

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN OBSTETRICIA CON
MENCIÓN EN OBSTETRICIA DE
EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS



**Factores de riesgo asociados a la enfermedad hipertensiva del embarazo
en gestantes atendidas del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón,
nuevo chimbote. enero – diciembre 2019**

Tesis para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en obstetricia
con mención en obstetricia de Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas

Autora: Camacho Lujan, María

Elizabeth

Asesor:

Mg. Sánchez Romero, Víctor Joel Chimbote – Perú 2023

ÍNDICE

Tema	Página
Índice de contenidos	i
Índice de tablas	ii
Palabras clave	iv
Constancia de Originalidad	v
Título	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	
1. Antecedentes y fundamentación científica	1
2. Justificación de la investigación	11
3. Problema	12
4. Conceptuación y operacionalización de las variables	12
5. Hipótesis	14
6. Objetivos	14
METODOLOGÍA	
1. Tipo y diseño de investigación	15
2. Población - Muestra	15
3. Técnicas e instrumentos de investigación	18
4. Procesamiento y análisis de la información	18
RESULTADOS	20
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	35
AGRADECIMIENTOS	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Características de la población de estudio.

20

Tabla 2 Distribución de casos y controles según edad materna en gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de

21

Nuevo Chimbote 2019.

Tabla 3 Distribución de casos y controles según edad materna mayor de 25 años en gestantes atendidas en el hospital Eleazar

22

Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Tabla 4 Distribución de casos y controles según grado de instrucción en gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón

23

de Nuevo Chimbote 2019.

Tabla 5 Distribución de casos y controles según número de gestaciones en las mujeres atendidas en el hospital Eleazar

24

Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Tabla 6 Distribución de casos y controles según la edad gestacional en las mujeres atendidas en el hospital Eleazar Guzmán

25

Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Tabla 7 Distribución de casos y controles según el antecedente de historia personal de preeclampsia en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019. 26

Tabla 8 Distribución de casos y controles según el antecedente de historia familiar de preeclampsia en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de nuevo Chimbote 2019. 27

Tabla 9 Distribución de casos y controles según la presencia de hipertensión arterial crónica en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de nuevo Chimbote 2019. 28

Tabla 10 Distribución de casos y controles según la diabetes en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019. 29

Tabla 11 Distribución de casos y controles según obesidad en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019. 30

Tabla 12 Distribución de casos y controles de las gestantes con parto eutócico atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019. 31

Tabla 13 Distribución de casos y controles según número de controles prenatales de las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019. 32

PALABRAS CLAVE

Riesgo, hipertensión inducida en el embarazo, factores desencadenantes.

KEYWORDS

Risk, pregnancy-induced hypertension, triggering factors.



USP
UNIVERSIDAD SAN PEDRO

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado "**Factores de riesgo asociados a la enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes atendidas del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. Enero - diciembre 2019**" del (a) estudiante: **CAMACHO LUJAN MARIA ELIZABETH**, identificado(a) con Código N° **1116102459**, se ha verificado un porcentaje de similitud del **19%**, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 17 de agosto de 2023

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN



Dr. JAVIER MARTÍNEZ CARRIÓN
VICERRECTOR



NOTA: Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN GESTANTES
ATENDIDAS DEL HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMÁN
BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE. ENERO – DICIEMBRE 2019.**

RESUMEN

La presente investigación, tiene como propósito, identificar los factores de riesgo asociados a la enfermedad hipertensiva en gestantes atendidas del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote.

Constituye un estudio que según el grado de investigación es descriptivo y correlacional de casos y controles, cuantitativo, básico, no experimental con tipo de estudio retrospectivo. La técnica fue la de recolección de la información de una fuente secundaria, para este caso la fuente secundaria será representada por las historias clínicas, tanto de los casos como de los controles y como instrumento se considerará la ficha de recolección de datos sobre factores relacionados a la enfermedad hipertensiva del embarazo, diseñada y validada por Gallo (2016). La población estará constituida por el total de las embarazadas atendidas, la misma que será representada por una muestra obtenida luego de la aplicación de la fórmula de cálculo para el estudio de casos y controles.

Luego de la aplicación del instrumento de recolección de datos, se espera encontrar la asociación entre los factores pre concepcionales, concepcionales y ambientales con la enfermedad hipertensiva del embarazo. Asimismo, es necesario indicar que la finalidad de este estudio radicará en que sus resultados van a permitir mejorar el conocimiento en relación al comportamiento de esta patología en el ámbito de estudio que a su vez influya en el fortalecimiento de las estrategias dirigidas a disminuir la incidencia de la misma.

ABSTRACT

The purpose of this research is to identify the risk factors associated with hypertensive disease in pregnant women treated at the Eleazar Guzmán Barrón Regional Hospital in Nuevo Chimbote.

It constitutes a study that according to the degree of investigation is descriptive and correlational of cases and controls, quantitative, basic, non-experimental with a retrospective type of study. The technique was the collection of information from a secondary source, for this case the secondary source will be represented by the clinical histories, both of the cases and of the controls and as an instrument the data collection sheet on factors related to hypertensive disease of pregnancy, designed and validated by Gallo (2016). The population will be made up of the total number of pregnant women attended, which will be represented by a sample obtained after applying the calculation formula for the case-control study.

After the application of the data collection instrument, it is expected to find the association between pre-conception, conception and environmental factors with the hypertensive disease of pregnancy. Likewise, it is necessary to indicate that the purpose of this study will be that its results will improve knowledge regarding the behavior of this pathology in the field of study, which in turn influences the strengthening of strategies aimed at reducing the incidence. Of the same.

INTRODUCCIÓN

1.-Antecedentes y fundamentación científica

Un estudio en la República de Mexicana, se evidenció el beneficio de la prueba de Gant en gestantes de veinte y ocho a treinta y dos semanas de gestación para realizar la detección oportuna de la preeclampsia, pues según lo indica el investigador, tanto la predicción como la prevención de la preeclampsia, no sólo necesita de saber los mecanismos por los cuáles se desarrolla esta patología, sino la posibilidad de contar con un mecanismo de identificación temprana de esta enfermedad, para ello es necesario contar con un procedimiento que guarde ciertas características, como ser sencillo, de fácil aplicación, que permita realizarse en etapas tempranas de la gravidez, que el resultado sea rápido, que sea económico y que presente un alto índice de sensibilidad y valor predictivo positivo; es así que este investigador escoge y aplica la prueba de Gant a 179 gestantes llegando a la conclusión que esta prueba presenta una alta sensibilidad y una alta especificidad, lo que hace sostener que a su vez presenta un valor predictivo altamente significativo para la detección precoz de esta afección. (Huerta, 2014)

Chauca (2018) en la ciudad de Lima, investigó la relación entre afección hipertensiva en la gestación con el alumbramiento pretérmino, encontrándose que, solo el 73% de todos los casos presentaron afección hipertensiva en la gestación, siendo la más usual la preeclampsia en un 68% seguida de un 21% con hipertensión gestacional, casos de eclampsia en un 8% y un 3% de hipertensión crónica. Un dato importante que demostró esta investigación fue la ausencia de la hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada como causante de parto pretérmino, asimismo otro resultado importante que debe destacarse, fue el hecho que poco más de la mitad (61%) tuvo un control prenatal inadecuado, identificándose además que el 82% de casos tuvo un periodo intergenésico prolongado y absolutamente todas eran multíparas, finalmente el investigador encontró que la gran parte de los usuarios no habían presentado antecedentes de enfermedad hipertensiva en gestaciones anteriores, lo que evidentemente fue un dato significativo ya que se presume que este antecedente puede relacionarse muy estrechamente con la repetición de esta patología.

Dentro de las investigaciones realizadas en Guayaquil, relacionado la afección hipertensiva en la gestación, encontramos los resultados de Matías (2013) donde al estudiar el comportamiento de la preeclampsia en un grupo de 181 mujeres con esta condición, se demostró que a pesar que la bibliografía señala como causas predisponente, las edades extremas, en este estudio la preeclampsia es más común en mujer embarazadas con edades mayores de veinte años, que en el grupo etario de 13 a 20, sin embargo también se identificaron congruencias bibliográficas, como la asociación de causas predisponentes para la aparición de esta patología, en donde se pudo mencionar la etnia mestiza, primigravidez y atención prenatal inadecuada como las más frecuentes, además de ello esta investigación demostró que el 90% de participantes terminaron su gestación con intervención quirúrgica (cesárea), recién nacidos pequeños para su edad gestacional y con problemas de depresión neonatal.

Por otro lado, en Huancayo el estudio realizado por Romo (2017) demostró con mayor significancia en féminas que se encontraban en periodo reproductivo ideal, en esta investigación se determinó que esta enfermedad se desarrolla preferentemente en el tercer trimestre de gestación, aunque con respecto a este resultado la investigación no deja en claro si es que la patología se desarrolló en este trimestre o su diagnóstico fue tardío, sin embargo también se indica que al menos alrededor de la mitad de las participantes contaron con un número de atenciones prenatales adecuados en donde los síntomas premonitorios más frecuentes fueron la cefalea, epigastalgia y/o molestia en el hipocondrio derecho, en este sentido resulta significativo indicar que hay un grupo importante de 31.43% de participantes que no presentó ningún síntoma premonitorio lo que hace más riesgosa esta patología, pues al no existir algún indicio de su desarrollo, su diagnóstico podría ser tardío y las complicaciones podrían ser mayores.

La peligrosidad de esta patología, la tenemos en relación a que como se dijo en el apartado anterior, muchas veces se muestran sin veracidad de signos que indiquen la severidad de la misma, en relación a ello Flores (2016), encontró dentro de sus resultados que de 100 pacientes con diagnóstico de preeclampsia, el 76% de ellas no expusieron signos de severidad, además luego del análisis estadístico, quedó demostrado que existen factores que aumentan el riesgo no sólo del desarrollo de esta enfermedad sino también de la severidad de

la misma, así tenemos que una edad materna superiora treinta y cinco años incrementa la probabilidad de severidad en cinco veces, la hipertensión en más de cuatro, los embarazos múltiples en 12 y la primigravidez en más de 6.

Un aspecto que no ha sido muy estudiado en el mundo es la altitud de residencia como una causa que afecta en el avance de alguna patología hipertensiva durante la gestación. Esta situación parte del hecho que la población que vive en lugares de mayor altitud, por lo general presentan niveles altos de hemoglobina ya que a una mayor altura de residencia se produce descenso de la presión arterial de oxígeno, que incluso llega a niveles de 60 a 70 mmHg, lo que implica a su vez el decrecimiento de la saturación de oxígeno arterial motivando una hipoxia en el organismo, el mismo que compensa esta situación a través del incremento del hematocrito y de la hemoglobina, este aumento genera una mayor viscosidad sanguínea que no sólo se ve reflejada en el incremento de la tensión arterial, sino también en la reducción de afluencia útero placentario que termina con la limitación del crecimiento intrauterino del producto de la concepción con el consecuente bajo peso al nacer (Condori, 2019).

Por otro lado, Izaguirre et al. (2016), en Honduras, luego del estudio de 6 mil 90 gestantes determinaron que el 5.9% de participantes, desarrolló una enfermedad hipertensiva en donde la mayoría de gestantes presentaban edades alcanzadas entre los diecinueve y treinta y cinco años, asimismo el mayor porcentaje en relación a la vía del parto fue vaginal aunque existió la necesidad de uso de medicamentos antihipertensivos e incluso anticonvulsivantes, siendo este último usado en menor porcentaje, finalmente los investigadores encontraron que el trastorno hipertensivo que se identificó con más frecuencia fue la preeclampsia – eclampsia en un 65.1% el mismo que en un 3.7% se complicó con el síndrome de Hellp. En este punto es necesario precisar que las embarazadas que desarrollaron alguna afección hipertensiva en la gestación indicaron dentro de sus antecedentes personales un episodio anterior de preeclampsia, hipertensión arterial crónica, epilepsia, diabetes, enfermedad pulmonar, tuberculosis y eclampsia.

En vinculación a la afección hipertensiva en la gestación, se puede decir que, bajo este término encontramos una lista de diversos avances que presentan en forma general la realidad de la hipertensión durante el embarazo y se comprueba con la gestante en reposo con toma de presión arterial en un espacio no menor de 6 horas, con valores superiores a 140/90mmHg

o el incremento por encima de 30mmHg de la tensión arterial sistólica o por encima de 15mmHg de la tensión arterial diastólica en asociación a los niveles anticipados de la gestación; en donde también la presión arterial media es superior o igual a 90mmHg durante el primer y segundo trimestre y superior o igual a 95mmHg en el 3er trimestre o superior de veinte mmHg de la tensión arterial media basal (Infante, 2018). Esta patología, no sólo produce daño al binomio, si no también se le atribuye ser la causa de alteraciones del aparato cardiovascular y de alteraciones metabólicas que pueden ser originadas en el futuro, en donde se establece la posibilidad del desarrollo de hipertensión crónica luego de una hipertensión durante la gestación que va de 2.3 a 11 veces mayor en estas pacientes frente a otras que no la padecieron. Además, se sabe que aquellas pacientes que desarrollaron preeclampsia y/o eclampsia poseen una doble probabilidad de presentar problemas cerebrovasculares, arritmia cardíaca e insuficiencia cardíaca eventualmente con hospitalizaciones y una amenaza diez veces superior de desarrollar problemas renales de larga data (Bryce et. ál., 2018).

La enfermedad hipertensiva del embarazo según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), la cual es una sociedad sin fines de lucro, creada en 1951 en Estados Unidos y líder en tratar el bienestar femenina a través del fortalecimiento de la educación médica especializada, investigación y avances científicos, es clasificada en hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, presión alta crónica e hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada (Enríquez, 2017), las mismas que se desarrollarán a continuación.

En cuanto a la hipertensión gestacional, se dice de aquella que la primera vez sucede durante la 2da parte de la gestación, en otras palabras, partir de las veinte semanas, en donde por lo general existe la evidencia de un leve incremento en la presión arterial de la embarazada, aunque también se han encontrado casos en donde se ha desarrollado una hipertensión grave con la probabilidad de ser el punto de origen de complicaciones concomitantes. Este tipo de hipertensión por lo general desaparece luego del nacimiento del producto de la concepción, aunque este episodio puede ser un indicativo de hipertensión en un futuro (La Rosa y Ludmir, 2014). La hipertensión gestacional también es conocida como hipertensión arterial transitoria en donde otra de sus características es la ausencia de proteinuria, por lo que en este grupo también se pueden incluir a las gestantes con

preeclampsia que aún no ha presentado proteinuria (World Health Organization, 2013). Asimismo, se puede afirmar que pertenecen a este grupo aquellas gestantes en donde la tensión arterial se encuentra aumentada en dos o más ocasiones con una diferencia entre una toma y otra de seis horas y por el lapso de 7 días sin que exista evidencia de algún trastorno clínico o de laboratorio. La hipertensión del embarazo puede ser moderada o severa en donde ésta última puede provocar una crisis hipertensiva mayor o igual a 160/110 mmHg. (Nápoles, 2016)

La preeclampsia resulta ser el cuadro en el que se involucran múltiples sistemas debido a la disminución de la perfusión del tejido (tisular) secundaria a la alteración o cambio del endotelio, vasoconstricción y activación de la cascada de coagulación, en ese sentido el diagnóstico de la preeclampsia, necesariamente va a necesitar algún tipo de manifestación clínica o de laboratorio que de alguna manera indique o compruebe la alteración sistémica o de algún órgano blanco (Carreño, 2015). Es clásico encontrar proteinuria, aunque para que ésta sea significativa se considerará cuando alcanza cifras de 300 mg o más, de albúmina en orina de 24 horas o valores de 30 mg/dL (presencia de una cruz en una tira reactiva de orina, esta deberá presentarse en dos muestras de orina escogidas aleatoria en un tiempo mínimo de 6 horas y máximo de una semana).

La eclampsia es considerada como la presentación de al menos uno o más episodios de convulsión general en una gestante que padece de preeclampsia, con el previo descarte de algún origen neurológico de estos síntomas, resulta ser la etapa final de la preeclampsia severa y puede provocar falta de oxígeno como resultado de espasmos de los vasos sanguíneos trayendo como consecuencia sufrimiento fetal y su ulterior muerte del producto de la concepción (Organización Mundial de la Salud, 2014). De acuerdo a lo indicado por Tarazona (2015), esta patología también puede incluir coma o amaurosis (ceguera) súbita en las gestantes, presentando tres categorías:

- Eclampsia atípica en donde se evidencian convulsiones tónico clónicas en forma generalizada y compleja, las mismas que se encuentran autolimitadas por el recobro de la conciencia en las 2 horas posteriores al episodio.

- Eclampsia atípica que presenta un cuadro neurológico, el mismo que se inicia antes de las 24 semanas de embarazo o en su defecto, luego de 48 horas posteriores al parto, sin evidencia previa que indique su manifestación.
- Eclampsia complicada cuando lo anteriormente mencionado se encuentran acompañados de problemas de hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado y vasculo-encefálico. En este caso, las gestantes hacen evidencia de compromiso neurológico persistente y que se manifiesta por focalizaciones, status convulsivo y coma alargado.

En este punto es necesario establecer lo que es el Síndrome de Hellp, este nombre se origina en la unión de dos palabras compuesto por la abreviación en inglés de los signos que van a caracterizar esta patología, HE de hemólisis, el acrecentamiento de las enzimas hepáticas y LP de inferior conteo de plaquetas. La cual es realmente severa y por lo general se desarrolla en cuadros en donde la gestante adolece de preeclampsia y/o eclampsia. (Cararach y Botet, 2017)

La hipertensión crónica se encuentra referida a la tensión arterial aumentada desde antes de la gestación o en su defecto cuando este aumento sucede en la primera mitad de la gravidez, en otras palabras, antes de las veinte semanas sin que exista un cuadro de afección del trofoblasto. Además, la hipertensión que se identifica dentro del embarazo y sigue hasta después de las doce semanas de haberse dado el alumbramiento, de igual modo es incluida dentro de este grupo (Taquire, 2017; Navarro, 2018). Este tipo de hipertensión va a incrementar los riesgos de complicaciones para el binomio, este riesgo se va incrementando conforme la hipertensión se agrava (Flores y Taza, 2011).

En la hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada destaca la importancia de su diagnóstico, no sólo para su tratamiento eficaz y oportuno sino también para el pronóstico del embarazo ya que los hallazgos evidencian que la salud del binomio madre niño se deteriora gravemente cuando a una gestante que sufre de hipertensión crónica se le agrega una preeclampsia, en estos casos es en donde su pronóstico se hace más sombrío en relación con el pronóstico de cada entidad por separado; sobre todo porque su diferenciación es difícil y necesita de destreza y capacidad en el manejo de embarazadas con hipertensión. En otras palabras, la hipertensión arterial en aquellas pacientes en las que se demuestre la aparición ya sea de un signo o síntoma de que indique el compromiso de algún órgano blando o en su

defecto, el agudizamiento de su hipertensión o proteinuria, es denominada hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada (Vargas, Acosta y Moreno, 2012). Al respecto, el Instituto Nacional de Salud de Colombia (2017) indicó que los hallazgos que se esperan encontrar en su diagnóstico son:

- Manifestación de incremento de proteínas en la diuresis después de las veinte semanas de embarazo.
- Aumento inesperado de proteínas en orina en mujeres que la tenían desde antes de la gestación.
- Aumento inesperado de la tensión arterial en la embarazada que se encontraba bien monitoreada.
- Evidencia de trombocitopenia con un recuento menor de 100 mil plaquetas por mililitro.
- Acrecentamiento de enzimas hepáticas superiores de los niveles establecidos.

Ahora bien, en aras de la presente pesquisa, a continuación, se hace la definición de las causas vinculadas a la hipertensión.

Con respecto a las causas pre concepcionales se estudiará la edad, el antecedente personal de enfermedad hipertensiva en la gestación, el antecedente consanguíneo de afección hipertensiva de la gestación, hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus y el IMC obtenido por la paciente antes de su gestación.

La edad materna extrema por consecuencia es uno de las esenciales causas que se encuentran relacionados hacia la enfermedad hipertensiva del embarazo, las féminas con edades inferiores de 20 y superiores de treinta y cinco se encuentran consideradas dentro de este grupo de riesgo. En este sentido, las mujeres con edades superiores de 35 años, padecen con mayor regularidad de afecciones crónicas vasculares, lo cual en teoría va a influenciar en el desarrollo de alguna enfermedad hipertensiva durante la gestación y además, teniendo en cuenta la teoría de la placentación imperfecta como causales de preeclampsia, es que se plantea que en las féminas con edades menores de 20 años es más frecuente la presencia de placentas anormales lo que a su vez las va a predisponer en mayor proporción a que se desarrolle esta patología (Balletta, 2014).

El precedente individual de afección hipertensiva de la gestación influye en el 20 a 50% de gestantes que presentaron esta entidad en presentarla recurrentemente en la próxima gestación (Gallardo, 2014).

El precedente familiar de enfermedad hipertensiva de la gestación, es otra de las características que se ha venido estudiando, en este sentido se ha contemplado un acrecentamiento en la probabilidad de fomentar preeclampsia. De acuerdo a lo estudiado, se ha establecido que los parientes primarios de la mujer que ha desarrollado preeclampsia posee un riesgo aumentado cuatro o cinco veces y en el caso de familiares de segundo grado en riesgo se reduce a dos o tres veces. Es decir, la posibilidad de estimular una afección hipertensiva en la gestación presenta un elemento genesíaco hereditario que influye en un cincuenta por ciento en la probabilidad de padecer esta afección. (Pasquel, 2016)

La hipertensión arterial crónica, es considerada como la comorbilidad más importante y que se asocia en forma directa en el avance de la preeclampsia. Su vinculación se explica porque la mujer que padece de hipertensión arterial crónica presenta alteración vascular, los cuales en el proceso de gestación van a afectar a la placenta, toda vez que ésta es un órgano anatómicamente vascular, produciendo en ella una oxigenación incorrecta en el trofoblasto y el posterior desarrollo de la preeclampsia. Diversas investigaciones han logrado estimar que esta comorbilidad aumenta en 12.5 veces el riesgo de preeclampsia, además se encuentra vinculada con el aumento de tres veces la probabilidad de morbilidad perinatal aún sin una preeclampsia sobrepuesta y 2 veces a la probabilidad de despegamiento prematuro de placenta y recién nacidos pequeños para la edad gestacional (Pérez y Rodríguez, 2018). Además hay que tener en cuenta que durante un proceso de preeclampsia se produce un fenómeno en el que la susceptibilidad a la noradrenalina es mucho más fuerte en aquellas usuarias que presentan hipertensión arterial crónica, además se sabe que el veinte por ciento de féminas preeclámpticas que no han presentado hipertensión arterial desde antes de su gestación, en un futuro pueden desarrollar hipertensión arterial crónica, sobre todo si la preeclampsia empezó en fases precoz del embarazo, es decir entre las 20 y antes de las 30 semanas de embarazo (Gallardo, 2014).

Por su parte la diabetes mellitus desde antes de la gestación puede producir microangiopatía y por lo general se halla un aumento en el estrés oxidativo y deterioro

endotelial, afectando en el embarazo la perfusión uteroplacentaria facilitando el progreso de la preeclampsia. Los estudios indican un riesgo 10 veces mayor de desarrollar una afección hipertensiva de la gestación en mujeres con diabetes pregestacional, aunque es primordial denotar que, en cuestión de la diabetes desarrollada a partir de la gestación, aún no se ha esclarecido satisfactoriamente su relación con la preeclampsia (Arotoma, 2017).

En relación al IMC, se ha determinado que la obesidad se ha visto frecuentemente asociada a la hipertensión arterial debido al incremento que esta condición produce en el volumen sanguíneo y el gasto cardíaco para lograr satisfacer las demandas metabólicas que se hallan incrementadas en este grupo de mujeres trayendo como resultado el acrecentamiento de la tensión arterial. Aunque es necesario precisar que aún resulta dificultoso resolver si el aumento de peso de la gestante promueve las dificultades vasculares o este aumento de peso gestacional es consecuencia al retenimiento de los líquidos característicos de la preeclampsia. (Aliaga, 2017)

Con respecto a los factores conceptionales se estudiará la paridad, gestación, incremento de peso gestacional conforme a su IMC pre gestacional.

Es así que, en cuanto a la paridad, se indica que en aproximadamente el 75% de los casos en que se desarrolla preeclampsia, se encuentra en pacientes nulíparas, motivo por el cual es importante su estudio. (Chauca, 2018)

En cuanto a la gestación, se destaca la primigravidez que de acuerdo a diversos estudios epidemiológicos sustentan que esta condición arrastra un riesgo 6 u 8 veces mayor que en las multíparas, toda vez que se identifica a la preeclampsia como una patología causada por un acontecimiento de no adaptación inmunológico de la progenitora frente al producto de la concepción, esto debido a que la unión fetoplacentaria presenta antígenos pátro, los mismos que resultan raro para la progenitora siendo responsables de provocar el desarrollo inmunológico que origina el deterioro vascular y éste a su vez la preeclampsia, aunque a la par de este fenómeno también se desarrolla cierta tolerancia inmunológica que podría evitar que esta entidad se desarrolle en los siguientes embarazos del mismo progenitor y sólo hasta aproximadamente 10 años posterior a la primera gestación (Cuenca, 2017).

Si el acrecentamiento de peso gestacional es superior a 1 kilogramo semanal es necesario precisar si el aumento de peso de la gestante promueve las alteraciones vasculares o este aumento de peso gestacional es consecuencia del retenimiento de los líquidos característicos de la preclampsia (Coveñas, 2018).

Finalmente, en relación a los factores ambientales estudiaremos el nivel de educación, el sitio de domicilio y la atención prenatal.

El grado de instrucción resulta muy importante debido a que la gestante instruida será responsable con acudir a sus controles prenatales, en su alimentación balanceada para evitar un incremento de peso excesivo, entre otras recomendaciones que debe seguir la futura madre. Además, una madre instruida puede incentivar a otras gestantes a seguir las instrucciones recibidas por el profesional (Alvarado, 2013).

El lugar de residencia cobra vital importancia cuando hablamos de acceso territorial a los servicios de salud, muchas de las veces el logro de una atención prenatal de calidad o adecuada, se encuentra influenciada por el lugar de residencia de la paciente, existen poblaciones que viven en zonas geográficas poco accesibles ya sea por distancia o por accidentes geográficos que puede limitar o eliminar la posibilidad de acudir a una atención prenatal en forma precoz y con las características necesarias para que ésta pueda lograr su objetivo (Cárdenas, 2013).

En cuanto a la atención prenatal, se ha evidenciado una triada asociada entre recién nacido prematuro y la preeclampsia y entre la prematuridad y el deficiente control prenatal o la ausencia de la misma. La atención prenatal adecuada es la referida a la que se hace como mínimo en seis oportunidades, considerando como inadecuada a la realizada en menor cantidad o ausencia de la misma. Es evidente que el primer control prenatal resulta indispensable no sólo para educar a la gestante en relación a su importancia sino por la identificación temprana de signos y/o características premonitoras del desarrollo de preeclampsia. (Pillajo y Calle, 2014)

2.-Justificación de la investigación

La afección hipertensiva de la gestación actualmente se encuentra valorada en un problema de salud pública y a su vez constituye ser un elemento de la triada mortal de la

gestante, en donde los otros dos elementos son la hemorragia y la infección, motivo por el cual es importante que las causantes que se hallan vinculadas con la presencia o ausencia de la afección hipertensiva de la gestación, sean conocidas no sólo por el personal de salud que es el que debe identificarlas tempranamente para su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, sino también por la población ya que dentro de los factores asociados, sobre todo los más frecuentes, existen algunos que podrían ser manejados por la población y ser evitadas para que como consecuencia de ello, se logre la disminución de su incidencia.

En razón de lo expresado, esta investigación, proporcionará un beneficio social debido a que sus resultados harán posible establecer nuevas y mejores estrategias en la población local que a mediano y largo plazo logren disminuir los factores de riesgo más presentes y de este modo aminorar la influencia de enfermedades hipertensivas del embarazo, y subsecuentemente todos desenlaces inmersos en esta importante patología.

El aporte científico que brinda la investigación, se basa en que brindará datos porcentuales actuales, así como información de reciente publicación relacionada a los factores que se vinculan a la afección hipertensiva de la gestación, de manera que todo lo mencionado en el presente informe pueda ser útil para futuros investigadores y para trabajos que requieran de información de nuestra misma línea.

En relación a la implicancia práctica de los resultados de esta investigación radica en que podrán ser usados como referentes en otras localidades cuya distribución de población, sea semejante a la nuestra, permitiendo así la traspolarización de los resultados con la finalidad de facilitar su estudio.

Finalmente, esta investigación representará para la investigadora, un instrumento indispensable para la obtención del título de especialista.

3.-Problema

¿Qué relación existe entre los factores pre concepcionales, factores concepcionales y factores ambientales con la afección hipertensiva en las gestantes atendidas del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote de enero a diciembre del 2019?

4.-Conceptualización y operacionalización de las variables

Variable	Dimensiones (Factores)	Indicadores	Tipo de escala de medición
Factores asociados	Factores pre concepcionales	Edad: ≤ 15 años 16 – 22 años 23 – 30 años 31 – 37 años ≥ 38 años	Nominal
		Antecedente personal de EHE Si No	
		Antecedente familiar de EHE Si No	
		Hipertensión arterial crónica Si No	
		Diabetes mellitus Si No	
		Índice de masa corporal Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	
	Factores concepcionales	Paridad Nulípara Primípara Multípara Gran Multípara	
		Gestación Primigesta Multigesta	

		<p>Incremento de peso gestacional según su IMC pre gestacional</p> <p>IMC Bajo peso - Menor de lo recomendado - Dentro de lo recomendado - Mayor de lo recomendado</p> <p>IMC Normal - Menor de lo recomendado - Dentro de lo recomendado - Mayor de lo recomendado</p> <p>IMC Sobrepeso - Menor de lo recomendado - Dentro de lo recomendado - Mayor de lo recomendado</p> <p>IMC Obesidad - Menor de lo recomendado - Dentro de lo recomendado - Mayor de lo recomendado</p>	
		<p>Edad gestacional al momento de ingreso al hospital < 20 semanas de gestación ≥ 20 semanas de gestación</p>	

	Factores ambientales	Grado de instrucción Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	
		Lugar de residencia Urbano Urbano marginal Rural	
		Atención prenatal Adecuada (≥ 6 atenciones) No adecuada (< 6 atenciones)	
Enfermedad hipertensiva del embarazo	Enfermedad hipertensiva del embarazo	Si	
		No	
	Hipertensión gestacional Hipertensión en ≥ 20 semanas sin proteinuria	Si	
		No	
	Pre eclampsia Hipertensión en ≥ 20 semanas con proteinuria	Si	
		No	
	Eclampsia Hipertensión en ≥ 20 semanas con proteinuria a la que se agrega convulsiones	Si	
		No	
	Hipertensión crónica Hipertensión desde antes del embarazo o < 20 semanas de gestación	Si	
		No	
	Hipertensión crónica con pre eclampsia sobreagregada Hipertensión antes del embarazo, aumento de la presión arterial con proteinuria por primera vez o que se agrava la ya existente o con trombocitopenia y/o aumento de enzimas hepáticas	Si	
		No	

5.-Hipótesis

Existe una asociación entre los factores pre concepcionales, concepcionales y ambientales con la enfermedad hipertensiva del embarazo.

6.Objetivos

Objetivo general:

Determinar los factores de riesgo asociados a la enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes atendidas del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote de enero a diciembre 2019.

Objetivos específicos:

- 1.Caracterizar la muestra de estudio, teniendo en cuenta la edad, enfermedad hipertensiva del embarazo, tipo de enfermedad hipertensiva del embarazo, estado civil y condición de embarazo al alta.
- 2.Identificar las causas de riesgo de la crisis hipertensiva en la gestación en su dimensión factores pre concepcionales.
- 3.Identificar los factores de riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo en su dimensión factores concepcionales.
- 4.Identificar los factores de riesgo de enfermedad hipertensiva del embarazo en su dimensión factores ambientales.
- 5.Asociar los factores de riesgo en su dimensión de factores pre concepcionales, factores concepcionales y factores ambientales con la enfermedad hipertensiva del embarazo.

METODOLOGÍA 1. Tipo y Diseño de investigación

Constituye un estudio que de acuerdo con el nivel de investigación es descriptivo y correlacional de casos y controles, con enfoque cuantitativo de tipo básico, con diseño de investigación no experimental con tipo de estudio retrospectivo.

2. Población - Muestra

Población.

La población de estudio estará conformada por el total de gestantes atendidas en el nosocomio.

Muestra.

La muestra estará conformada por un total de 300 pacientes gestantes que hayan sido atendidas en el nosocomio.

Con el fin de lograr esta investigación, se considerará el grupo de caso, que resulta ser el subgrupo de la población afectada con la enfermedad o daño y el grupo control, que resulta ser el subgrupo de la población no afectada con la enfermedad o daño, el mismo que tendrá características semejantes con el grupo caso. En ese sentido para conocer el tamaño muestral se aplicará la fórmula de cálculo (Gómez, Danglot, Huerta y García, 2003), a partir del reporte de historias clínicas.

$$n = \left[\frac{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Dónde:

- **n:** Tamaño de la muestra.
- **p₁:** Es la frecuencia de la exposición entre los casos; para calcularlo se utiliza la siguiente fórmula:

$$p_1 = \frac{wp_2}{(1 - p_2) + wp_2}$$

- **w:** Es una idea del valor aproximado del Odds Ratio (OR) que se desea estimar; para la presente investigación se anhela hallar un OR de tres veces más la probabilidad de enfermedades hipnsivas del embarazo en la madre con el factor de riesgo.
- **p₂:** Es la frecuencia de la exposición entre los controles, que se plantea que, en un cincuenta por ciento de las progenitoras con enfermedad hipertensiva del embarazo, así tenemos:

$$p_1=3(0.5)/(1-0.5)+3(0.5) \quad p_1=0.75$$

p se calcula a través de la siguiente fórmula:

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$p = (0.75+0.5)/2 \quad p=0.625$$

- $Z_{1-\alpha/2}$ y $Z_{1-\beta}$ resultan ser valores que se alcanzan de la distribución normal estándar en función de la seguridad y la potencia seleccionadas para el estudio. En este caso para encontrar un grado de seguridad del 95% y una potencia estadística del 80% se utilizarán los siguientes datos:

$$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$$

$$Z_{1-\beta} = 0.84$$

Posteriormente habrá que reemplazar en la fórmula principal y así obtendremos el tamaño muestral que necesitaremos para este estudio.

Tipo de muestreo. Se considerará un tipo de muestreo no probabilístico intencionado, ya que la muestra será seleccionada por conveniencia y a criterio de la investigadora, en su modalidad de muestreo subjetivo por decisión razonada, ya que serán elegidas en función de algunas de sus particularidades de forma razonable y nunca casual (Hurtado, 2010).

Criterios de inclusión casos.

- Haber sido paciente del Hospital.
- Historia clínica de embarazadas con problemas de afección hipertensiva de la gestación.

Criterios de inclusión controles. ○

Haber sido paciente del Hospital

- Historia clínica de gestante sin problemas de afecciones hipertensivas de la gestación.

Criterios de exclusión para los casos y controles.

- Omisión de la nómina del número de atenciones prenatales.
- Historia clínica incompleta y con letra ilegible.

- Historias clínicas en donde no se consigan de modo exhaustiva o no se especifican la ausencia o presencia de los factores de riesgo estudiados.
- Historia clínica de paciente que no pertenezca al Hospital.
- Historias clínicas a las que no se logró el acceso por estar no habidas o trasapeladas.

3. Técnicas e instrumentos de investigación

a. Técnica. Será la de recopilación de datos de una fuente secundaria de donde se obtuvo los registros fundamentales para esta investigación, para este caso, la fuente secundaria será representada por las historias clínicas, tanto de los casos como de los controles.

b. Instrumento. Será la ficha de recopilación de datos, la misma que será descrita a continuación:

- Ficha de recopilación de datos sobre factores relacionados a la enfermedad hipertensiva del embarazo. Esta ficha de recopilación de datos, fue diseñada por Gallo (2016) y se ajusta perfectamente a los fines de esta investigación y para el logro de sus objetivos propuestos. Este instrumento se encuentra estructurado en cuatro secciones, las mismas que se pasan a detallar a continuación:
- **Datos generales:** En donde se encuentra incluido el código, la afección hipertensiva de la gestación, clasificación de la enfermedad hipertensiva del embarazo, estado civil y condición del embarazo al alta.
- **Factores pre conceptuales:** En donde se incluye la edad, antecedente personal de afección hipertensiva de la gestación, antecedente familiar hipertensivas gestacionales, diabetes mellitus, IMC.
- **Factores conceptuales:** En esta sección se incluye la paridad, gestación, incremento de peso gestacional según su IMC pregestacional, edad gestacional al momento de ingreso al hospital.
- **Factores ambientales:** En esta sección se incluye el nivel de educación, el sitio de domicilio y la atención prenatal.

Esta lista de cotejo será llenada al realizar la revisión de cada historia clínica, en un tiempo aproximado de 15 minutos. Este instrumento consta de 18 ítems, los mismos que deberán llenarse sin excepción alguna.

4. Procesamiento y análisis de la información

Se procesó en el paquete estadístico Microsoft Excel para luego ser analizado en el SPSS. Se efectuó el método estadístico descriptivo para determinar frecuencias absolutas y relativas; y para determinar la relación entre los grados de las variables se aplicó el estadístico Chi cuadrado, esta prueba se hizo con una razón de significancia $p < 0,05$ e intervalo de confianza al 95%. Los resultados serán mostrados mediante cuadros simples y cuadros de doble entrada.

RESULTADOS

Tabla 01:

Características de la población de estudio

Población de estudio	N°
Casos	150
Controles	150
Total	300

La tabla 01 muestra el total de pacientes utilizados en la investigación, este estudio que fue realizado en el periodo de enero a diciembre del 2019, en pacientes atendidas en el Servicio de Gineco - Obstetricia del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, se considerará 150 pacientes para el grupo de casos y 150 para el grupo de controles.

Tabla 02:

Distribución de casos y controles según edad materna en gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Edad	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%	N	%
12 - 22	49	16.3%	52	17.3%	101	33.7%
23 – 33	81	27.0%	72	24.0%	153	51.0%
> 34	20	6.7%	26	8.7%	46	15.3%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

En la Tabla 02 se contempla que de las embarazadas con crisis hipertensiva (casos), el 16.3 % tienen una edad entre 12 y 22 años, el 27 % tienen una edad entre 23 a 33 años y el 6.7 % tienen una edad mayor a 34 años; en tanto que en las embarazadas que no mostraron enfermedad hipertensiva (controles), el 17.3% tienen una edad entre 12 y 22 años, el 24 % tienen una edad entre 23 a 33 años y el 9 % tienen una edad mayor a 34 años

Tabla 03:

Distribución de casos y controles según edad materna mayor de 25 años en gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Edad	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%	N	%

Menor de 25	86	28.7%	96	32.0%	182	60.7%
25 o más	64	21.3%	54	18.0%	153	51.0%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 1.397, p: 0.237 (>0.05) Odds Ratio: 0.756, IC: 95% (0.475-1.203)

La tabla 03 muestra que en el grupo de mujeres con enfermedad hipertensiva (casos) prevalecieron las embarazadas con edad menor a 25 años con un porcentaje de 28.7% en tanto que las embarazadas mayores de 25 años implica el 21.3%. El mayor porcentaje de mujeres se encontró en las menores de 25 años sin enfermedad hipertensiva (control).

Con respecto a la edad materna, la prueba estadística mostró que la edad menor a 25 años no implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 1.397, p: 0.237 (>0.05).

Tabla 04:

Distribución de casos y controles según grado de instrucción en gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Grado de instrucción	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Primaria	20	6.7%	21	7.0%	41	13.7%
Secundaria	91	30.3%	82	27.3%	173	57.7%
Superior	35	11.7%	45	15.0%	80	26.7%
Analfabeta	4	1.3%	2	0.7%	6	2.0%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

La tabla 04 muestra que en la distribución de mujeres con enfermedad hipertensiva (casos), la mayor parte de estas contaban solo con estudios secundarios representando el 30.3%; de igual manera en las mujeres del grupo control la mayor cantidad de ella contaban con secundaria completa con un 27.3%. El 26.7% del total de encuestadas contaban con estudios superiores; mientras solo el 2% de todas estas eran mujeres analfabetas.

Tabla 05:

Distribución de casos y controles según número de gestaciones en las mujeres atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Número de gestaciones	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Primigesta	42	14.0%	52	17.3%	94	31.3%
Multigesta	108	36.0%	98	32.7%	206	68.7%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 1.549, p: 0.213 (>0.05) Odds Ratio: 0.733, IC: 95% (0.449-1.196)

La tabla 05 muestra que en el grupo de mujeres multigestas representó el 68.7% mientras que las primigestas el 31.3%. En el grupo de mujeres con enfermedad hipertensiva (casos) las

multigestas representaban el 36.0% y las primigestas el 14.0%. En las mujeres sin enfermedad hipertensiva (control) las multigestas fueron el 32.7% y las primigestas 17.3%.

Con respecto al número de gestaciones, la prueba estadística mostró que ser primigesta no implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 1.549, p: 0.213 (>0.05).

Tabla 06:

Distribución de casos y controles según la edad gestacional en las mujeres atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Edad gestacional	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Menor de 34 semanas	4	1.3%	6	2.0%	10	3.3%
Mayor de 34 semanas	146	48.7%	144	48.0%	290	96.7%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 0.414, p: 0.520 (>0.05) Odds Ratio: 0.658 IC: 95% (0.182-2.379)

La tabla 06 muestra que en el grupo de mujeres atendidas acudieron al establecimiento de salud con un embarazo de mayor a 34 semanas, este grupo representó el 96.7% del total. En el caso de las mujeres con enfermedad hipertensiva (casos) las gestantes con más de 34 semanas representaron el 48.7% y en el grupo control de las embarazadas con más de 34 semanas fueron 48.0%.

Con respecto a la edad gestacional, la prueba estadística mostró que tener menos de 34 semanas no implica una causa relacionada para desenlazar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 0.414, p: 0.520 (>0.05).

Tabla 07:

Distribución de casos y controles según el antecedente de historia personal de preeclampsia en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Antecedente de HP de Preeclampsia	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Sí	68	22.7%	44	14.7%	112	37.3%
No	82	27.3%	106	35.3%	188	62.7%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 8.207, p: 0.004 (<0.05) Odds Ratio: 1.998, IC: 95% (1.241-3.217)

La tabla 07 muestra que las gestantes con antecedente personal de preeclampsia representaron el 37.3% y las que no tuvieron antecedente personal fueron el 62.7%. Del grupo de gestantes con enfermedad hipertensiva (casos) el 22.7% sí presentaron antecedente personal de preeclampsia mientras en el grupo control solo el 14.7% lo presentaban.

Del grupo control el 35.3% no presentaron antecedente personal y el 27.3% del grupo de casos tampoco lo presentaron.

Con respecto al antecedente de historia personal de preeclampsia, la prueba estadística mostró que tener antecedente personal implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 8.207, p: 0.004 (<0.05).

Tabla 08:

Distribución de casos y controles según el antecedente de historia familiar de preeclampsia en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Antecedente de HF de Preeclampsia	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Sí	82	27.3%	49	16.3%	131	43.7%
No	68	22.7%	101	33.7%	169	56.3%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 8.207, p: 0.004 (<0.05) Odds Ratio: 1.998, IC: 95% (1.241-3.217)

La tabla 08 muestra que las embarazadas con antecedente familiar de preeclampsia representan el 43.7% y las que no tuvieron antecedente familiar fueron el 56.3%. Del grupo de gestantes con enfermedad hipertensiva (casos) el 27.3% sí presentaron antecedente personal de preeclampsia mientras en el grupo control el 16.3% lo presentaban.

Del grupo control el 33.7% no presentaron antecedente personal y el 22.7% del grupo de casos tampoco lo presentaron.

Con respecto al antecedente de historia familiar de preeclampsia, la prueba estadística mostró que tener antecedente familiar implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 14.757, p: 0.002 (<0.05).

Tabla 09:

Distribución de casos y controles según la presencia de hipertensión arterial crónica en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Hipertensión arterial crónica	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Sí	10	3.3%	8	2.7%	18	6.0%
No	140	46.7%	142	47.3%	282	94.0%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 0.236, p: 0.627 (>0.05) Odds Ratio: 1.268, IC: 95% (0.486-3.306)

La tabla 09 muestra que las gestantes con enfermedad hipertensiva solo representan el 6.0% del total, mientras la mayor cantidad de gestantes no tenían esta enfermedad (94.0%).

Del grupo de mujeres con enfermedad hipertensiva (casos) el 46.7% no presentaban adicionalmente hipertensión arterial y del grupo control el 47.3% no lo presentaban.

Con respecto al antecedente de hipertensión arterial crónica, la prueba estadística mostró que sí padecerlo no implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 0.236, p: 0.627 (>0.05).

Tabla 10:

Distribución de casos y controles según la diabetes en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Diabetes Mellitus	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Sí	33	11.0%	19	6.3%	52	17.3%
No	117	39.0%	131	43.7%	248	82.7%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 4.560, p: 0.033 (<0.05) Odds Ratio: 1.945, IC: 95% (1.049-3.604)

La tabla 10 muestra que las gestantes con enfermedad hipertensiva (casos) y que además sufrían de diabetes mellitus eran 11% y el 6.3% correspondía a las gestantes con enfermedad hipertensiva que tenían diabetes mellitus en el grupo control.

Con respecto a la diabetes mellitus la prueba estadística mostró que la presencia de esta enfermedad implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 4.560, p: 0.033 (<0.05).

Tabla 11:

Distribución de casos y controles según obesidad en las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Obesidad (IMC)	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Sí	55	18.3%	45	15.0%	100	33.3%
No	95	31.7%	105	35.0%	200	66.7%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 1.500, p: 0.221 (>0.05) Odds Ratio: 1.351 IC: 95% (0.834-2.187)

La tabla 11 muestra que las gestantes con enfermedad hipertensiva (casos) y que tenían obesidad agregada corresponden al 18.3% y el 31.7% correspondía a las gestantes con enfermedad hipertensiva que no tenían obesidad de este mismo grupo de gestantes. En el grupo control el 15.0% de gestantes tenían diabetes y el 35% no la padecían.

Con respecto a la obesidad la prueba estadística mostró que esta enfermedad no implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 1.500, p: 0.221 (>0.05).

Tabla 12:

Distribución de casos y controles de las gestantes con parto eutócico atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

Parto eutócico	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Sí	82	27.3%	76	25.3%	158	52.7%
No	68	22.7%	74	24.7%	142	47.3%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 0.481, p: 0.488 (>0.05) Odds Ratio: 1.174 IC: 95% (0.746-1.848)

La tabla 12 muestra que las gestantes que tuvieron parto eutócico, de las que tuvieron enfermedad hipertensiva representan el 27.3% y del grupo control 25.3%. En el grupo control el 24.7% no tuvieron parto eutócico y el 22.7% de las mujeres con enfermedad hipertensiva tampoco.

Con respecto al parto eutócico la prueba estadística mostró que este no implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 0.488, p : 0.488 (>0.05).

Tabla 13:

Distribución de casos y controles según número de controles prenatales de las gestantes atendidas en el hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote 2019.

N° de controles prenatales	Tipo				Total	
	Caso		Control		N	%
	N	%	N	%		
Menos de 6 controles	42	14.0%	50	16.7%	92	30.7%
Más de 6 controles	108	36.0%	100	33.3%	208	69.3%
Total	150	50%	150	50%	300	100.0%

X^2 : 1.003, p : 0.317 (>0.05) Odds Ratio: 0.778 IC: 95% (0.475-1.272)

La tabla 13 muestra que las embarazadas que dispusieron más de 6 controles prenatales y aquellas que no. En el caso de las mujeres con enfermedad hipertensiva (casos) el 14% tuvieron menos de 6 controles mientras que el 36% tuvo más de 6. En el grupo control el 33.3% tuvieron más de 6 controles pre natales mientras el grupo que tuvieron menos de 6 controles representó 167%

Con respecto al número de controles prenatales la prueba estadística mostró que tener menos de 6 controles no implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 1.003, p : 0.317 (>0.05).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En esta presente investigación se hallaron diversas causas relacionadas a desencadenar afecciones hipertensivas en la gestación.

En cuanto a la edad materna este trabajo mostró que la edad inferior a 25 años no representa un factor asociado para el desarrollo de Enfermedad Hipertensiva del embarazo con un $[X^2: 1.397, p: 0.237 (>0.05)]$. Mientras que, en el estudio de Condori, 2019 se apreció que la edad materna menor a 25 años representa un factor asociado con $x^2=5.731$ y $p= 0.017$; de igual forma Flores en su estudio del año 2016 mostró que la primiparidad a una edad mayor de 30 años (OR: 2.18 IC 95%: 1.16-4.14) era un factor de riesgo para la enfermedad hipertensiva. Estos resultados pudieron resultar distintos debido a la muestra usada en cada una de las investigaciones mencionadas y en el segundo caso, también porque usaron como grupo de riesgo la edad mayor y menor de 30 años.

Con respecto al número de gestaciones, la prueba estadística mostró que ser primigesta no implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un $[X^2: 1.549, p: 0.213 (>0.05)]$. Esto difiere con los resultados de Romo, 2017 quien en su investigación mostró que las mujeres primigestas son las principales afectadas de preeclampsia. Mientras esta investigación coincide con Matías, 2013 donde se observó que no existe una asociación significativa entre la paridad y la preeclampsia con $p>0.05$.

Respecto a la edad gestacional, la prueba estadística mostró que tener menos de 34 semanas no implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un $X^2: 0.414, p: 0.520 (>0.05)$. Mientras que Izaguirre et al en el 2016 mostró que la edad gestacional si era un factor de riesgo para la enfermedad hipertensiva.

Con respecto al antecedente de historia personal de preeclampsia, tener antecedente personal implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un $X^2: 8.207, p: 0.004 (<0.05)$. esto coincide con Condori,2019 coincide con nuestra

investigación pues sus resultados confirman este antecedente en gestaciones previas, lo cual constituye un factor asociado con significancia estadística.

Con respecto al antecedente de historia familiar de preeclampsia, implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación con un X^2 : 14.757, p : 0.002 (<0.05). Condori, 2019 mostró que el antecedente familiar representa un factor asociado con significancia estadística, $x^2=11.68$ y $p= 0,001$ que nos denota que usuarios cuyas progenitoras y/o hermanas que han expuesto estas afecciones disponen de posibilidad de desarrollarlas a lo largo de su gravidez actual.

Con respecto al número de controles prenatales este no representa un factor asociado para el desarrollo de Enfermedad Hipertensiva del embarazo con un X^2 : 1.003, p : 0.317 (>0.05). estos resultados difirieron con la investigación de Izaguirre en el 2016 quien mostró que sí constituía un factor de riesgo, mientras que Condori, 2019 no mostró significancia estadística, $X^2=2.854$ y $p= 0.91$ por ese motivo no implica una causa relacionada para desencadenar una afección hipertensiva de la gestación. Esto muestra que existen muy pocos estudios y ninguno reciente acerca del papel de los controles prenatales en cuanto al desarrollo de las enfermedades hipertensivas gestacionales.

Con respecto a la diabetes mellitus se mostró que esta enfermedad significa una causa vinculada para el desarrollo de afecciones hipertensivas en la gravidez con un X^2 : 4.560, p : 0.033 (<0.05). Esto coincidió con Izaguirre y con Condori quienes en su investigación también mostraron asociación significativa en este factor de riesgo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La presente investigación realizada durante el periodo enero a diciembre 2019 en el servicio de gineco-obstetricia se evaluó 300 historias clínicas correspondientes a 150 casos y 150 controles; demostrando concordancia con la literatura en cuanto a la incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo que es de 5 al 10 % y en este estudio está representada por un 6,3 %.

De los 150 casos evaluados, 120 fueron preeclampsia severa, 02 eclampsia, 20 presión alta crónica y 08 hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada.

En la dimensión preconcepcional según la prueba estadística demuestra que el antecedente personal, antecedente familiar y la diabetes mellitus es un factor de riesgo para desencadenar esta enfermedad; mientras que la edad inferior de 25 años la presión alta crónica y la obesidad pre concepcional no es un factor de riesgo.

En la dimensión concepcional según las pruebas estadísticas en este estudio se determinó que ser primigesta, tener una edad gestacional inferior de 34 semanas y el incremento de peso según su índice de masa corporal obesidad en el transcurso de la gravidez no son un factor de riesgo para desencadenar la enfermedad hipertensiva.

En la dimensión factores ambientales el nivel de educación, el sitio de domicilio y el tener menos de 6 controles prenatales no son factores para desencadenar la afección hipertensiva de la gestación.

Las causas de probabilidad vinculadas al desarrollo de la enfermedad hipertensiva del embarazo en este estudio se encuentran incluidos en la dimensión factores pre concepcionales y son el antecedente de historia personal, el antecedente familiar y diabetes mellitus.

Este trabajo es importante para todo el personal de salud que aborda este problema, puesto que la enfermedad hipertensiva del embarazo y sus complicaciones, requiere de un correcto conocimiento sobre los factores de riesgo que logran mostrar la gestante y así, en base a ellos elaborar medidas para reducir la morbimortalidad materna y/o perinatal.

Incrementar la educación, en los establecimientos del primer y segundo nivel a través de un trabajo multidisciplinario que ayude a la promoción de una maternidad saludable, que permita optimar la calidad de vida de las féminas de la región Ancash que acceden a un hospital como el que fue utilizado en la investigación.

Realizar otras investigaciones sobre los factores de riesgo para la enfermedad hipertensiva del embarazo en nuestro medio y contexto social para así mejorar la capacidad de atención y las capacidades del personal asistencial; y en base a esta información pueda prever los problemas obstétricas desde las leves hasta las más graves, obteniendo de esta manera un mayor conocimiento de las problemáticas en salud presentes en nuestro medio.

AGRADECIMIENTO

Ante todo, quiero dar gracias a Dios por darme vida, bienestar como fuerzas para poder mantenerme firme en todo este desarrollo académico; a mi familia, por apoyarme aun cuando mis ánimos decaían. En especial, quiero hacer mención de mis progenitores, hermanos, a mi amado esposo y adorados hijos que siempre estuvieron ahí para darme palabras de apoyo y un abrazo reconfortante para renovar energías.

Agradecer también al Mg. Víctor Joel Sánchez Romero que con su discernimiento y soporte me encamino en cada una de las etapas de esta tesis para así poder obtener los logros que perseguía.

Igualmente deseo reconocer al hospital por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación, no hubiese podido arribar a estos resultados de no haber sido por su incondicional ayuda.

Concluir dándole las gracias a todos por haber sido parte de este trabajo y permitirme decir que por fin lo he logrado; meta cumplida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliaga, E. (2017). *Factores asociados a preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital III Iquitos de EsSalud julio 2015 a junio 2016*. (Tesis para optar el título profesional de Obstetra). Universidad Científica del Perú. Iquitos, Perú.
- Alvarado, J. (2013). *Obesidad factor predisponente para desarrollar preeclampsia*. (Tesis para obtener el Grado de Licenciado en Enfermería). Universidad Autónoma del Estado de México. Zumpango, México.
- Arotoma, M. (2017). *Factores de riesgo materno perinatales asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2015*. (Tesis para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud). UNSAM. Huaraz, Perú.
- Balletta, M. (2014). *Factores de riesgo para preeclampsia en el Hospital María Auxiliadora, octubre – diciembre 2013*. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano). Universidad Nacional “SLG” de Ica. Ica, Perú.
- Bryce, A., Alegría, E., Valenzuela, G., Larrauri, C., Urquiaga, J. y San Martín, M. (2018). Hipertensión en el embarazo. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 64(2), 191-196. doi: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>
- Botet, F. y Cararach, V. (2017). Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*, 14(4), 139-144. Recuperado de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf

- Cárdenas, D. (2013). *Factores de riesgo y complicaciones en las enfermedades hipertensivas durante el embarazo en las pacientes atendidas en el Hospital IESS Ambato en el Servicio de Gineco – Obstetricia en el periodo de enero 2012 a enero 2013*. (Tesis). Universidad Técnica de Abato. Ambato, Ecuador.
- Carreño, F. (2015). Síndrome HELLP en embarazos pretérmino: evidencia fisiopatológica para uso de corticoides anteparto. *Médicas de la Universidad Industrial de Santander*, 28(1), 53-63. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a05.pdf>
- Chauca, A. (2018). *Frecuencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo en el parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla-2016*. (Tesis para optar el título profesional de médico cirujano). Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.
- Condori, A. (2019). *Factores asociados a enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional de cusco, 2010-2015*. (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano). Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco, Perú.
- Coveñas, H. (2018). *Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes, 2015 – 2016*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia). Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes, Perú.
- Cuenca, C. (2017). *Factores de riesgo que influyen en preeclampsia ocurridas en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2016*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú.

Enríquez, E. (2017). *Factores asociados a hipertensión inducida en el embarazo en el Hospital Regional de Loreto*. (Tesis para optar el título profesional de Obstetra). Universidad Científica del Perú, Iquitos, Perú.

Factores. (2019). En *Diccionario de la Real Academia española* (23°ed.). Disponible en: <https://dle.rae.es/factor?m=form>

Flores, J. y Taza, C. (2011). *Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional del Centro “Ramiro Priale Priale” EsSalud – Huancayo 2009-2010*. (Tesis para optar el título profesional de médico cirujano). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú.

Flores, K. (2016). *Factores de riesgo para preeclampsia severa en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz en el periodo enero a setiembre del 2015*. (Tesis para optar el título profesional de médico Cirujano). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

Gallardo, A. (2014). *Factores de riesgo materno fetal asociada a la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Teófilo Dávila de Machala en el periodo abril a junio del 2014*. (Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería). Universidad Técnica de Machala. Machala, Ecuador.

Gallo, C. (2016). *Factores relacionados a la hipertensión inducida del embarazo en el Hospital III – Iquitos de EsSalud 2015*. (Tesis para optar el título de médico cirujano). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Iquitos, Perú.

Gómez, M., Danglot, C., Huerta, S. y García, G. (2003). El estudio de casos y controles: su diseño, análisis e interpretación, en investigación clínica. *Revista mexicana de pediatría*, 70(5), 257-263. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2003/sp035h.pdf>

- Guevara, E. y Meza, L. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 15(2), 385-393. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a15v60n4.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ta edición. México, México: Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A.
- Huerta, L. (2014). *Detección oportuna de preeclampsia en una unidad de medicina familiar*. (Tesis para optar el grado de especiali). Universidad Veracruzana, Córdoba, México.
- Hurtado, J. (2010). *Metodología de la investigación. Guía para la comprensión holística de la ciencia*. 4ta edición. Caracas, Venezuela: Editorial Quirón S.A.
- Infante, J. (2018). *Factores de riesgo y desarrollo de preeclampsia. Hospital de apoyo Nuestra Señora del Rosario. Cajabamba. 2017*. (Tesis para optar el título profesional de Obstetra). Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). *Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Hipertensivas del Embarazo en los tres niveles de atención*. México. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/058GER.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2017). *Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública. Protocolo de vigilancia en salud pública-Morbilidad materna extrema*. Colombia. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO%20Morbilidad%20materna%20extrema.pdf>
- Izaguirre, A., Cordon, J., Vásquez, J., Meléndez, N., Durón, O. J., Torres, R.,... Bustillo, M. (2016). Transtornos hipertensivos del embarazo: clínica y epidemiología, Hospital Regional Santa Teresa 2015. *Revista médica de*

Honduras, 84(3), 101-106. Recuperado de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-7.pdf>

La Rosa, M. y Ludmir, J. (2014). Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 60(4), 373-378. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a13v60n4.pdf>

Matías, R. (2013). *Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013*. (Tesis para optar el título profesional de Obstetra). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

Nápoles, D. (2016). Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. *Medisan*, 20(4), 203-217. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013

Navarro, S. (2018). *Factores asociados a preeclampsia en pacientes del Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Vitarte de enero a junio del 2016*. Lima-Perú. (Tesis para optar el título profesional de médico cirujano). Universidad Privada San Juan Bautista, Lima, Perú.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia*. Suiza. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2018). Transtornos hipertensivos en la gestación y las tasas de mortinatos: un estudio basado en centros en China. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 96(8), 513-588. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/8/18-208447-ab/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Suiza.

Recuperado de <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *22 de mayo-Día Mundial de la Preeclampsia*. Suiza. Recuperado de

https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:2-2-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=215&lang=es

Pasquel, D. (2016). *Factores de riesgo asociados a enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. Hospital Regional de Loreto. Enero – diciembre 2015*. (Tesis para optar el título de Médico Cirujano). Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú.

Pérez, M. y Rodríguez, F. (2018). *Factores de riesgo materno y su relación con el manejo de clave azul en gestantes atendidas entre, mayo 2014 – diciembre 2015 en el Hospital Alberto Barton Thompson – Callao*. (Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Pública). Universidad Norbert Wiener. Lima, Perú.

Pillajo, J. y Calle, A. (2014). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague en el departamento de Gineco Obstetricia. Santa Rosa – El Oro. Año 2011 – 2013*. (Tesis para optar el título de Médica y Médico). Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.

Romo, O. (2017). *Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015-2016*. (Tesis para optar el título

profesional de Médico Cirujano). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú.

Sistema Nacional de Salud. (2010). *Detección y Diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo*. México. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/058_GPC_Enf.HipertdelEmb/HIPERTENSION_EMBARAZADAS_EVR_CENETEC.pdf

Spiegel, M. & Stephens, L. (2008). *Estadística*. 4ta edición. México, México: Editorial McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A.

Taquire, S. (2017). *Factores de riesgo asociados a Preeclampsia-Eclampsia en un hospital nivel III Lima 2017*. (Tesis para optar el título de segunda especialidad en Obstetricia con mención en emergencias obstétricas, alto riesgo y cuidados críticos maternos). Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua, Perú.


Tarazona, E. (2015). *Preeclampsia severa en el Hospital de Chancay*. (Tesis para optar el título de segunda especialidad en atención obstétrica de la emergencia y cuidados críticos). Universidad Privada de Ica, Ica, Perú.

Vargas, V., Acosta, G. y Moreno, M. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 471-476. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n6/art13.pdf>

World Health Organization. (2013). *Guideline: Calcium supplementation in pregnant women*. Suiza. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85120/9789241505376_eng.pdf;jsessionid=66277D3011545B5F46972B45981DE013?sequence=1

ANEXOS Anexo

1. REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL



USP

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

1. Información del Autor			
CAMACHO LUJAN MARIA ELIZABETH	33259783	Marieliz_camacho@hotmail.com	
Apellidos y Nombres			
DNI			
Correo Electrónico			
2. Tipo de Documento de Investigación			
Tesis	<input checked="" type="checkbox"/> Trabajo de Suficiencia Profesional	<input type="checkbox"/> Trabajo Académico	<input type="checkbox"/> Trabajo de Investigación
3. Grado Académico o Título Profesional			
<input type="checkbox"/> Bachiller	<input type="checkbox"/> Título Profesional	<input type="checkbox"/> Título Segunda Especialidad	<input checked="" type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
4. Título del Documento de Investigación			
"Factores de riesgo asociados a la enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes atendidas del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. Enero - diciembre 2019"			
5. Programa Académico			
OBSTETRICIA-SEGUNDA ESPECIALIDAD			
6. Tipo de Acceso al Documento			
<input type="checkbox"/> Abierto o Público (info:erepo/semantic/restrictedAccess)		<input checked="" type="checkbox"/> Acceso restringido (info:erepo/semantic/restrictedAccess)	

A. Originalidad del Archivo Digital

Por el presente deajo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado Evaluador y forma parte del proceso que conduce a obtener el grado académico o título profesional.

B. Otorgamiento de una licencia CREATIVE COMMONS 5

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional Digital, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.




MARIA E. CAMACHO LUJAN
OBSTETRIZ
COP N° 13485
 Firma

Lugar	Día	Mes	Año
Chimbote	11	Nov.	2023

Important

1. Según Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUREDU-CD, Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar Grados Académicos y Títulos Profesionales, Art. 8, inciso 8.2.
2. Ley N° 30035 Ley que regula el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto y D.S. 006 -2015-PCM.
3. Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad San Pedro una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundir en el Repositorio Institucional Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo en el Marco de la Ley 822.
4. En caso de que el autor elija la segunda opción, únicamente se publicará los datos del autor y resumen de la obra, de acuerdo a la directiva N° 004-2016-CONCYTEC-DEGC (Incluidas 5.2 y 6.7) que norma el funcionamiento del Repositorio Nacional Digital.
5. Las licencias Creative Commons (CC) es una organización internacional sin fines de lucro que pone a disposición de los autores un conjunto de licencias flexibles y de herramientas tecnológicas que facilitan la difusión de información, recursos educativos, obras artísticas y científicas, entre otros. Estas licencias también garantizan que el autor obtenga el crédito por su obra.
6. Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales (RENAT) "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los resultados en sus repositorios institucionales prestando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENAT, a través del Repositorio ALICIA".

Nota - En caso de falsedad en los datos, se procederá de acuerdo a ley Ley 27444, art. 32, párrafo 3.2.3.

Anexo 2. REPORTE DE SIMILITUD

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS DEL HOSPITAL REGIONAL ELEAZAR GUZMÁN BARRÓN, NUEVO CHIMBOTE. ENERO – DICIEMBRE 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	docplayer.es Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	publicaciones.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	1%

9	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	1 %
11	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1 %
13	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
16	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
17	Submitted to National University College - Online Trabajo del estudiante	<1 %
18	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

20	Submitted to Universidad Privada San Juan Bautista Trabajo del estudiante	<1 %
21	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
25	archive.org Fuente de Internet	<1 %
26	repositorio.unemi.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
27	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	<1 %
28	Submitted to Universidad Privada San Pedro Trabajo del estudiante	<1 %
29	www2.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
30	dspace.unach.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
31	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

		<1 %
32	repositorio.usanpedro.pe Fuente de Internet	<1 %
33	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
35	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
36	fdocuments.es Fuente de Internet	<1 %
37	repositorio.autonmadeica.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
38	repositorio.pucese.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
39	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
40	www.ins.gov.co Fuente de Internet	<1 %
41	www.massgeneral.org Fuente de Internet	<1 %
42	doku.pub Fuente de Internet	<1 %

43	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
44	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
45	www.hipocampo.org Fuente de Internet	<1 %
46	dspace.espoch.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
47	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
48	eduardoredondoginecouas2015.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
49	es.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
50	repositorio.unapiquitos.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
51	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
52	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
53	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
54	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	<1 %

55	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	<1 %
56	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
57	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
58	repositorio.ufba.br Fuente de Internet	<1 %
59	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
60	repositorio.une.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
61	repositorio.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
62	sedici.unlp.edu.ar Fuente de Internet	<1 %
63	"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 1 (1985)", Brill, 1987 Publicación	<1 %
64	Evelyn Roxana Tumbaco Loor, Natalia Elizabeth Amores Altamirano, Holguer Estuardo Romero Urréa. "ESTUDIO PILOTO DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA PREECLAMPSIA", Más Vita, 2022 Publicación	<1 %

Anexo 3. Instrumento

Factores de riesgo asociados a la enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes atendidas del Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote. Enero – diciembre 2019.

I. ASPECTOS GENERALES:

1.1 Código:

1.2 Enfermedad Hipertensiva del Embarazo: SI () NO ()

1.3 Clasificación de la EHE:

- a. Hipertensión gestacional ()
- b. Pre-eclampsia: Leve () Severa ()
- c. Eclampsia ()
- d. Hipertensión crónica ()
- e. Hipertensión crónica con pre-eclampsia sobreagregada ()

1.4 Estado civil:

Soltera () Casada () Conviviente () Otros ()

1.5 Condición de embarazo al alta:

Aborto () Gestación () Parto Eutócico () Parto Distócico ()

II. FACTORES PRE CONCEPCIONALES:

2.1 Edad:

2.2 Antecedente personal de EHE: SI () NO ()

2.3 Antecedente familiar de EHE: SI () NO ()

2.4 Hipertensión arterial crónica: SI () NO ()

2.5 Diabetes Mellitus: SI () NO ()

2.6 Índice de masa corporal: Sobrepeso – Obesidad

- a. **Bajo peso:** IMC < 18.5 ()
- b. **Normal:** IMC 18.5 – 24.9 ()
- c. **Sobrepeso:** IMC 25 – 29.9 ()
- d. **Obesidad:** IMC > 30 ()

III. FACTORES CONCEPCIONALES:

3.1 Paridad:

- a. Nulípara ()

- b. Primípara ()
- c. Multípara ()
- d. Gran multípara ()

3.2 Gestación:

- a. Primigesta ()
- b. Multigesta ()

3.3 Incremento de peso gestacional según su IMC pre gestacional:

a. IMC Bajo peso:

- i. Menor de lo recomendado: < 12.5 kg.
- () ii. Dentro de lo recomendado: de 12.5 a 18 kg. ()
- iii. Mayor de lo recomendado: > de 18 kg. ()

b. IMC Normal:

- i. Menor de lo recomendado: < 11.5 kg.
- () ii. Dentro de lo recomendado: de 11.5 a 16 kg. ()
- iii. Mayor de lo recomendado: > de 16 kg. ()

c. IMC Sobrepeso:

- i. Menor de lo recomendado: < 7 kg. () ii.
- Dentro de lo recomendado: de 7 a 11.5 kg. () iii. Mayor
- de lo recomendado: > de 11.5 kg. ()

d. IMC Obesidad:

- i. Menor de lo recomendado: < 5 kg. () ii.
- Dentro de lo recomendado: de 5 a 9 kg. () iii.
- Mayor de lo recomendado: > de 9 kg. ()

3.4 Edad gestacional al momento de ingreso al Hospital:

- a. Mayor de 20 semanas ()
- b. Hasta las 20 semanas ()

IV. FACTORES AMBIENTALES:

4.1 Grado de instrucción:

- a. Sin instrucción. ()
- b. Primaria. ()
- c. Secundaria. ()

d. Superior. ()

4.2 Lugar de residencia:

a. Urbano ()

b. Urbano marginal ()

c. Rural ()

4.3 Atención prenatal:

a. Adecuado (≥ 6 atenciones) ()

b. No adecuado (< 6 atenciones) ()

Anexo 04: Base de Datos

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
1	37	1	3	2	1	2	2	1	2	1	3	2	3	1
2	36	2	3	2	2	1	1	1	1	1	3	2	3	2
3	35	1	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2
4	31	2	3	1	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2
5	27	1	3	1	2	2	2	1	1	1	2	2	3	2
6	30	2	3	2	1	2	1	1	2	1	3	2	3	2
7	28	3	3	2	2	1	1	2	1	1	3	2	3	2
8	37	3	3	1	1	2	1	1	2	1	3	2	3	2
9	34	1	3	2	1	2	2	2	1	1	3	2	3	1
10	33	3	3	2	2	2	1	1	1	1	3	2	3	2
11	36	2	3	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	1
12	36	2	3	1	2	2	1	2	2	1	3	2	3	2
13	31	2	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2
14	20	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1
15	28	2	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	1
16	39	2	3	1	2	2	1	2	1	1	3	2	2	2
17	34	2	3	1	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2
18	37	1	3	1	2	2	2	1	2	1	3	2	3	2
19	35	2	3	2	2	2	2	1	2	1	3	2	3	1
20	24	2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2
21	24	2	3	2	2	2	1	1	1	1	2	2	3	2
22	25	3	3	2	2	2	1	1	2	1	2	2	3	2

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
23	25	3	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1
24	28	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2
25	24	2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2
26	39	3	3	1	1	1	1	2	2	1	3	2	3	1
27	29	1	3	1	2	2	2	1	2	1	3	2	3	2
28	26	3	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2
29	30	1	3	1	1	2	2	2	1	1	3	2	3	2
30	31	2	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2
31	34	3	3	1	1	2	2	1	1	1	3	2	3	2
32	31	3	3	1	1	2	2	2	2	1	3	2	3	2
33	28	3	3	1	2	2	2	2	1	1	3	2	3	1
34	27	2	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
35	22	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
36	34	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	1
37	33	2	3	1	2	2	2	2	2	1	3	2	3	1
38	29	2	3	1	2	2	2	1	1	1	3	2	3	2
39	29	2	3	2	2	2	2	1	2	1	3	2	3	1
40	26	3	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
41	25	3	3	1	1	2	2	1	2	1	2	2	3	2
42	24	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
43	21	1	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
44	19	1	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
45	39	2	3	2	1	2	1	2	2	1	3	2	3	1
46	37	3	3	1	2	2	2	2	2	1	3	2	3	2
47	33	4	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	1
48	32	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2
49	30	3	3	1	2	2	2	1	1	1	3	2	3	2
50	28	2	3	1	2	2	2	1	2	1	3	2	3	1
51	25	2	3	2	2	2	1	2	1	1	2	2	3	2
52	22	2	3	1	2	2	2	1	1	1	2	2	3	2
53	20	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
54	37	3	3	2	1	2	1	1	2	1	3	2	3	1
55	36	3	3	1	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2
56	42	2	3	1	2	1	2	1	1	1	3	2	3	1
57	31	1	3	2	2	2	2	1	1	1	3	2	3	1
58	26	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
59	26	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
60	18	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
61	18	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1
62	29	4	3	1	2	2	2	2	2	1	3	2	3	1
63	38	3	3	1	2	2	2	2	2	1	3	2	2	1
64	32	3	3	1	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2
65	27	3	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2
66	26	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr reclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
67	24	3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	2
68	24	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1
69	24	3	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1
70	18	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1
71	41	3	2	2	1	1	2	1	1	1	3	2	3	2
72	37	2	2	1	1	2	2	1	2	1	3	2	3	1
73	37	2	2	1	2	2	2	1	1	1	3	2	3	1
74	31	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	1
75	23	3	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
76	18	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	3	2
77	18	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1
78	33	2	2	2	2	2	2	1	2	1	3	2	3	1
79	27	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
80	25	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2
81	23	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1
82	23	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
83	19	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
84	18	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2
85	18	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1
86	38	3	2	1	1	2	1	2	2	1	3	2	3	2
87	34	3	2	1	1	2	2	2	1	1	3	2	3	2
88	29	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	3	1

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
89	26	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1
90	25	3	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	1
91	23	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
92	22	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
93	19	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	1
94	19	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
95	26	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
96	25	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2
97	36	2	2	1	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2
98	20	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2
99	24	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	1
100	23	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	2
101	20	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
102	17	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
103	16	2	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	3	2
104	15	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
105	26	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
106	25	3	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
107	24	3	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2
108	24	3	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	3	1
109	23	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	2
110	23	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
111	23	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
112	22	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
113	22	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
114	19	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1
115	18	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	3	2
116	18	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
117	16	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
118	15	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
119	33	2	1	1	1	2	2	1	2	1	3	2	3	2
120	32	3	1	2	2	1	1	1	2	1	3	2	3	2
121	25	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2
122	25	3	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
123	24	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1
124	24	3	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1
125	21	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
126	20	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1
127	19	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
128	17	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
129	17	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
130	17	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	3	2
131	17	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1
132	17	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
133	17	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
134	16	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2
135	14	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1
136	27	3	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1
137	18	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	3	2
138	18	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2
139	16	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	3	2
140	16	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	1
141	15	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	2
142	12	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	2
143	30	1	1	2	1	2	2	2	1	1	3	2	3	1
144	19	3	1	2	2	1	2	2	1	1	2	2	3	2
145	16	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
146	14	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	1
147	14	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
148	25	3	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1
149	16	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	2
150	22	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1
151	28	2	3	2	2	2	1	2	2	2	3	1	3	1
152	39	1	3	2	2	2	2	1	1	2	3	1	3	2
153	26	2	3	1	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1
154	24	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	3	1

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
155	33	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	1	3	2
156	31	2	3	2	1	2	2	2	2	2	3	1	3	2
157	28	2	3	2	1	2	2	1	1	2	3	1	3	2
158	20	2	3	1	1	1	2	1	1	2	2	1	3	2
159	23	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2
160	17	2	3	2	1	2	2	1	2	2	2	1	3	2
161	23	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2
162	32	2	2	1	1	2	1	1	2	2	3	1	3	1
163	27	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	3	2
164	24	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	3	1
165	22	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2
166	33	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3	1	3	1
167	26	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	3	2
168	25	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	2
169	20	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	2
170	19	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2
171	33	3	2	2	1	2	2	2	1	2	3	1	3	2
172	31	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	3	2
173	28	3	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	3	2
174	25	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2
175	24	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	3	2
176	23	3	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	3	2

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
177	23	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	2
178	19	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	3	2
179	36	2	2	2	2	2	1	1	2	2	3	1	3	2
180	26	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	1
181	30	3	2	2	1	1	1	1	2	2	3	1	3	2
182	19	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
183	24	3	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	1
184	20	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	3	1
185	20	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	2
186	18	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	1
187	18	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2
188	17	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	1
189	13	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2
190	21	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2
191	19	3	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	2
192	18	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2
193	18	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2
194	17	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	2
195	29	3	1	1	2	2	2	1	2	2	3	1	3	1
196	29	3	1	2	2	2	2	2	1	2	3	1	3	1
197	23	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	1
198	20	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	3	1

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
199	18	3	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	3	1
200	18	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2
201	18	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2
202	15	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	1
203	19	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2
204	16	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	3	2
205	20	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	3	2
206	20	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2
207	17	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2
208	15	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2
209	28	3	1	2	2	1	2	1	1	2	3	1	3	2
210	24	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2
211	38	2	3	1	1	1	2	1	2	3	3	1	3	2
212	32	2	3	1	2	2	2	1	1	3	3	1	3	2
213	32	2	3	1	1	2	2	2	1	3	3	1	3	2
214	36	2	3	1	1	2	2	1	1	3	3	1	3	2
215	35	2	3	1	1	2	2	2	2	3	3	1	3	2
216	28	2	3	1	1	2	2	2	1	3	3	1	3	2
217	37	2	3	1	2	2	2	1	1	3	3	1	3	2
218	30	1	3	2	2	2	2	1	1	3	3	1	3	2
219	26	1	3	1	1	2	2	1	1	3	2	1	3	2
220	27	2	3	1	1	2	1	1	1	3	2	1	3	2

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
221	35	2	3	1	1	2	1	1	1	3	3	1	3	1
222	34	1	3	1	1	2	2	2	2	3	3	1	3	2
223	34	1	3	2	2	2	2	1	2	3	3	1	3	1
224	33	2	3	1	1	2	1	1	1	3	3	1	3	2
225	32	2	3	1	1	2	2	1	1	3	3	1	3	1
226	32	2	3	1	1	2	1	2	1	3	3	1	3	2
227	27	2	3	1	1	2	1	1	2	3	2	1	3	2
228	35	2	3	1	1	2	2	2	1	3	3	1	3	2
229	21	2	3	1	1	2	2	2	1	3	2	1	3	2
230	39	3	3	1	1	2	1	1	1	3	3	1	3	2
231	30	2	3	1	1	2	1	1	2	3	3	1	3	2
232	28	2	3	1	1	2	1	2	1	3	3	1	3	2
233	43	2	3	1	1	2	2	2	2	3	3	1	3	1
234	32	1	3	2	2	2	2	1	2	3	3	1	3	2
235	28	2	3	2	1	2	2	2	2	3	3	1	3	1
236	21	2	3	1	1	2	1	1	1	3	2	1	3	2
237	29	2	3	2	2	2	2	2	1	3	3	1	3	2
238	28	1	3	2	2	2	2	1	1	3	3	1	3	2
239	28	3	3	1	1	2	2	2	1	3	3	1	3	1
240	25	1	3	1	2	2	1	2	1	3	2	1	3	2
241	33	3	3	1	1	2	2	2	2	3	3	1	3	2
242	31	2	3	1	2	1	1	1	2	3	3	1	3	1

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
243	44	2	3	1	1	2	2	2	2	3	3	1	3	1
244	31	2	3	1	2	2	1	1	1	3	3	1	3	2
245	28	3	3	1	1	2	2	2	1	3	3	1	3	2
246	27	2	3	1	1	2	2	1	1	3	2	1	3	2
247	24	1	3	1	1	2	1	1	1	3	2	1	3	1
248	22	1	3	1	1	2	2	2	1	3	2	1	3	1
249	21	2	2	1	1	2	1	2	1	3	2	1	3	1
250	30	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	1
251	27	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	1
252	24	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2	1	3	2
253	18	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2	1	3	2
254	32	2	2	1	2	2	1	1	2	3	3	1	3	2
255	31	2	2	2	1	2	1	1	2	3	3	1	3	2
256	29	1	2	1	2	2	2	2	2	3	3	1	3	1
257	27	3	2	2	2	2	2	2	1	3	2	1	3	2
258	25	3	2	1	1	1	2	1	1	3	2	1	3	2
259	24	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2	1	3	1
260	24	3	2	2	1	2	1	2	1	3	2	1	3	2
261	24	2	2	1	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2
262	21	3	2	1	2	1	2	2	1	3	2	1	3	1
263	27	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2	1	3	2
264	24	3	2	2	2	2	2	2	1	3	2	1	3	1

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr eclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
265	21	1	2	2	2	2	2	2	1	3	2	1	3	2
266	21	2	2	1	1	2	2	2	1	3	2	1	3	2
267	19	2	2	2	1	2	2	2	2	3	2	1	3	2
268	23	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2
269	28	2	1	1	1	2	1	1	2	3	3	1	3	2
270	24	3	1	2	2	2	2	1	2	3	2	1	3	2
271	20	3	1	2	1	1	1	2	2	3	2	1	3	2
272	36	2	1	2	2	2	2	2	1	3	3	1	3	1
273	19	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2
274	28	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	1	3	1
275	25	2	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	3	1
276	38	3	1	2	1	2	2	2	2	3	3	1	3	2
277	17	2	1	1	2	2	2	2	2	3	2	1	3	2
278	20	2	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	3	2
279	40	1	3	1	2	2	1	1	1	4	3	1	3	2
280	35	4	3	2	2	2	2	2	1	4	3	1	3	1
281	32	4	3	2	1	2	2	2	1	4	3	1	3	1
282	27	1	3	2	1	2	1	1	2	4	2	1	2	2
283	34	3	3	1	1	2	2	1	1	4	3	1	3	2
284	35	3	3	2	2	2	2	2	1	4	3	1	3	2
285	27	3	3	1	2	2	2	1	2	4	2	1	3	2
286	33	2	2	2	2	2	2	1	2	4	3	1	3	2

	Edad	Grado_Inst...	Num_Gesta	Ante_PersoP reclam	Ante_FamiPr reclam	Hta	Dm	Obesidad	Parto_Eutóci co	Dx	Edad1	CASO_CONTR OL	Ed_Gesta1	Control_Prenat
287	24	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	1	3	2
288	19	1	2	2	2	2	1	2	1	4	2	1	3	2
289	30	3	2	1	1	2	2	2	1	4	3	1	3	2
290	18	2	2	1	1	2	2	2	2	4	2	1	3	2
291	28	2	2	2	2	2	1	2	2	4	3	1	3	2
292	21	2	1	2	2	2	2	2	1	4	2	1	3	1
293	18	2	1	2	2	2	2	2	2	4	2	1	3	2
294	15	2	1	2	1	2	1	2	1	4	2	1	3	2
295	15	2	1	2	1	2	2	2	2	4	2	1	2	1
296	42	4	3	1	1	2	1	1	2	5	3	1	3	2
297	29	1	3	2	2	2	2	1	2	5	3	1	3	2
298	29	4	3	1	2	2	2	2	2	5	3	1	3	2
299	28	1	2	1	1	2	2	1	1	5	3	1	3	2
300	22	3	2	2	2	2	2	1	2	5	2	1	2	3