

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

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



**ASOCIACIÓN ENTRE PRIMERA GESTACIÓN Y PREECLAMPSIA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA 2019**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER:
GALVEZ ORMEÑO DAYANA SODERLAN**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO
CHINCHA – PERÚ**

2020

ASESORA DE TESIS: Dra. FANY VERÓNICA TICONA PÉREZ

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por ser mi guía y darme salud, bienestar día a día para seguir adelante y permitir que pueda cumplir un logro más en mi vida

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Agradezco infinitamente a la plana docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada San Juan Bautista, por seguir formando profesionales competitivos e investigadores

Al Hospital San José

Por haber sido mi casa de estudios y siempre brindarme las facilidades que necesité para la realización de mi trabajo de tesis en dicho nosocomio

A mi asesora

Por su paciencia, tiempo, dedicación, consejos y exigencia durante la elaboración y el termino de mi trabajo de tesis

DEDICATORIA

Con mucho amor a Dios por la vida, a mis
Padres por su apoyo emocional y
económico, pero sobre todo a mi madre
que físicamente fue un soporte vital para
mí y que hoy en día sigue siéndolo desde
el cielo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de Gineco-Obstetricia en el Hospital San José de Chincha 2019. **Materiales y Método:** estudio no experimental, tipo correlacional, corte transversal, retrospectivo. Para la recolección de datos se utilizó una ficha, revisando las historias clínicas de 87 gestantes que se seleccionaron de forma aleatoria. Para determinar la asociación, se utilizó el análisis Chi-cuadrado de Pearson, considerando un valor de $p < 0.05 = 5\%$. **Resultados:** se identificó la frecuencia de la primera gestación en 89.7% y la frecuencia de preeclampsia en 60.9%. Según nuestra muestra, el análisis estadístico que se obtuvo fue que, la primera gestación está asociada a la preeclampsia ($X^2 = 10.461$; $p = 0.001$). Asimismo, una segunda asociación encontrada relaciona la edad y preeclampsia, para lo cual se subclasificó la edad en 3 rangos: < 20 , 21-34 y > 35 años, donde se encontró asociación estadísticamente significativa entre los rangos etarios de < 20 y > 35 años. Es importante mencionar que el rango etario más frecuente es de 21-34 años. Mientras que, las variables raza, sobrepeso, obesidad, embarazo múltiple y los antecedentes familiares de preeclampsia fueron $> 5\%$, cuyos resultados no presentaron diferencias significativas. **Conclusiones:** Por lo tanto, se concluye que pacientes con primera gestación y edad materna, está asociada a la preeclampsia.

Palabras Claves: Primera gestación, preeclampsia y edad.

ABSTRACT

Objective: Determine the association between the first pregnancy and preeclampsia in patients studied in the area of Gyneco-Obstetrics at the San José de Chincha Hospital 2019. **Materials and Method:** non-experimental study, correlational type, cross-sectional, retrospective. For the data collection a file was used, reviewing the medical records of 87 pregnant women who were randomly selected. To determine the association, Pearson's Chi-square analysis was used, considering a value of $p < 0.05 = 5\%$. **Results:** the frequency of the first pregnancy was identified in 89.7% and the frequency of preeclampsia in 60.9%. According to our sample, the statistical analysis that was obtained was that the first pregnancy is associated with preeclampsia ($X^2 = 10,461$; $p = 0.001$). Likewise, a second association found relates age and preeclampsia, for which age was subclassified in 3 ranges: <20 , 21-34 and > 35 years, where a statistically significant association was found between the age ranges of <20 and > 35 years. It is important to mention that the most frequent age range is 21-34 years. Meanwhile, the variables race, overweight, obesity, multiple pregnancy and family preeclampsia antecedents were $> 5\%$, whose results did not show significant differences. **Conclusions:** Therefore, it is concluded that patients with first pregnancy and maternal age are associated with preeclampsia.

Keywords: first pregnancy, preeclampsia and age.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una de las patologías más frecuentes y severas en la gestante, se encuentra clasificada dentro de las enfermedades hipertensivas del embarazo, generalmente se presenta en la 2da mitad de la gestación, de causa desconocida. Caracterizado clínicamente por una presión arterial $>140/90$ mmHg asociada a proteinuria o presión arterial $>160/110$ mmHg relacionado a daño de órgano blanco

Datos brindados por la OMS, indica que la preeclampsia es frecuente en el 2-10% de todos los embarazos. Mientras que, en el Perú, la incidencia de las enfermedades hipertensivas del embarazo es de aproximadamente 10.8%.

En el Perú, según el boletín epidemiológico del 2017, las enfermedades hipertensivas del embarazo es la segunda causa de muerte materna directa (23.4%%), dentro de ellas se encuentra la preeclampsia (24.1%).

Por lo tanto, conociendo la gravedad que involucra esta patología, nuestro estudio pretende encontrar la asociación entre los componentes de riesgos, principalmente la primiparidad en pacientes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital San José para poder prevenir complicaciones futuras, ya que se ha visto una alta incidencia de muerte materna, debido a esta enfermedad.

ÍNDICE

CARATULA.....	i
ASESORA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
ÍNDICE.....	ix
LISTA DE TABLAS.....	xii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xiii
LISTA DE ANEXOS.....	xiv
1. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. Problema General	2
1.2.2. Problemas Específicos	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	4
1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.6. OBJETIVOS.....	4
1.6.1. Objetivo general	4
1.6.2. Objetivos específicos.....	4
1.7. PROPÓSITO	5
2. CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	6
2.2. BASES TEÓRICAS	10
2.2.1. Preeclampsia.....	10
2.2.2. Gestación y paridad.....	20
2.3. MARCO CONCEPTUAL	20
2.4. HIPOTESIS.....	20

2.4.1. Hipótesis general.....	20
2.4.2. Hipótesis específicas.....	20
2.5. VARIABLES.....	21
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	21
3. CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	23
3.1. DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1.1. Tipo de investigación.....	23
3.1.2. Nivel de investigación.....	23
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	24
3.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4. CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	26
4.1. RESULTADOS	26
4.1.1. Frecuencia de primera gestación en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019.....	26
4.1.2. Frecuencia de preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH del 2019	27
4.1.3. Asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019.....	28
4.1.4. Asociación entre la edad materna y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH DEL 2019.....	29
4.1.5. Asociación entre la raza y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019	35
4.1.6. Asociación entre el sobrepeso y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019.....	36
4.1.7. Asociación entre la obesidad y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área DE G-O del HSJCH DEL 2019.....	38
4.1.8. Asociación entre embarazo múltiple y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019.....	39
4.1.9. Asociación entre los antecedentes familiares con pe y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019	41
4.2. DISCUSIÓN.....	42

5. CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
5.1. CONCLUSIONES.....	45
5.2. RECOMENDACIONES.....	46
6. BIBLIOGRAFÍA.....	47
7. ANEXOS.....	52

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1 Mecanismo de transporte	12
TABLA N° 2 Análisis de frecuencia de la primera gestación	26
TABLA N° 3 Análisis de Frecuencia de la preeclampsia	27
TABLA N° 4 Asociación entre primera gestación y preeclampsia	28
TABLA N° 5 Asociación entre edad materna y preeclampsia	29
TABLA N° 6 Asociación entre pacientes < 20 años y preeclampsia	31
TABLA N° 7 Asociación entre pacientes de 21-34 años y preeclampsia	32
TABLA N° 8 Asociación entre pacientes > 35 años y preeclampsia	34
TABLA N° 9 Asociación entre la raza y preeclampsia	35
TABLA N° 10 Asociación entre el sobrepeso y preeclampsia	36
TABLA N° 11 Asociación entre la obesidad y preeclampsia	38
TABLA N° 12 Asociación entre embarazo múltiple y preeclampsia	39
TABLA N° 13 Asociación entre los antecedentes familiares de PE y preeclampsia	41

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1 Distribución de frecuencia de la primera gestación	26
GRÁFICO N°2 Distribución de Frecuencia de la preeclampsia	27
GRÁFICO N°3 Distribución entre primera gestación y preeclampsia	28
GRÁFICO N°4 Distribución entre edad materna y preeclampsia	30
GRÁFICO N°5 Distribución de pacientes < 20 años y preeclampsia	31
GRÁFICO N°6 Distribución de pacientes de 21-34 años y preeclampsia	33
GRÁFICO N°7 Distribución de pacientes > 35 años y preeclampsia	34
GRÁFICO N° 8 Distribución entre la raza y preeclampsia	35
GRÁFICO N°9 Distribución entre el sobrepeso y preeclampsia	37
GRÁFICO N°10 Distribución entre la obesidad y preeclampsia	38
GRÁFICO N°11 Distribución entre embarazo múltiple y preeclampsia	40
GRÁFICO N°12 Distribución entre los antecedentes familiares de PE y preeclampsia	41

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 Operacionalización de variables	52
ANEXO 2 Ficha de datos	55
ANEXO 3 Validez de instrumento- consulta de expertos	57
ANEXO 4 Matriz de consistencia	60
ANEXO 5 Solicitud para realizar el trabajo de investigación	64
ANEXO 6 Carta de presentación de trabajo de campo	65
ANEXO 7 Proveído de investigación	66
ANEXO 8 Expedito de comité de ética de la UPSJB	67

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Pre Eclampsia en adelante PE, es una de las patologías más frecuentes y severas, que relaciona el periodo de gestación llegando a provocar, un aumento del índice de morbimortalidad materna, y en algunos casos más graves genera mortalidad neonatal ⁽¹⁾.

A nivel mundial la incidencia de preeclampsia varía entre el 2-10% de todos los embarazos, según datos epidemiológicos por estudios de la OMS ⁽²⁾, lo que se traduce su prevalencia en siete veces más frecuente en países que se encuentran en vías de desarrollo, que en países desarrollados ⁽³⁾.

Cifuentes B. realizó un estudio en 2017 orientado a Latinoamérica y el Caribe, en la cual detecta que los factores sociales como: el nivel económico y educativo están implicados en la mortalidad materna; que la preeclampsia y las hemorragias obstétricas generan más del 50% de causas de muerte materna ⁽⁴⁾. Estudios realizados en el Hospital Enrique Cabrera de Cuba, determinó que las adolescentes que presentaban preeclampsia leve y severa fueron pacientes nulíparas; por lo que concluyeron que ser primigesta es un componente de riesgo para desencadenar PE ⁽⁵⁾.

En el Perú, según el boletín epidemiológico del 2017, donde se indica que el primer lugar de causa de mortalidad materna son los sangrados vaginales (23.4%); en segundo lugar, se encuentran las enfermedades hipertensivas del embarazo (24.1%), sabiendo que la preeclampsia severa es la patología asociada con un mayor número de casos dentro de las enfermedades hipertensivas ⁽⁶⁾.

Gracias a los datos anteriores, el Instituto materno perinatal, Hospital San Bartolomé y otras entidades desarrollaron una Guía de Práctica Clínica para

prevenir la preeclampsia, así como también su manejo; con la finalidad de normalizar criterios clínicos basados en la evidencia ⁽⁷⁾.

Según la revista peruana de Ginecología, 2014 hace referencia acerca de los factores que se asocian al desarrollo de preeclampsia como: la gestación; la raza; la edad materna; el embarazo múltiple y los antecedentes familiares de preeclampsia entre otros ⁽⁸⁾.

Estudios que relacionan estas variables no están desarrolladas en nuestra región, los resultados de este trabajo de investigación permitirán conocer de cerca, como estos factores estarían relacionados a la PE que se trabajará en el servicio de Gineco-Obstetricia en adelante G-O del Hospital San José de Chincha en adelante HSJCH

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Existe asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál será la frecuencia de la primera gestación en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?
- ¿Cuál será la frecuencia de preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?
- ¿Cuál será la asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?
- ¿Cuál será la asociación entre la edad materna y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?
- ¿Cuál será la asociación entre la raza y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?

- ¿Cuál será la asociación entre el sobrepeso y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?
- ¿Cuál será la asociación entre la obesidad y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?
- ¿Cuál será la asociación entre embarazo múltiple y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?
- ¿Cuál será la asociación entre los antecedentes familiares de PE y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?

1.3. JUSTIFICACIÓN

A nivel teórico

La preeclampsia es un problema G-O y una de las patologías más comunes y severas a nivel mundial, por su alta tasa de incidencia y prevalencia de morbimortalidad materno perinatal; debido a que muchos pacientes desconocen acerca de dicha patología y sus factores asociados, valorando la primigravidez, edad materna, sobrepeso, obesidad, embarazo múltiple y los antecedentes familiares de preeclampsia.

A nivel práctico

Nuestro estudio pretende generar datos sobre la prevalencia actual de preeclampsia en mujeres embarazadas en el área de G-O del HSJCH. Además de abrir nuevas expectativas de investigación que nos permitan establecer medidas preventivas junto con el fortalecimiento de programas educativos especialmente dirigidas en gestantes primíparas, acerca de la preeclampsia.

A pesar de ser una patología muy frecuente durante la gestación, no se ha encontrado datos publicados sobre su prevalencia actual en los Hospitales de nuestra región

1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

Este trabajo se llevó a cabo en el HSJCH en el área de G-O, mediante la revisión de historias clínicas del año 2019

1.5. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- Al ser este un estudio transversal no se pudo medir causalidad
- Podría presentar sesgo de información porque los datos se tomaron de historias clínicas y los mismos no pudieron ser corroborados
- Podría haber sesgo de población porque se tomó la muestra de un solo establecimiento de salud y por lo tanto la muestra pudo no ser representativa de la población general.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

1.6.2. Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de la primera gestación en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- Determinar la frecuencia de la preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- Determinar la asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- Determinar la asociación entre la edad materna y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

- Determinar la asociación entre la raza y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- Determinar la asociación entre el sobrepeso y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- Determinar la asociación entre la obesidad y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- Determinar la asociación entre embarazo múltiple y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- Determinar la asociación entre los antecedentes familiares de PE y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

1.7. PROPÓSITO

Nuestro estudio es muy importante para toda la población, sobretodo en gestantes, ya que nos permite brindar conocimientos sobre la asociación que hay el ser primigesta con el desarrollo de preeclampsia y algunos otros componentes de riesgo asociado también a esta patología, y así poder brindar información y orientación sobre el desarrollo de esta enfermedad, además de conocer su manejo durante la gestación para evitar complicaciones materno-perinatal

La finalidad del estudio que estamos realizando es brindar información de PE al personal en salud en el servicio de G-O, y así, en conjunto podamos elaborar medidas y estrategias de prevención en pacientes que presentan factores de riesgo para desencadenar esta patología durante la gestación hasta el término de ella.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Antecedentes Internacionales

Sáez C. y Pérez MT (2014) “Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia”. Éste estudio se realizó en el Hospital Enrique Cabrera de Cuba, cuyo objetivo es relacionar los efectos maternos y neonatales en embarazadas que presentaban PE. 293 mujeres gestantes dividiéndose en 3 grupos que fueron: 30 pacientes con preeclampsia leve, 48 pacientes con preeclampsia grave y 11 pacientes con preeclampsia sobreañadida. El resultado obtenido indica que la obesidad predominó en la preeclampsia grave con un (54,4%). El mayor porcentaje del conjunto de PE leve (60%) y PE grave (64,4) fueron nulíparas. Mientras que, el resultado de prematuridad de la preeclampsia sobreagregada fue significativa (43.8%). En conclusión, se obtuvo que no hubo mucha diferencia de los resultados perinatales con los pacientes que cursaron con grados de severidad de la patología ⁽⁵⁾.

Yong M.y Núñez J. (2014) “Factores de riesgo para preeclampsia” Publicó un estudio de caso control en el Hospital Militar de Cuba en los años 2012-2013 con un total de 128 mujeres embarazadas, dividiéndose en 2 grupos de: 64 pacientes con preeclampsia para estudio y 64 gestantes sanas seleccionadas aleatoriamente para control, recogieron datos a través de encuestas y verificación de la historia clínica para valorar la edad materna, estilo de vida, aumento ponderal, entre otros; dando como resultado que, el mayor riesgo de desarrollar preeclampsia tiene relación con la edad materna (OR= 2.61), seguida del sobrepeso(OR= 7.35). Por lo tanto, se concluyó que los factores que no se modifican necesitan una atención prioritaria del control prenatal para un manejo oportuno ⁽⁹⁾.

Allen R. et. al., (2014) “*Effect of diet- And lifestyle-based metabolic risk-modifying interventions on preeclampsia: A meta-analysis*” Efectuaron

levantamiento bibliográfico en bases como: MEDLINE, EMBASE Y Cochrane, donde se incluyeron de forma aleatoria a gestantes; y estiman la causa de las intervenciones de la dieta y el estilo de vida, con el fin de modificar sus riesgos metabólicos. Dando como resultado que 18 estudios cumplieron con los criterios que buscaba la inclusión generando 8712 gestantes, 6 estudios calificaron la dieta en 2695 gestantes, 6 estudios examinaron las intervenciones mixtas con el ejercicio, la dieta y el estilo de vida en 1438 gestantes, y 6 ácidos grasos fueron evaluados en 4579 gestantes. Las intervenciones en general disminuyeron el riesgo de padecer preeclampsia. Concluyéndose que, la intervención de la dieta y estilo de vida ayudaron a disminuir el riesgo de presentar esta patología ⁽¹⁰⁾.

Taylor B. et. al., (2018) “*The impact of female fetal sex on preeclampsia and the maternal immune milieu. Pregnancy Hypertens*” este estudio de caso y control, la cual se envuelven 216 gestantes con PE y 432 gestantes en condiciones normotensivas, siendo seleccionadas de manera aleatoria. Todas las mujeres fueron primigestas sin patologías crónicas. Considerando que las mujeres con preeclampsia de inicio temprano, tenían alta probabilidad de concebir un feto femenino, que a su vez se relacionaron con niveles mayores de citoquinas proinflamatorias, antiinflamatorias y citoquinas reguladoras. Por lo tanto, se remató que existe dimorfismo genital en la inflamación materna y se requiere análisis alargadas para fijar si el genital fetal presenta algún impacto al medio materno durante la gestación ⁽¹¹⁾.

Alvarez V. y Martos Frank (2017) “El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para la preeclampsia” En el Hospital Docente Ginecobstetrico, se realizó un estudio descriptivo para determinar si había relación entre la obesidad y PE. Por lo tanto, se estudió 197 pacientes de las cuales 51.3% con PE y 48.7% sin PE. Siendo un 86.1% del total que presentó PE con componentes graves. El IMC fue significativamente > entre las gestantes con PE que en el grupo control ($P > 0.002$), por lo que se concluye que el IMC >35 tiene alta influencia de padecer PE ⁽¹²⁾.

Antecedentes Nacionales

Torres S. (2016) “Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana”. Se ejecutó un estudio retrospectivo de caso control en el Nosocomio Cesar Garayar de Iquitos, recopilando historias clínicas de mujeres embarazadas que fueron estudiadas en el año 2015. Para el estudio de casos la muestra fue de 80 gestantes con PE y 80 gestantes sin PE correspondientes al conjunto control, los resultados que se obtuvieron, indican que los factores asociados tienen los siguientes resultados: edad >35 años (OR:1.6); vivir en zona rural (OR:2.2); educación primaria (OR:1.6); primíparidad (OR:1.2); edad gestacional (OR:2.9); tener <5 exámenes prenatales (OR:6.3). concluyéndose que vivir en zona rural aumenta el factor de riesgo de padecer preeclampsia, debido a que existe menor participación para contar con los controles prenatales adecuados ⁽¹³⁾.

Apaza J. y col. (2016) “Propuesta de puntaje de riesgo para detectar gestantes preeclámpticas”. Estudio en el Hospital Honorio Delgado en Arequipa en el servicio de G-O. La muestra que se consideró fue mujeres embarazadas con preeclampsia y mujeres embarazadas sin PE que asumieron alumbramiento eutócico o distócico entre el 2015-2016. Se determinó 253 gestantes, las cuales 132 gestantes se incluyeron al estudio control y 121 al estudio de casos, los componentes de riesgo asumieron un OR > a 2, yaciendo un alto riesgo la PAM con (OR de 8,80) y bajo riesgo hacia la hemoglobina (OR de 2,749). Siendo el punto de corte mayor e igual a 4, Se determinó un alto riesgo de Preeclampsia. Por lo tanto, se concluye que es útil el puntaje para valorar el riesgo y detección de preeclampsia usando el puntaje ≥ 4 utilizándose en Hospitales que cuenten con un nivel de atención de I a III ⁽¹⁴⁾.

Pacheco J. y col. (2014) “Repercusión de la preeclampsia/eclampsia en la mujer peruana y su perinato” en el Hospital del Ministerio de Salud se realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar los rasgos de la madre de la PE/E, siendo éste un estudio observacional analítico, donde las pacientes fueron aquellas sin

PE/E y con PE/E, teniéndose como resultado que del total de pacientes, 295 075 no fueron PE/E y 15 720 padecieron de PE/E, asociándose la PE estadísticamente significativa en madres >35 años a la gestación gemelar, DPP y parto distócico; mientras que la eclampsia estuvo en relación a las madres < 20 años la soltería, analfabetismo. Concluyéndose que los datos fueron similares a la asociación de los factores sociales y etarios en pacientes con PE y eclampsia⁽¹⁵⁾.

Crisologo J. y col. (2015) “Obesidad Pregestacional y Preeclampsia” en un estudio retrospectivo de casos y controles que se realizó en el Hospital Belén de Trujillo tuvo como objetivo verificar si la obesidad antes de gestar era un componente de riesgo para PE, por lo que se revisó 184 HC de gestantes atendidas en el área de obstetricia y se aplicó la distribución de Chi-cuadrado con una significancia menor del 5% ($p < 0.05$), la cual se encontró asociación ya que el valor de Chi-cuadrado en éste estudio fue $p < 0.0149$. concluyéndose que existe asociación estadísticamente significativa que la obesidad es un componente para desencadenar PE ⁽¹⁶⁾.

Moreno Z. y col. (2014) “Raza negra como factor de riesgo independiente para preeclampsia” el objetivo de éste estudio que se realizó en el Hospital Dos de Mayo y en el IMPN en Lima, buscó evaluar la raza como componente independiente de PE, siendo un estudio observacional y analítico con una población de 676 gestantes, de las cuales 338 fueron embarazadas con PA normal y las otras 338 embarazadas fueron preeclámpticas, donde se obtuvo como resultado lo siguiente: la PE fue más frecuente en embarazadas con antecedente de PE, edad ≥ 35 años, obesidad y raza afroamerica ($p = 0.047$), donde este último, se concluye que es un componente de riesgo independiente para la PE ⁽¹⁷⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Preeclampsia

La PE es una patología que se encuentra clasificada dentro de las enfermedades hipertensivas del embarazo, generalmente se presentan en la 2da mitad de la gestación, de causa desconocida con afectación multiorgánica (18).

La guía del ACOG, 2013 define la PE como el incremento de la presión arterial en adelante PA asociada a proteinuria como una norma básica para el diagnóstico de ésta patología. Así mismo disgregó la PE leve y severa de acuerdo a las cualidades de severidad que presentaban (19).

2.2.1.1. Epidemiología

Los trastornos hipertensivos de la gestación afectan aproximadamente al 10% de los embarazos en todo el mundo (20), la PE corresponde el 2-7% de las primigestas, siendo la más alta tasa de muerte materno perinatal, y es 5-9 veces más frecuente en países que se encuentran en vías de desarrollos (21).

En el Perú, según el boletín epidemiológico del 2017, donde se indica que el primer lugar de causa de mortalidad materna son los sangrados vaginales (23.4%); en segundo lugar, se encuentran las enfermedades hipertensivas del embarazo (24.1%), sabiendo que la preeclampsia severa es la patología asociada con un mayor número de casos dentro de las enfermedades hipertensivas (6).

2.2.1.2. Anatomía

La placenta presenta una forma oval, mide aproximadamente 18-20 cm, 2.5 cm de densidad y su peso es 500 gr aproximadamente. Al elemento materno de la placenta se le denomina decidua basal y al elemento fetal corion vellosos. Por lo tanto, a la placenta se le llama hemocorial ⁽²²⁾.

Una vez que se da el embarazo, al endometrio se le denomina decidua, el cual será el lugar del blastocito, inserción y crecimiento de la placenta. En la gestación la respuesta decidual completa se da hasta la inserción del blastocito ⁽²²⁾.

La placenta se va a formar en el lugar de la implantación mientras que las arterias espirales toleran la penetración del trofoblasto, con disminución del estrato muscular media, esto lleva consigo una adecuada placentación y funcionamiento placentario, ya que en dicha zona los vasos requieren un alto porcentaje de aporte sanguíneo más que el resto del útero. Al cambiar el estrato muscular media, el músculo determina el volumen de los vasos para dar una buena vasoconstricción y vasodilatación, y ésta al destruirse, se transforman en arterias de poco potencial ⁽²²⁾.

2.2.1.3. Fisiología

La placenta tiene funciones muy importantes, sirve como barrera y transferencia placentaria entre el feto y la madre, ya que es un desarrollo fundamental para el proceso de la gestación ⁽²³⁾.

- Barrera placentaria: tiene como función apartar las circulaciones del torrente sanguíneo materno y fetal, vigilar el giro placentario y restringe el movimiento de las moléculas. Presenta 4 capas: tejido conectivo, endotelio capilar, citotrofoblasto y sincitiotrofoblasto ⁽²³⁾.

- Transferencia placentaria: tiene como objetivo trasladar los efectos metabólicos y CO₂ del feto a la madre, mientras que los mejores nutrientes y O₂ se trasladan de la madre al feto ⁽²³⁾.

En la tabla N°1 se observa los mecanismos de transporte que pasan hacia la placenta.

TABLA N° 1 Mecanismo de transporte

MECANISMO	CONSISTE EN	EJEMPLO
DIFUSION SIMPLE	Una gradiente de densidad	O ₂
DIFUSION FACILITADA	Union de la difusión simple la cual es ayudado por enzimas	glucosa
TRANSPORTE ACTIVO	Tener necesariamente un transportador	vitaminas
PINOCITOSIS	El sinciotrofoblasto abarca moléculas grandes	anticuerpos
SOLUCION DE OCNTINUIDAD	expansion directa del torrente sanguíneo de la madre y el capilar de la vellosidad	Celulas completas

Fuente: Adaptada de Vargas M. "Desarrollo y fisiología placentaria" (2016)

➤ **Circulación Útero-Placentaria**

Los vasos espirales del útero entran en el espacio intervelloso e introducen la sangre oxigenada materna en la zona vellosa, luego se dirige hacia la placa coriónica y termina saliendo por los vasos de los tabiques intercotiledones. La PA es de 70 mm de mercurio y la presión venosa es de 8 mm de mercurio ⁽²³⁾.

➤ **Circulación Feto-Placentaria**

La sangre del embrión acude a la decidua por los vasos sanguíneos, que al llegar a la placa coriónica se van ramificando, mientras que la sangre que regresa al feto es igual al sistema arterial y final termina en la vena umbilical. La PA de la umbilical es de 55 mm de mercurio, la capilar es 35 mm Hg y la venosa es de 30 mm de mercurio ⁽²³⁾.

2.2.1.4. Fisiopatología

La fisiopatología de la PE implica diversos factores maternos, fetales y placentarios. Se considera la invasión citotrofoblástica de las arterias espirales uterinas durante la placentación, si el flujo sanguíneo uteroplacentario es inestable puede desarrollarse un tejido trofoblástico hipóxico, y puede provocar un estado de estrés oxidativo en la placenta, que atenúa la invasión del trofoblasto y altera las vellosidades placentarias incrementando la disfunción de la vasculatura feto placentaria ⁽²¹⁾. (Figura 1)

Existen procesos fundamentales como:

1) Disfunción endotelial

La función más importante del endotelio tiene como objetivo controlar la resistencia de la capa de muscular lisa mediante la exoneración de efectos vasodilatadores y constrictores, además de la exoneración de múltiples efectos solubles que regulan la anticoagulación, y fibrinolíticos. Por lo tanto se dice que hay una alteración en la concentración del torrente sanguíneo y algunos otros marcadores de la disfunción del endotelio ⁽²⁴⁾.

2) Remodelación anormal de los vasos espirales

Los elementos del citotrofoblasto introducen la porción de la placenta de los vasos espirales, la cual no traspasan el miometrio, por lo que no se llegan a introducir al endotelio, tampoco a las arterias espirales maternos, siendo como resultado anormal de los vasos de mayor importancia que inducen a una insuficiencia placentaria ⁽²⁵⁾.

3) Diferenciación anormal del trofoblasto

En gestantes con PE no se da la vasculogenesis, la cual es una diferencia de moléculas de adhesión del trofoblasto de rasgo epitelial a una característica endotelial para una inadecuada invasión del endotelio ⁽²⁵⁾.

Aún se desconoce el motivo de desarrollar PE, pero puede estar relacionado con otros factores:

✓ **Factores inmunológicos**

Los antígenos paternos/fetales podrían ser un factor protector para no desarrollar PE, sabiendo que las gestantes como un alto riesgo para desencadenar PE son las primigestas. En la PE hay un incremento en el trabajo de las células NK por conflicto entre los genes del padre y de la madre que provocan una formación placentaria anormal ⁽²⁵⁾.

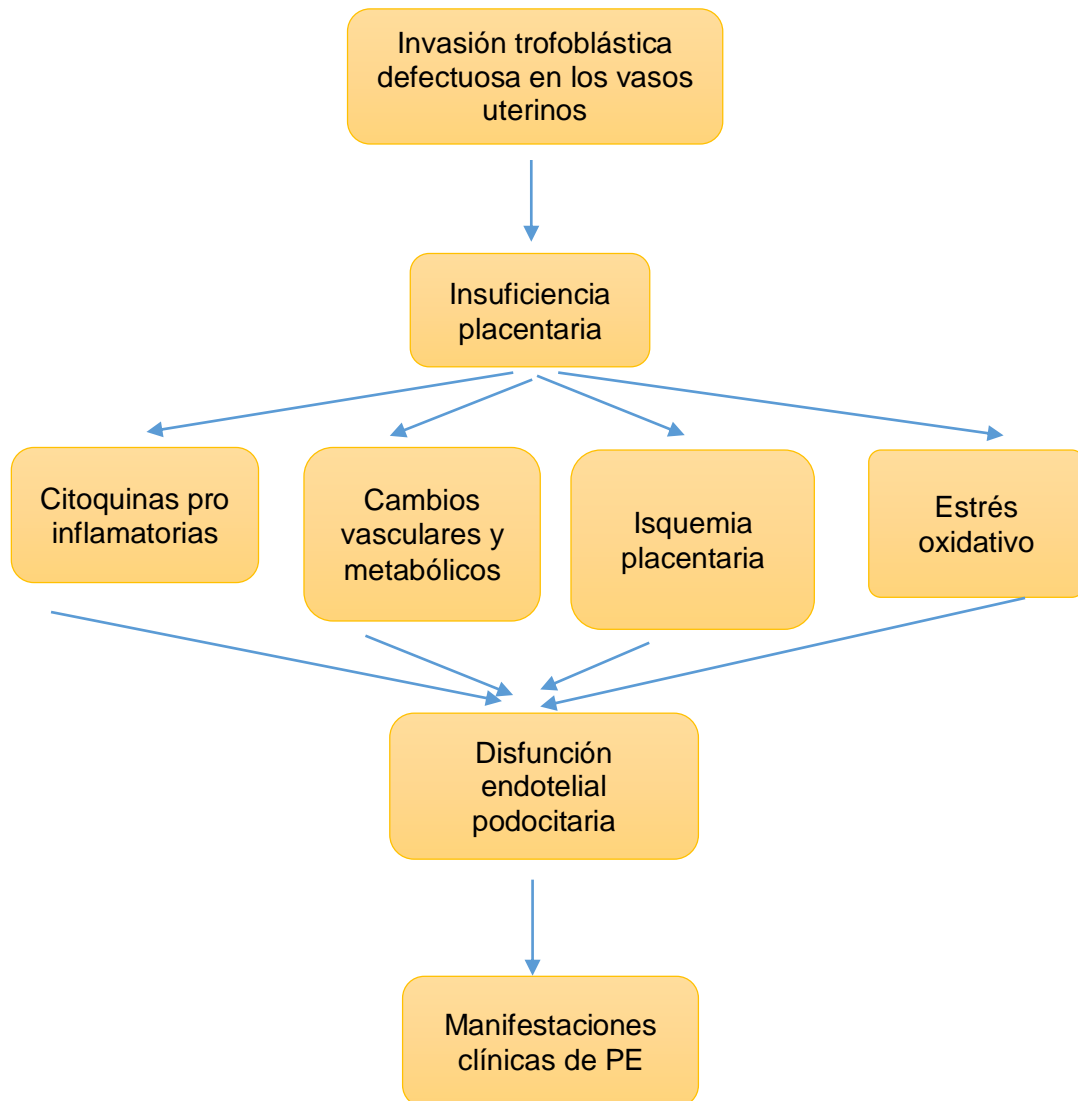
✓ **Factores genéticos**

Hay estudios que hacen referencia que el cromosoma 13 tiene genes para sFlt-1 y Flt-1, que están en relación con la PE. Se ha evidenciado que las madres que tiene niños con esta trisomía, es mayor la predisposición para desencadenar PE a comparación de los que presentan otras trisomías ⁽²⁵⁾.

✓ **Factores ambientales**

Un estudio demostró que el incremento de IMC ≥ 25 eleva el riesgo de desencadenar PE. Por lo tanto, es posible que el sobrepeso y/o obesidad aumente la PE por disfunción del endotelio e inflamación crónica ⁽²⁵⁾.

Figura 1. Fisiopatología de la PE



Fuente: Adaptada de Gómez L. "Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia" (2014)

2.2.1.5. Factores de riesgo

Como se ha descrito anteriormente, no existe causa exacta para desarrollar PE, pero hay factores que incrementan el riesgo para desencadenarla tales como:

- Paridad: muchos estudios lo han considerado como un alto factor de riesgo para desarrollar PE. Independientemente de la edad, las nulíparas

presentan más riesgo para desencadenarla y aumenta la probabilidad de presentar complicaciones ⁽²⁶⁾.

- Edad materna: es uno de los componentes más importantes ya que hay estudios que han identificado esta enfermedad en mujeres < 20 años, así como también en gestantes ≥ 35 años, independientemente del n° de gestaciones ^{(27);(28)}.
- Raza: es un indicador de riesgo ya que asociado a otras características como el nivel socioeconómico bajo, violencia y consumo de cigarrillos pueden aumentar el riesgo de presentar PE. ⁽²⁷⁾.
- IMC ≥ 25 kg/m²: el incremento de IMC forma parte de un componente de riesgo de enfermedad metabólica como la PE. En gestantes el sobrepeso y la obesidad se asocia con disfunción vascular ⁽²⁷⁾.
- Embarazo Múltiple en adelante EM: el hecho de tener una gestación múltiple condiciona al desarrollo de PE, ya que se origina una distensión del miometrio y disminuye la perfusión útero-placentaria lo que conlleva a la hipoxia ⁽²⁸⁾.
- Antecedentes Familiares de PE en adelante AF de PE: según estudios la PE es sido considerado un factor de riesgo en mujeres que hayan nacido de madre con PE y/o hayan tenido hermana que padeció dicha patología. A diferencia de los familiares del 2do grado ^{(8);(27)}.

2.2.1.6. Clínica

La Preeclampsia se manifiesta principalmente en mujeres nulíparas, con la aparición de PA y proteinuria asociados a otros signos y/o síntomas de severidad

- PA: es la fuerza de la sangre que ejerce contra las paredes arteriales, en la preeclampsia. La PA se eleva a la medida de 140/90mmHg luego de las 20 semanas en una mujer con PA previamente normal tomada 2 veces en un lapso de 4 horas previo reposo ^{(19);(29)}.
- Cefalea: es un síntoma muy importante, su presentación puede ser a nivel frontal, temporal o difusa de tipo pulsátil ⁽²¹⁾.

- alteraciones visuales: está relacionada con el espasmo retinal, manifestado como visión borrosa y escotomas ⁽²¹⁾.
- epigastralgia: caracterizado por ser un dolor intenso frecuente que inicia generalmente por la noche y puede irradiarse hacia el hipocondrio derecho ⁽²¹⁾.

2.2.1.7. Diagnóstico

Criterios diagnósticos

- PE sin signos de severidad: PA \geq 140/90mmHg tomada 2 veces con una pausa de 4 horas pasada las 20 semanas en una mujer que no haya presentado PA alta previamente y/o evidencia de proteinuria ⁽¹⁹⁾.
- PE con signos de severidad: PA \geq 160/110mmHg confirmándose en intervalos de minutos para que tenga un tratamiento antihipertensivo más fácil y oportuno, asociado a daño de órgano blanco que se detallara posteriormente ⁽¹⁹⁾.
 - Renal: creatinina $>$ 1.1 o el doble de la creatinina basal sin evidencia de alguna patología renal ⁽²⁹⁾.
 - Neurológico: pacientes que presentan dolores de cabeza, hiperreflexia, tinitus y alteraciones visuales ⁽²⁹⁾.
 - Hematológico: conteo de plaquetas $<$ 100.000/mm³ ⁽²⁹⁾.
 - Hepático: aumento de las enzimas hepáticas, duplicando sus rangos normales con dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho que no atenúa con los medicamentos ⁽²⁹⁾.
 - Pulmonar: pueden presentar clínica de edema pulmonar ⁽²⁹⁾.

2.2.1.8. Exámenes de ayuda diagnóstica

LABORATORIO

- Proteinuria: se define como la recolección de orina en 24h con un valor $>$ 0.3gr de proteína para PE ⁽²¹⁾.

- Creatinina: análisis que evalúa la función renal, durante la PE el nivel de creatinina es $>1.1\text{mg/dl}$ indicando gravedad de esta patología, siendo la causa más frecuente de IRA durante el embarazo ⁽²¹⁾.
- Plaquetas: lo podemos obtener mediante un hemograma completo o simplemente recuento de plaquetas siendo un valor patológico que se encuentre $< 100.000\text{mm}^3$ ⁽²¹⁾.
- Perfil hepático: evalúa las enzimas hepáticas que duplica su valor normal en la PE ⁽²⁹⁾.

IMÁGENES

- Ecografía doopler: evalúa el flujo y resistencia de las arterias uterinas ⁽²⁹⁾.
- Radiografía: solo es indicación en sospecha de edema pulmonar ⁽³⁰⁾.

Evaluar el bienestar fetal con NST o TST ⁽³¹⁾.

2.2.1.9. Tratamiento

los tratamientos para la PE se basa en los aspectos de la etiopatogenia que aún se encuentran en desarrollo, por otro lado, la cura es la interrupción de la gestación teniendo en cuenta el estado materno, independientemente de la edad gestacional y el estado del feto ⁽³¹⁾. Según diversos estudios la PE con signos de severidad y daño de órgano blanco debe tratarse en hospitalización ⁽¹⁸⁾.

➤ Tratamiento de la PE sin criterios de severidad

Es aquella gestante que presenta PA $>140/90\text{mmHg}$ y menor a $160/110\text{mmHg}$ sin alteración de órgano blanco. El tratamiento está basado en reposo y dieta balanceada, no se usa antihipertensivos, ya que el tratamiento definitivo de la PE es terminar el embarazo ya sea por parto eutócico o distócico, solo si la gestación es ≥ 37 semanas. En caso que presente PE con una edad gestacional < 37 y no haya alteración en la madre y/o feto se debe continuar con una vigilancia estricta materna y fetal, si no se controla la PA o la patología se complica a severa presentando

signos de sufrimiento fetal se debe terminar el embarazo de inmediato sin importar la edad gestacional ⁽³¹⁾.

➤ **Tratamiento de la PE con criterios de severidad**

Usualmente presentan complicaciones con daño en órgano blanco, por lo que necesita un adecuado manejo multidisciplinario aplicando la clave azul que consiste en:⁽²⁹⁾.

- a) Hidratación: pasar 1000cc a chorro por 20', revisando si hay signos de deshidratación como oliguria mediante la colocación de sonda foley, mucosas secas, FC y PA ^{(29);(31)}.
- b) Prevención: se coloca sulfato de Mg para prevenir convulsiones diluyendo 5 ampollas de SO₄Mg al 20% en 50 cc de cloruro de sodio por volutrol. Pasar 40cc en 20 min y seguir 10cc por hora en 24h postparto ⁽²⁹⁾. Mientras se administra el SO₄Mg se estará controlando los reflejos rotulianos, FR y las diuresis, además de SO₂ ⁽³¹⁾.
- c) Antihipertensivos:
 - ❖ Metildopa: se recomienda 500mg a 1gr VO cada 12h, siempre que no produzca hipotensión ⁽³¹⁾.
 - ❖ Labetalol: es un medicamento de elección cuando la PAM ≥150mmHG, administrándose 20 mg IV c/10', no se recomienda en ICC ^{(25);(31)}.
 - ❖ Nifedipino: administrar 10mg VO, repetir 30' hasta que alcance la PA deseada y estar alerta al asociarlo con SO₄Mg ⁽³¹⁾.

2.2.1.10. Prevención

ya que los síntomas de la PE inician en la 2da mitad de la gestación, todavía sigue en estudio su detección. Siendo el caso de la aspirina, que se comprobó que las gestantes que consumieron este medicamento a dosis bajas antes de las 16 semanas demostraron cierta disminución significativa de desarrollar PE ⁽³¹⁾.

por otro lado, las gestantes que han estado consumiendo al menos 1gr al día de calcio han estado asociado a la disminución de la incidencia de PE, sobretodo con criterios de severidad, sin embargo, no hay estudios sobre la ingesta de calcio antes de la gestación ⁽³¹⁾.

2.2.2. Gestación y paridad

Son fenómenos fisiológicos, que dependen de la genética y de las condiciones ambientales, se denomina primera gestación aquella que se encuentra gestando por primera vez, mientras que la paridad se subclasifica en:

Primípara: gestante que obtiene un producto viable

Múltipara: mujer que ha parido de 2 a 4 hijos

Gran múltipara: mujer que ha tenido de 5 a más productos viables⁽³²⁾.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

- ❖ **Primera gestación:** proceso por el cual una mujer se embaraza por primera vez ⁽²⁸⁾.
- ❖ **Preeclampsia:** elevación de la PA con daño de órgano blanco y/o proteinuria luego de las 20 semanas de edad gestacional en una paciente normotensa ⁽²⁵⁾.

2.4. HIPOTESIS

2.4.1. Hipótesis general

Existe asociación estadísticamente significativa entre primera gestación y preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de G-O del HSJCH 2019

2.4.2. Hipótesis específicas

- ✓ Existe relación significativa entre edad materna y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- ✓ Existe relación significativa entre la raza y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

- ✓ Existe relación significativa entre el sobrepeso y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- ✓ Existe relación significativa entre la obesidad y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- ✓ Existe relación significativa entre embarazo múltiple y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019
- ✓ Existe relación significativa entre los antecedentes familiares de PE y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

2.5. VARIABLES

Variable dependiente: Preeclampsia

Variable independiente: -Primera gestación

-Características maternas: (Edad materna, raza, sobrepeso, obesidad, embarazo múltiple y antecedentes familiares de PE)

2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- ❖ **Primera gestación:** proceso por el cual una mujer se embaraza por primera vez y expulsa un feto y la placenta al final de la gestación.
- ❖ **Preeclampsia:** elevación de la PA con daño de órgano blanco y/o proteinuria luego de las 20 semanas de edad gestacional en una paciente normotensa.
- ❖ **Edad materna:** biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento hasta la actualidad.
- ❖ **Raza:** grupo de personas que presenta rasgos culturales propias y distintivas que subsisten en la historia.
- ❖ **Sobrepeso:** depósito anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

- ❖ **Obesidad:** enfermedad multiorgánica que se caracteriza principalmente por tener un IMC ≥ 35 kg/m².
- ❖ **Embarazo múltiple:** fecundación de 2 o más fetos ocupando el mismo útero (34).
- ❖ **Antecedentes familiares de PE:** familiares de la línea materna que hayan padecido de preeclampsia.

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1. Tipo de investigación

El presente estudio es no experimental, corte transversal, retrospectivo

3.1.2. Nivel de investigación

Este estudio es de tipo correlacional

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente estudio será realizado en pacientes que acuden al Hospital San José de Chincha, la cual se encuentra ubicado en la Calle Alva Maurtua N°600 en la provincia de Chincha a 200 km al sur de Lima, cuenta con una superficie territorial de 2'987,35 km² (FUENTE: INEI) según el censo del 2007, esta ciudad tiene una población de 194,315 habitantes, siendo una población predominantemente urbana.

La muestra se tomará de las pacientes que acudieron al servicio de G-O del HSJCH 2019. Se calculó un tamaño de muestra (n) de 87 gestantes en una población desconocida, un nivel de confianza del 95%, una prevalencia de preeclampsia del 5,71% que redondeado es 6%, según estudios realizados por la Universidad de San Marcos y finalmente un error máximo estimado del 5%, usando la siguiente fórmula para determinar la muestra mencionada. El tipo de muestreo que se utilizará es no probabilístico.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2}$$

n=87

n= tamaño de la muestra

z= parámetro de estadística que depende el nivel de confianza

e= error máximo aceptado

p = posibilidad que suceda el evento a estudiar

$q = (1-p)$ = posibilidad que no suceda el evento

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este estudio obtendrá datos mediante de la revisión de historias clínicas en un único día en el servicio de G-O en el año 2019, para esta realización, se solicitó una autorización a la dirección del HSJCH, Luego de obtener el permiso se pasó a la revisión de historias clínicas. Según el muestreo realizado, se seleccionaron de forma aleatoria, y los datos encontrados pasaron a una ficha de recolección, que posteriormente se realizó en una base de datos para poder hacer la observación estadística entre las variables

Criterios de inclusión:

Paciente gestante en el Hospital San José de Chíncha 2019

Gestantes con historias clínicas completas y legibles

Criterios de exclusión:

Gestantes con historias clínicas incompletas o con letra ilegible

Paciente que no sea gestante

3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS 26.0, tomando en cuenta los objetivos y la operacionalización de variables que se elaboró en tablas y gráficos de frecuencia absoluta, que se incluyeron en nuestro estudio.

3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos en las fichas de recolección serán introducidos conforme se hayan recogido, el procesamiento y análisis de datos se llevará mediante la estadística descriptiva y correlacional, con un nivel de confianza del 95%, utilizando la prueba de Chi-cuadrado de Pearson.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Nuestro estudio tiene la aprobación del HSJCH a través de su comité de ética, para la realización del presente estudio, se cumplirá con la confidencialidad de los pacientes que están incluidos dentro de nuestro trabajo, siguiendo con la declaración de Helsinki. Además, respetando el código de ética y deontología del CMP.

CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

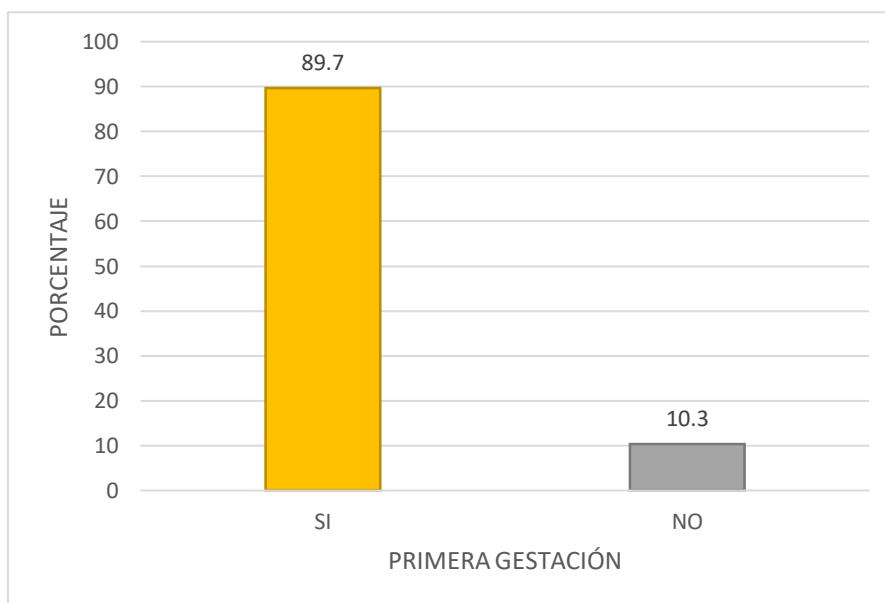
4.1.1. Frecuencia de primera gestación en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

TABLA N° 2 Análisis de frecuencia de la primera gestación

		Frecuencia	Porcentaje %
Primera gestación	SI	78	89.7
	NO	9	10.3
	Total	87	100.0

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°1 Distribución de frecuencia de la primera gestación



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°2 indica que del total de 87 pacientes estudiadas en el HSJCH en el área de G-O, se encontraron 78 pacientes que tuvieron su primera gestación, el cual se representa en el 89.7%; asimismo 9 pacientes no fueron primigestas, siendo este representado en un porcentaje del 10.3% del total.

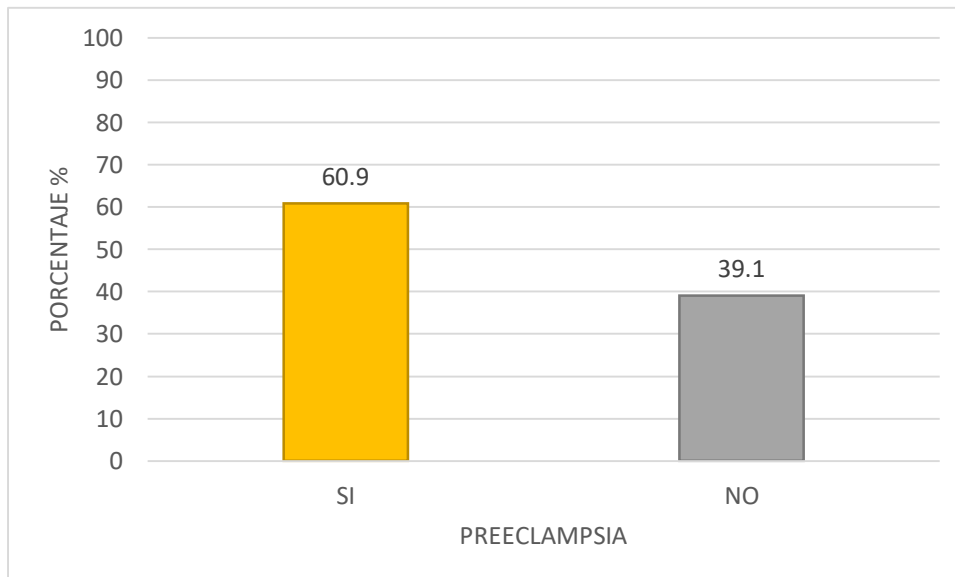
4.1.2. Frecuencia de preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH del 2019

TABLA N° 3 Análisis de Frecuencia de la preeclampsia

		Frecuencia	Porcentaje %
Preeclampsia	SI	53	60.9
	NO	34	39.1
Total		87	100.0

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°2 Distribución de Frecuencia de la preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: la tabla N°3 muestra un total de 87 pacientes estudiadas en el servicio de G-O del HSJCH, de los cuales 53 (60.9%) pacientes presentaron preeclampsia y 34 (39.1%) del total no desarrollaron esta patología.

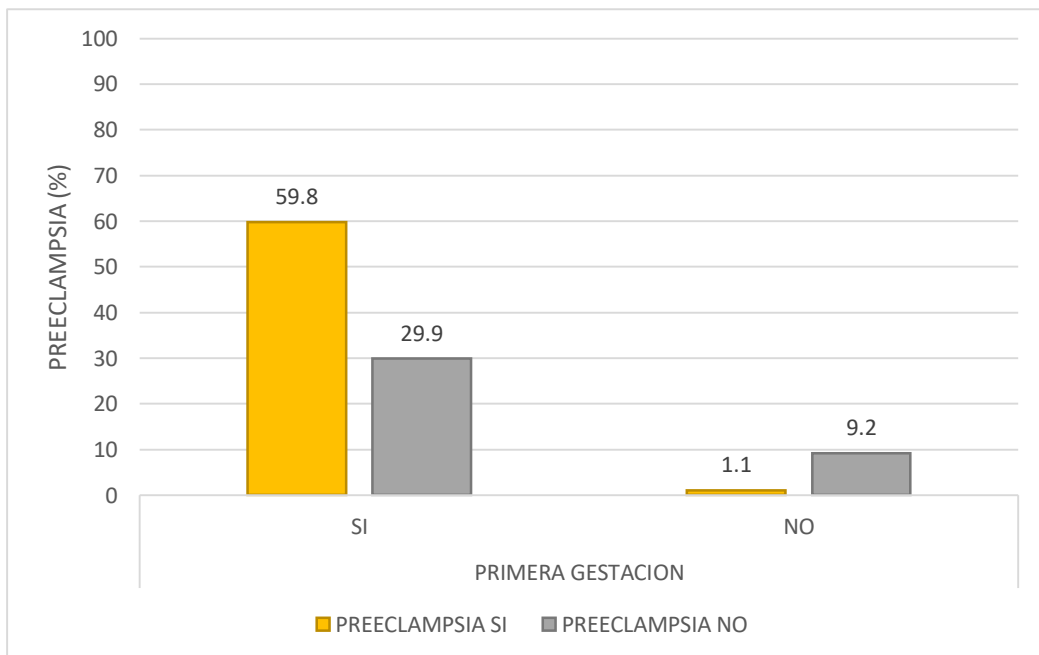
4.1.3. Asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

TABLA N° 4 Asociación entre primera gestación y preeclampsia

		Preeclampsia		Total %	X ²	P-Valor
		SI	NO			
Primera gestación	SI	Recuento	52	26	78	10,461
		% total	59.8	29.9	89.7	
	NO	Recuento	1	8	9	
		% total	1.1	9.2	10.3	
Total		Recuento	53	34	87	0.001
		% total	60.9	39.1	100.0	

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°3 Distribución entre primera gestación y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°4, observamos que, de 87 pacientes en total, 53 (60.9%) presenta PE y 34 (39.1%), no la desarrolló. De estos pacientes que presenta PE, 52 (59.8%) presentan además primera gestación. Mientras que 26 (29.9%), no presentan PE, pero si son de primera gestación. Al realizar la prueba de hipótesis del Chi-cuadrado de Pearson de $X^2 = 10.461$; se obtuvo que $p = 0.001$ y siendo este $< 5\%$. Por lo tanto, se confirma que existe asociación estadísticamente significativa entre las variables.

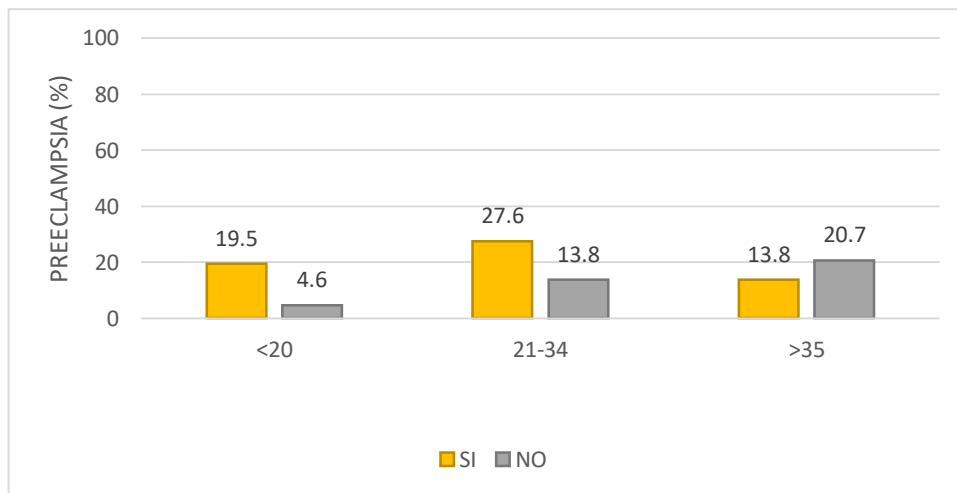
4.1.4. Asociación entre la edad materna y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH DEL 2019

TABLA N° 5 Asociación entre edad materna y preeclampsia

			Preeclampsia		Total %	X ²	P-Valor
			SI	NO			
	< 20 AÑOS	Recuento	17	4	21	9,554	0.008
		% total	19.5	4.6	24.1		
Edad materna	21-34 AÑOS	Recuento	24	12	36		
		% total	27.6	13.8	41.4		
	>35 AÑOS	Recuento	12	18	30		
		% total	13.8	20.7	34.5		
Total		Recuento	5	34	87		
		% total	60.9	39.1	100		

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°4 Distribución entre edad materna y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°5 se observa que 87 (19.5%) pacientes del total. 17 (19.5%) fueron pacientes <20 años presentaron preeclampsia y 4 pacientes (4.6%) no presentaron PE, mientras que el grupo etario de 21-34 años, que presentaron PE fueron 24 (27.6%) y 12 (13.8%) pacientes que no presentaron PE, del mismo modo se observó que 12 pacientes (13.8%) >35 años presentaron PE y 18 (20.7%) pacientes no desarrollaron PE. Siendo 53 pacientes (60.9%) que presentaron PE y 34 (39.1%) pacientes que no tuvieron. Finalmente, al realizar la prueba de hipótesis de Chi-cuadrado de Pearson $X^2=9.554$ y un valor de ($p=0.008$) se confirma que existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

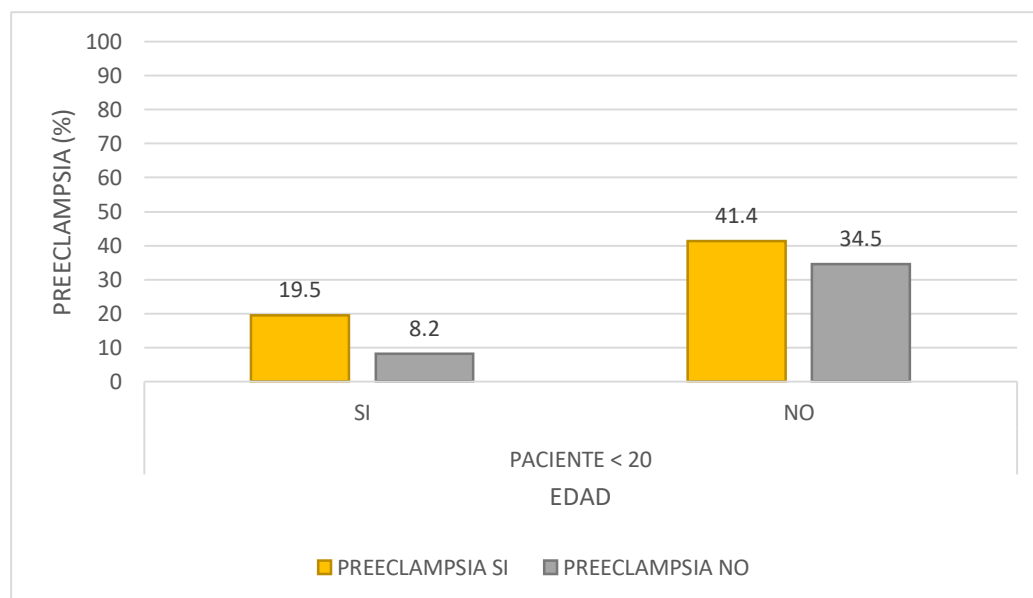
4.1.4.1 Asociación entre edad <20 años y preeclampsia

TABLA N° 6 Asociación entre pacientes < 20 años y preeclampsia

		PREECLAMPSIA			Total l %	X ²	P-Valor
		SI	NO				
PACIENTES < 20 AÑOS	SI	Recuento	17	4	21	4.666	0.031
		% total	19.5	4.6	24.1		
	NO	Recuento	36	30	66		
		% total	41.4	34.5	75.9		
	Total	Recuento	53	34	87		
		% total	60.9	39.1	100.0		

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°5 Distribución de pacientes < 20 años y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: Subclasificando el grupo etario, en la tabla N°6 se observa un total de 21 (24.1%) pacientes que fueron < 20 años, el cual 17 (19.5%) pacientes fue < 20 años que tuvo PE y 4 (4.6%) fue < 20 años que no tuvo PE, mientras que, 66 (75.9%) pacientes del total no fueron < 20 años, el cual 36 (41.4%) pacientes no fueron < 20 años, pero desarrollo. Al realizar la prueba de hipótesis del Chi-cuadrado de Pearson $X^2=4.666$ y un valor de ($p=0.031$), siendo < 5% se confirma la asociación estadísticamente significativa entre las variables expuestas.

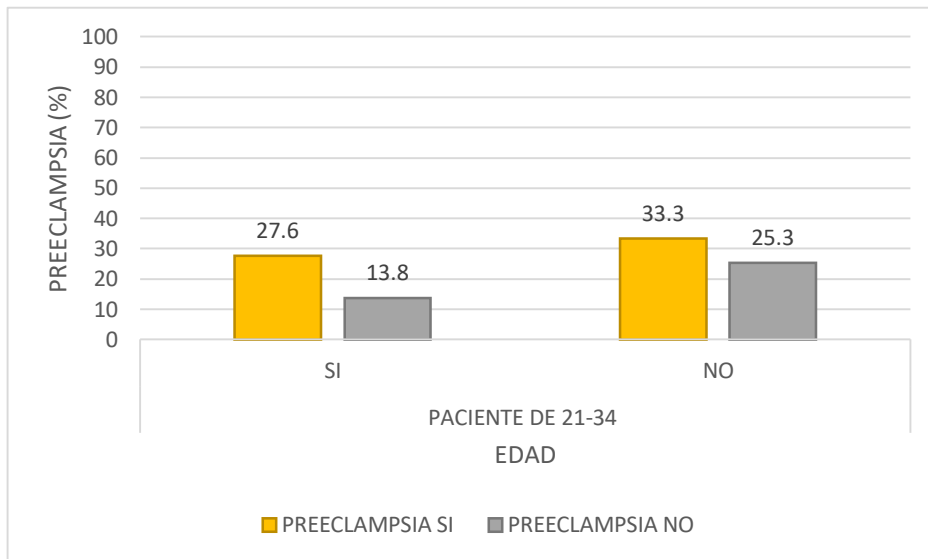
4.1.4.2 Asociación entre edades de 21-34 años y preeclampsia

TABLA N° 7 Asociación entre pacientes de 21-34 años y preeclampsia

		PREECLAMPSIA		Total %	X^2	P-Valor
		SI	NO			
PACIENTES DE 21-34 AÑOS	SI	Recuento	24	12	36	,852 0.356
		% total	27.6	13.8	41.4	
	NO	Recuento	29	22	51	
		% total	33.3	25.3	58.6	
	Total	Recuento	53	34	87	
		% total	60.9	39.1	100	

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°6 Distribución de pacientes de 21-34 años y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°7 se observa que 36 (41.4%) pacientes se encuentran dentro del rango de edades entre 21-34 años y 51 (58.6%) pacientes están fuera de ese rango. Asimismo, se muestra que 24 (27.6%) pacientes que pertenecen a ese rango, a su vez presentaron PE y 12 (13.8%) gestantes que están en el rango de edades, no presentaron PE. Por otro lado, 29 (33.3%) pacientes no se encuentran dentro del rango, pero si desarrollaron PE. Por consiguiente, la prueba de hipótesis del Chi-cuadrado de Pearson fue $X^2=0.852$ y un valor de $p=0.356$, no encontrando la asociación esperada entre las variables.

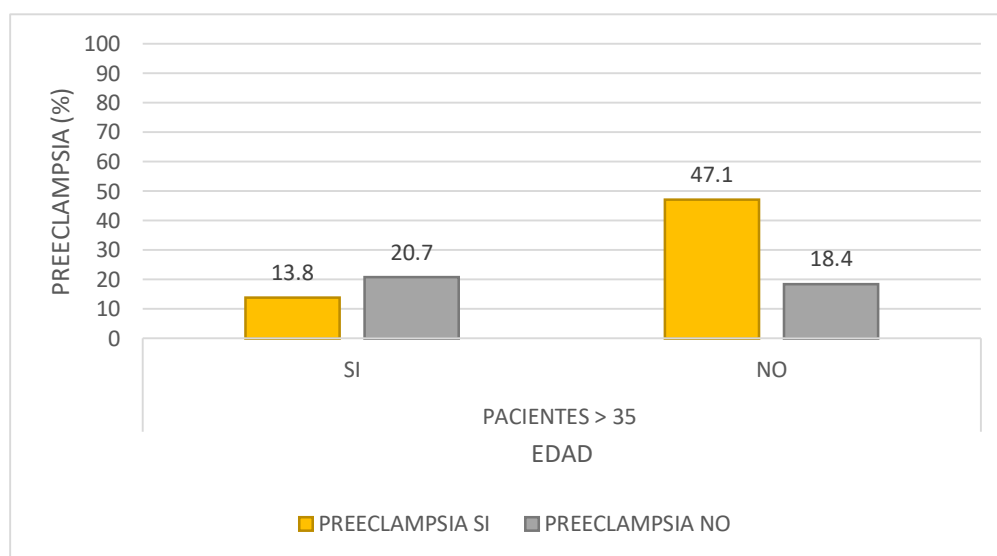
4.1.4.3 Asociación entre edad >35 años y preeclampsia

TABLA N° 8 Asociación entre pacientes > 35 años y preeclampsia

		PREECLAMPSIA		Total %	X ²	P- Valor
		SI	NO			
PACIENTES > 35 AÑOS	SI	Recuento	12	18	30	8,417 0.004
		% total	13.8	20.7	34.5	
	NO	Recuento	41	16	57	
		% total	47.1	18.4	65.5	
	Total	Recuento	53	34	87	
		% total	60.9	39.1	100	

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°7 Distribución de pacientes > 35 años y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: La tabla N°8 indica que 12 (13.8%) pacientes que fueron > 35 años presentaron PE y 18 (20.7%) no presentaron esta patología, siendo un total de 30 (34.5%) pacientes > 35 años. Por otro lado, 41 (47.1%) pacientes que no fueron > 35 años, si presentaron. De modo que al realizar la prueba de hipótesis del Chi-cuadrado fue $X^2=8.417$ ($p=0.004$), siendo estadísticamente significativo entre las variables.

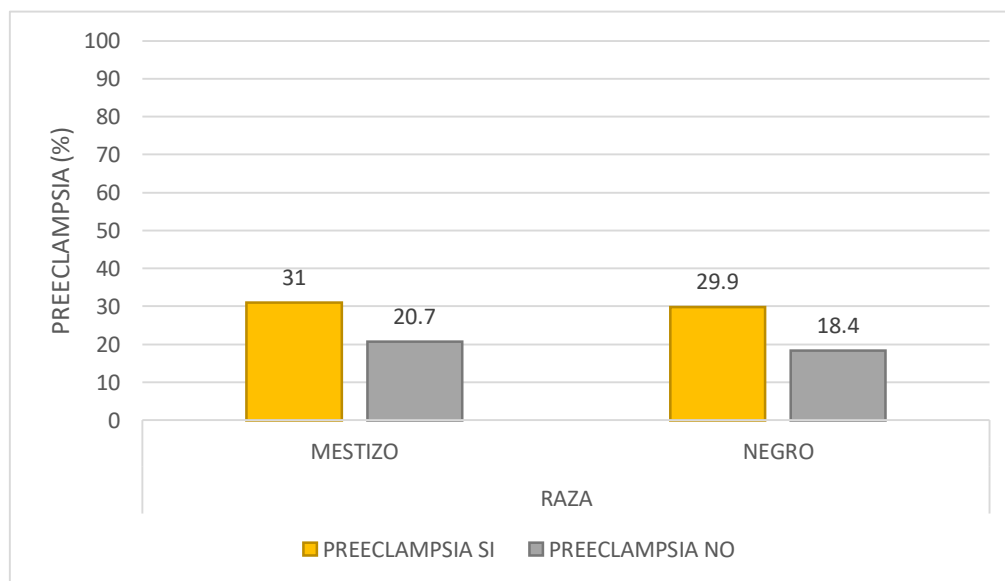
4.1.5. Asociación entre la raza y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

TABLA N° 9 Asociación entre la raza y preeclampsia

		Preeclampsia		Total %	X ²	P-Valor	
		SI	NO				
Raza	MESTIZO	Recuento	27	18	45	,033	0.856
		% total	31.0	20.7	51.7		
	NEGRA	Recuento	26	16	42		
		% total	29.9	18.4	48.3		
	Total	Recuento	53	34	87		
		% total	60.9	39.1	100		

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N° 8 Distribución entre la raza y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: La tabla N°9 nos muestra que 27 (31.0%) pacientes de raza mestiza presentaron PE y 18 (20.7%) de raza mestiza no desarrollaron la enfermedad, la cual se representa con un total de 45 (51.7%) pacientes de raza mestiza; mientras que 26 (29.9%) de las pacientes que fueron de raza negra si presentaron PE. Por lo que, al realizar la prueba de hipótesis del Chi-cuadrado $X^2=0.33$, se obtuvo que $p=0.856$ fue mayor al 5%. Por lo tanto, se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables de raza y PE.

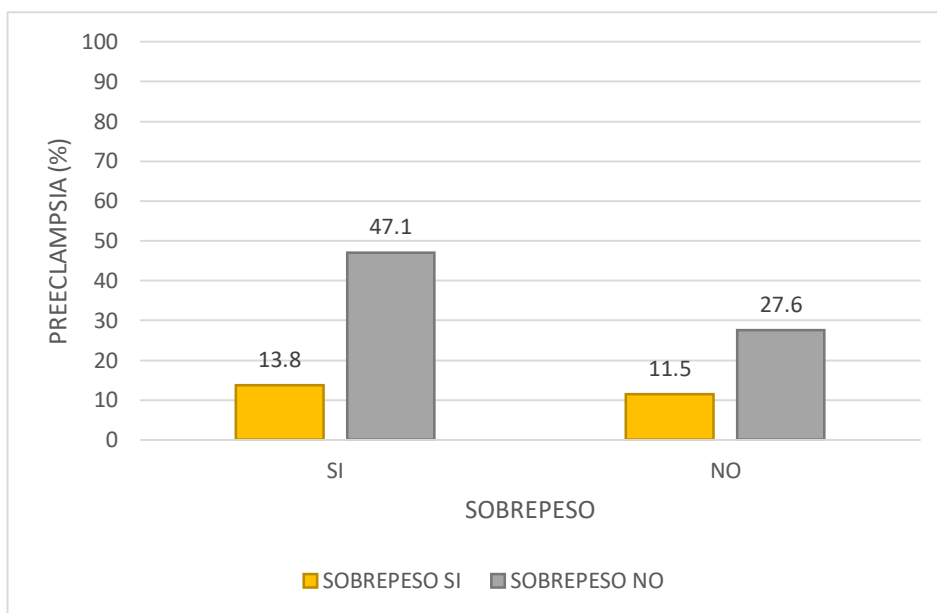
4.1.6. Asociación entre el sobrepeso y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

TABLA N° 10 Asociación entre el sobrepeso y preeclampsia

			Preeclampsia		Total%	X ²	P-Valor
			SI	NO			
Sobrepeso	SI	Recuento	12	10	22	,503	0.478
		% total	13.8	11.5	25.3		
	NO	Recuento	41	24	65		
		% total	47.1	27.6	74.7		
	Total	Recuento	53	34	87		
		% total	60.9	39.1	100		

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°9 Distribución entre el sobrepeso y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°10 se muestra un total de 22 (25.3%) pacientes con sobrepeso y 65 (74.7%) no tuvieron sobrepeso, de los cuales el 12 (13.8%) que sí tuvieron sobrepeso a su vez hicieron PE y 10 (11.5%) fueron paciente que tuvieron sobrepeso, pero no desarrollaron PE; mientras que 41 (47.1%) no tuvieron sobrepeso, pero si presentaron PE. Por lo que al momento de realizar la de prueba de hipótesis del Chi- cuadrado $X^2 = 0.503$, donde $(p=0.478)$. siendo que este fue menor al $0.05=5\%$. Se concluye que no existe relación asociada entre las variables de sobrepeso y PE.

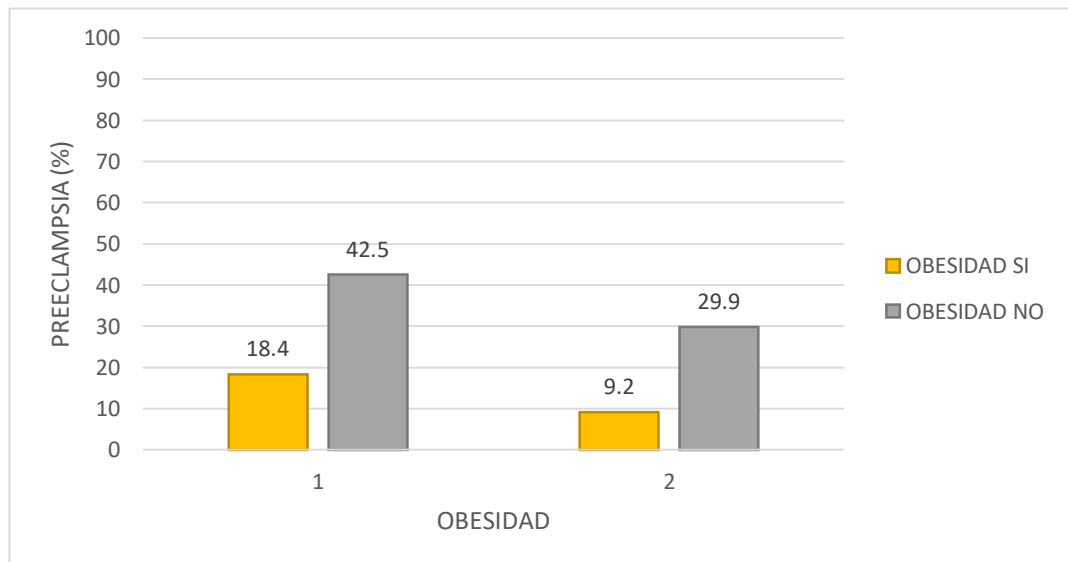
4.1.7. Asociación entre la obesidad y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área DE G-O del HSJCH DEL 2019

TABLA N° 11 Asociación entre la obesidad y preeclampsia

		Preeclampsia		Total%	X ²	P-Valor
		SI	NO			
Obesidad	SI	Recuento	16	8	24	,460 0.498
		% total	18.4	9.2	27.6	
	NO	Recuento	37	26	63	
		% total	42.5	29.9	72.4	
	Total	Recuento	53	34	87	
		% total	60.9	39.1	100	

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°10 Distribución entre la obesidad y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°11 se observa un total de 24 (27.6%) de pacientes que mostraron obesidad, mientras que 16 (8.4%) fueron obesas que presentaron PE y 8 (9.2%) que, si fueron obesas, pero no mostraron desarrollar PE. Por otra parte 63 (72.4%) pacientes fueron el total que no mostraron ser obesas, asimismo 37(42.5%) pacientes no fueron obesas, pero si presentaron PE. Por consiguiente, la realización de la prueba de hipótesis del Chi-cuadrado $X^2 = 0.460$ ($p=0.498$), siendo este menor al 5%. Para concluir, no se acepta la asociación entre las variables obesidad y PE.

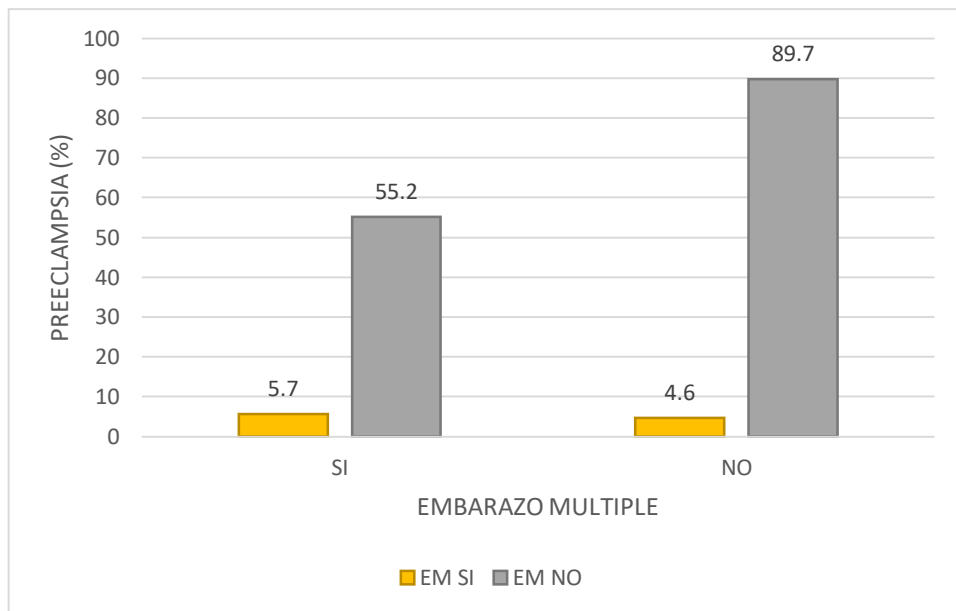
4.1.8. Asociación entre embarazo múltiple y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

TABLA N° 12 Asociación entre embarazo múltiple y preeclampsia

			Preeclampsia		Total%	X ²	P-Valor
			SI	NO			
Embarazo múltiple	SI	Recuento	5	4	9	,121	0.728
		% total	5.7	4.6	10.3		
	NO	Recuento	48	30	78		
		% total	55.2	34.5	89.7		
	Total	Recuento	53	34	87		
		% total	60.9	39.1	100		

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°11 Distribución entre embarazo múltiple y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: la tabla N°12 se observó un total de 9 (10.3%) gestantes que mostraron tener EM, el cual 5 (5.7%) gestantes presentaron EM y también PE, mientras que 4 (4.6%) gestantes tuvieron EM, aunque no presentaron PE. Por otro lado, un mayor número de gestantes representado en un total de 78 (89.7%) pacientes no tuvieron EM, asimismo 48 (55.2%) no fueron EM, pero si presentaron. Para concluir, se realizó la prueba de hipótesis del Chi-cuadrado, donde $X^2=0.460$ fue ($p=0.498$) no habiéndose encontrado asociación estadísticamente significativa entre las variables.

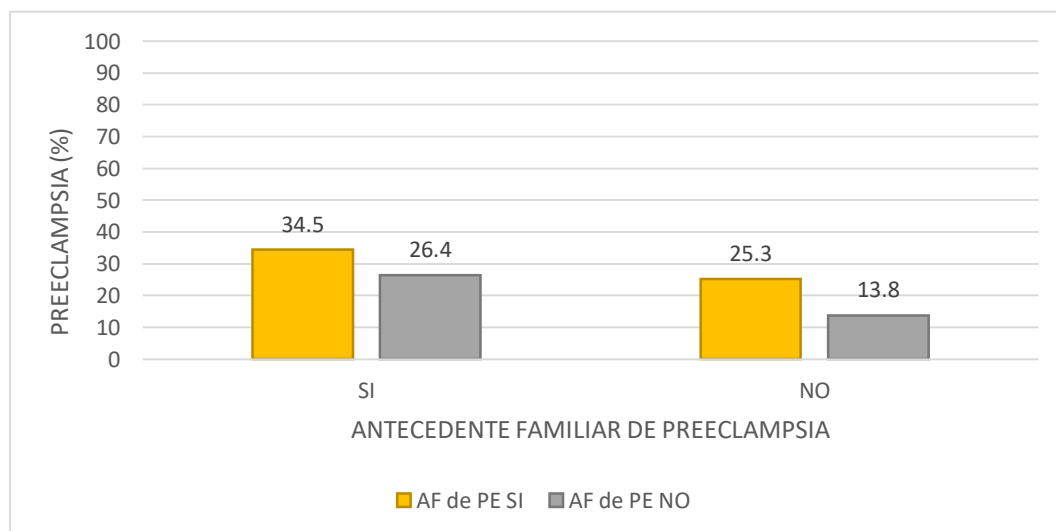
4.1.9. Asociación entre los antecedentes familiares con pe y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019

TABLA N° 13 Asociación entre los antecedentes familiares de PE y preeclampsia

		Preeclampsia		Total%	X ²	P-Valor
		SI	NO			
Antecedentes familiares de preeclampsia	SI	Recuento	30	22	52	,565 0.452
		% total	34.5	25.3	59.8	
	NO	Recuento	23	12	35	
		% total	26.4	13.8	40.2	
	Total	Recuento	53	34	87	
		% total	60.9	39.1	100	

FUENTE: HC del HSJCH

GRÁFICO N°12 Distribución entre los antecedentes familiares de PE y preeclampsia



FUENTE: HC del HSJCH

INTERPRETACIÓN: En la tabla N°13 se observó un total 52 (59.8%), siendo éste representativo para las pacientes que sí tuvieron AF de PE, de modo que 30 (34.5%) pacientes que sí tuvieron AF de PE también hicieron PE y 22 (25.3%) gestantes que confirmaron tener AF de PE no desarrollaron PE. Por otro lado 23 (26.4%) pacientes que afirmaron no tener AF de PE si desarrollaron la enfermedad. Concluyéndose que la prueba de hipótesis del Chi-cuadrado $X^2=0.565$ ($p=0.452$) fue mayor del 5% no encontrándose asociación significativa entre dichas variables.

4.2. DISCUSIÓN

El presente estudio, el cual fue realizado en el Hospital San José, ha sido enfocado a la obtención de asociar primera gestación y PE, además de otros factores, ya que es una de las patologías más frecuente e importantes en la práctica diaria.

Nuestros análisis de frecuencia nos indica como resultado que el 89.7% son primigestas. Otra similitud se obtuvo por Sanchez I. (2014), cuyo resultado obtenido de las pacientes que tuvieron su primera gestación fue del 61.4%⁽³⁵⁾. A diferencia del estudio realizado por Labarca L. y Col (2016), indica que el 42.34% presento su primera gestación ⁽³⁶⁾. este porcentaje fue menor en los estudios realizados por Melendez M. y Col. (2017) quienes hicieron un análisis de frecuencia obteniendo que el 34.63% fue primípara ⁽³⁷⁾.

Según el estudio de Morales C. (2010)⁽³⁸⁾, Indicó que la incidencia de preeclampsia es del 10.8%. Mientras que, Morales B. y Col (2017) ⁽³⁹⁾, publicó que la frecuencia de preeclampsia fue de 21.2%. Así mismo Torres S. (2016)⁽¹³⁾ obtuvo como resultado que el 58% fue la incidencia de PE. Sin embargo, nuestros resultados fueron del 60.9%, esta diferencia puede deberse a que nuestra muestra fue menor al de otros estudios.

Por otro lado, una segunda asociación estudiada es la de primera gestación y PE. Donde nuestros resultados indican que, si hay una asociación, obteniendo un valor de $p= 0.001$, estos estudios se confirman con los hallazgos de Valdes Y. y Col (2014)⁽⁹⁾ quien utilizando una metodología similar a la nuestra, obtuvo el valor de $P= 0.0016$, mientras que, los autores Grum T. *et. al.*, (2017)⁽⁴⁰⁾ y Meriem B. *et. al.*, (2018)⁽⁴¹⁾, encontraron asociación con otro tipo de análisis, en ambas circunstancias se encontró una asociación entre primera gestación y PE.

Respondiendo al objetivo que asocia edad y preeclampsia, los datos obtenidos indican que existe asociación entre las variables ($p=0.008$). Asimismo, subclasificamos las edades en los rangos de < 20 , $21-34$ y > 35 años. Donde encontramos asociación en las pacientes que fueron < 20 años y > 35 años ($p<0.05$), sin embargo, el rango de edad que presentó una mayor frecuencia fue de $21-34$ años (41.4%). Autores como Hernandez J. y Col (2007)⁽⁴²⁾, concuerdan con nuestros resultados que las pacientes < 20 y >35 años tienen mas probabilidades de presentar PE. Asimismo, Das S. *et. al.*, (2019)⁽⁴³⁾, sus resultados también fueron similares al nuestro, obteniendo un valor de $p<0.05$. Por otro lado, Ziad T. *et. al.*, (2020)⁽⁴⁴⁾, al realizar un análisis de frecuencia, determinó que la incidencia de PE fue mayor en pacientes < 20 años (22.5%).

En cuanto a la variable raza, nuestro resultado fue un chi-cuadrado de $X^2=0.33$ y ($p=0.856$), concluyendo que no hubo asociación entre las variables. Así mismo, Jaramillo G. *et. al.*, (2017) quien publicó un análisis estadístico sobre la raza cuyo resultado no encontró asociación entre las variables ($p=0.125$)⁽⁴⁵⁾. sin embargo, Ipiales J. y Col. (2015), realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo con un nivel de confianza del 95%, obteniendo como resultado que la raza mestiza (97%) tiene más probabilidades de presentar PE que una paciente de raza negra (3%) presentó PE y solo el 1% de raza negra desarrollo PE⁽⁴⁶⁾. Del mismo modo fue el estudio hallado por Sin embargo Moreno Z. y col. (2014) realizó un estudio en el Hospital 2 de Mayo y el IMPN, encontrando asociación estadísticamente significativa entre las variables con un $p=0.02$.⁽¹⁷⁾.

Respecto a la variable sobrepeso el resultado obtenido fue un Chi-cuadrado de Pearson ($X^2=0.503$) y un valor de $p=0.478$, no encontrando la asociación esperada. Por otro lado, Kahsay HB. *et. al.*, (2018), mediante un estudio que hizo en 7 Hospitales de Tigray, determinó que el sobrepeso está asociado a PE, obteniendo un valor de ($p=0.05$)⁽⁴⁷⁾. Otro estudio como el de Alvarez P. y Martos Frank (2017) encontró asociación entre las variables ($p= 0.002$)⁽¹²⁾. Asimismo, Karppanen T. *et. al.*, (2016), también encontró asociación significativa con un valor de $p=0.014$ para las variables sobrepeso y PE⁽⁴⁸⁾. La disociación entre mis resultados y los autores podrían deberse al tamaño de la muestra.

Según la variable obesidad, no se encontró asociación estadísticamente significativa ya que el Chi-cuadrado de Pearson $X^2=0.460$ ($p=0.498$), sin embargo otros estudios como Crisologo J. y Col (2015) cuyo estudio fue realizado en el Hospital Belén de Trujillo, encontró un valor de $p=0.0149$, siendo estadísticamente significativo para el desarrollo de la enfermedad⁽¹⁶⁾. Moreno Z. y col. (2014), también realizó un estudio de en el Hospital 2 de Mayo y el IMPN, encontrando una asociación de $p=0.02$ para las variables⁽¹⁷⁾. Por otro lado, Rodríguez W. *et. al.*, (2019) realizó un estudio de cohorte, en el Hospital Universitario de Suecia, utilizando un intervalo de confianza del 95% y confirmando que la obesidad está asociada hasta 4 veces más a la PE⁽⁴⁹⁾.

Por otro lado, analizamos también la variable de EM obteniendo un resultado de $p= 0.728$, concluyendo que no es estadísticamente significativo, mientras que, otros estudios en Perú como los de Pacheco J. (2015)⁽⁵⁰⁾ y Peña W. y Col. (2011)⁽⁵¹⁾, publicaron un análisis indicando que el EM tuvo asociación estadísticamente significativa, siendo el valor de $p= 0.000$ y $p=0.001$ respectivamente. Asimismo, Seema D. *et. al.*, (2019)⁽⁴³⁾ realizó un estudio utilizando la misma metodología a nuestra investigación, pero los resultados fueron distintos, cuyo valor fue $p=0.001$, encontrando la asociación esperada.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La frecuencia que se obtuvo sobre la primera gestación en el área de G-O del HSJCH 2019 fue del 89.7% del total de la muestra
- La preeclampsia tiene una frecuencia del 60.9 % de la muestra estudiada en los pacientes que acudieron al área de G-O del HSJCH 2019
- La primera gestación está asociada al desarrollo de PE, ya que se obtuvo un $p < 0.05$
- Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad materna y PE, así mismo se subclasificó la edad obteniendo un valor de $p < 0.05$ en pacientes < 20 años y > 35 años.
- En nuestro estudio no encontramos asociación entre la raza y preeclampsia en pacientes que fueron atendidas en el área de G-O del HSJCH 2019, mientras que, en otros estudios si fueron estadísticamente significativa
- Sobre la variable sobrepeso se concluye que la asociación no fue significativa ya que fue $p > 5\%$
- Respecto a la obesidad tampoco encontramos asociación en nuestra investigación, pero estos resultados fueron diferente a la revisión bibliográfica de otros autores
- Por otro lado, el embarazo múltiple también fue $p > 5\%$ no hallándose la asociación esperada entre las variables
- Finalmente, los antecedentes familiares de preeclampsia no relación para el desarrollo de PE, sin embargo, los resultados de otros estudios fueron estadísticamente significativo para presentarla.

5.2. RECOMENDACIONES

- ✓ En primer lugar, debemos conocer los componentes de riesgo sobre la PE, y así poder identificar a tiempo a las gestantes más vulnerables, educar a las pacientes, sobre todo a las que presentan su primera gestación, brindándoles charlas educativas acerca de esta patología y así pueden acudir a su centro de salud para un buen manejo y/o prevención de la misma.
- ✓ Priorizar la atención en pacientes preecláptica, ya que se ha visto que es una de las primeras causas de muertes maternas en el Perú
- ✓ Capacitar al personal del área de salud que trabaja en el área de G-O acerca de esta patología. Y, por último, se recomienda seguir con investigaciones que nos ayuden con mayor facilidad para la prevención de esta enfermedad y a futuro poder disminuir la frecuencia de PE en nuestra Institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson UD, Gram M, Åkerström B, Hansson SR. First Trimester Prediction of Preeclampsia. *Current Hypertension Reports*. 2015.
2. Farooqi SS. The World Health Report 2005 - Make Every Mother and Child Count. *Ann Saudi Med*. 2005;
3. De Jesús-García A, Jimenez-Baez MV, González-Ortiz DG, De la Cruz-Toledo P, Kuc-Peña LM, Sandoval-Jurado L. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de las pacientes con preeclampsia-eclampsia TT - Clinical, epidemiological and obstetric risk characteristics of patients with preeclampsia-eclampsia. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018;
4. Cifuentes Borrero R. Mortalidad materna en nuestra región. *Rev Colomb Salud Libr*. 2017;
5. Sáez Cantero V de la C, Pérez Hernández MT. Perfil epidemiológico y perinatal de pacientes con preeclampsia. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2014;
6. Ipinza FAD. Boletín epidemiológico del Perú. 2017;26:40.
7. Guevara-Ríos E. La preeclampsia, problema de salud pública. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. 2019;
8. Sixto Sanches. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2014;310–20.
9. Yong MV, Núñez JH. Factores de riesgo para preeclampsia. *Rev Cuba Med Mil*. 2014;
10. Allen R, Rogozinska E, Sivarajasingam P, Khan KS, Thangaratinam S. Effect of diet- And lifestyle-based metabolic risk-modifying interventions on preeclampsia: A meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2014.
11. Taylor BD, Ness RB, Klebanoff MA, Tang G, Roberts JM, Hougaard DM, et al. The impact of female fetal sex on preeclampsia and the maternal immune milieu. *Pregnancy Hypertens*. 2018;
12. Alvarez Ponce VA, Martos Benítez FD. El sobrepeso y la obesidad como

- factores de riesgo para la preeclampsia. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2017;
13. Torres Ruiz S. Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana. CASUS Rev Investig y Casos en Salud. 2016;
 14. Apaza Valencia J, Sotelo Hanco M, Tejada Zúñiga M. Propuesta de un puntaje de riesgo para detectar gestantes preeclámpticas TT - Proposal of a risk score for preeclampsia in pregnant women. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2016;
 15. Pacheco Romero Jose. Repercusión de la preeclampsia/ eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2014;
 16. Zoila Moreno, Sixto Sánchez, Fernando Piña, Antonia Reyes MW. obesidad pregestacional y preeclampsia. Rev Médica Trujillo. 2015;
 17. Zoila Moreno, Jorge Casquero Sixto Sánchez, Beatriz Zavala HGK and MMC. Raza negra como factor de riesgo independiente para preeclampsia. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2014;9.
 18. Lapidus A, Lopez N, Malamud J, Nores J, Papa S. Estados hipertensivos y embarazo. Consenso Obstet FASGO. 2017;
 19. American College of Obstetricians, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. In: Obstetrics and gynecology. 2013.
 20. Organizacion Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la Prevención y el Tratamiento de la Preeclampsia y la Eclampsia. OMS. 2014.
 21. Oscar RF. "Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el hospital nacional ramiro prialé prialé 2015-2016." Universidad nacional del centro del Perú; 2017.
 22. Vargas Prado ME. Desarrollo y fisiología placentaria. Obstetricia I. 16AD.
 23. Fred Morgan-Ortiz, Fred Valentín Morgan-Ruiz, Everardo Quevedo-Castro GG-J y JB-B. Anatomia y fisiologia de la placenta y liquido amniotico. mexico; 2015.
 24. Gomez Carbajal L. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia.

- Rev Peru Ginecol y Obstet. 2014;
25. Osorio ees. Factores asociados a preeclampsia hospital maría auxiliadora lima, Perú 2010-2015. Universidad san martin de porres; 2018.
 26. Apaza ypc. Factores de riesgo asociados con preeclampsia engestantes atendidas en el hospital regional manuel nuñez butrón en el periodo enero–diciembre 2017. Universidad nacional del altiplano; 2018.
 27. Flores loayza er, rojas lópez fa, valencia cuevas dj, de la cruz Vargas JA, Correa López LE. Preeclampsia y sus principales factores de riesgo. Rev la fac med humana. 2017;
 28. Quispe cdlmv. Características clínicas y epidemiológicas de la pre eclampsia en gestantes de 18 a 35 años en el hospital de vitarte durante el periodo 2015-2017 lima – Perú. San Juan Bautista; 2018.
 29. Enrique Guevara Ríos, Amadeo Sánchez Góngora, Antonio Mambret Luna Figueroa, Félix Dasio Ayala Peralta, Pedro Arnaldo Mascaro Sanchez Cacaylms. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Inst Nac Matern Perinat. 2018;536.
 30. Secretaría Distrital de Salud. Guía de trastornos hipertensivos del embarazo. Secr Dist Salud Bogotá DC. 2014;
 31. Guevara Ríos, Enrique y Meza Santibáñez Luis. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2014;
 32. César Herrera, Nila Calderón rc. influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. Rev Peru Ginecol y Obstet. 1997;43:9.
 33. Peralta FDA. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2016;
 34. USACD. Embarazo gemelar :: Dexeus.com. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014;
 35. Sánchez De la Cruz I. Aspectos clinicoepidemiológicos de gestantes con embarazo prolongado en el municipio de Palma Soriano. Medisan. 2014;
 36. Labarca L, José Ramón Urdaneta M, María Elena González I, Benítez AC, Nasser Saleh Baabel Z, Correa MF, et al. Prevalencia del síndrome de

- HELLP en gestantes críticas: Maternidad “dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;
37. Marianna Meléndez, Mardorys Díaz, Lía Bohorjas, Alberto Cabaña, Jeannette Casas, Marlyn Castrillo JC. Depresión postparto y los factores de riesgo. *Redalyc.* 2017;21:8.
 38. Morales Ruiz C magno. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. *Rev Peru Epidemiol.* 2010;15(1):5.
 39. Morales García B, Moya Toneut C, Blanco Balbeito N, Moya Arechavaleta N, Moya Arechavaleta A, Moya Toneut R. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario “Santa Clara” (2015-2016). *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2017;
 40. Teklit Grum, Abiy SeifuMebrahtu ATA y LT. Determinants of pre-eclampsia/Eclampsia among women attending delivery Services in Selected Public Hospitals of AddisAbaba, Ethiopia: a case control study. *Bio Med Center.* 2017;7.
 41. Meriem Benfateh, Souadou Cissoko, Houssine Boufetta, Jean-Jacques Feige, Naima Samouh, Touria Aboussaouira MB y NA. Risk factors and poor prognostic factors of preeclampsia in Ibn Rochd University Hospital of Casablanca: about 401 preeclamptic cases. *Pan Afr Med J.* 2018;(1937–8688):8.
 42. Jeddú Cruz Hernández, Pilar Hernández García MYQ y AIV. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2007;23(0864–2125):6.
 43. Das S, Das R, Bajracharya R, Baral G, Jabegu B, Odland JØ, et al. Incidence and risk factors of pre-eclampsia in the paropakar maternity and women’s hospital, Nepal: A retrospective study. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;
 44. Ziad T. A. Al-Rubaie, H. Malcolm Hudson, Gregory Jenkins, Imad Mahmoud, Joel G. Ray LMA and SJL. Prediction of pre-eclampsia in nulliparous women using routinely collected maternal characteristics: a

- model development and validation study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;14.
45. Jaramillo R. GI, Vásquez G. DC, Buitrago-Medina DA. Preeclampsia leve y severa: estudio de casos y controles en el Hospital de Chiquinquirá 2012-2014. *Rev Colomb Enfermería*. 2017;
 46. Juan Pablo Ipiales Vásconez JGSV y aca. Factores de riesgo para preeclampsia. *Fac ciencias Medicas*. 2015;18:4.
 47. Kahsay HB, Gashe FE, Ayele WM. Risk factors for hypertensive disorders of pregnancy among mothers in Tigray region, Ethiopia: Matched case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;
 48. Karppanen T, Kaartokallio T, Klemetti MM, Heinonen S, Kajantie E, Kere J, et al. An RGS2 3'UTR polymorphism is associated with preeclampsia in overweight women. *BMC Genet*. 2016;
 49. Rodriguez-Wallberg KA, Berger AS, Fagerberg A, Olofsson JI, Scherman-Pukk C, Lindqvist PG, et al. Increased incidence of obstetric and perinatal complications in pregnancies achieved using donor oocytes and single embryo transfer in young and healthy women. A prospective hospital-based matched cohort study. *Gynecol Endocrinol*. 2019;
 50. Pacheco Romero Jose. Preeclampsia en la gestación múltiple. *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2015;
 51. William Rogelio Peña-Ayudante, Jacinto Jesús Palacios ECO y AP. El primer embarazo en mujeres de 35 años de edad. *Rev Peru Ginecol y Obstet*. 2011;5.
 52. Valdes, Yong M, Hernández Núñez J. Factores de riesgo para preeclampsia. *Rev Cuba Med Mil*. 2014;

ANEXOS

ANEXO 1 Operacionalización de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES						
VARIABLE	DEFINICIÓN		VALORES POSIBLES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	FUENTE
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL				
Dependiente: Preeclampsia	aumento de la PA y/o proteinuria luego de las 20 semanas de edad gestacional en una paciente normotensa	Datos registrados en la historia clínica	1=SI 2=NO	Datos registrados en la filiación de la historia clínica	Categórica nominal	Historia Clínica
Independiente: Primera gestación	proceso por el cual una mujer se embaraza por primera vez y expulsa un feto y la placenta al final de la gestación	Datos registrados en de la historia clínica	1= SI 2=NO	Datos registrados en la filiación de la historia clínica	Categórica nominal	Historia Clínica

Edad	Biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Datos registrados en la filiación de la historia clínica	1= < 20 años 2= 21 a 34 años 3= > 35 años	Datos registrados en la filiación de la historia clínica	Categórica ordinal	Historia clínica
Raza	Grupo étnico	Dato registrado en la filiación de la historia clínica	1= Raza mestiza 2= Raza negra	Datos registrado de la historia clínica	Categórica nominal	Historia clínica
Sobrepeso	Deposito anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud	z score de Índice de masa corporal \geq a 1 DE medido con los datos de peso y talla en la historia clínica	1=SI 2=NO	No: z score de Índice de masa corporal < 1 DE Si: z score de Índice de masa corporal \geq 1 DE	Categórica nominal	Dato registrado de la historia clínica

Obesidad	Deposito anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud	Datos registrados en la historia clínica	1=SI 2=NO	No: z score de Índice de masa corporal < 1 DE Si: z score de Índice de masa corporal ≥ 1 DE	Categórica nominal	Dato registrado de la historia clínica
Embarazo Múltiple	Desarrollo simultaneo en el útero de 2 o más fetos	Datos registrados en la historia clínica	1=SI 2=NO	Historia Clínica	Categórica nominal	Historia Clínica
Antecedentes familiares de preeclampsia	Familiares de la línea materna que hayan padecido de preeclampsia	Datos registrados en la filiación de la historia clínica	1=SI 2=NO	Historia Clínica	Categórica nominal	Dato registrado de la historia clínica

ANEXO 2 Ficha de datos



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO: ASOCIACIÓN ENTRE PRIMERA GESTACIÓN Y PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA 2019

AUTOR: GÁLVEZ ORMEÑO, DAYANA SODERLAN

FECHA:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS N°

N° DE HISTORIA CLINICA: _____

VARIABLE INDEPENDIENTE

PRIMERA GESTACION

SI

NO

VARIABLE DEPENDIENTE

PREECLAMPSIA

SI

NO

a) EDAD

<20 años

21-34 años

>35 años

b) RAZA

MESTIZO

NEGRA

c) SOBREPESO

IMC: _____

SI

NO

PESO: _____

TALLA: _____

d) OBESIDAD

IMC: _____

SI

NO

PESO: _____

TALLA: _____

e) EMBARAZO MULTIPLE

SI

NO

f) ANTECEDENTES FAMILIARES DE PREECLAMPSIA

SI

NO

Fuente: adaptada de Valdes Y. "Factores de riesgo para preeclampsia" (2014) (52).

ANEXO 3 Validez de instrumento- consulta de expertos

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Apellidos y Nombres del Experto: José Fernando Salvador Carrillo.

Cargo e institución donde labora: Investigador Universidad privada San Juan Bautista.

Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.

Autor(a) del instrumento: Gálvez Ormeño Dayana Soderlan

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					100%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					100%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					100%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					100%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					100%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					100%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					100%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					100%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Apta (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

100

Lugar y Fecha: *19-01-2019*

Firma del Experto

D.N.I. Nº *90066037*

Teléfono *983963037*

.....
DR. JOSÉ FERNANDO SALVADOR CARRILLO
 DOCENTE E INVESTIGADOR
 Escuela Profesional de Medicina Humana
 UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Dra. Fany Verónica Ticona Pérez
 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente Asesor UPSJB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Galvez Ormeño Dayana Soderlan

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					92
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.				85	
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					86
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					92
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación ... (tipo de investigación)					96

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

89,5

Chincha: Lima, 21 Enero 2020



Firma del Experto
 D.N.I N° 40615767
 Teléfono 947659025

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

Apellidos y Nombres del Experto: Pachas Ramos Allinson Marina.

Cargo e institución donde labora: Investigador Universidad privada San Juan Bautista.

Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico

Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos.

Autor(a) del instrumento: Gálvez Ormeño Dayana Soderlan

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					85
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					86
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					85
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer(relación a las variables).					84
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					86
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación(tipo de investigación)					85

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Estadísticamente factible (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

85

Lugar y Fecha:

Pachas Ramos Allinson Marina

Mg. Allinson M. Pachas
DOCENTE
UNIVERSIDAD P. S. J. B.

D.N.I N° 21887827

Teléfono

ANEXO 4 Matriz de consistencia

ALUMNO: GÁLVEZ ORMEÑO DAYANA SODERLAN

ASESORA: Dra. TICONA PEREZ FANY VERÓNICA

LOCAL: FILIAL CHINCHA

TEMA: ASOCIACIÓN ENTRE PRIMERA GESTACIÓN Y PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE G-O DEL HSJCH 2019

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>GENERAL: PG: ¿Existe asociación entre primera gestación y preeclamsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p> <p>ESPECIFICOS PE1: ¿Cuál será la frecuencia de la primera gestación en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p> <p>PE2: ¿Cuál será la frecuencia de preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p>	<p>GENERAL OG: Determinar la asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>ESPECIFICOS OE1: Determinar la frecuencia de la primera gestación en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>OE2: Determinar la frecuencia de la preeclampsia en pacientes</p>	<p>GENERAL HG: Existe asociación estadísticamente significativa entre primera gestación y preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de G-O del HSJCH 2019</p> <p>ESPECIFICOS HE1: Existe relación significativa entre edad materna y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p>	<p>Variable independiente: Primera Gestación</p> <p>Indicadores: 1= SI 2= NO</p> <p>Variable dependiente: Preeclampsia</p> <p>Indicadores 1= SI 2= NO</p>

<p>PE3 ¿Cuál será la asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p> <p>PE4 ¿Cuál será la asociación entre la edad materna y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p> <p>PE5: ¿Cuál será la asociación entre la raza y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p> <p>PE6: ¿Cuál será la asociación entre el sobrepeso y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p> <p>PE7: ¿Cuál será la asociación entre la obesidad</p>	<p>estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>OE3: Determinar la asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>OE4: Determinar la asociación entre la edad materna y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>OE5: Determinar la asociación entre la raza y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>OE6: Determinar la asociación entre el sobrepeso y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p>	<p>HE2: Existe relación significativa entre la raza y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>HE3: Existe relación significativa entre el sobrepeso y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>H4: Existe relación significativa entre la obesidad y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>H5: Existe relación significativa entre embarazo múltiple y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>H6: Existe relación significativa entre los</p>	
--	---	--	--

<p>y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p> <p>PE8: ¿Cuál será la asociación entre embarazo múltiple y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p> <p>PE9: ¿Cuál será la asociación entre los antecedentes familiares de PE y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019?</p>	<p>OE7: Determinar la asociación entre la obesidad y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>OE8: Determinar la asociación entre embarazo múltiple y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p> <p>OE9: Determinar la asociación entre los antecedentes familiares de PE y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p>	<p>antecedentes familiares de PE y preeclampsia en pacientes estudiadas en el área de G-O del HSJCH 2019</p>	
---	---	--	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>-Nivel de investigación: Correlacional</p> <p>- tipo de investigación: el presente estudio es no experimental, corte transversal, corte transversal, retrospectivo</p>	<p>-Población: infinita</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente gestante en el Hospital San José de Chíncha 2019 ✓ Gestantes con historias clínicas completas y legibles <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestantes con historias clínicas incompletas o con letra ilegible ✓ Paciente que no sea gestante <p>-Tamaño de la muestra: 87</p> <p>-Muestreo: no probabilístico</p>	<p>Técnicas: Análisis documental</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos validado por expertos</p>

ANEXO 5 Solicitud para realizar el trabajo de investigación



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Chincha alta, 14 de enero del 2020

Dr. M.C. Carlos Navea Méndez
Director ejecutivo
Hospital San José de Chincha.

Distinguido Dr.:


Me dirijo a usted para mostrarle mi interés en ejecutar durante los meses de enero a febrero en su institución, una investigación en el marco de mi tesis de grado que se denominará "Asociación entre primera gestación y preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San José de Chincha 2019"

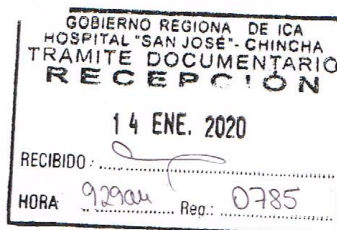
El objetivo central de mi tesis es determinar la asociación entre primera gestación y preeclampsia en El Hospital San José de Chincha 2019, así como identificar cuáles son los factores asociados que aumentan la posibilidad de padecer estas patologías como lo son: edad materna, raza, edad gestacional, sobrepeso/obesidad, embarazo múltiple, entre otras. Cabe resaltar que este trabajo de investigación también busca generar conocimiento sobre estas patologías en la población estudiada del hospital por lo que dicha información podría ser de utilidad para futuros trabajos o toma de decisiones.

Durante todo el proceso se conservará la privacidad necesaria para proteger la identidad de los participantes.

Por todo ello, solicito su consentimiento para el desarrollo de este estudio, así como el apoyo debido para culminar satisfactoriamente el estudio.

Sin otra petición, le saluda atentamente:


Dayana Soderlan
Galvez Ormeño



Jefe de servicio
Cde Gineco-Obstetricia

ANEXO 6 Carta de presentación de trabajo de campo



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
"Dr. Wilfredo E. Gardini Tuesta"

ACREDITADA POR SINEACE
RE-ACREDITADA INTERNACIONALMENTE POR RIEV

Chincha, 21 de enero del 2020

OFICIO N° 024-2020-FCS -EPMH-FCH -UPSJB

Señor Doctor

CARLOS NAVEA MENDEZ
DIRECTOR HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA
AV. ABELARDO ALVA MAURTUA N° 600 – CHINCHA

PRESENTE. -

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. para comunicarle que la egresada de la Escuela Profesional de Medicina Humana, se encuentra desarrollando una investigación para optar el título de Médico Cirujano.

En esta oportunidad presentamos a la Srta. GALVEZ ORMEÑO DAYANA SODERLAN quien se encuentra ejecutando la tesis titulada "ASOCIACIÓN ENTRE PRIMERA GESTACIÓN Y PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA 2019."

Conocedores de su experiencia y preocupación en el desarrollo de la investigación, solicitamos su valioso apoyo para la autorización del "Trabajo de Campo" de la investigación en mención; para lo cual se adjunta el resumen del proyecto.

Agradeciendo su atención a la presente le reiteramos nuestros sentimientos de consideración y estima.



Mag. Williams Inga López
Director Académico y Administrativo
Universidad Privada San Juan Bautista



M.C. Yannyra Bernal Rondinel
Coordinadora Académica
Escuela Profesional de Medicina Humana
Filial Chincha

GOBIERNO REGIONAL ICA
HOSPITAL "SAN JOSÉ" - CHINCHA
TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECEPCIÓN
23 ENE. 2020
RECIBIDO:
HORA: Reg.: 01430

upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T: (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (01) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex-toche)
T: (056) 260-329 / 260-402

ANEXO 7 Proveído de investigación



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"



Chincha Alta, 27 de enero del 2020

OFICIO N° 229 GORE-ICA-DIRESA/UADI-DE-HSJCH-2020

Señor : MG .WILLIAMS INGA LÓPEZ
Director General Académico Administrativo de la Universidad San Juan Bautista

Asunto : Aceptación para Desarrollar Trabajo de Tesis.

Atención : M.C Yannira Bernal Rondinel
Coordinador Académico de la Escuela Profesional de Medicina Humana
de la Universidad Privada San Juan Bautista – Filial Chincha.

Referencia : Expedí.N°785-2020

Mediante la presente me dirijo a usted expresándole mis cordiales saludos, a la vez en atención al documento de Referencia de desarrollo de trabajo de Investigación de la Universidad San Juan Bautista Escuela Profesional de Medicina Humana, ha sido aceptada la alumna DAYANA SODERLAN GALVEZ ORMEÑO para realizar su trabajo de Tesis titulado "ASOCIACION ENTRE PRIMERA GESTACION Y PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO- OBTETRICIA DEL HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA 2019 " en el Hospital San José de Chincha.

Sin otro particular me despido de Ud. no sin antes expresarle mi consideración y estima personal.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL SAN JOSE CHINCHA


M.C. CARLOS ENRIQUE NAVEA MENDEZ
C.M.P. 59279
DIRECTOR EJECUTIVO

CENM/DE/UE401/HSJCH.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
Dirección Ejecutiva
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Av. Abelardo Alva Maurtua N° 600
Ica - Chincha

ANEXO 8 Expedito de comité de ética de la UPSJB



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSTANCIA N° CEPB-FCS 163-2020

Vista la Solicitud N°34-00051307 de la Escuela Profesional de MEDICINA HUMANA, para la revisión por el Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada San Juan Bautista S.A.C., del Proyecto de Investigación:

ASOCIACION ENTRE PRIMERA GESTACION Y PREECLAMPSIA EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA 2019

Código de Registro del Proyecto: **CEPB-FCS163**

Investigador(a) Principal: GALVEZ ORMEÑO DAYANA SODERLAN

El Comité de Ética Profesional y Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud considera el presente proyecto de investigación debido a que SI CUMPLE, los estándares de protección de los derechos, la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de la (s) persona (s) que participan o van a participar del proyecto de investigación, ciñéndose a los principios éticos acogidos por la normativa nacional e internacional, y los acuerdos suscritos por nuestro país en la materia.

El investigador principal se compromete a respetar las normas éticas y a reportar en un plazo no mayor a 12 meses posterior a la fecha de expedición de esta constancia, la finalización del estudio.

Lima, 21 de febrero de 2020



Dra. Lida Campomanes Moran
Presidente del Comité de Ética Profesional y Bioética

upsjb.edu.pe

CHORRILLOS
Av. José Antonio Lavalle s/n
(Ex Hacienda Villa)
T: (01) 214-2500

SAN BORJA
Av. San Luis 1923 - 1925
T: (01) 212-6112 / 212-6116

ICA
Carretera Panamericana Sur Ex Km 300
La Angostura, Subtanjalla
T: (056) 256-666 / 257-282

CHINCHA
Calle Albilla s/n Urbanización Las Viñas
(Ex toche)
T: (056) 260-329 / 260-402