



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

TESIS:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA
EN PACIENTES HOSPITALIZADAS ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2018**

PRESENTADO POR:

Bach. Fernández Lapa Lizet

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

Dr. Oscar Otoya Petit

LIMA – PERU

2019

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Nacional Sergio E. Bernales y a los docentes que me permitieron realizar mi estudio en su sede hospitalaria A la Universidad Alas Peruanas, por brindarme los conocimientos necesarios para realizar el trabajo de la investigación y a mi asesor Dr. Oscar Otoyá Petit por ayudarme con sus conocimientos para realizar el trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por brindarme sus bendiciones y por ser mi guía constantemente, a mis padres José y Mercedes, a mi hermano Christiam, quienes siempre me brindaron todo su amor, apoyo y confianza. Los adoro con todo mi corazón.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de GO del HNSEB.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de tipo No experimental, Descriptivo, correlacional, de corte transversal. La muestra fue de 215 pacientes hospitalizadas. Se realizó análisis bivariado, mediante el programa estadístico SPSS Statistics v. 25, lo cual se cruzó las variables, entre ellas la variable dependiente (factores de riesgo) y variable independiente (preeclampsia), la cual se aplicó una prueba no paramétrica X² (Chi cuadrado), lo que se consideró $p < 0,05$, donde se elaboró tablas y cuadros de contingencia para que se demuestre la asociación entre ambas variables.

RESULTADOS: Los factores de riesgo sociodemográficos, entre ellos la edad, se presentó que el 36,3% tuvieron entre los 18 a 25 años, el 52,6% fueron de secundaria completa y el 71,6% proceden de Comas. De los factores obstétricos el 97,2% presentaron ≥ 28 semanas de EG, el 46,5% eran nulíparas, el 47,44% tenían un periodo intergenésico < 10 años, de los antecedentes de PE, 76,7% no presentaron antecedentes y el 87,4% no presentaron sus familiares antecedentes de PE. De los factores asociados a enfermedades crónicas, el 87,4% no presentaron HTA crónica, el 98,6% no tuvieron ninguna enfermedad autoinmune, el 73% no eran obesas y 88,8% no tuvieron diabetes.

CONCLUSIÓN: Los factores de riesgo se relacionan con la preeclampsia, así como presentar antecedente de riesgo obstétrico es un riesgo mayor a presentar PE, sin embargo no hay relación con respecto a los factores sociodemográficos

Palabras claves: Preeclampsia, factores de riesgo, riesgo obstétrico, factores sociodemográficos, asociados a enfermedades crónicas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Determine to the risk factors associated with preeclampsia in hospitalized patients treated in the GO service of HNSEB.

MATERIAL AND METHOD: Non-experimental, descriptive, correlational, cross-sectional study. The sample was 215 hospitalized patients. Bivariate analysis was carried out through the statistical program SPSS Statistics v. 25, which was crossed variables, including the dependent variable (risk factors) and independent variable (preeclampsia), which was applied a non-parametric test X² (Chi square), which was considered $p < 0.05$, where tables and contingency tables were drawn up to show the association between both variables.

RESULTS: The sociodemographic risk factors, including age, showed that 36.3% had between 18 to 25 years, 52.6% were full secondary and 71.6% come from Comas. Of the obstetric factors, 97.2% had ≥ 28 weeks of GD, 46.5% were nulliparous, 47.44% had an intergenic period < 10 years, of the history of PE, 76.7% had no history and 87.4% did not present their family history of PE. Of the factors associated with chronic diseases, 87.4% did not have chronic HBP, 98.6% did not have any autoimmune disease, 73% were not obese and 88.8% did not have diabetes.

CONCLUSION: Risk factors are related to preeclampsia, as well as presenting antecedent of obstetric risk is a greater risk to present PE, however there is no relationship with respect to sociodemographic factors

Keywords: Preeclampsia, risk factors, obstetric risk, sociodemographic factors, associated with chronic diseases.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que los trastornos hipertensivos en el embarazo, entre ellos la preeclampsia es inmediatamente consecuente de 70 mil decesos maternos al año en todo el mundo (1), al día fallecen unas 830 mujeres por complicaciones vinculadas al embarazo o durante el parto, el 99% afecta mayormente a países en desarrollo, incrementándose también en zonas rurales y en comunidades indigentes (2). Se estima que fallecen 500 000 neonatos al año a causa de estos trastornos (3).

En el Perú, conforme a la Dirección General de Epidemiología, el 21% de las mujeres gestantes fallecen debido a las enfermedades inducidas en el embarazo (HIE) (4). Mediante los años 2002 – 2011, hubieron muertes maternas a causa de la preeclampsia, con 38,4% en la región de la Costa, el 20,8% en la sierra y el 19,3% en la Selva (5,6).

La Preeclampsia (PE) es un síndrome que incluye primordialmente en el desarrollo de la hipertensión arterial, iniciando en la segunda mitad del embarazo, acompañado de proteinuria de inicio reciente, a la vez este síndrome puede asociarse a signos y síntomas, como trastornos visuales, dolores de cabeza, dolor en región de epigastrio y el rápido desarrollo de edemas, entre los criterios diagnósticos se incluye la presión arterial sistólica persistente mayor de 140 mmHg y la presión arterial diastólicas mayor o igual de 90 mmHg (7).

ÍNDICE

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1 PROBLEMA GENERAL.....	13
1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS	13
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.4.1. Importancia de la Investigación	16
1.4.2. Viabilidad del estudio.....	16
1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO	17
MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	18
2.1.1. Antecedentes Nacionales.....	18
2.1.2. Antecedentes Internacionales.....	19
2.2. BASES TEÓRICAS.....	21
2.2.1. Preeclampsia	22
2.2.2. Factores de Riesgo:.....	26
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	31
HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	32
3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS.....	32
3.1.1. Hipótesis General	32
3.1.2. Hipótesis Secundarias	32
3.2. VARIABLES: DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	33
METODOLOGÍA	35
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
4.2. DISEÑO MUESTRAL, MATRIZ DE CONSISTENCIA	36
4.2.1 Criterios de Inclusión.....	37
4.2.2 Criterios de Exclusión:.....	37
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	38

4.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	38
4.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANALISIS DE LA INFORMACIÓN	39
4.6 ASPECTOS ÉTICOS CONTEMPLADOS	39
ANALISIS Y DISCUSIÓN	41
5.1 ANALISIS DESCRIPTIVO, TABLA DE FRECUENCIAS, GRÁFICOS, DIBUJOS, FOTOS, TABLAS, ETC .	41
Tabla N°01: Distribución de las pacientes hospitalizadas con y sin diagnóstico definitivo de preeclampsia en el HNSEB 2018.	41
Tabla N° 02: Distribución de las gestantes hospitalizadas según la edad materna en el HNSEB 2018.	42
Tabla N° 03: Distribución de las pacientes hospitalizadas según su nivel de estudio en el HNSEB 2018.	43
Tabla N° 04: Distribución de las gestantes hospitalizadas con preeclampsia según su lugar de procedencia en el HNSEB 2018.	44
Tabla N° 05: Distribución de las gestantes hospitalizadas según la edad gestacional en el HNSEB 2018.	45
Tabla N°06: Distribución de las mujeres hospitalizadas según la paridad en el HNSEB 2018.	46
Tabla N° 07: Distribución de las gestantes hospitalizadas según el periodo Inter-genésico en el HNSEB 2018.	47
Tabla N° 08: Distribución de las gestantes hospitalizadas según el número de controles prenatales en el HNSEB 2018.	48
Tabla N°09: Distribución de las mujeres hospitalizadas según su gestación múltiple en el HNSEB 2018.	49
Tabla N° 10: Distribución de las pacientes hospitalizadas según su antecedente de preeclampsia en el HNSEB 2018.	50
Tabla N° 11: Distribución de las pacientes hospitalizadas atendidas según sus antecedentes de familiares con preeclampsia en el HNSEB 2018	51
Tabla N° 12: Distribución de las pacientes hospitalizadas según el consumo de alcohol en el HNSEB 2018	52
Tabla N° 13: Distribución de las pacientes hospitalizadas según antecedentes de hipertensión arterial (HTA) crónica en el HNSEB 2018.	53
Tabla N° 14: Distribución de las pacientes hospitalizadas según antecedentes de presentar enfermedad autoinmune en el HNSEB 2018.	54
Tabla N° 15: Distribución de las pacientes hospitalizadas según la obesidad en el HNSEB 2018	55
Tabla N° 16: Distribución según las pacientes hospitalizadas con diabetes mellitus en el HNSEB 2018.	56
5.2 ANALISIS INFERENCIAL, PRUEBAS ESTADÍSTICAS PARAMÉTRICAS, NO PARAMÉTRICAS, DE CORRELACIÓN, DE REGRESIÓN U OTRAS.	57
5.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS, TÉCNICAS ESTADÍSTICAS EMPLEADAS.	58

Tabla N° 17: Tabla de contingencia entre la edad y el diagnóstico de preeclampsia	59
Tabla N° 18: Tabla de contingencia entre el nivel de estudio y el diagnóstico de Preeclampsia	60
Tabla N° 19: Tabla de contingencia entre el Lugar de procedencia y el diagnóstico de Preeclampsia.....	61
Tabla N° 20: Tabla de contingencia entre la edad gestacional y el diagnóstico de Preeclampsia.....	63
Tabla N° 21: Tabla de contingencia entre la Paridad y el diagnóstico de Preeclampsia.....	64
Tabla N° 22: Tabla de contingencia entre el periodo intergenésico y el diagnóstico de Preeclampsia.....	65
Tabla N° 23: Tabla de contingencia entre el número de controles prenatales y el diagnóstico de Preeclampsia.....	66
Tabla N° 24: Tabla de contingencia entre embarazo doble y el diagnóstico de Preeclampsia... 67	
Tabla N° 25: Tabla de contingencia entre antecedente de preeclampsia y el diagnóstico de Preeclampsia.....	68
Tabla N° 26: Tabla de contingencia entre antecedente de familiares con preeclampsia y el diagnóstico de Preeclampsia.....	69
Tabla N° 27: Tabla de contingencia entre el consumo de alcohol y el diagnóstico de Preeclampsia.....	71
Tabla N° 28: Tabla de contingencia entre la hipertensión crónica y el diagnóstico de Preeclampsia.....	72
Tabla N° 29: Tabla de contingencia entre la enfermedad autoinmune y el diagnóstico de Preeclampsia.....	73
Tabla N° 30: Tabla de contingencia entre la obesidad y el diagnóstico de Preeclampsia	74
Tabla N° 31: Tabla de contingencia entre la diabetes mellitus y el diagnóstico de Preeclampsia	75
5.4. DISCUSIÓN	76
5.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
5.5.1. Conclusiones:	84
5.5.2. Recomendaciones:	85
ANEXO Y APENDICES.....	86
ANEXO 01: DATOS Y FUENTE DE INVESTIGACIÓN	86
ANEXO 02: PRUEBAS PSICOLOGICAS, CUESTIONARIOS O ESCALAS UTILIZADAS.....	95
ANEXO 03: PRUEBAS DE VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS	98

CAPÍTULO I

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La preeclampsia es una complicación común y grave a la vez que se puede dar durante la gestación, lo cual influye significativamente la mortalidad materna, así como la perinatal. (1)

Aproximadamente cada año, diez millones de mujeres gestantes desarrollan preeclampsia a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), al día fallecen unas 830 mujeres por complicaciones vinculadas al embarazo o durante el parto (2). En el mundo, 76,000 mujeres gestantes fallecen a causa de la preeclampsia y trastornos hipertensivos relacionados al embarazo. Se estima que el número de neonatos que fallecen al año a causa de estos trastornos es de 500,000 por año. (3)

En el Perú, según la Dirección General de Epidemiología, el 21 % de las mujeres fallecen debido a las enfermedades hipertensivas del embarazo (4) Durante el 2002-2011, la mortalidad materna a causa de la preeclampsia fue de 38.4% en la región de la Costa, el 20.8% en la Sierra y 19.3% en la Selva, estableciéndose el primer lugar de muerte materna en la Región de la Costa del país. (5, 6)

La preeclampsia (PE) es una alteración grave de la presión arterial, asociado a proteinuria, que puede perjudicar a todos los órganos del cuerpo de gestante.

En la mayoría ocurre a partir de las 20 semanas de gestación, mayormente ocurre en el tercer trimestre (7), este trastorno se determina por una respuesta inmunológica anormal, así también como factores genéticos, se menciona que la etiología de la preeclampsia no está bien esclarecido. (8,9)

Se clasifica, el primero en Preeclampsia leve o sin criterios de Severidad: Se denomina cuando la gestante presenta una presión arterial (PA) sistólica <160 mmHg y la diastólica <110 mmHg, agregándose proteinuria cualitativa 1+ con ácido sulfosalicílico, o 2 + con tira reactiva, o con proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg y <5 gr en muestra de orina de 24 horas, y el segundo en PE severa o con criterios de severidad, que se debe a la PA sistólica ≥ 160 mmHg y /o PA diastólica ≥ 110 mmHg, y/o con lesión de órgano blanco. (10)

Asimismo, The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), menciona que hay un aumento de riesgo de presentar preeclampsia “dos de cuatro”, si la paciente tiene familiar con antecedentes de preeclampsia, y hay un aumento significativo de siete veces más si presentó PE en su anterior embarazo. El riesgo es mayor si hay una gestación triple, que en una gestación de gemelos, y esto también abarca a mujeres nulíparas. (11). En un estudio realizado en Guayaquil, de los 181 casos que fueron analizados, el 83 % fueron Primigesta de 13 a 20 años que hicieron preeclampsia. (12)

Los factores de riesgo cardiovascular también se asocian con una alta probabilidad de PE, como en mujeres embarazadas mayores de 40 años de edad, comorbilidades así como la diabetes, obesidad y antecedente de hipertensión arterial. (11)

Las complicaciones que se pueden manifestar es la Eclampsia, lo cual es una complicación aguda en la cual puede aparecer convulsiones tónico-clónicas generalizadas, e incluso puede suceder hasta 8 semanas post parto, otra complicación multisistémica es el síndrome de HELLP, lo cual se caracteriza por presentar hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. (10,13)

Un artículo revela que es primordial que todas las gestantes con factores de riesgo, realicen controles prenatales, puesto que la preeclampsia es la patología que implica complicaciones graves, que ponen en riesgo la vida de la madre, así como la del feto. (1, 14)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

- ¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?
- ¿Existe asociación entre los factores obstétricos y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?
- ¿Existe asociación entre los factores asociados a la enfermedad crónica y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.
- Describir los factores de riesgo obstétricos asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.
- Identificar los factores asociados a las enfermedades crónicas que se asocian a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La preeclampsia es una complicación muy frecuente y una de las más severas en el embarazo, a su vez también es un problema de salud grave ya que puede conllevar a la muerte materna y perinatal, al respecto Sibai, Ewell, et al., .detallaron en su investigación la incidencia en mujeres primigrávidas tenían cierta asociación a desarrollar preeclampsia, sin embargo en mujeres de mayor edad no hubo asociación con preeclampsia, esto se debió a que el estudio tuvo muy pocas mujeres que tenían más de 35 años. (15)

Esta tesis se justifica porque su valor se enfoca en relación a los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas, lo cual servirá como antecedente para investigaciones futuras, ya que constituirá un aporte para la sociedad, permitiendo formular y fortalecer la problemática del estudio, enfocándonos también en el ámbito tanto de la prevención y tratamiento adecuado para la Hipertensión inducida al embarazo (HIE) – Preeclampsia.

Con los resultados que se obtendrán en la tesis serán beneficiadas las pacientes para prevención de gestaciones futuras, ya que se observará si habrá o no relación de los factores de riesgo (sociodemográficos, obstétricos y los asociados a enfermedades crónicas) con respecto a la preeclampsia.

1.4.1. Importancia de la Investigación

Fue de gran importancia realizar la tesis, ya que tuvo como finalidad identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia (sin criterios de severidad y con criterios de severidad), lo cual será un tema que se vivirá en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB), por lo que no hay estudios previos en dicho establecimiento, y será un tema de importancia porque las HIE es un problema que se vive diariamente en el Servicio de Gineco - Obstetricia, esto debido al desinterés de las mujeres gestantes que no acuden a sus controles prenatales, predisponiendo a presentar complicaciones en el embarazo, que pueden afectar la vida de la madre , como la del feto.

1.4.2. Viabilidad del estudio

El desarrollo del estudio fue viable, porque se tuvo permiso correspondiente y autorización del Establecimiento de Salud, además de la aprobación del Departamento de Docencia e Investigación del HNSEB, se obtuvo la aprobación del comité de Ética y se realizó una solicitud simple al jefe del Departamento de Consultorio Externo y Hospitalización para la autorización al acceso de las historias clínicas; entre otros materiales de trabajo para la ejecución de la tesis, siendo también de suma interés para el establecimiento. También existe el apoyo y el respaldo de un Médico Especialista con experiencia en investigación, apoyando como guía para el proyecto de investigación. Se cuenta con los recursos económicos, así como también de materiales para desarrollar el proyecto desde un punto de vista objetivo.

1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

- El jefe del Departamento de Consultorio Externo y Hospitalización nos imposibilita el ingreso a los archivos para la extracción de datos, donde manifiesta que habrá ingreso para la recolección de datos, previo a ellos se necesita la aprobación del Comité de Ética.
- El tiempo que se realizó este estudio fue limitado para la recolección de datos, ya que el comité de ética se demoró un par de semanas para la respuesta.
- Los testimonios que fueron extraídos de las historias clínicas tuvo datos personales incompletos, por lo que impidió recopilar información completa de las pacientes que fueron hospitalizadas.
- No hubo apoyo para el registro de número de historias clínicas, ya que te facilitarían las historias clínicas, siempre en cuando se tenga el registro del número de las historias de las pacientes hospitalizadas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes Nacionales

Gutiérrez, en el año 2017 en su tesis titulada, *Factores de Riesgo asociado a Preeclampsia de inicio tardío en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Daniel A. Carrión Enero 2014 – Diciembre 2015*, presentado para optar al grado de “Médico Cirujano” y desarrollado en la Universidad Ricardo Palma ubicado en la ciudad de Lima, Perú tuvo como objetivo analizar los factores de riesgo asociados a preeclampsia de inicio tardío. En los resultados se encontró que la edad materna >35 años tuvo (OR >2.72) veces más riesgo de desarrollar preeclampsia, otro factor de riesgo más habitual fue la multiparidad en un 43.58%, y con respecto a la obesidad se encontró que el 34.40% se asocian a preeclampsia de inicio tardío. Concluyendo así que el factor de riesgo obstétrico más habitual fue la multiparidad, por lo que se asocia a la preeclampsia de inicio tardío (OR =3.33), seguido de la edad materna >35 años (OR=2.72). (16)

Enríquez, en el año 2015 en su tesis titulada, *Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013* presentado para optar al grado de “Médico Cirujano” y desarrollado en la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna ubicado en la ciudad de Tacna, Perú tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo sociodemográficos, de la gestación y asociados a

enfermedades crónicas asociados a la preeclampsia. En los resultados se encontró de las 256 pacientes, el 50.6% fue entre 18 – 29 años presentaron PE, el 91.8% tuvo menos de 3 controles prenatales, con respecto a la paridad el 48.2% eran nulíparas, el 95.3% no tuvo antecedente de preeclampsia. Concluyendo que el número de controles prenatales fue un factor de riesgo para preeclampsia; así como también la obesidad (IMC>30). (17)

Depaz, en el año 2018 en su tesis titulada, *Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero – Setiembre 2017*, presentado para optar al grado de “Médico Cirujano” y desarrollado en la Universidad Nacional Federico Villarreal ubicado en la ciudad de Lima, Perú tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes. En los resultados se encontró de 170 pacientes, el 55.3% fueron casos de PE sin criterios de severidad, el 78.8% mostró una EG entre las 37 – 41 semanas, 60% estimó entre 21 a 34 años de edad, el 52.9% de las pacientes fueron primigestas, 85.9% registraron embarazos de feto único, el 65% no presentaron antecedente de PE en su anterior embarazo. Concluyendo así que el factor de riesgo fue la nuliparidad, la EG menor de 37 semanas no se relacionó significativamente con la PE. (18)

2.1.2. Antecedentes Internacionales

Banda y Vargas, en el año 2018 en su tesis titulada, *Factores de riesgo que predisponen a la preeclampsia en mujeres de 20 a 35 años en el periodo 2014-2017*, presentado para optar al grado de “Médico” y desarrollado en la Universidad de Guayaquil ubicado en la ciudad de Guayaquil, Ecuador tuvo como objetivo determinar

los principales factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en mujeres de 20 a 35 años. En los resultados se encontró 302 pacientes, el 44.4% tuvieron entre 26-31 años de edad, 57.3% se hallaron en gestantes mayor de 37 semanas, se registró gestaciones de producto único un 96.4%, las infecciones urinarias se presentaron 67.25%, demostró también que el 91.3% no padecían de antecedentes patológicos y el 47.0% fueron nulíparas. Concluyendo así que las infecciones de las vías urinarias representó un factor de riesgo sobresaliente en la preeclampsia, otro factor importante fue la edad gestacional (37 a 40 semanas). (19)

Chávez, Avilés y Arias, en el años 2017 en su tesis titulada *Factores de riesgo asociados al Diagnóstico de Preeclampsia en los municipios de San Jorge, Panchimalco y Santa María Ostuma en el Periodo del 3 de Enero al 23 de Diciembre del 2016* presentado para optar al grado de “Doctor en Medicina” y desarrollado en la Universidad de El Salvador, ubicado en la ciudad San Salvador, El salvador tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al diagnóstico de preeclampsia. En los resultados se encontró que el 86.36% se dio entre los 20-44 años, el 36.36% fueron multíparas, demostró según la edad gestacional (28-36 semanas) el 59.09% y la obesidad Grado II se estimó en 36.36%. Concluyendo así que el factor de riesgo que se relacionó con la preeclampsia fueron las multíparas, asimismo se asocia la obesidad y las enfermedades autoinmunes como factor de riesgo materno preconcepcional. (20)

2.2. BASES TEÓRICAS

Los trastornos hipertensivos en el embarazo es un problema de salud importante, porque presenta una elevada disposición de complicaciones maternas y perinatales. (21)

En el Caribe y América Latina los trastornos hipertensivos del embarazo origina el 25.7% de mortalidad materna (10), teniendo en cuenta que la preeclampsia en América Latina está entre las tres primeras patologías que pueden originar muerte de la madre. (19).

La OMS lo define como hipertensión arterial (HTA) en gestantes, cuando la tensión arterial sistólica (TA) es ≥ 140 mmHg y/o la TA diastólica es ≥ 90 mmHg, la cual tiene que ser registrada en dos tomas por lo menos por 4 a 6 horas (22). Dentro de este trastorno se destaca fundamentalmente cuatro: (10,16)

Hipertensión Gestacional (HG): Se diagnostica por primera vez durante la gestación, después de las 20 semanas, y no se agrega proteinuria, y se regulariza la tensión arterial antes de las 12 semanas postparto. Antiguamente se conocía como “hipertensión inducida por el embarazo o transitoria”. (23)

Preeclampsia (PE): Desorden multisistémico que se da a partir de las 20 semanas de embarazo, detectándose valores de TA $\geq 140/90$ mmHg asociado a la presencia de proteinuria. Es inusual antes de las 20 semanas, excepto en pacientes con Síndrome Antifosfolípídico Severo o la Enfermedad Trofoblástica Gestacional (24).

Hipertensión crónica (HC): Se diagnostica previo a la gestación o durante las 20 primeras semanas del embarazo, o presencia de tensión arterial elevada

diagnosticada por primera vez en la gestación y no soluciona a las 12 semanas después del parto (24).

Preeclampsia sobreagregada (PE sob): Cuando la presión arterial es $\geq 140/90$ mmHg previo a las 20 semanas de embarazo, y con proteinuria ≥ 300 mg/dL o 1 cruz positiva en tira reactiva ocurrido después de las 20 de embarazo (25).

2.2.1. Preeclampsia

El síndrome de preeclampsia y eclampsia se tiene conocimiento desde más de 2000 años, lo identificaron los antiguos egipcios y chinos, pero la sintomatología fue explicada por Hipócrates (26)

La ACOG define a preeclampsia como una enfermedad o trastorno hipertensivo con afección multisistémica específico durante la gestación. Por lo general esto ocurre después de las 20 semanas de gestación, se caracteriza por presentar hipertensión arterial TA $\geq 140/90$ mmHg asociada a proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas (10, 11,27).

Este trastorno se caracteriza por presentar una placenta anormal y descenso de la perfusión tisular. (12)

2.2.1.1. Clasificación

La Preeclampsia se clasifica en leve y severa, no hay evidencias en literatura para PE moderada (10,12)

- Preeclampsia Leve o sin Criterios de Severidad: Presenta una tensión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y una TA diastólica mayor de 90 mmHg, pero no menor de 160/110mmHg, tomado en 2 oportunidades separado por lo menos 4 horas, presente después de las 20 semanas de gestación hasta los 30 días

después del parto, con presencia de proteinuria $\geq 300\text{mg}$ (cuantitativa) y $<5\text{gr}$ en orina de 24 horas (10, 19,28).

- Preeclampsia Severa o con Criterios de Severidad: Se denomina como presión arterial sistólica $\geq 160\text{mmHg}$ y PA diastólica $\geq 110\text{mmHg}$, con proteinuria $>5\text{gr}$ en 24 horas o índice de 3 o 4+ (cuantitativo), después de las 20 semanas y puede estar presente hasta los 30 días postparto, la cual está acompañada por las siguientes alteraciones (10, 19,22).
 - Alteraciones hepáticas: Se puede encontrar elevación de las transaminasas, epigastralgia persistente, se puede presentar náuseas y/o vómitos, agregándose dolor en cuadrante superior en el abdomen.
 - Alteraciones hematológicas: Se puede encontrar trombocitopenia ($<100.000/\text{mm}^3$), Hemólisis e incluso Coagulopatía Intravascular diseminada).
 - Alteraciones nefrológicas: Presencia de creatinina sérica $>0,9\text{mg/dL}$, acompañándose de Oliguria ($<50\text{mL/hora}$)
 - Alteraciones neurológicas: Se encuentra cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, hiperreflexia tendinosa, y perturbación del sensorio-confusión.
 - Alteraciones visuales: Presente visión borrosa, escotomas centellantes, fotofobia y diplopías. (19, 22, 24)

2.2.1.2. Etiología:

La etiología en la preeclampsia se desconoce, durante copioso tiempo han surgido diversas teorías acordando de demostrar la causa de está, por lo que lo han apodado “enfermedad de las teorías”. (26, 29)

2.2.1.3. Fisiopatología

La fisiopatología de la preeclampsia conlleva a factores que pueden ser maternos, fetales y placentarios, que define dos modificaciones fisiopatológicas fundamentales; la invasión anormal del trofoblasto y la disfunción endotelial secundaria, lo cual esclarece la microangiopatía provocado por la PE, con peligro implícito de causar daño a órganos blancos, tales como el cerebro, corazón, riñón, hígado, la placenta e incluso el sistema hematológico. (9)

Primera Etapa o Injuria Placentaria, este trastorno es asintomático, ya que en este curso se origina una invasión anormal del trofoblasto extravellositario, por lo que las arterias espirales no sufrirían cambios específicos durante la gestación, esto acontece durante las primeras 20 semanas del embarazo, lo cual se caracteriza por hipoxia y la hipoperfusión placentaria provocando obstrucción de arterias e infarto en las vellosidades elevando la elaboración y liberación de algunos factores en la circulación materna que ocasiona un estadio de inflamación generalizada y estimulación del endotelio. (9, 31)

Segunda Etapa o de Disfunción Endotelial e Inflamación Sistémica esta enfermedad es representada por vasoconstricción, disminución del volumen plasmático y la activación de la cascada de coagulación, siendo este, el período sintomático o de valoración clínica. (9,30)

La disfunción endotelial concierne a la alteración de la función endotelial, interpretado por una creciente de concentración de agentes vasopresores y agregantes plaquetarios (tromboxanos A2 y endotelina 1), y una reducción de las

sustancias vasodilatadoras y los antiagregantes plaquetarios (NO y PG2). Este desequilibrio de los elementos vasoactivos, unido a una suma sensibilidad de la angiotensina II, decretando un dominio de vasoconstricción, ocasionando un incremento de la resistencia vascular periférica, y así también un incremento de la presión arterial. (30, 31)

El estrés oxidativo afecta al desequilibrio entre las sustancias antioxidantes y la producción de radicales libres. En esta fase se acoge la generación de sustancias reactivas, entre las que sobresalen las sustancias oxígeno reactivas (ROS). Estas partículas se caracterizan por poseer uno o más electrones desapareados, por lo que en gran medida son inestables, siendo así la interacción con los fosfolípidos de membrana y los y los ácidos grasos, creando los lipoperóxidos, que son responsables de suscitar el daño tisular (31).

En una gestación fisiológico, las células citotrofoblásticas emigran a través de la decidua y allanan a las arterias espirales de la gestante, incluso el tercio interno del miometrio para sustituir preliminarmente a las células del endotelio y posteriormente desintegrar la capa muscular de la túnica media de estos vasos, que vendrían hacer las ramas terminales de la arteria uterina, responsabilizándose de perfundir a la placenta y al feto. La modificación de estas arteriolas empieza al final del Primer trimestre y se consuma entre las 18 y 20 semanas de gestación. (9)

2.2.2. Factores de Riesgo:

Un Factor de Riesgo, según la OMS lo define como cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumente su probabilidad de sufrir de una lesión o enfermedad, se han reconocido diversos factores que se asocian al desarrollo de la PE (sociodemográficos, obstétricos, asociados a enfermedades crónicas). (29,32).

Algunas literaturas han descrito diversos factores de riesgo (5,10-12, 18, 29)

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal considera lo siguiente

- *Factor de riesgo moderado:* Primera gestación, Edad menor de 28 años o mayor o igual a 40 años, intervalo intergenésico mayor a 10 años, Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 35 kg/m² en la consulta inicial, embarazo múltiple y antecedente de familiares con preeclampsia.
- *Factor de alto riesgo:* Enfermedad hipertensiva en la anterior gestación, Insuficiencia renal crónica, enfermedades autoinmune (síndrome Antifosfolipídico o lupus eritematoso sistémico), Diabetes Mellitus tipo 1 o 2 e hipertensión crónica. (10)

2.2.2.1. Factores de Riesgo sociodemográficos

Edad Materna: Diversos estudios refieren si hay relación entre este indicador y la enfermedad hipertensiva, principal factor de riesgo son las edades entre menos de 20 años y mayor de 35 años en la gestante, en un estudio mencionó que las mujeres que tuvieron preeclampsia eran menores de los 22 y mayores de 32 años de edad (12,33, 34)

Nivel de Estudio: Varios estudios revelan que deben ser estimados como factores de riesgo sociales. La preeclampsia y/o eclampsia se asocia con el analfabetismo, mientras que los niveles de educación secundaria y superior fueron factores protectores, ya que tienen mayor conocimiento sobre el desarrollo normal y el riesgo de las complicaciones en la gestación (14, 35)

Lugar de Procedencia: Algunos autores mencionan que hay aumento de riesgo para tener preeclampsia en gestantes, sobre todo en pacientes que viven en mayor altitud (Sierra). (29)

2.2.2.2. Factores de Riesgo Obstétricos

Edad Gestacional: Tiempo que transcurre desde la unión del óvulo con el espermatozoide hasta el nacimiento del nuevo ser. Esto es calculado en semanas e incluso meses. (29)

Paridad: La primiparidad es un factor de riesgo más asociado para el desarrollo de preeclampsia, probablemente por cierta relación a los antígenos paternos, las gestantes pueden presentar posibles complicaciones, sobre todo en aquellas que son menores de 20 años de edad (18, 29,36)

Período Intergenésico: También conocido como Intervalo genésico, la OMS lo define como aquel que se halla entre la fecha del último acontecimiento obstétrico (parto vaginal o por cesárea, abortos), y el comienzo del próximo embarazo. Se conoce como periodo intergenésico corto si es menor a 24 meses y largo o prolongado cuando es mayor a 48 meses, lo normal es entre 24 y 48 meses. Estudios refieren hay riesgo de presentar PE en pacientes que tiene un periodo intergenésico mayor a 10 años, aumentando 1.12 veces por cada año en que se alarga el periodo intergenésico. (37-39)

Controles Prenatales: Deben empezar con sus controles, principalmente antes de las 10 semanas, en especial en pacientes con patologías crónicas o que hayan tenido abortos. (40, 41)

Gestación Múltiple: Los embarazos gemelares aumentan el riesgo de sufrir preeclampsia a diferencia de embarazos únicos, incluso la gemelaridad incrementa riesgo de preeclampsia, incluso antes de las 20 semanas del embarazo. (18,42)

Antecedente de Preeclampsia: El tener antecedente de preeclampsia aumenta el riesgo de presentar preeclampsia en las gestaciones posteriores hasta 7 veces, donde estudio revela que hay un incremento considerable del riesgo en la gestación actual. (29, 36)

Antecedente de familiares con preeclampsia: Según estudios refieren que los antecedentes de familiares (madre o hermana) con preeclampsia son factores de riesgo, aumentado entre 4 a 5 veces más cuando están gestando, entre tanto los parientes de segundo grado poseen entre 2 a 3 veces más riesgo, a comparación de mujeres que no tienen parientes con antecedentes de preeclampsia. (12,19)

2.2.2.3. Factores de Riesgo asociados a enfermedades crónicas

Alcoholismo: El alcohol es la droga más consumida en países industrializados, ocupando el lugar más destacado, España. La tercera parte de las mujeres ingieren alcohol durante el periodo de gestación. El alcohol atraviesa la barrera placentaria, en las cuales puede provocar diferentes trastornos en el feto, incrementando el riesgo de abortos, bajo peso al nacer y partos prematuros.

Por otro lado, el consumir tabaco ha constituido como factor protector con principio en la hipótesis de la persuasión de síntesis de óxido nítrico mediada por la nicotina. (43, 44)

Hipertensión arterial crónica: Factor de riesgo que se debe a estudio donde refiere que el trastorno hipertensivo del embarazo se suma a la hipertensión arterial preexistente. Las mujeres embarazadas con HTA crónicas poseen una incidencia entre el 15-25%. El diagnóstico de la HTA se realiza antes de empezar la gestación, o por primera vez a una embarazada antes de las 20 semanas, también puede estar presente durante el embarazo, después de las 20 semanas, y se puede prolongar hasta 12 semanas postparto. (12, 18, 45)

Enfermedad autoinmune: Las pacientes con PE guardan mayor prevalencia de las enfermedades autoinmunes. En mujeres embarazadas con diagnóstico Lupus eritematoso sistémico (LES) la incidencia se posiciona cerca del 13%, sobrepasando el 60% en casos de alteración renal. (18)

Obesidad: Se puede vincular en diversos aspectos con la enfermedad hipertensiva, ya que se asocia con el incremento del gasto cardiaco y la resistencia vascular sistémica. El gasto cardiaco se incrementa debido a que se produce notablemente un ascenso en la sangre circulante, provocando así un aumento en la frecuencia cardiaca. Por otra parte, se propaga una desarreglo endotelial, originando estrechamiento en los vasos sanguíneos; efectuando un incremento en la resistencia vascular periférica coadyuvando al aumento de la presión sanguínea.

Existe considerablemente riesgo a medida que la gestante aumente su IMC, si coteja una mujer con IMC incrementado y con IMC normal, el riesgo se duplicaría, y se triplicaría si el IMC rebasa los 35 Kg/m². (10, 18, 46)

Diabetes: En esta patología hay un incremento del estrés oxidativo y sobretodo del daño endotelial, lo cual puede perjudicar la perfusión útero placentaria y beneficiar a la emersión de la Preeclampsia, es 10 veces más frecuente en gestantes que tienen esta enfermedad. La incidencia de la preeclampsia posiblemente esté vinculado con una complejidad de factores que supeditan el estrés oxidativo y la injuria endotelial, niveles elevados de la insulina en la sangre, incremento de la resistencia a ésta, y el metabolismo anómalo de los lípidos. (12, 29)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- Eclampsia: Presencia de movimientos involuntarios o estado de coma, al final del embarazo o en puerperio inmediato, con presencia de hipertensión arterial, edema y proteinuria. (26)
- Hemólisis: Es el Síndrome común caracterizado por la destrucción de los glóbulos rojos, antes de cumplir su vida media de 120 días. (47)
- Edema: Se define como aumento de volumen en líquido del intersticio, que clínicamente puede dejar huella al presionar la piel. (48)
- Plaquetopenia: Es la reducción del número de plaquetas que se puede observar en el plasma periférico, valores por debajo 150 000 por uL. (49)
- Primípara: Es aquella fémina que la cual ha tenido una gravidez de producto viable, sin tener en cuenta si el neonato vivió, o se trata de nacimiento único o múltiple. (50)
- Multípara: Aquella persona que ha tenido de dos a más partos (51)
- Nulípara: Persona que no ha tenido ningún parto (51)
- Lupus Eritematoso Sistémico: Es una patología autoinmune más frecuente de manera sistémico y crónica, afecta a cualquier órgano, entre ellas articulaciones, riñones, piel. (52)
- Síndrome Antifosfolípídico: También conocido como el Síndrome de Hughes, es una patología autoinmune sistémica en lo que el proceso es la trombosis, pueden ser venosas, arteriales o de vasos pequeños. (53)

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

3.1.1. Hipótesis General

- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.

3.1.2. Hipótesis Secundarias

- Existe asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.
- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo obstétrico y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.
- Existe asociación significativa entre los factores asociados a la enfermedades crónicas y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.

3.2. VARIABLES: DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

A continuación se presenta la definición conceptual y operacional de las variables Factores de Riesgo y Preeclampsia.

Definición conceptual

- Factores de Riesgo:

Característica de una persona que aumente su probabilidad de sufrir de una lesión o enfermedad, se han reconocido diversos factores que se asocian al desarrollo de la Preeclampsia (sociodemográficos, obstétricos, asociados a enfermedades crónicas). (29,32).

- Preeclampsia:

Es una enfermedad o trastorno hipertensivo con afección multisistémica específico durante la gestación. Por lo general esto ocurre después de las 20 semanas de gestación, se caracteriza por presentar hipertensión arterial TA \geq 140/90 mmHg asociada a proteinuria \geq 300 mg en 24 horas (10, 11,27).

Definición operacional de las variables

Para la definición operacional de la variable Factores de riesgo se utilizan las dimensiones e indicadores que se muestran a continuación.

- Dimensiones e indicadores de la variable Factores de Riesgo

Dimensiones	Indicadores
Sociodemográficos	Edad
	Nivel de Estudio
	Lugar de Procedencia
Obstétricos	Edad gestacional (EG)
	Paridad
	Período Intergenésico

	Controles Prenatales (CPN)
	Gestación Múltiple
	Antecedente de Preeclampsia
	Ant. Familiar con Preeclampsia
Asociados a Enfermedad Crónica	Alcoholismo
	Hipertensión arterial crónica
	Enfermedad autoinmune
	Obesidad
	Diabetes

Fuente: Elaboración propia.

Para la definición operacional de la variable Factores de riesgo se utilizan las dimensiones e indicadores que se muestran a continuación.

- Dimensiones e indicadores de la variable Preeclampsia

Dimensiones	Indicadores
Con Preeclampsia	Sin criterios de severidad
	Con criterios de severidad
Sin Preeclampsia	No cumple criterios de Preeclampsia

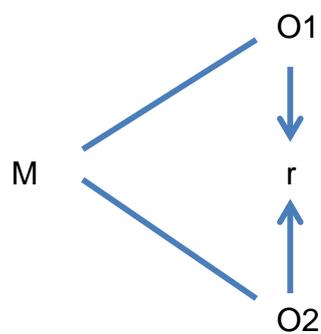
Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un tipo de estudio No experimental, con un nivel de alcance descriptivo, correlacional, de corte transversal; ya que se describe si existe predisposición de los factores de riesgo y la preeclampsia tal cual se presente y se establecerá la relación entre ambas variables. (54)



Dónde:

M: Pacientes hospitalizadas

O1: Preeclampsia

O2: Factores de riesgo

r: asociación

4.2. DISEÑO MUESTRAL, MATRIZ DE CONSISTENCIA

La población estuvo constituida por 485 pacientes hospitalizadas que ingresaron con el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo o hipertensión inducido en el embarazo (HIE) que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el año 2018.

La muestra será constituida por 215 pacientes hospitalizadas atendidas en el departamento de Ginecología, lo cual será de tipo no probabilístico. Y se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{i^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{485 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (485 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{465.794}{2.1704} = 214.61 = 215$$

Dónde:

N = Población (485 gestantes)

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$ (seguridad de 95%; $Z_{\alpha=0.05} = 1.96$)

p = prevalencia esperada (p = 50%, q = 50)

q = 1-p (1-0.5=0.5; si p= 50%. q= 50)

i = 0.05 error (5%)

4.2.1 Criterios de Inclusión:

- Se incluirán a todas las mujeres gestantes que fueron hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecología con el diagnóstico definitivo de preeclampsia.

4.2.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no cuente con historia clínica completa.
- Pacientes que cuente con historia clínica de letra ilegible.
- Pacientes con diagnóstico de preeclampsia puerperal.
- Pacientes que no fueron hospitalizadas en el servicio de GO.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la recolección de datos, se solicitó un permiso al Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, con la autorización me presenté a dicha Oficina todos los días hábiles, de acuerdo al horario que me sugirieron, durante el período de elaboración del estudio se recopiló los números de las historias clínicas (HCL) que se encontraban en el servicio de Ginecoobstetricia, previa autorización del jefe del departamento de dicho servicio, una vez obtenido los N° de las HCL se le envió a docencia para que se adjunte con la respuesta del comité de ética; para la aprobación del jefe del Departamento de Consultorio Externo y Hospitalización, facilitando el ingreso a los archivos para la recolección de datos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados anteriormente. Para la validación del instrumento se utilizó juicio de expertos.

4.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El primer paso que se realizó fue recolectar datos de las historias clínicas en archivos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.

La recolección de datos se realizó mediante vaciado de información de las historias clínicas, posteriormente fue elaborada con el software de hoja de cálculo Microsoft Excel y mediante el software IBM SPSS Statistics v25. (Ver anexo 01)

4.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó la estadística descriptiva donde se elaboró una base de datos en donde se procedió a la codificación de recolección de datos, tabulación y organización elaborando cuadros porcentuales obtenidos sobre ambas variables. Para el análisis se utilizó el programa Excel y como procesador el Microsoft Word, donde posteriormente se elaboraron gráficos y cuadros estadísticos que evidenciaron los resultados obtenidos y conclusiones del trabajo. Se utilizó también la estadística inferencial SPSS v.25, aplicando la Prueba de Normalidad y la Prueba de Hipótesis.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS CONTEMPLADOS

Para llevar a cabo la aplicación de la Ficha de Recolección de datos, se tomaron en cuenta los principios éticos como el respeto, responsabilidad y la integridad; así como señala la Resolución N° 5295 – CN-CMP-2007; Código de Ética y Deontología aprobado por acuerdo N° 94, establece que las investigaciones deben establecerse de forma respetuosa, con mucha responsabilidad y honestidad.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACIÓN Y MUESTRA	METODOLOGÍA
<p><u>Problema General</u> ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018?</p> <p><u>Problemas Específicos</u></p> <p>a. ¿Existe asociación entre los factores sociodemográficos y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de GO del HNSEB 2018?</p> <p>b. ¿Existe asociación entre los factores obstétricos y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de GO del HNSEB 2018?</p> <p>c. ¿Existe asociación entre los factores asociados a la enfermedad crónica y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de GO del HNSEB 2018?</p>	<p><u>Objetivo General</u> Determinar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018</p> <p><u>Objetivos Específicos</u></p> <p>a. Identificar los factores sociodemográficos asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio GO del HNSEB 2018.</p> <p>b. Describir los factores de riesgo obstétricos asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de GO del HNSEB 2018</p> <p>c. Identificar los factores asociados a la enfermedades crónicas que se asocian a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el servicio de GO del HNSEB 2018</p>	<p><u>Hipótesis General</u> Existiría asociación significativa entre los factores de riesgo y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018</p> <p><u>Hipótesis Secundarias</u></p> <p>a.Existiría asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de GO del HNSEB 2018</p> <p>b.Existiría asociación significativa entre los factores sociodemográficos y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de GO del HNSEB 2018</p> <p>c.Existiría asociación significativa entre los factores asociados a la enfermedad crónica y la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de GO del HNSEB 2018</p>	<p><u>Variable Independiente</u> Preeclampsia Dimensiones: - Con diagnóstico de preeclampsia - Sin diagnóstico de preeclampsia.</p> <p><u>Variable Dependiente</u> Factores de Riesgo Dimensiones: - Sociodemográfico - Obstétricos - Asociados a la enfermedad crónica</p>	<p><u>Población</u> Estará constituida por 485 pacientes hospitalizadas que ingresaron con el diagnóstico las pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo en el GO del HNSEB</p> <p><u>Muestra</u> Constituida por 215 pacientes hospitalizadas con y sin diagnóstico de preeclampsia que fueron hospitalizadas en el GO del HNSEB</p>	<p><u>Método:</u> Descriptivo <u>Nivel de Alcance:</u> Descriptivo <u>Diseño:</u> Descriptivo correlacional El diseño se diagrama de la siguiente manera</p> <p style="text-align: center;">  </p> <p style="text-align: center;">M O1 r O2</p> <p>Dónde: M : Muestra O1: Preeclampsia O2: Factores de Riesgo r: Asociación</p>

CAPITULO V

ANALISIS Y DISCUSIÓN

5.1 ANALISIS DESCRIPTIVO, TABLA DE FRECUENCIAS, GRÁFICOS, DIBUJOS, FOTOS, TABLAS, ETC

Tabla N°01: Distribución de las pacientes hospitalizadas con y sin diagnóstico definitivo de preeclampsia en el HNSEB 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Con Preeclampsia	121	56,3	56,3	56,3
Sin Preeclampsia	94	43,7	43,7	100,0
Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°1 obtenida de la recolección de datos, el 56,3% corresponde a 121 pacientes con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad y sin criterios de severidad y el 43,7% compete a 94 pacientes que no tuvieron diagnóstico definitivo de Preeclampsia.

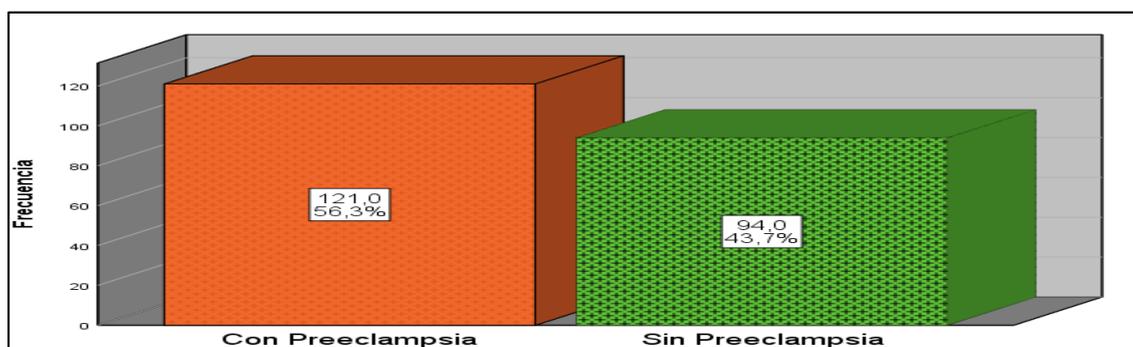


Gráfico N° 01: En el gráfico se observa que mayormente fueron pacientes con diagnóstico de preeclampsia sin criterios de severidad (elaboración propia).

Tabla N° 02: Distribución de las gestantes hospitalizadas según la edad materna en el HNSEB 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Menos 18 años	20	9,3	9,3	9,3
18-25años	78	36,3	36,3	45,6
26-34años	70	32,6	32,6	78,1
Mayor o igual 35 años	47	21,9	21,9	100,0
Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 02 se observa que el 9.3% de las mujeres atendidas en HNSEB 2018 son menores de 18 años, 36,3% se encontró entre las edades de 18 a 25 años, el 32,6% fueron entre 26 a 34 años y el 21,9% en mujeres mayores o igual a 35 años de edad.

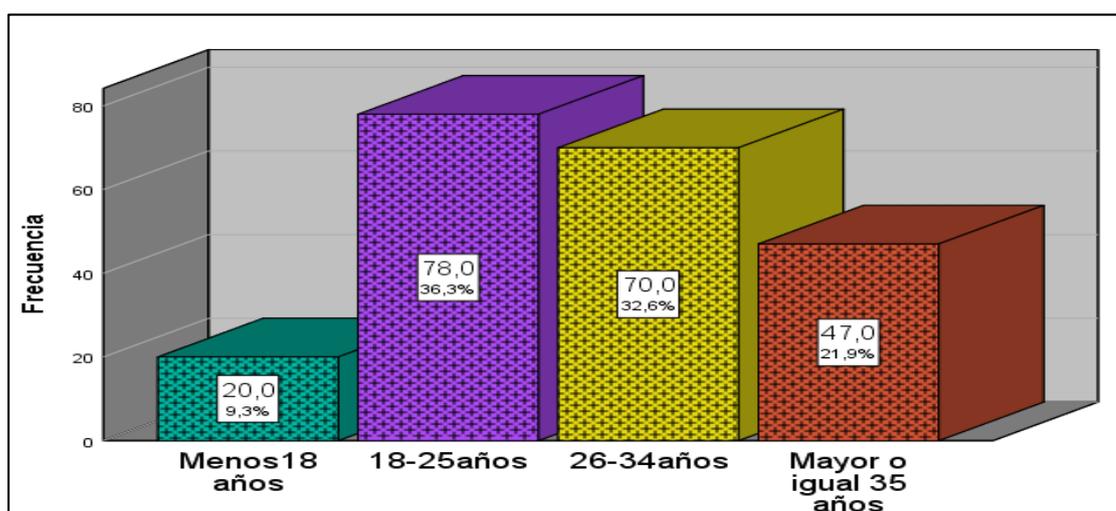


Gráfico N° 02: En el gráfico se observa que las mujeres atendidas en el periodo del 2018 mayormente fueron mujeres adultas que abarcan desde los 18 hasta los 34 años (elaboración propia).

Tabla N° 03: Distribución de las pacientes hospitalizadas según su nivel de estudio en el HNSEB 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	primaria completa	13	6,0	6,0	6,0
	primaria incompleta	5	2,3	2,3	8,4
	secundaria completa	113	52,6	52,6	60,9
	secundaria incompleta	51	23,7	23,7	84,7
	superior completo	15	7,0	7,0	91,6
	superior incompleto	18	8,4	8,4	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 03 en la muestra obtenida de la recolección de datos, se observa que 52,6% culminaron su secundaria y el 23,7% tuvieron secundaria incompleta o estaban cursando su secundaria, el 8,4% de los casos tenían superior incompleto y el 7% superior completo, el 6% culminaron la primaria y el 2,3% solo tuvieron primaria completa.

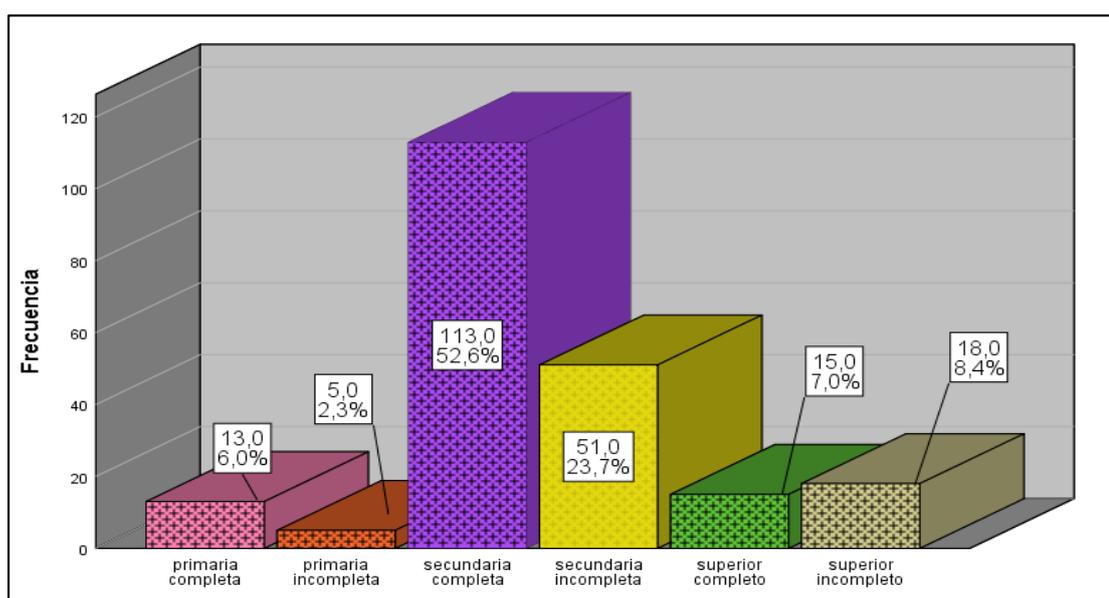


Gráfico N° 03: En el gráfico se observa se identificó que tuvieron secundaria completa en la mayoría de los casos (elaboración propia).

Tabla N° 04: Distribución de las gestantes hospitalizadas con preeclampsia según su lugar de procedencia en el HNSEB 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Comas	154	71,6	71,6	71,6
	Carabayllo	44	20,5	20,5	92,1
	Provincia	9	4,2	4,2	96,3
	otros	8	3,7	3,7	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 04 en la muestra obtenida de la recolección de datos, se observa que 71,6% viven en el distrito de Comas, el 20,5% viven en el distrito Carabayllo, 4,2% eran de Provincia y el 3,7% viven en otros distritos (Independencia, Los Olivos, etc.)

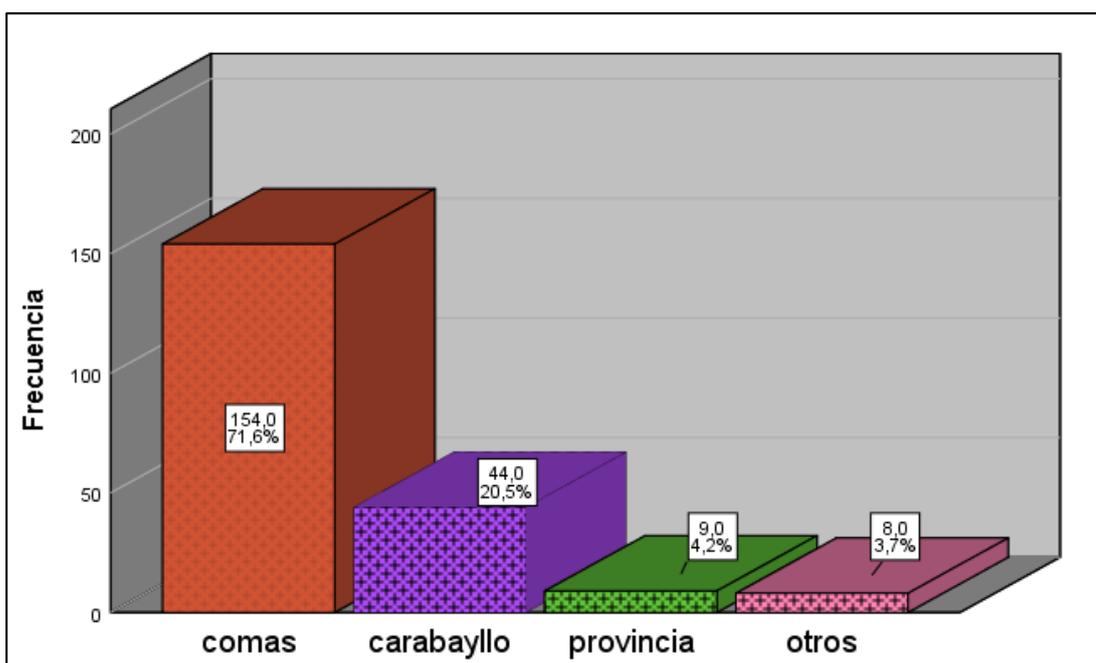


Gráfico N° 04: En el gráfico se muestra que en su mayoría de las gestantes que fueron atendidas viven en el distrito de Comas (elaboración propia).

Tabla N° 05: Distribución de las gestantes hospitalizadas según la edad gestacional en el HNSEB 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Menos de 28 semanas	6	2,8	2,8	2,8
Mayor o igual 28 semanas	209	97,2	97,2	100,0
Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 05 en la muestra obtenida de la recolección de datos, se observa que se encontraron con el diagnóstico de preeclampsia en una edad gestacional, el 97,2% mayor o igual a 28 semanas y solamente 2,8% fue menor a las 28 semanas.

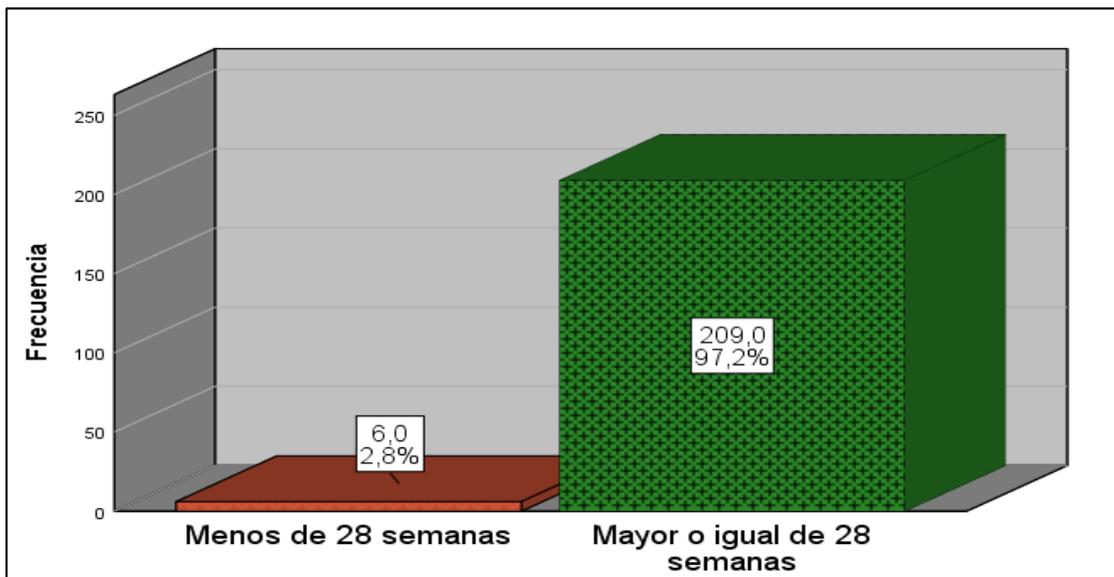


Gráfico N°05: En el gráfico se observa que las gestantes tuvieron preeclampsia mayor o igual a las 28 semanas de gestación (elaboración propia).

Tabla N°06: Distribución de las mujeres hospitalizadas según la paridad en el HNSEB 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nulípara	100	46,5	46,5	46,5
	primípara	67	31,2	31,2	77,7
	múltipara	48	22,3	22,3	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 06 se observa de los datos obtenidos que fueron 215 casos, respecto a la paridad el 46,5% fueron nulíparas, el 31,2% de las gestantes eran primíparas y el 22,3% corresponden a múltiparas.

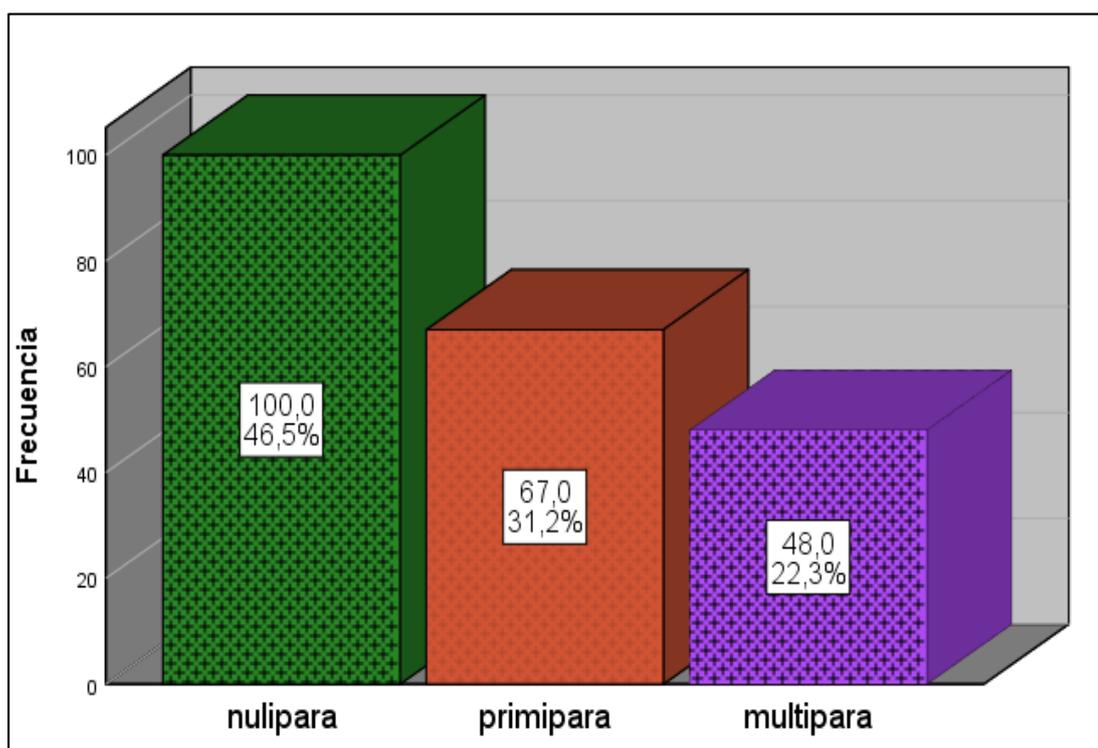


Gráfico N° 06: En el gráfico se observa que al respecto de las gestantes atendidas fueron en mayoría nulíparas (elaboración propia).

Tabla N° 07: Distribución de las gestantes hospitalizadas según el periodo intergenésico en el HNSEB 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido sin periodo I.	100	46,51	46,51	46,5
Menor 10 años	102	47,44	47,44	94,0
Mayor o igual 10 años	13	6,05	6,05	100,0
Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 07 de los datos obtenidos en la recolección, el 47,44 tuvieron un periodo intergenésico menor de 10 años, el 46,51% no presentaron periodo intergenésico y un 6,05% fueron mayor o igual a 10 años.

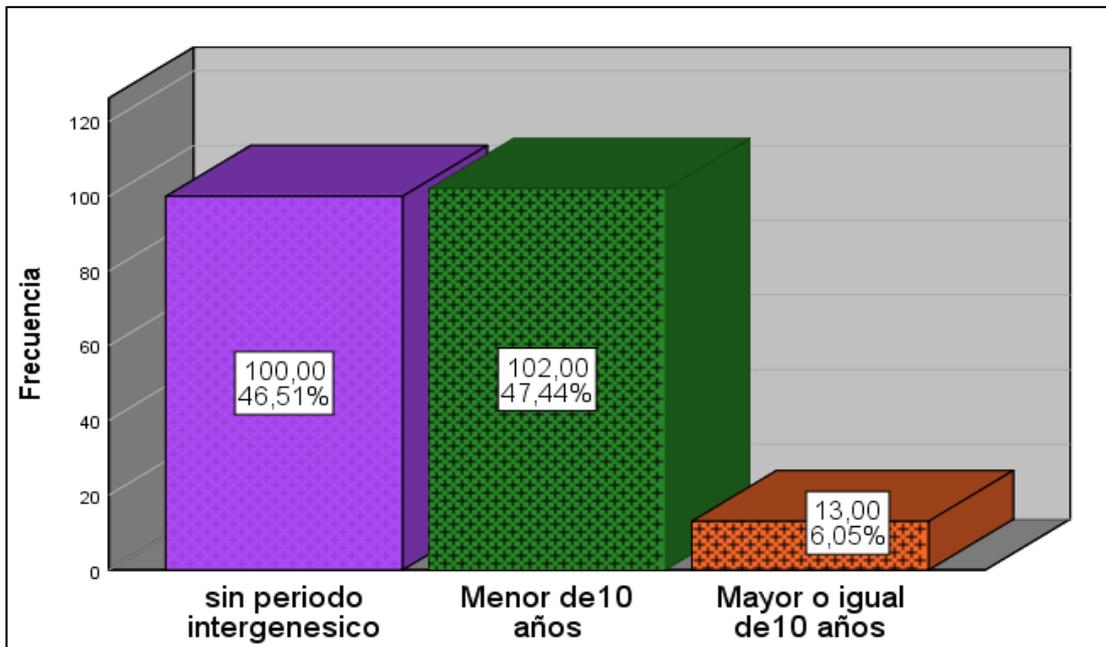


Gráfico N° 07: En el gráfico se observa que las gestantes atendidas presentaron un periodo intergenésico menor de 10 años (elaboración propia).

Tabla N° 08: Distribución de las gestantes hospitalizadas según el número de controles prenatales en el HNSEB 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ninguno	10	4,65	4,65	4,7
	Menos 4 CPN	23	10,70	10,70	15,3
	De 4 a más	182	84,65	84,65	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 08 en la muestra obtenida de la recolección de datos, el 84,65% tuvieron entre cuatro a más controles prenatales (CPN), el 10,70% solo tenían menor a 4 controles prenatales y 4,65% no tuvieron ningún control prenatal.

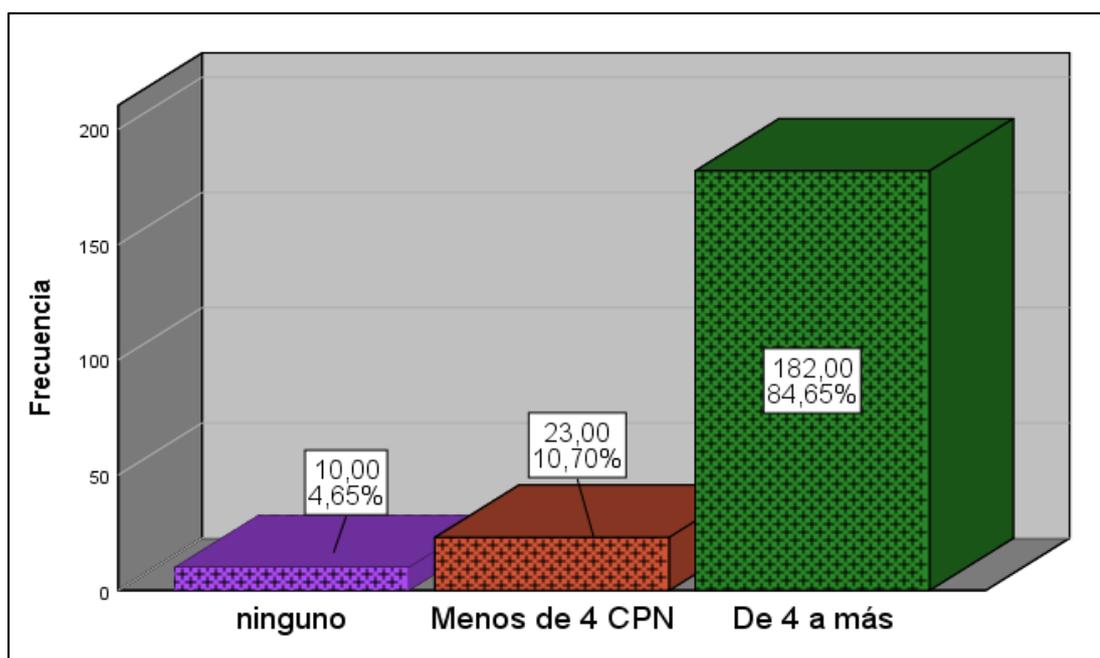


Gráfico N° 08: En el gráfico se observa que mayormente las mujeres que fueron atendidas, presentaron entre 4 a más controles prenatales (elaboración propia).

Tabla N°09: Distribución de las mujeres hospitalizadas según su gestación múltiple en el HNSEB 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	4	1,9	1,9	1,9
	No	211	98,1	98,1	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°09 en la muestra obtenida de la recolección de datos, de los 215 casos, el 98,1% no tuvieron una gestación múltiple y el 1,9% presento embarazo múltiple.

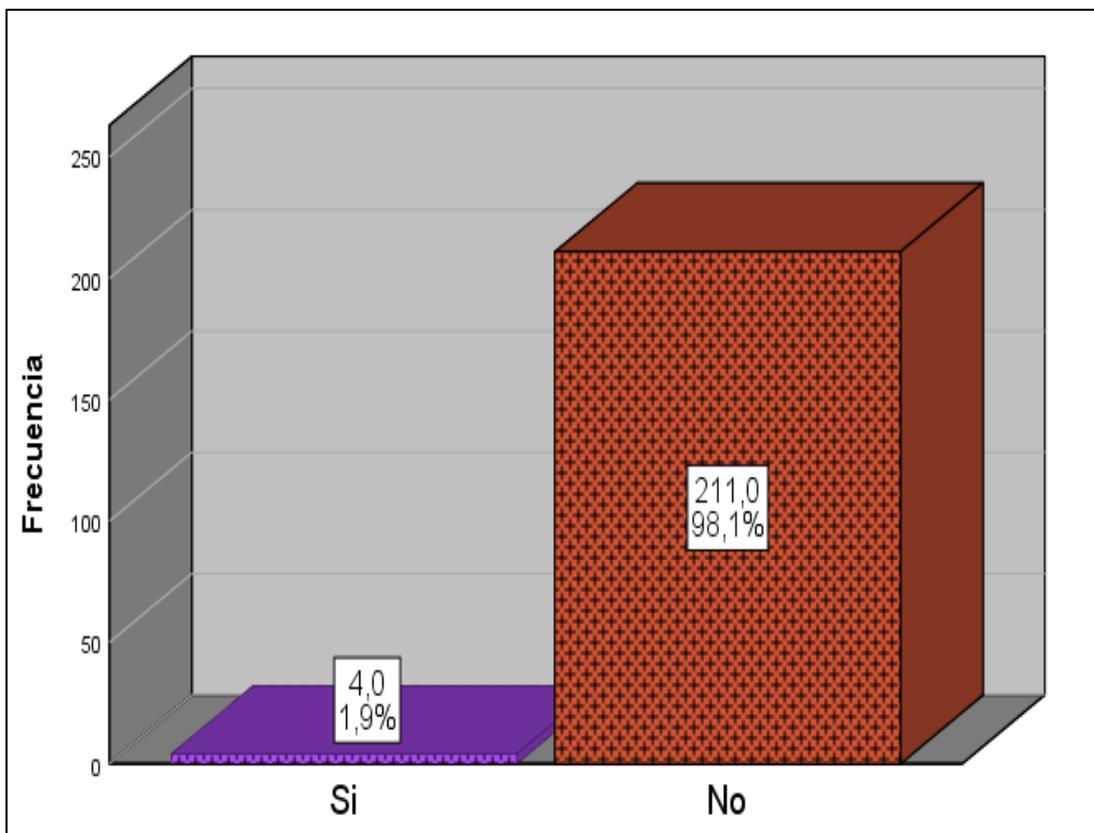


Gráfico N°09: En el gráfico se observa mayormente que las pacientes hospitalizadas no tuvieron embarazo múltiple (elaboración propia).

Tabla N° 10: Distribución de las pacientes hospitalizadas según su antecedente de preeclampsia en el HNSEB 2018.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	50	23,3	23,3	23,3
	No	165	76,7	76,7	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°10 obtenida de la recolección de datos se observa de las 215 pacientes hospitalizadas, el 76,7% no tuvieron como antecedente preeclampsia y el 23,3% si tuvo como antecedente en su anterior gestación preeclampsia.

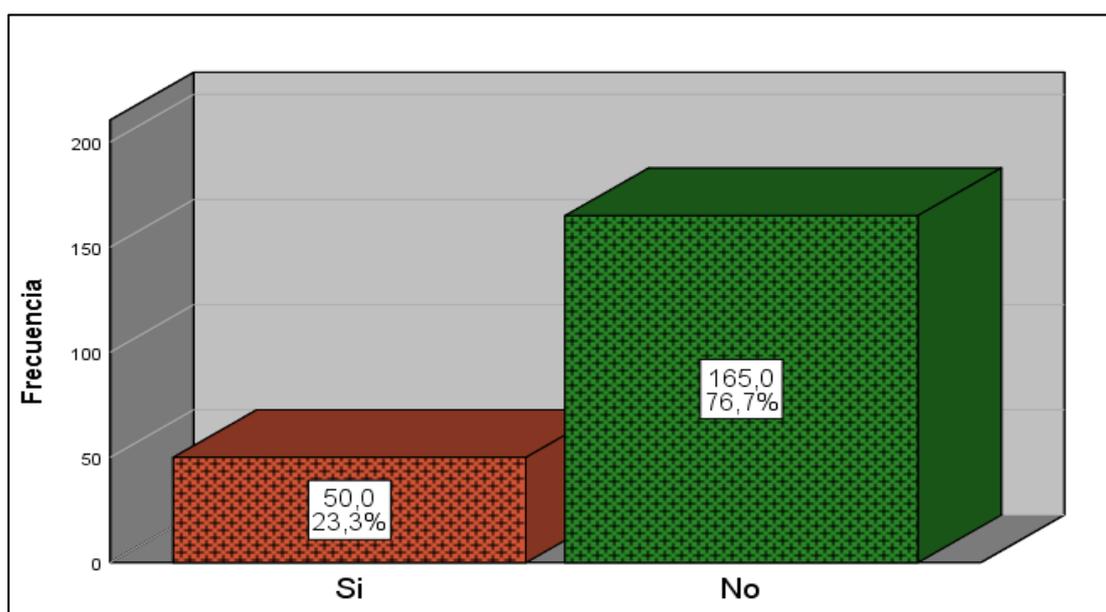


Gráfico N° 10: En el gráfico se observa que en mayoría de las pacientes atendidas en no presentaron como antecedente preeclampsia (elaboración propia).

Tabla N° 11: Distribución de las pacientes hospitalizadas atendidas según sus antecedentes de familiares con preeclampsia en el HNSEB 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	27	12,6	12,6	12,6
	No	188	87,4	87,4	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 11 obtenida recolección de datos se observa que las pacientes con hipertensión inducida en el embarazo (HIE), el 87,4% no tuvieron antecedente familiar con Preeclampsia y el 12,6% si presentaron como antecedente familiares (madre, hermana) con preeclampsia.

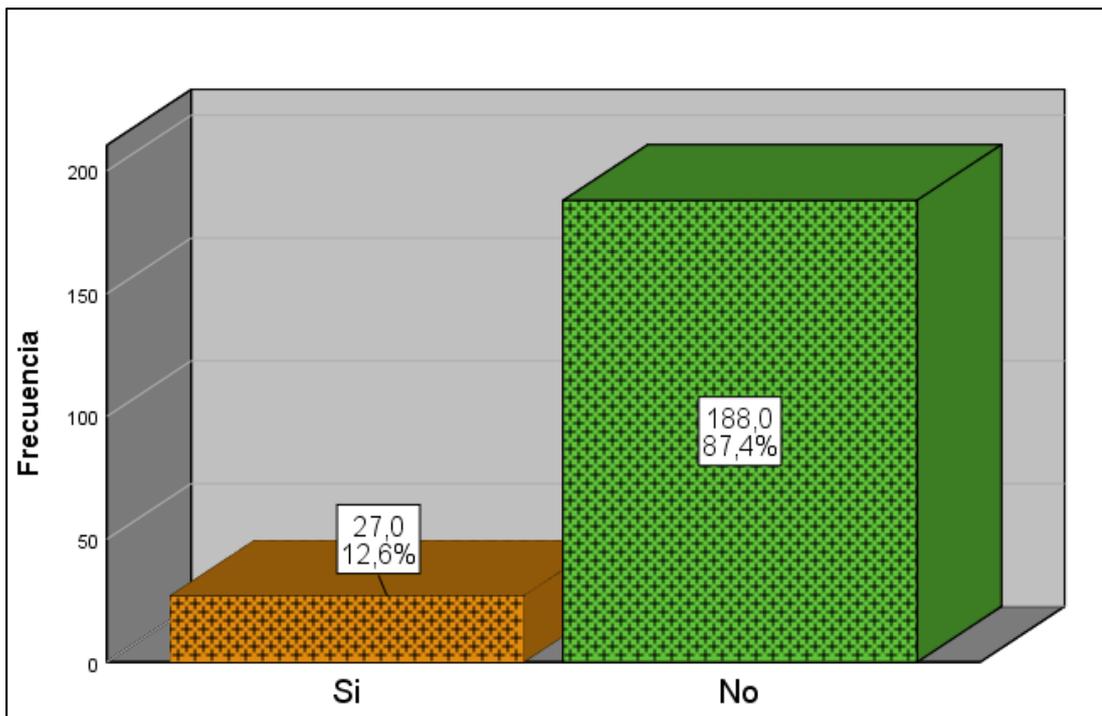


Gráfico N° 11: En el gráfico se observa notablemente que las gestantes atendidas no tuvieron familiares con antecedente de preeclampsia (elaboración propia).

Tabla N° 12: Distribución de las pacientes hospitalizadas según el consumo de alcohol en el HNSEB 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	5	2,3	2,3	2,3
	No	210	97,7	97,7	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 12 obtenida de la recolección de datos se observa que en las pacientes el 97,7% no consumen alcohol que equivale a 210 casos y el 2,3% consumen alcohol equivalente a 2,3 casos.

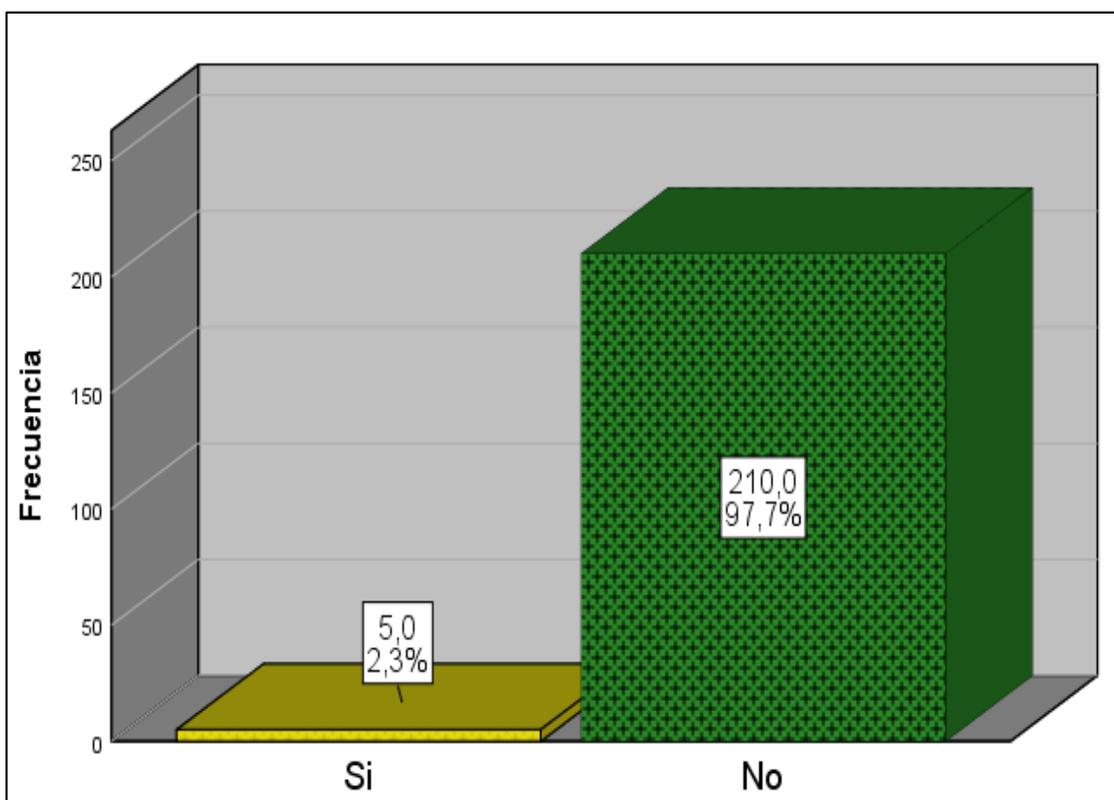


Gráfico N° 12: En el gráfico se observa la gran mayoría de las pacientes que fueron hospitalizadas no consumen alcohol (elaboración propia).

Tabla N° 13: Distribución de las pacientes hospitalizadas según antecedentes de hipertensión arterial (HTA) crónica en el HNSEB 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	27	12,6	12,6	12,6
	No	188	87,4	87,4	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 13 obtenida de la recolección de datos se observa que en las pacientes hospitalizadas el 87,6% no tuvieron como antecedente hipertensión crónica, y el 12,6% de las pacientes si presentaron HTA crónica.

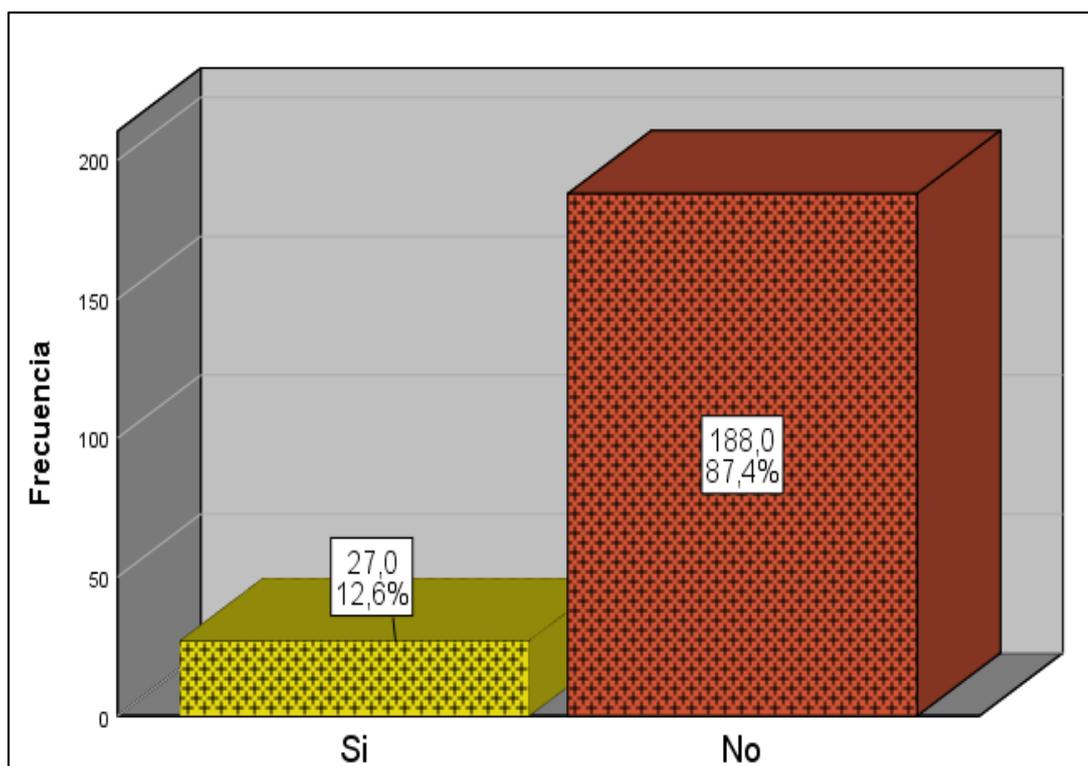


Gráfico N° 13: En el gráfico se observa que notablemente las pacientes que fueron atendidas no tuvieron hipertensión arterial crónica como antecedente (elaboración propia).

Tabla N° 14: Distribución de las pacientes hospitalizadas según antecedentes de presentar enfermedad autoinmune en el HNSEB 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	212	98,6	98,6	98,6
	LES	1	0,5	0,5	99,1
	Otros	2	0,9	0,9	100,0
	Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 14 obtenida de la recolección de datos se observa, el 98,6 % no presentaron ninguna enfermedad autoinmune, sin embargo 0,9 % tuvo otra enfermedad autoinmune, y 0,5% presento Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

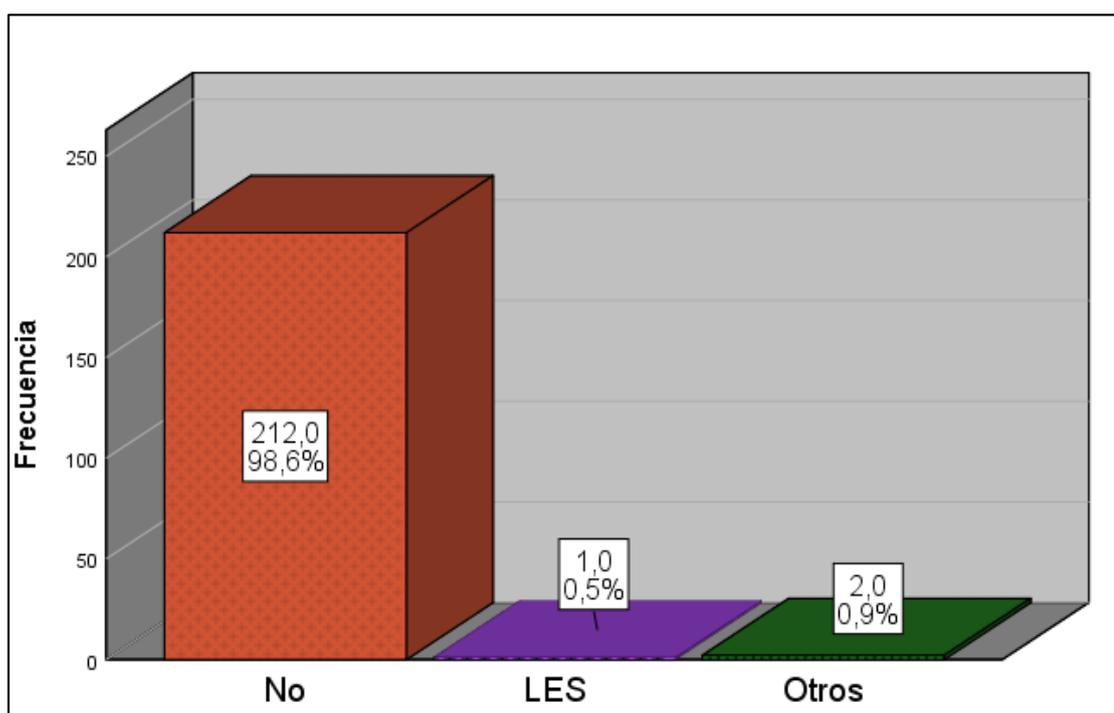


Gráfico N° 14: En el gráfico se observa significativamente que las mujeres atendidas en el establecimiento no presentaron como antecedente ninguna enfermedad autoinmune (elaboración propia).

Tabla N° 15: Distribución de las pacientes hospitalizadas según la obesidad en el HNSEB 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Si IMC \geq 35kg/m ²	58	27,0	27,0	27,0
No IMC<35kg/m ²	157	73,0	73,0	100,0
Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 15 obtenida de la recolección de datos se observa que en las pacientes con preeclampsia, el 73% estuvieron con índice de masa corporal (IMC) adecuado, sin embargo el 27% presentaron obesidad con un IMC marcado.

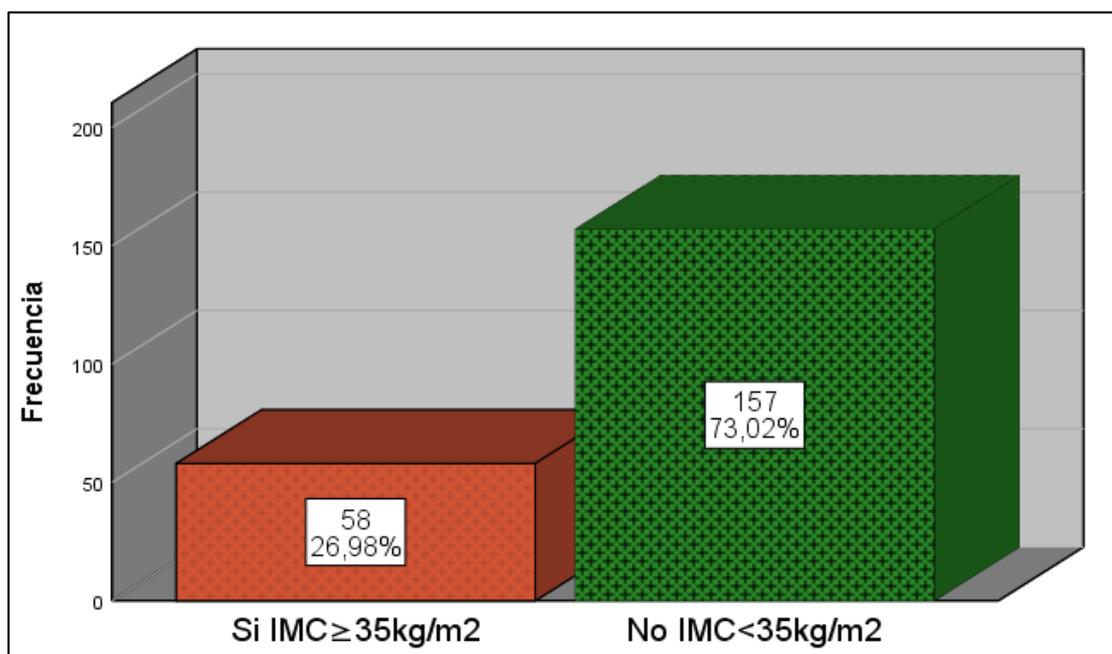


Gráfico N° 15: En el gráfico se observa que en gran proporción no presentaron obesidad las pacientes que fueron hospitalizadas (elaboración propia).

Tabla N° 16: Distribución según las pacientes hospitalizadas con diabetes mellitus en el HNSEB 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No	191	88,8	88,8	88,8
DM tipo2	17	7,9	7,9	96,7
otros	7	3,3	3,3	100,0
Total	215	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 15 obtenida de la recolección de datos se observa que en las pacientes atendidas el 88,8% no presentaron diabetes mellitus (DM), se encontró que el 7,9% tenían diagnóstico de DM tipo 2, el 3,3% presentaron otros tipos de diabetes.

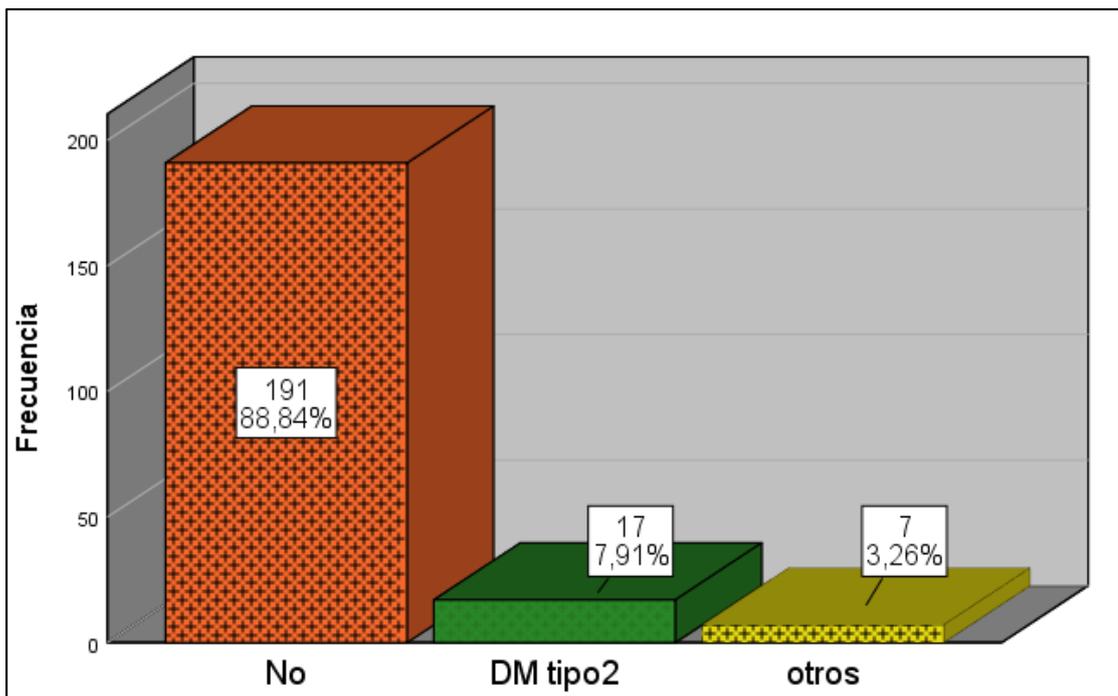


Gráfico N° 16: En el gráfico se observa que no presentaron en gran mayoría antecedente de diabetes mellitus (elaboración propia).

5.2 ANALISIS INFERENCIAL, PRUEBAS ESTADÍSTICAS PARAMÉTRICAS, NO PARAMÉTRICAS, DE CORRELACIÓN, DE REGRESIÓN U OTRAS.

Para la estadística inferencial y prueba de hipótesis para las variables cuantitativas se utilizó el test de Spearman, previamente a ello se desarrolló una prueba de normalidad con el test de Kolmogorov – Smirov. Posteriormente se ejecutó un análisis bivariado en el cual se hizo el cruce de dos variables al mismo tiempo, específicamente las variables del objetivo general del estudio, entre ellas la variable dependiente (Factores de riesgo), que se cruzó con la variable independiente (Preeclampsia), la cual se emplea una prueba No Paramétrica, χ^2 (Chi Cuadrado), mediante el programa SPSS v. 25 y se consideró $p < 0,05$; elaborando posteriormente cuadros estadísticos con tablas de contingencia que muestren asociación entre ambas variables.

5.3 COMPROBACIÓN DE HIPOTESIS, TÉCNICAS ESTADÍSTICAS EMPLEADAS.

Primera Hipótesis Secundaria

- Ha: Existiría asociación significativa entre los factores sociodemográficos como la edad, el nivel de estudio, el lugar de procedencia con preeclampsia en pacientes hospitalizadas.
- Ho: No existiría asociación significativa entre los factores sociodemográficos como la edad, el nivel de estudio, el lugar de procedencia con preeclampsia en pacientes hospitalizadas.
- Ha: Existiría asociación significativa entre los factores sociodemográficos como la edad, el nivel de estudio, el lugar de procedencia sin preeclampsia en pacientes hospitalizadas.
- Ho: No existiría asociación significativa entre los factores sociodemográficos como la edad, el nivel de estudio, el lugar de procedencia sin preeclampsia en pacientes hospitalizadas.

Tabla N° 17: Tabla de contingencia entre la edad y el diagnóstico de preeclampsia.

Edad		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Menos de 18 años	Recuento	11	9	20
	% dentro de Edad	55,0%	45,0%	100,0%
18-25años	Recuento	39	39	78
	% dentro de Edad	50,0%	50,0%	100,0%
26-34años	Recuento	39	31	70
	% dentro de Edad	55,7%	44,3%	100,0%
Mayor o igual 35 años	Recuento	32	15	47
	% dentro de Edad	68,1%	31,9%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Edad	56,3%	43,7%	100,0%

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado	3,935 ^a	3	,269
Razón de verosimilitud	4,008	3	,261
Asociación lineal por lineal	2,676	1	,102
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). No se encontró significación estadística con respecto a la asociación de la edad ($p = 0,289$). Por lo que se acepta la H_0 y se rechaza la H_a .

Tabla N° 18: Tabla de contingencia entre el nivel de estudio y el diagnóstico de Preeclampsia

Nivel de Estudio		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
primaria completa	Recuento	6	7	13
	% dentro de Nivel de estudio	46,2%	53,8%	100,0%
primaria incompleta	Recuento	4	1	5
	% dentro de Nivel de estudio	80,0%	20,0%	100,0%
secundaria completa	Recuento	59	54	113
	% dentro de Nivel de estudio	52,2%	47,8%	100,0%
secundaria incompleta	Recuento	29	22	51
	% dentro de Nivel de estudio	56,9%	43,1%	100,0%
superior completo	Recuento	12	3	15
	% dentro de Nivel de estudio	80,0%	20,0%	100,0%
superior incompleto	Recuento	11	7	18
	% dentro de Nivel de estudio	61,1%	38,9%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Nivel de estudio	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	6,053 ^a	5	,301
Razón de verosimilitud	6,469	5	,263
Asociación lineal por lineal	1,903	1	,168
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). No se encontró significación estadística con respecto a la asociación del Nivel de estudio ($p = 0,301$). Por lo que se acepta la H_0 y se rechaza la H_a .

Tabla N° 19: Tabla de contingencia entre el Lugar de procedencia y el diagnóstico de Preeclampsia.

Lugar de Procedencia		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Comas	Recuento	80	74	154
	% dentro de Lugar de procedencia	51,9%	48,1%	100,0 %
Carabaylo	Recuento	29	15	44
	% dentro de Lugar de procedencia	65,9%	34,1%	100,0 %
Provincia	Recuento	6	3	9
	% dentro de Lugar de procedencia	66,7%	33,3%	100,0 %
Otros	Recuento	6	2	8
	% dentro de Lugar de procedencia	75,0%	25,0%	100,0 %
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Lugar de procedencia	56,3%	43,7%	100,0 %

Chi-cuadrado	4,366 ^a	3	,225
Razón de verosimilitud	4,479	3	,214
Asociación lineal por lineal	3,865	1	,049
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). No se encontró significación estadística con respecto a la asociación del Lugar de Procedencia ($p = 0,225$). Por lo que se acepta la H_0 y se rechaza la H_a .

Segunda Hipótesis Secundaria

- Ha: Existiría asociación significativa entre los factores de riesgo obstétrico como la edad gestacional, la paridad, el periodo intergenésico, el número de controles prenatales, embarazos dobles, antecedentes de PE y antecedentes de familiares con PE con preeclampsia en pacientes hospitalizadas.
- Ho: No existiría asociación significativa entre los factores de riesgo obstétrico como la edad gestacional, la paridad, el periodo intergenésico, el número de controles prenatales, embarazos dobles, antecedentes de PE y antecedentes de familiares con PE con preeclampsia en pacientes hospitalizadas.
- Ha: Existiría asociación significativa entre los factores de riesgo obstétrico como la edad gestacional, la paridad, el periodo intergenésico, el número de controles prenatales, embarazos dobles, antecedentes de PE y antecedentes de familiares con PE sin preeclampsia en pacientes hospitalizadas.
- Ho: No existiría asociación significativa entre los factores de riesgo obstétrico como la edad gestacional, la paridad, el periodo intergenésico, el número de controles prenatales, embarazos dobles, antecedentes de PE y antecedentes de familiares con PE sin preeclampsia en pacientes hospitalizadas.

Tabla N° 20: Tabla de contingencia entre la edad gestacional y el diagnóstico de Preeclampsia.

Edad gestacional		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Menos 28 semanas	Recuento	1	5	6
	% dentro de Edad gestacional	16,7%	83,3%	100,0%
Mayor o igual 28 semanas	Recuento	120	89	209
	% dentro de Edad gestacional	57,4%	42,6%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Edad gestacional	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	3,936 ^a	1	,047
Razón de verosimilitud	4,126	1	,042
Asociación lineal por lineal	3,918	1	,048
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Se encontró significación estadística con respecto a la asociación de la edad gestacional ≥ 28 semanas ($p = 0,047$). Por lo que se acepta la H_a y se rechaza la H_o .

Tabla N° 21: Tabla de contingencia entre la Paridad y el diagnóstico de Preeclampsia.

Paridad		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
nulípara	Recuento	74	26	100
	% dentro de Paridad	74,0%	26,0%	100,0%
primípara	Recuento	22	45	67
	% dentro de Paridad	32,8%	67,2%	100,0%
múltipara	Recuento	25	23	48
	% dentro de Paridad	52,1%	47,9%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Paridad	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	28,071 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	28,760	2	,000
Asociación lineal por lineal	11,634	1	,001
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Se encontró significación estadística con respecto a la asociación de paridad ($p = 0,000$). Por lo que se acepta la H_a y se rechaza la H_o .

Tabla N° 22: Tabla de contingencia entre el periodo intergenésico y el diagnóstico de Preeclampsia.

Periodo intergenésico		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Sin periodo interg.	Recuento	74	26	100
	% dentro de Periodo intergenésico	74,0%	26,0%	100,0%
Menor de 10 años	Recuento	35	67	102
	% dentro de Periodo intergenésico	34,3%	65,7%	100,0%
Mayor o igual de 10 años	Recuento	12	1	13
	% dentro de Periodo intergenésico	92,3%	7,7%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Periodo intergenésico	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	39,621 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	41,800	2	,000
Asociación lineal por lineal	8,838	1	,003
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Se encontró significación estadística con respecto a la asociación del periodo intergenésico ($p = 0,000$). Por lo que se acepta la H_a y se rechaza la H_o .

Tabla N° 23: Tabla de contingencia entre el número de controles prenatales y el diagnóstico de Preeclampsia.

Controles prenatales		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
ninguno	Recuento	6	4	10
	% dentro de Controles prenatales	60,0%	40,0%	100,0%
Menos 4 CPN	Recuento	16	7	23
	% dentro de Controles prenatales	69,6%	30,4%	100,0%
De 4 a más	Recuento	99	83	182
	% dentro de Controles prenatales	54,4%	45,6%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Controles prenatales	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	1,969 ^a	2	,374
Razón de verosimilitud	2,029	2	,363
Asociación lineal por lineal	1,074	1	,300
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). No se encontró significación estadística con respecto a la asociación del número de controles prenatales ($p = 0,374$). Por lo que se acepta la H_0 y se rechaza la H_a .

Tabla N° 24: Tabla de contingencia entre gestación múltiple y el diagnóstico de Preeclampsia.

Gestación múltiple		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Si	Recuento	3	1	4
	% dentro de Gestación múltiple	75,0%	25,0%	100,0%
No	Recuento	118	93	211
	% dentro de Gestación múltiple	55,9%	44,1%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Gestación múltiple	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	,581 ^a	1	,446
Razón de verosimilitud	,616	1	,433
Asociación lineal por lineal	,578	1	,447
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). No se encontró significación estadística con respecto a la asociación a embarazo o gestación múltiple ($p = 0,446$). Por lo que se acepta la H_0 y se rechaza la H_a .

Tabla N° 25: Tabla de contingencia entre antecedente de preeclampsia y el diagnóstico de Preeclampsia.

Antecedente de preeclampsia		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Si	Recuento	40	10	50
	% dentro de Antecedente de preeclampsia	80,0%	20,0%	100,0%
No	Recuento	81	84	165
	% dentro de Antecedente de preeclampsia	49,1%	50,9%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Antecedente de preeclampsia	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	14,899 ^a	1	,000
Razón de verosimilitud	15,929	1	,000
Asociación lineal por lineal	14,830	1	,000
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Se encontró significación estadística con respecto a la asociación sobre antecedente de preeclampsia ($p = 0,000$). Por lo que se acepta la H_a y se rechaza la H_o .

Tabla N° 26: Tabla de contingencia entre antecedente de familiares con preeclampsia y el diagnóstico de Preeclampsia

Antecedente de familiares con preeclampsia		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Si	Recuento	24	3	27
	% dentro de Antecedente de familiares con preeclampsia	88,9%	11,1%	100,0%
No	Recuento	97	91	188
	% dentro de Antecedente de familiares con preeclampsia	51,6%	48,4%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Antecedente de familiares con preeclampsia	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	13,345 ^a	1	,000
Razón de verosimilitud	15,385	1	,000
Asociación lineal por lineal	13,283	1	,000
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Se encontró significación estadística con respecto a la asociación sobre antecedente de familiares con preeclampsia ($p = 0,000$). Por lo que se acepta la H_a y se rechaza la H_o .

Tercera Hipótesis Secundaria

- Ha: Existiría asociación significativa entre los factores asociados a enfermedades crónicas como el alcoholismo, HTA crónica, enfermedad autoinmune, la obesidad y la diabetes con preeclampsia en pacientes hospitalizadas.
- Ho: No existiría asociación significativa entre los factores asociados a enfermedades crónicas como el alcoholismo, HTA crónica, enfermedad autoinmune, la obesidad y la diabetes con preeclampsia en pacientes hospitalizadas.
- Ha: Existiría asociación significativa entre los factores asociados a enfermedades crónicas como el alcoholismo, HTA crónica, enfermedad autoinmune, la obesidad y la diabetes sin preeclampsia en pacientes hospitalizadas.
- Ho: No existiría asociación significativa entre los factores asociados a enfermedades crónicas como el alcoholismo, HTA crónica, enfermedad autoinmune, la obesidad y la diabetes sin preeclampsia en pacientes hospitalizadas.

Tabla N° 27: Tabla de contingencia entre el consumo de alcohol y el diagnóstico de Preeclampsia

Alcoholismo		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Si	Recuento	4	1	5
	% dentro de Alcoholismo	80,0%	20,0%	100,0%
No	Recuento	117	93	210
	% dentro de Alcoholismo	55,7%	44,3%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Alcoholismo	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	1,171 ^a	1	,279
Razón de verosimilitud	1,277	1	,259
Asociación lineal por lineal	1,165	1	,280
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). No se encontró significación estadística con respecto a la asociación de consumir alcohol ($p = 0,279$). Por lo que se acepta la H_0 y se rechaza la H_a .

Tabla N° 28: Tabla de contingencia entre la hipertensión crónica y el diagnóstico de Preeclampsia

HTA Crónica		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Si	Recuento	24	3	27
	% dentro de Hipertensión crónica	88,9%	11,1%	100,0%
No	Recuento	97	91	188
	% dentro de Hipertensión crónica	51,6%	48,4%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Hipertensión crónica	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	13,345 ^a	1	,000
Razón de verosimilitud	15,385	1	,000
Asociación lineal por lineal	13,283	1	,000
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Se encontró significación estadística con respecto a la hipertensión arterial crónica ($p = 0,000$). Por lo que se acepta la H_a y se rechaza la H_o .

Tabla N° 29: Tabla de contingencia entre la enfermedad autoinmune y el diagnóstico de Preeclampsia

Enfermedad autoinmune		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
No	Recuento	118	94	212
	% dentro de Enfermedad autoinmune	55,7%	44,3%	100,0%
LES	Recuento	1	0	1
	% dentro de Enfermedad autoinmune	100,0%	0,0%	100,0%
Otros	Recuento	2	0	2
	% dentro de Enfermedad autoinmune	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Enfermedad autoinmune	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	2,364 ^a	2	,307
Razón de verosimilitud	3,482	2	,175
Asociación lineal por lineal	2,018	1	,155
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). No se encontró significación estadística con respecto a la asociación entre la enfermedad autoinmune ($p = 0,307$). Por lo que se acepta la H_0 y se rechaza la H_a .

Tabla N° 30: Tabla de contingencia entre la obesidad y el diagnóstico de Preeclampsia

Obesidad		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
Si IMC≥35kg/m ²	Recuento	46	12	58
	% dentro de Obesidad	79,3%	20,7%	100,0%
No IMC<35kg/m ²	Recuento	75	82	157
	% dentro de Obesidad	47,8%	52,2%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Obesidad	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	17,122 ^a	1	,000
Razón de verosimilitud	18,179	1	,000
Asociación lineal por lineal	17,043	1	,000
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Se encontró significación estadística con respecto a obesidad ($p = 0,000$). Por lo que se acepta la H_a y se rechaza la H_o .

Tabla N° 31: Tabla de contingencia entre la diabetes mellitus y el diagnóstico de Preeclampsia

Diabetes		Diagnóstico de preeclampsia		Total
		Con Preeclampsia	Sin Preeclampsia	
No	Recuento	102	89	191
	% dentro de Diabetes	53,4%	46,6%	100,0%
DM tipo2	Recuento	15	2	17
	% dentro de Diabetes	88,2%	11,8%	100,0%
otros	Recuento	4	3	7
	% dentro de Diabetes	57,1%	42,9%	100,0%
Total	Recuento	121	94	215
	% dentro de Diabetes	56,3%	43,7%	100,0%

Chi-cuadrado	7,700 ^a	2	,021
Razón de verosimilitud	8,881	2	,012
Asociación lineal por lineal	4,221	1	,040
N de casos válidos	215		

Al realizar la muestra obtenida por la prueba de Chi Cuadrado, con nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Se encontró significación estadística con respecto a la diabetes mellitus ($p = 0,021$). Por lo que se acepta la H_a y se rechaza la H_o .

5.4. DISCUSIÓN

Tabla N° 01:

En el estudio realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, de los 1176 gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginec Obstetricia, el 95% no tuvieron el diagnóstico de preeclampsia y el 5% si presentaron el diagnóstico definitivo de preeclampsia (25), en otro estudio realizado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, el 64% de las gestantes atendidas presentaron el diagnóstico de preeclampsia, sin embargo el 36% no tuvieron preeclampsia (39). En este estudio el 56,3% tienen el diagnóstico de preeclampsia con y sin criterios de severidad, y el 43,7% de las gestantes que ingresaron con el diagnóstico de hipertensión inducida al embarazo; a descartar preeclampsia, no presentaron el diagnóstico de preeclampsia; el segundo estudio tiene cierta similitud con este estudio ya que en su mayoría se encontraron a gestantes con el diagnóstico de preeclampsia.

Tabla N° 02: En el estudio desarrollado en el Hospital de San Juan de Lurigancho, de los 170 pacientes que fueron atendidas en dicho establecimiento, el 60% tuvieron las edades entre 21 a 34 años, seguido por un 26,5% entre las edades de 16 a 20 años (18), en otro estudio de las 302 pacientes atendidas el 44,4% tenían entre las edades de 26 a 31 años de edad, y 28,5% tuvieron edades menor a los 25 años (19). En este estudio se observa, de las 215 pacientes atendidas, el 36,3% tienen entre las edades de 18 a 25 años, seguido de 32,6% entre las edades de 26 a 34 años edad. En la tabla de contingencia entre la edad y el diagnóstico de preeclampsia, de las pacientes que si tienen preeclampsia el 68,1% eran gestantes años y el 31,9% las

gestantes sin PE, el 55,7% de las gestantes con PE se encontraron entre los 26 a 34 años de edad y el 44,3% en gestantes sin PE, por lo que en la mayoría de los estudios revisados, se observa que están entre las edades de una mujer en una etapa de reproducción adecuada.

Tabla N° 03: En un estudio efectuado en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, el 73,28% de las gestantes con diagnóstico de preeclampsia tuvieron secundaria, así como también el 56,90% de las gestantes que no tienen preeclampsia tuvieron secundaria (29), en otro estudio realizado en el Hospital Hipólito Unanue, se encontró que el tuvieron secundaria el 65,9% de las gestantes que tuvieron preeclampsia y el 63,2% de las pacientes que no tuvieron preeclampsia (17). En este estudio el 52,6% de las gestantes que fueron atendidas tienen secundaria completa y en la tabla de contingencia muestra que las pacientes con PE tienen secundaria completa un 52,2% y un 43,1% las gestantes sin PE; por lo que hay cierta similitud con los otros estudios.

Tabla N° 04: En el estudio desarrollado en el Hospital San Bartolomé, tuvo una muestra de 80 pacientes, el 22,5% y 17,5% proceden del Cercado de Lima, por lo que en su mayoría es más cercano acudir a ese establecimiento (41), otro estudio realizado en el Hospital "El Carmen" demuestra que el 78,37% las personas que fueron atendidas proceden de una zona urbana, mientras el 21,62% proceden de una zona rural (55). En este estudio se encuentra que el 71,6% proceden de Comas y solamente el 4,2% proceden de provincia y en la tabla de contingencia el 51,9% de las pacientes con PE viven en Comas y 48,1% de las pacientes sin PE también viven en Comas; tienen cierta similitud con el estudio, ya que el establecimiento se encuentra en una zona urbana o

es más accesible para el paciente acudir a un establecimiento más cercano desde su procedencia.

Tabla N° 05: En un estudio donde hubo una distribución de 170 gestantes que fueron atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, el 78,8% se encontraron entre las 37 a 41 semanas (18), en otro estudio efectuado en los municipios de San Jorge, Panchimalco y Santa María Ostuma, el 95,45% estuvieron entre las 28 semanas para adelante (20). En este estudio, el 97,2% de las gestantes que fueron hospitalizadas tuvieron una edad gestacional mayor o igual a las semanas, abarcando exclusivamente entre las 30 semanas a 40 semanas, y el 2,8% tuvieron menor a las 28 semanas, pero el pronóstico de vida no fue bueno y en la tabla de contingencia se observa que en las pacientes con PE estaban con una EG mayor a las 28 semanas con un 57,4% y el 42,6% eran en pacientes sin PE; por lo que hay cierta similitud en los estudios mencionados anteriormente, donde no hay una EG menor a 28 semanas.

Tabla N° 06: En el estudio elaborado en el Hospital Nacional Dos de Mayo menciona que el 55,9% de las pacientes eran nulíparas y el 44,1% eran multíparas (25), en otro estudio realizado en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón con respecto a la paridad, el 56,90% en su mayoría fueron pacientes nulíparas con preeclampsia, el 39,66% de las gestantes nulíparas no tuvieron el diagnóstico de preeclampsia (29). En este estudio efectuado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales se demuestra que el 46,5% de las pacientes atendidas eran nulíparas, seguido con un 31,2% fueron primíparas y en la tabla de contingencia, de las gestantes con PE el 74% fueron nulíparas, seguido de las gestantes primíparas, y de las gestantes sin preeclampsia el 67,2% eran

primíparas, por lo que hay cierta similitud con el estudio realizado en el hospital regional, donde el ser nulípara es un riesgo mayor para tener Preeclampsia.

Tabla N° 07: En el estudio realizado en el Hospital San Juan de Lurigancho, de los 80 casos, el 42,5% tuvieron un periodo intergenésico entre los 2 a 4 años, menor a los 2 años fue en un 32,5% y el 25% esperaron mayor a 5 años para que la paciente vuelva a tener un nuevo embarazo (18), en otro estudio elaborado en el Instituto Especializado Materno Perinatal menciona que el 44% tuvieron un intervalo intergenésico entre las 49 a 205 meses y presentaron preeclampsia, tener un intervalo intergenésico largo o mayor a los 48 meses presenta 4,6 veces de presentar riesgo para preeclampsia (51), sin embargo en otro estudio realizado en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, el 60,34% de las gestantes no presentaron periodo intergenésico (29). En este estudio el 47,44% tuvieron un periodo intergenésico menor a los 10 años y el 6,05% tuvieron menor a 10 años y el 46,51 no presentaron ningún periodo intergenésico y en la tabla de contingencia, de las pacientes atendidas con PE, el 92,3% tuvieron un periodo intergenésico largo, y el 74% no presentaron ningún PI, de las pacientes sin PE, el 65,7% tuvieron un PI corto, por lo que hay similitud con los estudios anteriormente mencionados, donde el tener un PI largo representa un mayor riesgo de padecer PE.

Tabla N° 08: En el estudio ejecutado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, demostró con respecto al número de controles prenatales, el 57,5% tuvieron un control mayor o igual a 6 CPN, sin embargo el 42,4% tuvieron un control menor de 6 (25), en otro estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal demostró que el 43,6% de las gestantes con preeclampsia tuvieron menor de 4 controles prenatales, el 35,9% tuvieron entre 4 a 6 CPN (37). En

este estudio el 84,65% de las gestantes tuvieron controles prenatales entre 4 a más, el 10,70% menor a 4 CPN y el 4,65% de las pacientes no presentaron ningún control y en la tabla de contingencia, de las pacientes con PE 69,6% presentaron controles deficientes, el 60% no presentaron CPN, pero el 54,4% tuvieron un CPN adecuado, y de las pacientes sin PE el 45,6% tuvieron controles adecuado; por lo que contrasta con ellos estudios ya mencionados, donde el tener menor o insuficiente CPN puede ser un riesgo para la madre.

Tabla N° 09: En un estudio realizado en el Hospital Enrique C. Sotomayor, donde hubo una distribución de 176 pacientes, menciona que el 97% de las pacientes que fueron atendidas no fueron embarazos dobles y solamente el 3% registró que las madres con preeclampsia tuvieron embarazo múltiple (12), otro estudio menciona que de las 291 pacientes atendidas en el hospital de especialidades Teodoro Maldonado Carbo, muestra que el 96,4% tuvieron un único embarazo y el 3,6% se encontró que las gestantes cursaban con un embarazo múltiple (19). En este estudio se demostró del total 215 pacientes hospitalizadas, el 98,1% no tuvieron embarazo múltiple y en la tabla de contingencia, de las pacientes con PE el 55,9% no presentaron embarazo múltiple y de las gestantes sin PE el 44,1% no tuvieron embarazo múltiple, por lo que hay cierta relación entre los estudios mencionados anteriormente, por lo que no se encontró significación estadística entre el embarazo múltiple y la preeclampsia.

Tabla N° 10: En el estudio elaborado en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, el 12% de las pacientes con preeclampsia si tenían como antecedente preeclampsia y el 87,5% no tenían como antecedente PE , sin embargo, las pacientes que no tuvieron diagnóstico de preeclampsia 0% si

tenían antecedente de PE y el 100% que no tuvieron antecedente de PE (41), en otro estudio realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo , el 33, 3% de las gestantes si tuvieron antecedente de PE y el 66,7% no presentaron PE previamente (25) En este estudio se demostró que el 23, 3% de las gestantes tuvieron como antecedente preeclampsia en su gestación anterior, sin embargo el 76,7% de las gestantes no tuvieron PE previamente y en la tabla de contingencia, de las gestantes con PE, el 80% si presentaron anteriormente PE y de las pacientes sin PE el 50,9% no hicieron PE, por lo que se encontró significación estadística entre en antecedente de PE y preeclampsia; teniendo en cuenta que no hay similitud con los estudios anteriores.

Tabla N° 11: En el estudio desarrollado en el Hospital III Iquitos EsSalud, del total de 174, se apreció que las gestantes con diagnóstico de preeclampsia, el 44,4% si tuvieron como antecedente familiares con preeclampsia y el 32,7% no presentaron familiares con PE, de las gestantes sin diagnóstico de PE el 55,56% si tuvieron antecedentes de familiares con PE y el 62,27% sin presentaron que sus familiares no presentaron antecedente de PE (33), en otro estudio ejecutado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, de las gestantes con PE, se encontró que el 2,5 si tenían como antecedente de familiares con PE y el 97,5% no mencionaron antecedentes familiares con PE, pero de las pacientes que no se evidenciaron con diagnóstico de PE, 0% tenían antecedente de familiares con PE y el 100 % no tenían antecedente de PE (41). En este estudio efectuado el 12,6% si presentaron antecedentes familiares como madre y hermanas que tuvieron preeclampsia por lo menos una vez en su gestación y el 87,4% ninguno de su familia han tenido PE en sus embarazos; y en la tabla de contingencia, de las pacientes con PE, el 88,9% si

tuvieron familiares directos que hicieron PE en su embarazo, sin embargo de las pacientes sin PE el 48,4% no realizaron PE sus familiares; por lo que hay cierta semejanza con el estudio efectuado en Hospital de Iquitos, encontrando significación estadística entre antecedente de familiar con PE y preeclampsia.

Tabla N° 12: En el estudio efectuado en el Hospital San Juan de Lurigancho, del total de las 170 gestantes estudiadas, el 98,8% de nunca consumieron alcohol el 1,2% si consumieron alcohol (18). En este estudio se menciona que el 2,3% de las pacientes atendidas si consumen alcohol y el 97,7% de las gestantes no son consumidoras de alcohol, por lo que este tiene similitud con el estudio antes mencionado.

Tabla N° 13: En un estudio desarrollado en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de las 302 pacientes analizados, el 17 % si presentaron como antecedente tener hipertensión arterial crónica (19), en otro estudio hecho en el Hospital Nacional Dos de Mayo, donde encontró que el 6,8% de las gestantes hospitalizadas tenían como antecedente HTA crónica y el 93,2%, mayormente no presentaron como antecedente HTA crónica (25). En este estudio realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, del total de 215 pacientes hospitalizadas que fueron atendidas, el 12,6% si presentaron HTA crónico con tratamiento farmacológico, sin embargo el 87,4% nunca tuvieron como antecedente HTA crónica.

Tabla N° 14: En un estudio efectuado en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, al respecto de pacientes con antecedentes de enfermedades autoinmune, el 2,4% si presentaron dicha patología, de un total de 249 casos, el 97,6% no presentaron previamente enfermedades autoinmunes (17), en otro estudio realizado en el Municipio Panchimalco, no se evidenciaron antecedentes de

ningún tipo enfermedades autoinmunes, entre las cuales estaban lupus eritematoso, artritis reumatoide o los anticuerpos fosfolipídicos (20). En este estudio elaborado el 98,6% no presentaron dicha enfermedad, sin embargo solamente el 0,5% del total de gestantes atendidas presentaron Lupus y el 0,9% presentaron otros tipos de enfermedades autoinmunes, y tiene cierta similitud con el primer estudio antes mencionado.

Tabla N° 15: En un estudio elaborado en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón el 50% de las pacientes con el diagnóstico de preeclampsia tuvieron obesidad, u el 76,72% de las pacientes sin el diagnóstico de PE no llegaron a presentar obesidad (29), en otro estudio ejecutado en el Hospital III Iquitos de EsSalud, el 63,6% de las gestantes con preeclampsia presentaron obesidad, sin embargo el 57,7 % de las gestantes que no tuvieron el diagnóstico de PE no presentaron obesidad (33). En este estudio desarrollado en el HNSEB, el 27% si presentaron obesidad con un índice de masa corporal mayor o igual a 35 kg/m² y el 73% no presentaron obesidad; teniendo un IMC inferior al 35 kg/m².

Tabla N° 16: En un estudio efectuado en el Hospital Nacional docente Madre Niño San Bartolomé, el 100% de las pacientes con Preeclampsia no tuvieron como antecedente diabetes mellitus y teniendo y el 100% de las pacientes sin PE tampoco presentaron tener diabetes mellitus (41), en otro estudio realizado en el Hospital dos de Mayo, el 100% de las gestantes no presentaron antecedente de DM. En este estudio el 88,8% no presentaron antecedentes de DM, el 7,9% si presentaron DM tipo 2, muchas de ellas con tratamiento, y el 3,3% tenían otro tipo de diabetes, entre las cuales se encontró diabetes gestacional.

5.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.5.1. Conclusiones:

- ✓ Los factores de riesgo se determinan con la preeclampsia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, así como presentar antecedente de riesgo obstétrico es un riesgo mayor a presentar Preeclampsia, sin embargo no hay relación con respecto a los factores sociodemográficos.
- ✓ La preeclampsia no tiene relación significativa de presentar riesgo con respecto a la edad, el nivel de estudio, ni el lugar donde procede la madre gestante.
- ✓ El factor de riesgo obstétrico más frecuente de presentar preeclampsia fue como antecedente haber tenido preeclampsia en su anterior gestación, el ser nulípara también es un riesgo relacionado a poder presentar preeclampsia.
- ✓ Los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas, donde el consumo de alcohol no presenta relación con el diagnóstico de preeclampsia, pero el tener presión arterial crónica tiene un riesgo de presentar Preeclampsia, así como también el presentar obesidad.

5.5.2. Recomendaciones:

- ✓ Promover charlas informativas en los centros educativos para evitar embarazos adolescentes de alto riesgo.
- ✓ Incentivar a las pacientes gestantes que acudan a su centro de salud, para evitar así los posibles riesgos obstétricos que pueden dar al no asistir correctamente y de inicio temprano a sus controles prenatales.
- ✓ Capacitar constantemente al personal de salud con respecto a los distintos problemas de salud que afectan en gran parte en nuestro entorno.
- ✓ Se debe tomar con en cuenta a las gestantes que tienen como antecedente haber presentado preeclampsia en su anterior gestación, ya que en este estudio se encontró mayor riesgo de volver a presentar en su actual embarazo preeclampsia.

ANEXO Y APENDICES

ANEXO 01: DATOS Y FUENTE DE INVESTIGACIÓN

- (1) Flores E. y Rojas F., et al. Preeclampsia y sus principales factores de riesgo. Rev. Fac. Med. Hum. 2017. 91. Disponible en: <http://v-beta.urp.edu.pe/pdf/id/9183/n/preeclampsia-y-sus-principales-factores-de-riesgo.pdf>
- (2) OMS. Mortalidad Materna. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- (3) Preeclampsia foundation. Mortalidad Materna Internacional y Preeclampsia: La carda Mundial de la Enfermedad. 2014. Disponible en: <https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/sobre-la-preeclampsia/149-advocacy-awareness/332-preeclampsia-and-maternal-mortality-a-global-burden>
- (4) MINSA. Boletín epidemiológico (Lima – Perú) 2016. Vol.24. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
- (5) Sánchez. Actualización en la Epidemiología de la Preeclampsia. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014. 310. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a07v60n4.pdf>
- (6) Del Carpio. Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 – 2012. Peruvian Journal of Experimental Medicine and Public Health. 2013. Vol. 30(3). Disponible en <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/284/2186>
- (7) ACOG. La preeclampsia y la presión arterial durante el embarazo. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2018. Disponible en: <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets->

[Spanish/Files/La-preeclampsia-y-la-presion-arterial-alta-durante-el-embarazo?IsMobileSet=false](#)

- (8) Pacheco. Introducción al Simposio sobre preeclampsia. Rev. Perú Ginecol Obstet. 2017; 63(2). 201. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n2/a07v63n2.pdf>
- (9) Lagos, Arriagada, et al. Fisiopatología de la preeclampsia. Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 2013; vol 8(3).158
- (10) Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. MINSA. 2017. Disponible en:
- (11) The American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in Pregnancy. ACOG. Washington, DC. 2013. 32. Disponible en: <https://www.acog.org/~media/Task%20Force%20and%20Work%20Group%20Reports/public/HypertensioninPregnancy.pdf>
- (12) Matías R. Factores predisponentes en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde Septiembre del 2012 a Febrero del 2013. [tesis]. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/2037/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>
- (13) Gutiérrez, Alatorre, et al. Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. Rev. Hematol. Mex 2012; 13(4). 195. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/hematologia/re-2012/re124h.pdf>
- (14) Avena J., Joerin V., et al. Preeclampsia Eclampsia. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2007. 20. Disponible en: <http://maternoinfantil.org/archivos/A70.PDF>

- (15) Sibai B., Ewell M., et al. Risk factors associated with preeclampsia in healthy nulliparous women. California. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1997. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937897700048>
- (16) Gutiérrez E. Factores de riesgo asociados a preeclampsia de inicio tardío en el Servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Nacional Daniel A. Carrión Enero 2014 – Diciembre 2015 [tesis]. Perú. Universidad Ricardo Palma. 2017. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/882/1/Guti%C3%A9rres%20Cuadros%20Elena%20Augusta_2017.pdf
- (17) Enríquez D. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2013 [tesis]. Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna. 2015. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2087/518_2015_enriquez_castro_dw_facs_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (18) Depaz G. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital San Juan de Lurigancho. Enero – Setiembre 2017[tesis]. Perú. Universidad Nacional Federico Villarreal. 2018. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/1700/UNFV_Depaz_Monta%C3%B1ez_Gisella_Titulo_Profesional_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (19) Banda R., Vargas Y. Factores de riesgo que predisponen a la preeclampsia en mujeres de 20 a 35 años en el periodo 2014 – 2017. [tesis]. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2018. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30607/1/CD-2192->

[Banda%20Loor.pdf](#)

- (20) Chávez O., Avilés J., et al. Factores de riesgo asociados al Diagnóstico de Preeclampsia en los municipios de San Jorge, Panchimalco y Santa María Ostuma en el Periodo del 3 de Enero al 23 de Diciembre del 2016. . [tesis]. El Salvador. Universidad de El Salvador. 2017. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/16742/1/TESIS.pdf>
- (21) Vásquez A., Reina G., et al. Trastornos hipertensivos del embarazo. Hospital Ginecoobstétrico “Ramón González Coro”. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol44_3-4_05/med103-405.pdf
- (22) Guía de Práctica Clínica (GPC). Trastornos hipertensivos del embarazo. Ministerio de Salud Pública. 2013. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos hipertensivos.pdf
- (23) Voto L., Ortí J., et al. Hipertensión y embarazo. Argentina. 2016. Disponible en: <http://inscripcioncampus.fundacionvoto.org.ar/upload/HIPERTENSION.pdf>
- (24) Ministerio de Salud. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión el Embarazo. Argentina. 2010. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf>
- (25) Huamán C. Prevalencia de Factores de riesgo para Preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Dos de Mayo entre Enero a Junio de 2015. [tesis]. Perú. Universidad Ricardo Palma. 2016. Disponible en:

http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/531/Huaman_c.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(26) Sánchez E., Gómez J, et al. Preeclampsia severa, eclampsia, Síndrome de HELLP, comportamiento clínico. Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48-4/RFM48405.pdf>

(27) Rodríguez A., Martínez D. Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2010.%20%20MANEJO%20DEL%20SINDROME%20HIPERTENSIVO%20DEL%20EMBARAZO.pdf>

(28) Guevara E., Meza L. Manejo de la Preeclampsia/ Eclampsia en el Instituto Materno Perinatal. Rev. Perú. Investig. Matern. 2015; 4(1). 40. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:q3ns1Dh_8PwJ:www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio%3Farchivo%3D38y45_Manejo_de_la_preeclampsia.pdf%26nombre%3D38y45_Manejo_de_la_preeclampsia.pdf+&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe

(29) Castillo Y. Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón en el periodo Enero-Diciembre 2017. [tesis]. Perú. Universidad Nacional del Altiplano. 2018. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6418/Castillo_Apaza_Yuver_Paul.pdf?sequence=1&isAllowed=y

(30) Consenso de Obstetricia FASGO. Estados hipertensivos y embarazo. 2017. Disponible en:

http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf

- (31) Rodríguez M., Egaña G., et al. Preeclampsia: mediadores moleculares del daño placentario. Rev. Chil. Obstet Ginecol. 2012. 77 (1). 73. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n1/art14.pdf>
- (32) OMS. Factores de riesgo. 2019. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- (33) Aliaga E. Factores asociados a preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital III Iquitos de Essalud Julio 2015 a Junio 2016. [tesis]. Perú. Universidad Científica del Sur. 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/206/ALIAGA-1-Trabajo-Factores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (34) Gozar M. Factores de riesgo asociados a preeclampsia leve en mujeres primigestas en el Hospital de Vitarte en el año 2015. [tesis]. Perú. Universidad Ricardo Palma. 2017. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/935/1/Gozar%20Casas%20Miguel%20%C3%81ngel_2017.pdf
- (35) Pacheco J., Villacorta A., et al. Repercusión de la preeclampsia eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014. 281-284. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rqo/v60n4/a03v60n4.pdf>
- (36) Barreto S. Factores de riesgo y resultados perinatales en la Preeclampsia Severa: Un estudio caso control. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2003, 117. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/912/91222305/>

- (37) Centeno G., Crispin L. Periodo Intergenésico Prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de Preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero-marzo 2013. [tesis]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3010/Centeno_h_g.pdf?sequence=1
- (38) Zavala A., Ortiz H., et al. Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Rev. Chil Obstet Ginecol 2018; 83(1). 53,54. Disponible en: http://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR_016.pdf
- (39) Quito S. Periodo intergenésico prolongado como factor de riesgo asociado a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo en el Periodo Enero 2012-Diciembre 2013. [tesis]. Perú. Universidad Privada Antenor Orrego. 2014. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/461/1/QUITO_SANDRA_INTERGEN%C3%89SICO_PREECLAMPSIA_GESTANTES.pdf
- (40) Aguilera S., Soothill P. Control Prenatal. Rev. Med. Clin. Condes. 2014. 25(6). 881. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706340>
- (41) Alfaro M. Asociación entre el control prenatal y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño san Bartolomé-2014. [tesis]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/356/Alfaro_c_m.pdf?sequence=1

- (42) Pacheco J. Preeclampsia en la Gestación Múltiple. Simposio Embarazo Múltiple. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015. 277. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v61n3/a11v61n3.pdf>
- (43) Pérez J. Tabaco, alcohol y embarazo en Atención Primaria. Medicina Integral, Vol. 36, Núm. 9, 2000. 343. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-10022163>
- (44) Morgan F., Calderón S., et al. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Ginecol. Obstet. Mex. 2010; 78(3). 155. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom103b.pdf>
- (45) Saona P. clasificación de la Enfermedad Hipertensiva en la gestación. Simposio. Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2006; 52(4). 223. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n4/pdf/a05v52n4.pdf
- (46) Gonzáles L. Implicaciones de la obesidad en la gestación. Estado del arte. [tesis]. Colombia. Pontifica Universidad Javeriana. 2014. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/16075/GonzalezAngaritaLauraLucia2014.pdf?sequence=1>
- (47) Clinton J. Síndrome de anemia Hemolítica (revisión bibliográfica). Revista Médica de Costa rica y Centroamérica. 55(583). 85. 2008. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/583/art2.pdf>
- (48) Flores B., Lazcano M., et al. Edema. Enfoque clínico. Med. Int. Méx. 2014: 30. 52. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim141g.pdf>

- (49) Campuzano G. Trombocitopenia: más importante que encontrarla es saber por qué se presenta. *Medicina & Laboratorio* 2007; 13: 112. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2007/myl073-4b.pdf>
- (50) Herrera C., Calderón N., et al. Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. *Ginecol. Obstet.* 1997;43 (2)
- (51) Quispe C. Relación de ciertos factores asociados y el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el IEMP durante el periodo agosto-noviembre del 2003. [tesis]. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/360/Quispe_sc.pdf?sequence=1
- (52) Guías de Práctica Clínica en el SNS. Guía de Práctica clínica sobre Lupus Eritematosos Sistémico. 2015. 61. Disponible en: <http://lupusmadrid.com/wp-content/uploads/2016/01/GPC-LES-version-completa.pdf>
- (53) Castellano J., Pérez A., et al. Síndrome Antifosfolípido. *Enfermedades Reumáticas: Actualización SVR.* 2008. 4 (7). 111. Disponible en: <https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2008/04/Cap-7-Sindrome-antifosfolipido.pdf>
- (54) Hernández R. *Metodología de la investigación.* 6ta ed. México. 2014. 92- 98.
- (55) Mendoza R. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital “El Carmen” en el año 2014. [tesis]. Perú. Universidad Nacional del Centro del Perú. 2015. Disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/463/TMH_24.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXO 02: PRUEBAS PSICOLOGICAS, CUESTIONARIOS O ESCALAS UTILIZADAS.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS
Factores de Riesgo	Se define como cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumente su probabilidad de sufrir de una lesión o enfermedad (32)	Socio-demográficos	Edad	<18 años
				18 – 25 años
				26 – 34 años
				≥35 años
			Nivel de estudio	Ninguno
				Primaria (C) (I)
				Secundaria(C) (I)
				Superior(C) (I)
			Lugar de Procedencia	Comas
				Carabayllo
		Provincia		
		Otros		
		Obstétricos	Edad gestacional	<28 semanas
				≥28 semanas
			Paridad	Nulípara
				Primípara
				Múltipara
			Período intergenésico	<10 años
				≥10años
			Controles prenatales	Ninguno
< 4 controles				
4 a más				
Embarazo doble	Si			
	No			

			Antecedente de preeclampsia	Si
			No	
			Antecedente de familiar con preeclampsia	Si
			No	
		Asociados a enfermedades crónicas	Alcoholismo	Si
				No
			Hipertensión arterial crónica	Si
				No
			Enfermedad autoinmune	No
				LES
				Sind. Antifosfolípídico
				Otros
			Obesidad	IMC <35 kg/m ²
				IMC ≥ 35 kg/m ²
			Diabetes	No
				DM tipo 1
DM Tipo2				
Otros				
Preeclampsia	Trastorno hipertensivo que ocurre después de las 20 semanas de gestación caracterizado por presentar HTA ≥ 140/90 mmHg asociada a proteinuria ≥ 300 mg en 24 h. (10,11,27)	Con Preeclampsia	Preeclampsia sin criterios de severidad Preeclampsia con criterios de severidad	Todas las gestantes hospitalizadas con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo o hipertensión inducida en el embarazo (HIE).
		Sin Preeclampsia	No cumple criterios de preeclampsia	

**TITULO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN
PACIENTES HOSPITALIZADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2018**

I. DX. Definitivo : _____

II. FACTORES DE RIESGO

I.1. Factores Sociodemográficos

1. Edad: _____	a). <18 años	b). 18-25 años	c). 26-34 años	d). ≥35 años
2. Nivel de estudio	a). Ninguno	b). Primaria completa	d). Secundaria completa	f). Superior completo
		c). Primaria incompleta	e). Secundaria incompleta	g). Superior incompleto
3. Lugar de Procedencia	a). Comas	b). Carabayllo	c). Provincia	c). Otros

I.2. Factores Obstétricos

4. EG: _____	a). < 28 semanas	b). ≥28 semanas	
5. Paridad: _____	a). Nulípara	b). Primípara	c). Multípara
6. Periodo Intergenésico: _____	a). < 10 años	b). ≥ 10 años	
7. CPN: _____	a). Ninguno	b). < 4 CPN	c). De 4 a más
8. Embarazo doble	a). Sí	b). No	
9. Antecedente de Preeclampsia	a). Sí	b). No	
10. Ant. Familiar con preeclampsia	a). Sí	b). No	

I.3. Asociados a enfermedades crónicas

11. Alcoholismo	a). Sí	b). No		
12. HTA Crónica	a). Sí	b). No		
13. Enfermedad autoinmune	a). No	b). LES	c). Sind. Antifosfolipídico	d). Otros
14. Obesidad IMC: _____	a). Sí	b). No		
15. Diabetes	a). No	b). DM2	C). Otros	



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS GENERALES

- 1.1 APELLIDOS Y NOMBRES : Alvarado Carrillo María Del Pilar
 1.2 GRADO ACADÉMICO : Ginecóloga Obstetra
 1.3 INSTITUCIÓN QUE LABORA : Hospital Nacional Sergio E. Bernales
 1.4 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN : Factores de riesgo asociados a la Preeclampsia en pacientes hospitalizadas atendidas en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2018.
 1.5 AUTOR DEL INSTRUMENTO : Fernández Lapa Lizet
 1.6 ESCUELA PROFESIONAL : Medicina Humana
 1.7 NOMBRE DEL INSTRUMENTO : Recolección de datos
 1.8 CRITERIOS DE APLICABILIDAD :
 a) De 01 a 09: (No valido, reformular) d) De 15 a 18: (Valido, precisar)
 b) De 10 a 12: (No valido, modificar) e) De 18 a 20: (Valido, aplicar)
 c) De 12 a 15: (Valido, mejorar)

II. ASPECTOS A EVALUAR

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-12)	Bueno (12-15)	Muy Bueno (15-18)	Excelente (18-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					5
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					5
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la Ciencia y Tecnología					5
4. ORGANIZACIÓN	Existe un constructo lógico en los ítems.					5
5. SUFICIENCIA	Valora las dimensiones en cantidad y calidad					5
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos trazados.					5
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico y del tema de estudio.					5
8. COHERENCIA	Entre Hipótesis, dimensiones e indicadores.				4	
9. METODOLOGÍA	Cumple con los lineamientos metodológicos.					5
10. PERTINENCIA	Es asertivo y funcional para la Ciencia.					5
Sub total						
Total						45 pts.

VALORACIÓN CUANTITATIVA (Total x 0.4) : $45 \times 0.4 = 19,6$
 VALORACIÓN CUALITATIVA :
 OPINIÓN APLICABILIDAD : *valido aplicar*

Lugar y Fecha: *Lima, 04 de Marzo*
 Firma y Posfirma del experto
 DNI: *08651579*

Anexo 04: REGISTRO DE OBSERVACIÓN O ENTREVISTAS APLICADAS





PERU

MINISTERIO
DE SALUD

HOSPITAL SERGIO E.
BERNALES

OFICINA DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACION

"Año de la lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

MEMO N°. 130 **-2019-OF-ADEI-HSEB**

A : **Srta. FERNANDEZ LAPA Lizet**
Asunto : Autorización para aplicación del Proyecto de Tesis
Referencia : Solicitud presentada el 28 de Febrero del 2019
Fecha : **01 MAR 2019**

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta a su solicitud de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: **"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DE HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2018"**.

Esta Oficina aprueba su Proyecto de Investigación para la aplicación del Instrumento.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
MG. EPIFANIO SANCHEZ GARAVITO
CMP. 18663 RNE. 3974 RM. 0041
JEFE DE LA OF. DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACION

C. c
Archivo
ESG/Sofia

Pueblo Libre, 06 de marzo del 2019

OFICIO N°148-2019-EPNH-FMHYCS-UAP

Señor Doctor:
Juan Trelles Yenque
Decano de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Universidad Alas Peruanas
Presente.-

De mi mayor consideración:

Los abajos firmantes, miembros del comité de ética de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, tienen a bien informar lo siguiente:

01.- Según Resolución N° 40934-2019- DA-GT-D-FMHYCS-UAP se designó como Director Asesor de la tesis "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2018", al Dr. OSCAR OTOYA PETIT.

02.- La Bachiller FERNANDEZ LAPA, LIZET, presentó ante usted su Plan de Tesis "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PREECLAMPSIA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS ATENDIDAS EN EL SERVICIO GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2018".

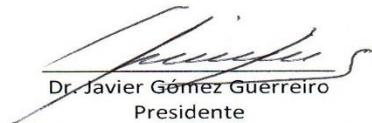
03.- Este comité, luego de la revisión realizada a la Tesis en mención informamos a usted; que la tesis no contraviene con lo establecido en el: CÓDIGO DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN en los títulos IV y V.

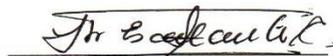
04.-La tesis cumple con los lineamientos establecidos en el título V en sus artículos 22,23 y 24 del REGLAMENTO DEL COMITÉ DE ETICA PARALA INVESTIGACION.

05.-Al tratarse la Tesis donde participan pacientes recomendamos tener EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Sin otro en particular, quedo de usted.

Firman:


Dr. Javier Gómez Guerreiro
Presidente


Mg. Flor Escalante Celis
Miembro


Dr. Edmundo Orellana Gómez
Miembro