas estadísticas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación que se realizó cuidara la privacidad de las gestantes requiere conocer la profundidad de las regulaciones éticas a nivel nacional e internacional que han sido establecidas. Por ello se debe evaluar la relación riesgo/beneficio en la investigación de seres humanos.

CAPITULO V
RESULTADOS

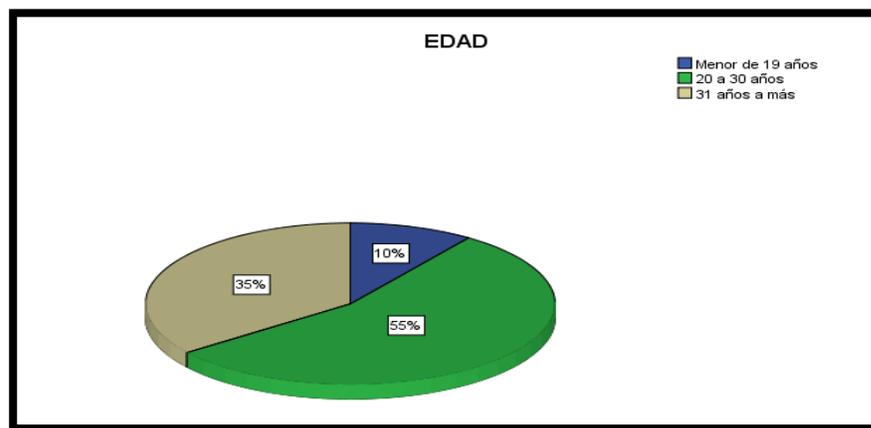
**“FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN
GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO,
2018”**

5.1 Análisis descriptivo

I.- VARIABLE: Factores de riesgo

1.1 Factores sociodemográficos

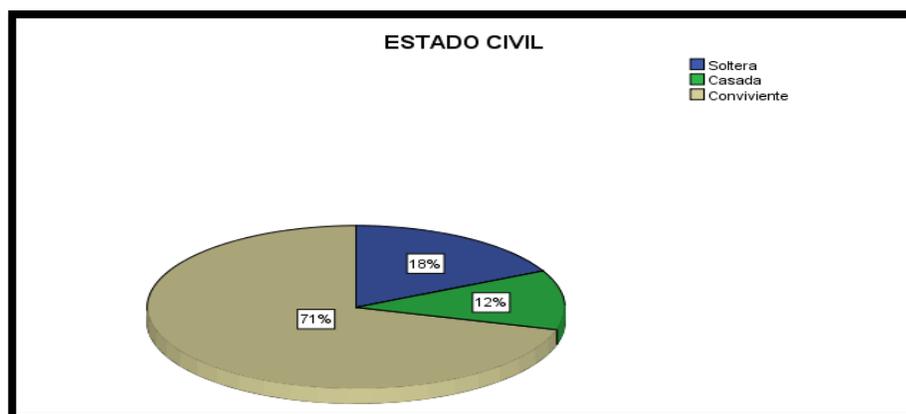
GRAFICO N° 01



FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Del total de mujeres estudiadas según la edad el 54.9% estuvieron entre los 20 a 30 años, el 35.3% entre los 31 a más y el 9.8% menos de 19 años.

GRAFICO N° 02



FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según el estado civil el 70,6% (36) fueron convivientes, el 17,6% (09) solteras y solo un 11,8 (06) casadas.

TABLA N° 01

OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ama de casa	39	76,5	76,5	76,5
Estudiante	5	9,8	9,8	86,3
Profesional	6	11,8	11,8	98,0
Empleado	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según la ocupación el 76,5% (39) se dedicaron a ser ama de casa, el 11,8% (06) trabajaron en su ámbito profesional, el 9,8% (5) fueron estudiantes y solo un 2% (01) fue empleado.

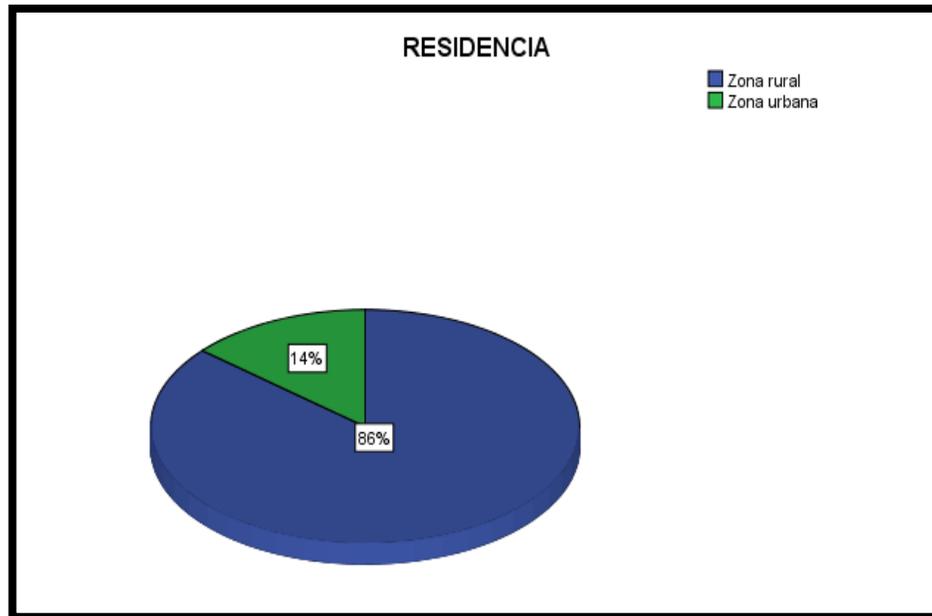
TABLA N° 02

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Huacho	20	39,2	39,2	39,2
Huaura	8	15,7	15,7	54,9
Santa María	10	19,6	19,6	74,5
Hualmay	5	9,8	9,8	84,3
Otros	8	15,7	15,7	100,0
Total	51	100,0	100,0	

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según la procedencia el 39,2% (20) vivieron en Huacho, el 19,6% (10) vivieron en Santa María, el 15,7% (08) vivieron en Huaura, el 15,7% (08) vivieron en otros lugares y solo un 9,8% (05) vivieron en Hualmay.

GRAFICO N° 03



FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según la residencia el 86,3% (44) vivieron en la zona rural y el 13,7% (07) vivieron en la zona urbana.

1.2 Factores de morbilidad preexistente

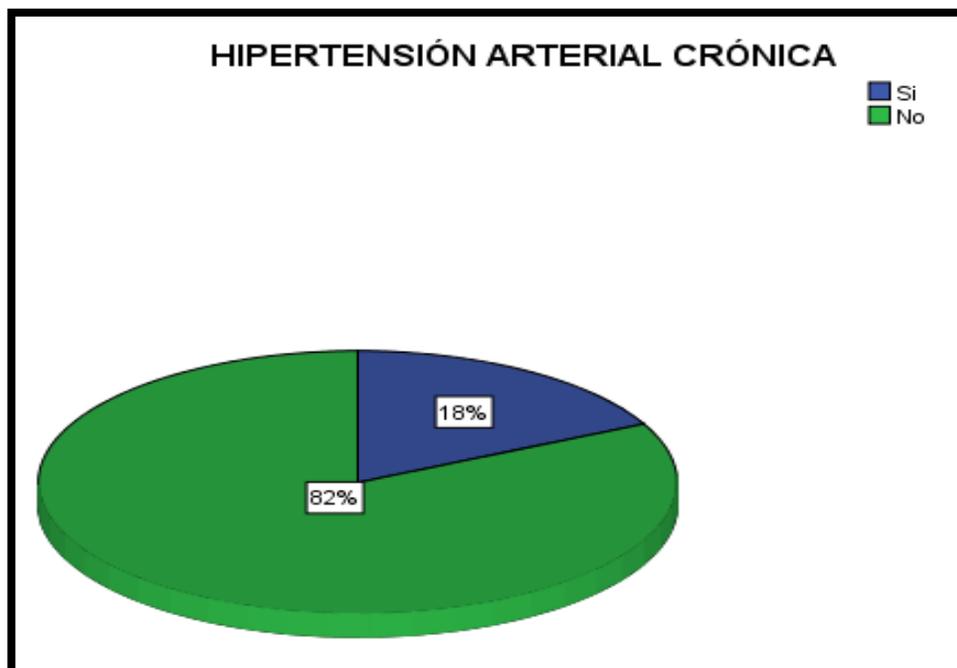
TABLA N° 03

DIABETES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	4	7,8	7,8	7,8
No	47	92,2	92,2	100,0
Total	51	100,0	100,0	

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según la diabetes el 92,2% (47) no tuvieron diabetes y el 7,8% (04) si tuvieron diabetes.

GRAFICO N°04



FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según la hipertensión arterial crónica el 82,4% (42) no tuvieron hipertensión arterial crónica y el 17,6% (09) si tuvieron hipertensión arterial crónica.

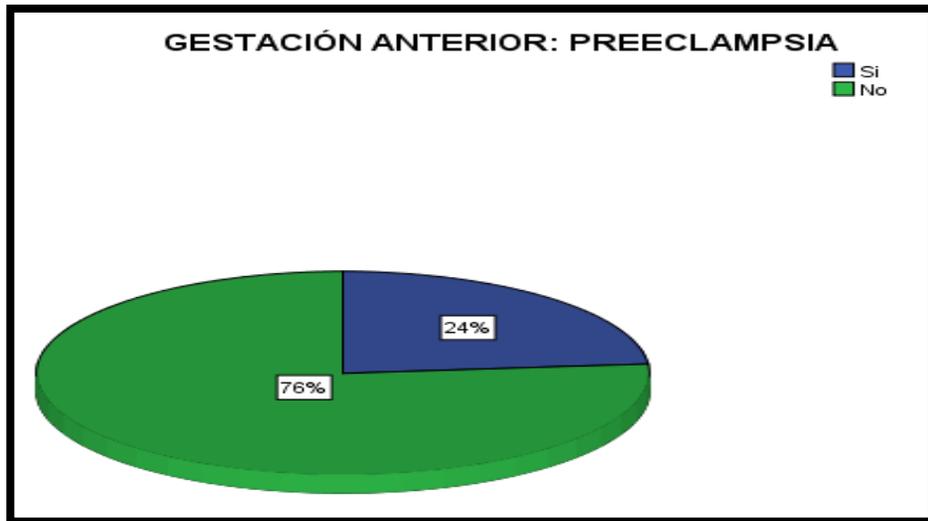
TABLA N° 04

OBESIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	21	41,2	41,2	41,2
Válidos No	30	58,8	58,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según la obesidad el 58,8 (30) no tuvieron obesidad y el 41,2% (21) si tuvieron obesidad.

GRAFICO N° 05

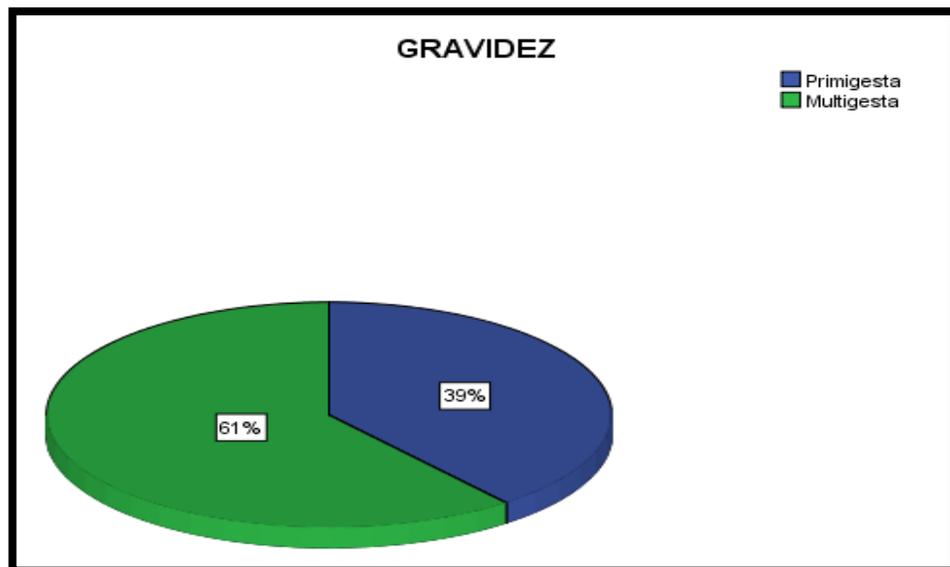


FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según la preeclampsia como antecedente en una gestación anterior el 76,5% (39) no tuvieron y el 23,5% (12) si tuvieron.

1.3. Factores de riesgo obstétrico preexistente

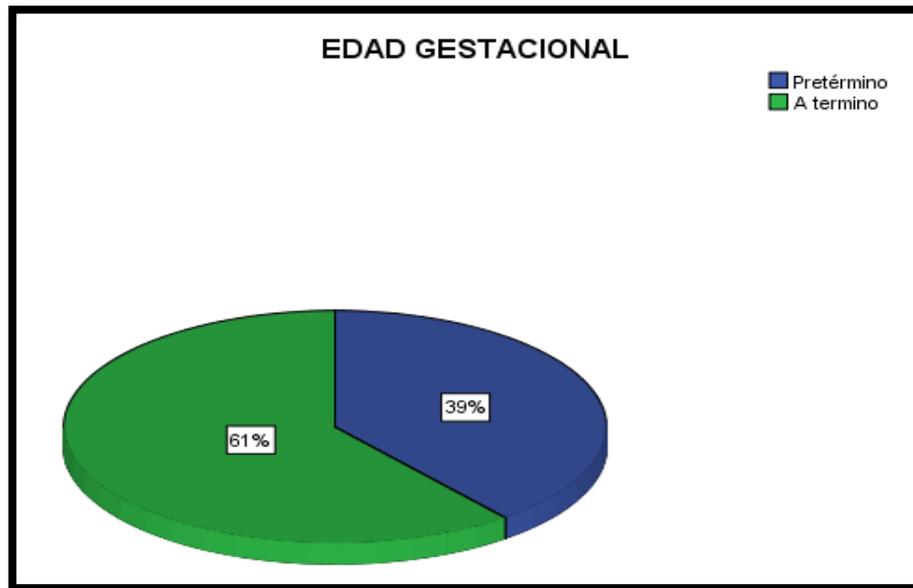
GRAFICO N° 06



FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según la gravidez el 60,8% (31) fueron multigesta y el 39,2% (20) fueron primigesta.

GRAFICO N° 07



INTERPRETACIÓN: Según la edad gestacional el 60,8% (31) fueron a terminó y el 39,2% (20) fueron pretérmino.

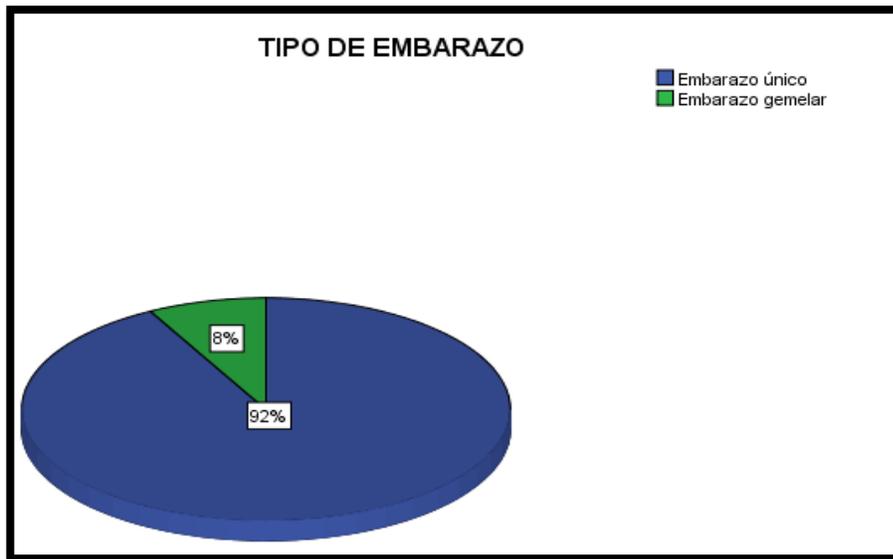
TABLA N° 05

TIPO DE CONTROLES PRENATALES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control prenatal precoz	29	56,9	56,9	56,9
Control prenatal tardío	20	39,2	39,2	96,1
Sin control prenatal	2	3,9	3,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según el tipo de control prenatal el 56,9% (29) tuvieron un control prenatal precoz, el 39,2% (20) tuvieron un control prenatal tardío y solo un 3,9% (02) no tuvieron un control prenatal.

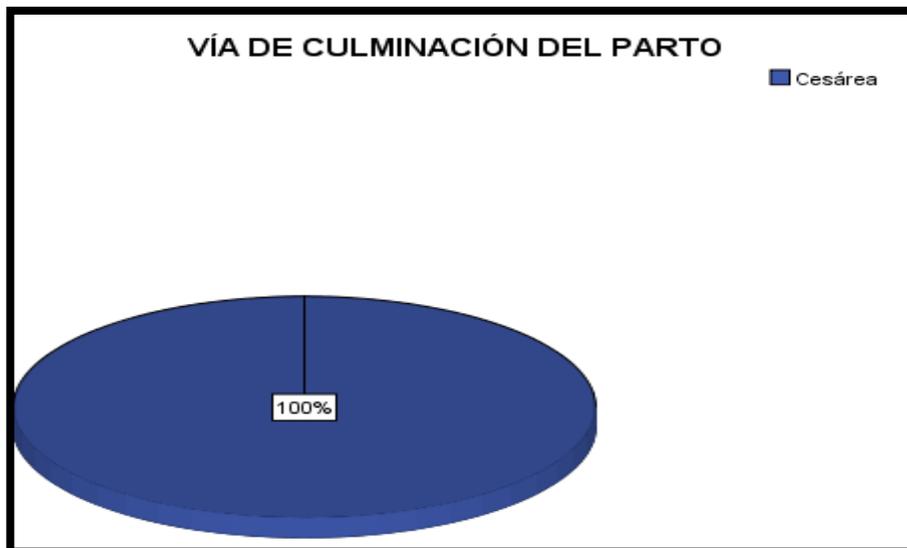
GRAFICO N° 08



FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según el tipo de embarazo el 92,2% (47) tuvieron un embarazo único y el 7,8% (04) tuvieron un embarazo gemelar.

GRAFICO N° 09

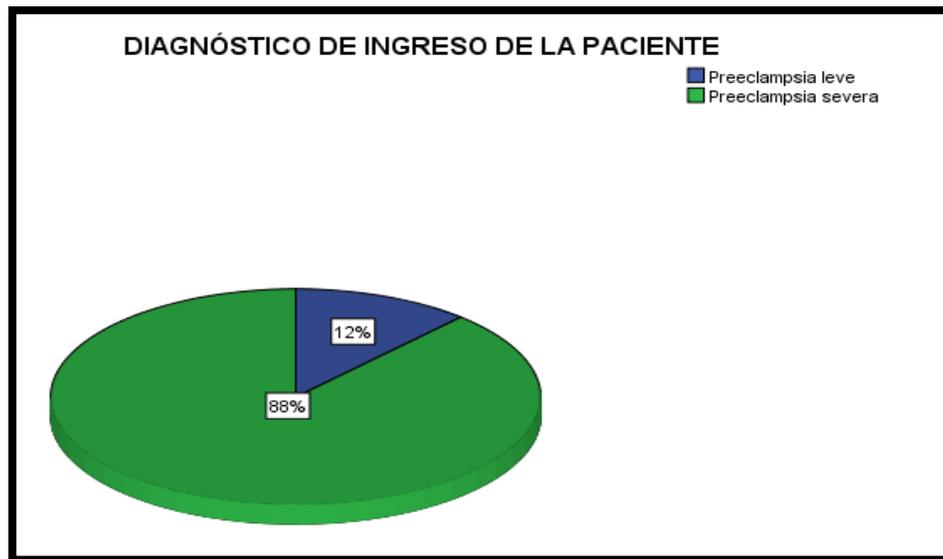


FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según la vía de culminación del parto el 100% (51) terminaron en un parto por vía cesárea.

II.- VARIABLE: Preeclampsia

GRAFICO N° 10



FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Según el diagnóstico de ingreso de la paciente el 88,2% (45) tuvieron preeclampsia severa y solo un 11,8% (06) tuvieron preeclampsia leve.

GRAFICO N° 11

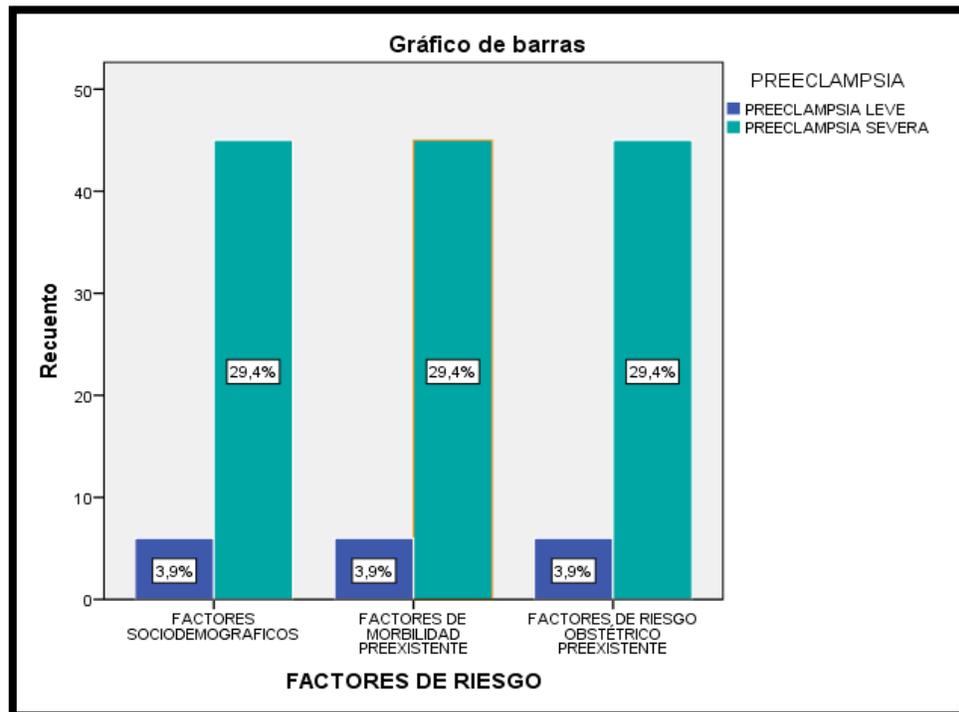


TABLA N° 06
TABLA RESUMEN

Tabla de contingencia **FACTORES DE RIESGO MATERNO Y PREECLAMPSIA**

			PREECLAMPSIA		Total
			PREECLAMPSIA LEVE	PREECLAMPSIA SEVERA	
FACTORES DE RIESGO MATERNO	FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	Recuento	6	45	51
		% dentro de FACTORES DE RIESGO	11,8%	88,2%	100,0%
		% del total	3,9%	29,4%	33,3%
	FACTORES DE MORBILIDAD PREEXISTENTE	Recuento	6	45	51
		% dentro de FACTORES DE RIESGO	11,8%	88,2%	100,0%
		% del total	3,9%	29,4%	33,3%
	FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO PREEXISTENTE	Recuento	6	45	51
		% dentro de FACTORES DE RIESGO	11,8%	88,2%	100,0%
		% del total	3,9%	29,4%	33,3%

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: Los factores de riesgo materno relacionados a los factores sociodemográficos, la morbilidad preexistente y el riesgo obstétrico, se evidencio que en un 29,4% (45) tuvieron preeclampsia severa y un 3,9% preeclampsia leve.

5.2 Análisis Inferencial

I. Variable independiente: Factores de riesgo materno

1.1. Factores sociodemográficos

TABLA RESUMEN

Estadísticos de contraste

	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	GRADO DE INSTRUCCION	PROCEDENCIA	RESIDENCIA
Chi-cuadrado	15,647 ^a	32,118 ^a	73,157 ^b	60,765 ^b	13,020 ^c	26,843 ^d
gl	2	2	3	3	4	1
Sig. asintót.	,031	,071	,062	,056	,011	,028

Fuente: Propia

EDAD Y PREECLAMPSIA

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,336 ^a	2	,031
Razón de verosimilitudes	2,945	2	,029
Asociación lineal por lineal	,134	1	,714
N de casos válidos	51		

Fuente: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados de la contrastación de hipótesis, si existe una relación entre la edad y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,031, siendo menor a 0,05 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

PROCEDENCIA Y PREECLAMPSIA

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,870 ^a	4	,011
Razón de verosimilitudes	1,936	4	,048
Asociación lineal por lineal	,861	1	,354
N de casos válidos	51		

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados de la contrastación de hipótesis, existe una relación entre la procedencia y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,011, siendo menor a 0,05 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

RESIDENCIA Y PREECLAMPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,082 ^a	1	,028
Razón de verosimilitudes	1,894	1	,169
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,061	1	,303
N de casos válidos	51		

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados de la contrastación de hipótesis, si existe una relación entre la residencia y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,028, siendo menor a 0,05 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

1.2. Factores de morbilidad preexistente

TABLA RESUMEN

Estadísticos de contraste

	DIABETE S	HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA	OBESIDAD	ENFERMEDA D RENAL	GESTACIÓN ANTERIOR: PREECLAMP SIA	GESTACIÓN ANTERIOR: ECLAMPSIA
Chi- cuadrado	36,255 ^a	21,353 ^a	1,588 ^a	No se puede cálculo el chi por ser una consante	14,294 ^a	No se puede cálculo el chi por ser una consante
gl	1	1	1		1	
Sig. asintót.	,063	,032	,020		,003	

Fuente: Propia

HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA Y PREECLAMPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,004 ^a	1	,032
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000
Razón de verosimilitudes	,005	1	,946
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,004	1	,947
N de casos válidos	51		

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados de la contrastación de hipótesis, si existe una relación, pero no significativamente entre la hipertensión arterial crónica y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,032, siendo menor a 0,05 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

OBESIDAD Y PREECLAMPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,824 ^a	1	,020
Corrección por continuidad ^b	,826	1	,363
Razón de verosimilitudes	1,799	1	,180
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,788	1	,181
N de casos válidos	51		

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados de la contrastación de hipótesis, existe relación, pero no significativa entre la obesidad y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,020, siendo menor a 0,05 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

ANTECEDENTE DE GESTACIÓN ANTERIOR CON PREECLAMPSIA Y PREECLAMPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,824 ^a	1	,003
Corrección por continuidad ^b	,826	1	,363
Razón de verosimilitudes	1,799	1	,180
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	1,788	1	,181
N de casos válidos	51		

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo con los resultados de la contrastación de hipótesis, existe relación, pero no significativa entre antecedente de gestación anterior con preeclampsia y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,003, siendo menor a 0,03 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

1.3. Factores de riesgo obstétrico preexistente

TABLA RESUMEN

Estadísticos de contraste

	GRAVIDEZ	PERIODO INTERGENÉSICO	EDAD GESTACIONAL	VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO	TIPO DE CONTROLES PRENATALES	TIPO DE EMBARAZO
Chi-cuadrado	2,373 ^a	19,176 ^b	2,373 ^a	8,647 ^a	22,235 ^b	36,255 ^a
gl	1	2	1	1	2	1
Sig. asintót.	,023	,076	,023	,083	,026	,081

Fuente: Propia

GRAVIDEZ Y PREECLAMPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,099 ^a	1	,023
Corrección por continuidad ^b	,000	1	,000
Razón de verosimilitudes	,100	1	,751
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,097	1	,756
N de casos válidos	51		

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados de la contrastación de hipótesis, si existe una relación entre la gravidez y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,023, siendo menor a 0,05 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

EDAD GESTACIONAL Y PREECLAMPSIA

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,450 ^a	1	,023
Corrección por continuidad ^b	,576	1	,448
Razón de verosimilitudes	,613	1	,204
Estadístico exacto de Fisher			
Asociación lineal por lineal	,422	1	,233
N de casos válidos	51		

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados de la contrastación de hipótesis, si existe una relación entre la edad gestacional y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,023, siendo menor a 0,05 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

TIPO DE CONTROLES PRENATALES Y PREECLAMPSIA

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,525 ^a	2	,026
Razón de verosimilitudes	,747	2	,008
Asociación lineal por lineal	,018	1	,004
N de casos válidos	51		

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados de la contrastación de hipótesis, si existe una relación entre el tipo de controles prenatales y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,026, siendo menor a 0,05 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

FACTORES DE RIESGO MATERNO Y PREECLAMPSIA

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,000 ^a	2	0,001
Razón de verosimilitudes	,000	2	0,001
Asociación lineal por lineal	,000	1	0,001
N de casos válidos	153		

FUENTE: Propia

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los resultados de la contrastación de hipótesis, si existe una relación entre los factores de riesgo materno y preeclampsia porque se obtuvo como resultado del p-valor = 0,001, siendo menor a 0,05 lo cual es aceptable la hipótesis alternativa de la investigación.

5.3 Discusión de resultados

Estudio realizado por Villa, Pia Et. al. (2017), coincide con los resultados con relación ya que demostró que el riesgo de preeclampsia aumentó exponencialmente al número de factores de riesgo. Estos resultados no guardan relación con lo que sostiene Oliveira, Bruna (2018), que señala en su investigación no existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

En el presente estudio se encontró que los factores sociodemográficos edad, procedencia y residencia tienen relación con la preeclampsia, estos resultados coinciden con los resultados del estudio de Castillo, Yuver (2018), donde menciona que la edad materna fue mayor a 35 años y la residencia en zona rural, datos considerados como factores de riesgo para preeclampsia. Así mismo en el estudio por Tejada, Stefany (2018), demostró como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia la edad entre los 39 a 49 años y pacientes de etnia blanca. También Salamanca, Andrea, Nieves Laura y Arenas, Yuri (2017), mencionaron a la edad de 35 años o más que tuvieron 5,2 veces más probabilidad de tener preeclampsia en comparación con las menores de 35 años.

En relación a los factores de morbilidad preexistente y la variable preeclampsia si se encuentra relación, como lo es la hipertensión arterial crónica, obesidad y el antecedente de gestación anterior con preeclampsia, se coincide con los resultados de este estudio por Depaz, Gisella (2018), mencionó el antecedente de preeclampsia es un factor evidente para esta complicación frente a otras patologías maternas. Además, Castillo, Yuver (2018), señaló que el factor de riesgo más frecuente fue la presencia de obesidad.

Finalmente, en lo que respecta a los factores riesgo obstétrico preexistente con relación a la variable preeclampsia si encuentra relación, entre ellas la gravidez, edad gestacional y el tipo de controles prenatales difieren con los resultados de este estudio por Oliveira, Bruna (2018) donde menciona que no existe relación entre las gestantes preeclámplicas y la paridad, embarazo múltiple y controles prenatales. Pero coinciden con el estudio por Castillo, Yuver (2018) donde manifestó que la edad gestacional menor de 36 semanas, nuliparidad con controles prenatales menos de 6 están considerados como factores de riesgo para preeclampsia.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el estudio de investigación se concluye que:

1. Los factores sociodemográficos relacionados a la edad, procedencia y residencia están asociados significativamente a la preeclampsia.
2. Los factores de morbilidad preexistente relacionados a hipertensión y obesidad tienen asociación relativa con la preeclampsia.
3. Entre los factores de riesgo obstétrico sólo la gravidez tiene asociación significativa con la preeclampsia. Así mismo se ha observado que del total de gestantes estudiadas el 56,9% tuvieron un control prenatal precoz.
4. Los tres factores de riesgo materno tanto sociodemográficos, de morbilidad preexistente y de riesgo obstétrico están asociados en un porcentaje mayor con la preeclampsia severa que con la preeclampsia leve.

RECOMENDACIONES

1. De acuerdo a las conclusiones del estudio se recomienda que los profesionales de la salud responsables de la atención de las mujeres en edad fértil planifiquen y organicen acciones orientadas a la prevención de embarazos de riesgo, con la finalidad de contribuir a disminuir las complicaciones durante el embarazo, parto y posparto.
2. Establecimiento de estrategias de trabajo orientadas a la captación precoz de las gestantes para la atención obstétrica oportuna y de calidad, de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio de Salud.
3. Así mismo se recomienda a la institución que, dentro de las estrategias de trabajo para evitar la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, se considere programas de refrescamiento en atención obstétrica para los profesionales que tienen la responsabilidad de la mencionada atención.
4. Como estrategia en la atención obstétrica se sugiere el monitoreo en la atención obstétrica y que esta sea de manera integral.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Boletín informativo del MINSA. 2021.
https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202114.pdf
2. Boletín informativo de la OMS. 2019.
<https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
3. Recomendaciones de la OMS. La prevención y el tratamiento de la preclamsia y eclampsia.
www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548335/en/index.html
4. Rosell J. Ernesto; Brown B. Raquel; Hernández, Alejandro P. Estudio Factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Archivo Médico de Camagüey, vol. 10, núm. 5, 2006.
<https://www.redalyc.org/pdf/2111/211117629007.pdf>
5. López C. Mario J., Manríquez M. María E., Gálvez C. Daniela, Ramírez J. Evelia, investigación Factores de riesgo asociados con Preeclampsia. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2019.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im125d.pdf>
6. Guevara R. Enrique. La preeclampsia, problema de salud pública. Estudio realizado en la revista Peruana de Investigación del Instituto Materno Perinatal publicado el 2019.
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/articulo/view/147>

7. Córdova M. Erika L. Cohabitación Sexual Pregestacional, Como Factor De Riesgo De Preeclampsia En Pacientes Gestantes Del Hospital Santa Rosa li-2 Piura, Perú, Periodo Enero – Abril, 2017.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16893/Cordova_MEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Sánchez Sixto E. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia Rev. peru. ginecol. obstet. vol.60 no.4 Lima oct./dic, 2014.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007
9. Depaz M. Gisella. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero –Setiembre, Lima, 2017. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1700>
10. Castillo A, Yuver P. Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo enero – diciembre 2017. Universidad Nacional del Altiplano, Puno-Perú, 2017.
http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6418/Castillo_Apaza_Yuver_Paul.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Oliveira S. Bruna E. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital amazónico de yarinacocha en el período de julio a diciembre de 2017. Universidad Nacional de Ucayali, 2017.
<http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/3516/000003069T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Tejada S. Stefany P. Preeclampsia y su correlación con factores socio demográficos en pacientes que fueron atendidas su parto (vaginal y

cesárea) en el hospital delfina torres de concha, esmeraldas, en el periodo de junio a noviembre del 2016. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2016.

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14759/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13. Villa P, Et. al. Análisis por agrupamiento para estimar el riesgo de preeclampsia de alto riesgo, prevención de preeclampsia y restricción de crecimiento intrauterino. PLOS ONE [Internet]. mar [citado el 3 de dic. de 2020];12(3): 1-14, 2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5369775/pdf/pone.0174399.pdf>

14. Salamanca S. Andrea L., Nieves D. Laura A., Arenas C. Yury M. Preeclampsia: prevalencia y factores asociados en gestantes de una institución de salud de Boyacá en el periodo 2015 a 2017. Artículo de investigación. Revista de Investigación En salud. Universidad De Boyacá 2019;6 (2):40-52, 2017.

<http://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/422/467>

15. Cruz H. Jeddú, Hernández G. Pilar, Yanes Q. Marelis y Isla V. Ariana. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. Rev Cubana Med Gen Integr v.23 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic, 2017.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012

16. Zavala G. Abraham, Ortiz R. Heidy, Salomon K. Julie, Padilla A. Carla y Preciado R. Raymundo. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura, 2017.

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100052&lng=p&nrm=iso

17. Mongrut Steane, Andrés. Tratado de Obstetricia Normal y Patológica. Quinta edición, 2011.

18. Huamán P. Conrad J., Prevalencia de Factores de riesgo para preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Dos De Mayo, Lima, 2015.
https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/531/Huaman_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19. Ministerio de salud, Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, pp.53 – 62, 2007.
http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

20. Ministerio de Salud, Hospital Nacional Docente Madre Niños “San Bartolomé” Guía de Práctica Clínica: Actualizadas. Elaboradas por el Departamento de Gineco Obstetricia, Octubre, 2012.

21. Hernández S. Roberto, Fernández C. Carlos, Baptista L. Pilar. Metodología de la investigación. Cuarta ed. Canadá, 2014.
<https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2018”

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general: ¿Cuáles son los factores de riesgo materno asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018?</p> <p>Problemas específicos: a) ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el</p>	<p>Objetivo general: Determinar los factores de riesgo materno asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.</p> <p>Objetivos específicos: a) Identificar los factores sociodemográficos asociados a</p>	VARIABLE X FACTORES DE RIESGO MATERNO	<p>FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</p> <p>FACTORES DE MORBILIDAD PREEXISTENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Edad ● Estado civil ● Ocupación ● Grado de instrucción ● Procedencia ● Residencia <ul style="list-style-type: none"> ● Diabetes ● Hipertensión arterial crónica ● Obesidad ● Enfermedades renales ● Preeclampsia en gestación anterior 	<p>El presente estudio corresponde al:</p> <p>Tipo: Correlacional</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Método: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental, transversal y retrospectivo.</p> <p>Población: Está conformado por las 1600 gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho</p>

<p>Hospital Regional de Huacho, 2018?</p> <p>b) ¿Cuáles son los factores de morbilidad preexistente asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018?</p> <p>c) ¿Cuáles son los factores de riesgo obstétrico preexistente asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018?</p>	<p>preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.</p> <p>b) Identificar los factores de morbilidad preexistente asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.</p> <p>c) Identificar los factores de riesgo obstétrico preexistente asociados a preeclampsia en gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional de Huacho, 2018.</p>	<p>VARIABLE Y PREECLAMPSIA A</p>	<p>FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO PREEXISTENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gravidéz • Periodo intergenesico • Edad Gestacional • Tipo de Control prenatal • Tipo de embarazo • Vía de culminación del parto 	<p>Muestra: La muestra es de 51 gestantes hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia.</p>
			<p>PREECLAMPSIA LEVE</p>	<p>P.A \geq 140/90 mmHg</p>	
			<p>PREECLAMPSIA SEVERA</p>	<p>P.A \geq 160/110 mmHg</p>	



ANEXO N° 02

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA:

HC:

VARIABLE I: Factores de riesgo materno

I. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA GESTANTE

- Edad:
 - a) Menor de 19 años ()
 - b) 20 – 30 años ()
 - c) Mayor de 31 años ()

- Estado Civil:
 - a) Soltera. ()
 - b) Casada. ()
 - c) Conviviente. ()

- Ocupación:
 - a) Ama de casa. ()
 - b) Estudiante. ()
 - c) Profesional. ()
 - d) Empleado. ()

- Grado de instrucción:
 - a) Sin instrucción. ()
 - b) Primaria. ()
 - c) Secundaria. ()
 - d) Educ. Superior Universitario. ()
 - e) Educ. Superior No Universitarios. ()

- Procedencia:
 - a) Huacho ()
 - b) Huaura ()
 - c) Santa Maria ()
 - d) Hualmay ()
 - e) Otros ()

- Residencia:

Dirección:

 - a) Zona rural ()
 - b) Zona urbana ()

II. FACTORES DE MORBILIDAD PREEXISTENTE:

- | | SI | NO |
|------------------------------------|-----|-----|
| ● Diabetes | () | () |
| ● Hipertensión arterial crónica | () | () |
| ● Obesidad | () | () |
| ● Enfermedad renal (Nefropatías) | () | () |
| ● Gestación anterior: Preeclampsia | () | () |

III. FACTORES DE RIESGO OBSTETRICO PREEXISTENTE

- Gravidéz:
 - a) Primigesta ()
 - b) Multigesta ()
- Periodo Intergenésico:
 - a) Sin periodo intergenésico. ()
 - b) Menor de 10 años. ()
 - c) Mayor de 10 años. ()

- Edad gestacional:
 - a) Pretérmino ()
 - b) A término ()

- Tipo de Control Prenatal:
 - a) Control Prenatal precoz ()
 - b) Control Prenatal tardío ()
 - c) Sin Control Prenatal ()

- Tipo de embarazo:
 - a) Embarazo único ()
 - b) Embarazo gemelar ()

- Vía de culminación de parto.
 - a) Vaginal ()
 - b) Cesárea ()

VARIABLE II: Preeclampsia

- Diagnóstico de ingreso de la paciente:
 - a) Preeclampsia sin rasgos de severidad ()
 - b) Preeclampsia con rasgos de severidad ()

ANEXO N° 03 JUICIO DE EXPERTOS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Georgette Sandoval, Diana A.

Tomando como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada: "FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS A PRECLAMPSIA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2018"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (X)	NO ()	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

AC=3,110

Georgette Sandoval, Diana A.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 ESCALA DE CALIFICACIÓN
 PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): De los Santos Acosta, Karol

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulada: "FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS A PRECLAMPSIA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2018"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (S)	NO (N)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS

Ninguna

Karol De los Santos Acosta
 OBSTETRA
 C.O.P. 10885

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
 ESCALA DE CALIFICACIÓN
 PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): URBANO HINOJOSA JENNY E.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación Títulado: "FACTORES DE RIESGO MATERNICOS ASOCIADOS A PREECLAMPSIA EN GESTANTES HOSPITALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO, 2018"

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. La estructura del instrumento es adecuado	X		
3. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
5. Los ítems son claros y entendibles	X		
6. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

NINGUNA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ANEXO N° 04
Valoración de evaluación de Juicio de Expertos

Datos de la clasificación:

CRITERIOS	JUECES			VALOR P
	J1	J2	J3	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	3
La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	3
Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	1	1	1	3
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	1	1	3
Los ítems son claros y entendibles	1	1	1	3
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1	1	1	3
TOTAL	6	6	6	18

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total “de acuerdo” de jueces

Td: N° total de “desacuerdo” de jueces

Prueba de concordancia entre los jueces

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

Ejem:

$$b = \frac{18}{18 + 0} \times 100 = 1 \quad \text{Excelente validez}$$

Según

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Conclusión de jueces expertos:

No encuentran observación alguna

ANEXO N° 05 AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS (HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO)



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA	
DOC.	3039128
EXP.	1940366

Huacho, 14 de Agosto del 2021.

OFICIO N° 233-2021-GRL-DIRESA-HHHO-SBS-DE/UEDEIN

DRA. BURGA UGARTE INDIRA GIOVANNA
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
Presente.-

ASUNTO : RESPUESTA A LO SOLICITADO

REF. : DOC N° 3030605- EXP. 1940366

De nuestra consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y a su vez remitirle la opinión favorable en la revisión de las Historias Clínicas del Proyecto de Investigación de la estudiante **PICHILINGUE CARRERA CARMEN MARIBEL** para la realización de Tesis.

Las coordinaciones se harán directamente con el interesado sobre los días viables para la revisión de historias clínicas.

Sin otro particular, es todo cuanto informo a Usted para su conocimiento y fines que estime pertinente.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HUACHO - RED HUACHO YON Y SBS

Chafalote
S.UT. N° 88553
UNIDAD DE ESTADISTICA E INFORMATICA

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL HUACHO HUACHO YON Y SBS

Dña. INDIRA G. BURGA UGARTE
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION



MCHCH/j/mcs
cc: Archivo

Unidad de Estadística e Informática

Central Telefónica: 232-2634

Teléfono: 239-3636

Telefax: 232-6424

Correo Electrónico: hduhuacho@ec-red.com

ANEXO N° 06

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Pichilingue Carrera, Carmen Maribel identificado con D.N.I. N° 75165450, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, declaro bajo juramento que toda la documentación que adjunto es veraz y autentica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a la disposición en las normas académicas de la Universidad Alas Peruanas.

Huacho, Noviembre del 2021