



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Factores de riesgo y trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTORA:

Del Castillo Mejia, Karen Annet (orcid.org/0000-0002-2015-7780)

ASESOR:

Dra. Soto Vasquez, Marilu Roxana (orcid.org/0000-0002-1178-4678)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mis padres por lograr que a sus hijos nunca les falte nada y sean personas de bien y de éxito; a mis hermanos por su apoyo incondicional en todo momento.

Karen Annet Del Castillo Mejía

AGRADECIMIENTO

A mis docentes y asesora que se tomaron el arduo trabajo de transmitir sus conocimientos y encaminar nuestro aprendizaje.

Al Hospital la Caleta por colaborar y permitirme ser su voz en este estudio.

La autora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenido	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
III. METODOLOGÍA	8
3.1. Tipo y diseño de investigación:	8
3.2. Variables y operacionalización:	8
3.3. Población y muestra:	10
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	11
3.5. Método de análisis de datos:	12
3.6 Aspectos éticos:	12
IV. RESULTADOS	13
V. DISCUSIÓN	26
VI. CONCLUSION	30
VII. RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS:	32
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Frecuencia de los factores sociodemográficos de las gestantes	13
Tabla 2 Frecuencia de los factores obstétricos de las gestantes	15
Tabla 3 Frecuencia de los trastornos hipertensivos de las gestantes	17
Tabla 4 Relación entre factores sociodemográficos y preeclampsia	18
Tabla 5 Relación entre factores sociodemográficos e hipertensión crónica	19
Tabla 6 Relación entre factores sociodemográficos e hipertensión gestacional	20
Tabla 7 Relación entre factores sociodemográficos e hipertensión crónica con preeclampsia	21
Tabla 8 Relación entre factores obstétricos y preeclampsia	22
Tabla 9 Relación entre factores obstétricos e hipertensión crónica	23
Tabla 10 Relación entre factores obstétricos e hipertensión gestacional	24
Tabla 11 Relación entre factores obstétricos e hipertensión crónica con preeclampsia	25

RESUMEN

El objetivo general fue identificar la relación de los factores de riesgo y trastornos hipertensivos en el embarazo en gestantes. Se realizó una investigación de tipo básico, observacional, transversal, retrospectivo. La muestra a estudiar estuvo conformada por 385 gestantes. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas mediante la técnica de recolección de datos; el análisis estadístico fue mediante la Prueba exacta de Fisher. Se determinó que los factores sociodemográficos con mayor incidencia fue el estado civil, grado de instrucción secundaria, ama de casa y la zona urbana; factores obstétricos tenemos la edad gestacional ≥ 34 semanas, control prenatal ≥ 6 , sobrepeso, multiparidad y periodo intergenésico largo; de los trastornos hipertensivos el 81.6% presentó preeclampsia/eclampsia y el 88.8% hipertensión gestacional; factores sociodemográficos relacionados con la preeclampsia/eclampsia e hipertensión gestacional son la edad materna y el grado de instrucción; los factores sociodemográficos relacionados con la hipertensión crónica con PE es la edad materna; antecedentes obstétricos relacionados con la preeclampsia/eclampsia son la diabetes gestacional, hipertensión gestacional, el control prenatal y la paridad; los antecedentes obstétricos relacionados con la Hipertensión gestacional son es la diabetes gestacional y edad gestacional. Se evidenció relación significativa entre los factores sociodemográficos y obstétricos y los trastornos hipertensivos del embarazo.

Palabras clave: Eclampsia, hipertensión gestacional, preeclampsia

ABSTRACT

The general objective was to identify the relationship between risk factors and hypertensive disorders in pregnancy in pregnant women. A basic, observational, cross-sectional, retrospective research was carried out. The sample to be studied was made up of 385 pregnant women. The data were collected from the medical records using the data collection technique; the statistical analysis was using Fisher's exact test. It was determined that the sociodemographic factors with the highest incidence were marital status, level of secondary education, housewife, and urban area; obstetric factors we have gestational age ≥ 34 weeks, prenatal control ≥ 6 , overweight, multiparity and long intergenetic period; Of the hypertensive disorders, 81.6% presented preeclampsia/eclampsia and 88.8% presented gestational hypertension; Sociodemographic factors related to preeclampsia/eclampsia and gestational hypertension are maternal age and level of education; The sociodemographic factors related to chronic hypertension with PE are maternal age; obstetric history related to preeclampsia/eclampsia are gestational diabetes, gestational hypertension, prenatal control and parity; The obstetric history related to gestational hypertension is gestational diabetes and gestational age. A significant relationship was evident between sociodemographic and obstetric factors and hypertensive disorders of pregnancy.

Keywords: Eclampsia, gestational hypertension, preeclampsia

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) representan la mayor complicación durante el periodo de gestación. Constituyen las principales etiologías de mortalidad materna (MM) y perinatal en todo el mundo. Si bien el embarazo no es designado dentro del grupo de una verdadera patología, puede generar resultados adversos aunado a factores de riesgo (FR), entre ellos, una morbilidad grave, mortalidad materno-fetal y discapacidades crónicas según la Organización mundial de la salud (OMS).¹

El embarazo genera modificaciones fisiológicas en todas las dimensiones con el objetivo de acondicionar y proporcionar respuesta frente a la demanda que involucra el desarrollo de un nuevo ser. Dichas modificaciones incluyen cambios pulmonares, cardiovasculares, digestivos, endocrinos, hematológicos que se desarrollan de manera progresiva, pero constante.²

Dichos THE representan un gran espectro de condiciones cuyo rango puede fluctuar desde una elevación leve de la presión arterial (PA) a hipertensión severa con compromiso de daño de órgano blanco y morbimortalidad materno – fetal, que puede ocurrir en el periodo de gestación, parto o posparto.³

Diferentes investigaciones tratan de precisar el mecanismo fisiopatológico de los THE, teniendo como punto de partida la insuficiencia placentaria que genera mecanismo que incluye: isquemia uteroplacentaria⁴, toxicidad de lipoproteínas de muy baja densidad, mala adaptación inmunitaria⁵, mayor apoptosis del trofoblasto y respuesta inflamatoria materna exagerada a los trofoblastos deportados.⁶

El American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) clasifica los THE en: Preeclampsia (PE) /Eclampsia, Hipertensión crónica (HTA - C), HTA gestacional, HTA-C con PE sobreagrada. Dentro de ellas, la principal causa de MM es representada por la PE/Eclampsia.⁷

La PE, también denominada como “Enfermedad de las teorías” es considerada un síndrome multisistémico de origen multifactorial que inicia posterior a las 20 semanas asociado o no a proteinuria y la existencia o no, de gran variedad de síntomas que incluye cefalea, dolor abdominal localizado en el cuadrante superior derecho, etc.⁸

Según la ACOG, una historia clínica (HC) detallada ayuda a reconocer FR que aumentan la probabilidad de que una gestante desarrolle una THE. Las enfermedades crónicas cardiovasculares, la diabetes mellitus (DM2), la historia de hipertensión arterial, la edad materna mayor de 35 años, las nulíparas y la obesidad son los FR que contribuyen o generan sinergismo de riesgo o protector descritos con mayor frecuencia.⁷

La OMS informa que la MM en todo el mundo tiene una prevalencia de 16% debido a los THE, etiología que ocupa el segundo puesto. La incidencia de la enfermedad de PE se encuentra entre el 2 y el 10% de los embarazos. Según la OMS, de cada 10000 embarazos, 5 a 7 casos de PE se encuentran en países desarrollados. Por otro lado, se registra un caso de PE por cada 100 embarazos en países en vías desarrollo.⁹ En Perú, en 2018, fue la principal causa de MM con un 28,7%. Además de causar daño a la madre y al feto, también causa alteraciones vasculares y metabólicas en la vida futura de la persona, así como aumentar el riesgo de accidentes cerebrovasculares e insuficiencias cardíacas.¹⁰ Ante lo antes expuesto se planteó el siguiente problema, ¿Qué relación existe entre los factores de riesgo y trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes?

Permitiendo la detección y manejo oportuno de THE aunado a la estrecha vigilancia prenatal, puesto que, la falla en la identificación o un manejo ineficiente está asociado a una elevada morbimortalidad. Asimismo, se tuvo como objetivo general: identificar la relación los factores de riesgo y trastornos hipertensivos en el embarazo en gestantes, y como objetivos específicos se plantearon identificar los factores sociodemográficos de las gestantes, identificar los factores obstétricos, así como los trastornos hipertensivos más prevalentes. Y como

hipótesis se planteó que existe una relación significativa entre factores de riesgo y trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes.

Debido a su gran impacto en el binomio materno fetal, el presente trabajo pretende contribuir a la optimización de la atención de la salud mediante un modelo logístico para el reconocimiento de factores de riesgo que predispone el desarrollo de una THE. Asimismo, potenciar la estrecha vigilancia prenatal y disminuir los índices de morbimortalidad materno fetal.

II. MARCO TEÓRICO

Antecedentes:

Ying et al., en el año 2022, en su investigación de tipo transversal llamada Prevalencia de preeclampsia, FR y resultados del embarazo en Suecia y China, incluyó una muestra de 55 446 nacimientos en Suecia y 79 2430 nacimientos en China, donde determinaron que la prevalencia de preeclampsia fue similar en ambas poblaciones, con una incidencia del 2,9% en Suecia y el 2,3% en China. La nuliparidad estuvo más relacionada con el desarrollo de PE entre los factores de riesgo. (Suecia: IC del 95 % 3,65 a 4,18, OR 3,91; China: IC del 95 % 1,20 a 2,25, OR 1,65. ¹¹

Awolo realizó un estudio de cohorte prospectivo de 2021 denominado Hipertensión gestacional (HG) y progresión hacia la PE en el norte de Etiopía. Este estudio se evaluó la progresión de la HG a la PE en una muestra de 240 gestantes que tenían hipertensión gestacional; donde se informó una incidencia de 6% de HG y una tasa de progresión de 17.1%. Concluyendo, debido a la alta progresión de HG a PE, se debe prestar atención a las características clínicas de las gestantes, especialmente en medios con escasos recursos. ¹²

Vigil y sus colegas, en el año 2021, realizaron un estudio multicéntrico de casos y controles llamado Cambios en la presión arterial en adolescentes con

preeclampsia: un estudio de casos y controles en hospitales latinoamericanos. En la muestra se incluyeron mujeres embarazadas de menos de 19 años que tenían o no un diagnóstico de THE. determinar que la elevación de la presión sistólica (PS) y diastólica (PD) de al menos 20 mm Hg es más sensible y específica para confirmar o excluir el diagnóstico de THE. Estos investigadores llegaron a la conclusión que las gestantes adolescentes con más de 24 semanas de gestación deben tener en cuenta la elevación de PS y PD en al menos 20 mm Hg dentro de los criterios diagnósticos de THE y PE. ¹³

Alaya et al, 2020. En su estudio anidado de casos y controles denominado: Factores de riesgo y resultados fetales de preeclampsia en una cohorte colombiana, realizados en una población de 1498 mujeres que asistieron al primer control de embarazo entre los años 2017-2018. Determinaron que los FR con mayor incidencia fueron: IMC preconcepcional $\geq 30 \text{kg/m}^2$, edad materna $<20 - >34$ años, nuliparidad, antecedente de DM-2, <3 controles prenatales.¹⁴

Mendoza *et al.*, en el año 2020. En su estudio de tipo observacional retrospectivo de corte transversal denominado: Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos: un estudio transversal en Chile. Incluyó una población de 181 mujeres gestantes con diagnóstico o sospecha de THE, con el objetivo de describir las características clínicas y desenlaces materno-fetales de las pacientes con THE asociados al embarazo. Concluyeron que la nuliparidad representó un 43.7%, control inadecuado 40.3% con un desenlace de Síndrome HELLP 9.9%, mortalidad materna 14%.¹⁵

Ramos realizó un trabajo de investigación en el año 2021, el cual se denominó como Factores Asociados a PE con criterios de severidad en gestantes atendidas en el C.S I-4 La Unión, 2021, Perú. Este contó con una población de 83 gestantes con diagnóstico de PE, muestra obtenida mediante la base de datos del C.S. Este investigador determinó que los FR predispuesto para el desarrollo de PE son: Preeclampsia previa (43.9%), edad $<20 - > 30$ años (42.2%), procedencia rural (68.7%), nuliparidad (42.4%), deficiente control prenatal (35%). ¹⁶

Checya et al 2019, en su investigación de tipo retrospectivo, observacional, analítico de casos y controles denominada: Factores asociados con PE severa en

pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. Con una población de 136 casos de PE y 272 controles, concluyeron que los que tenían antecedentes de PE, obesidad, edad materna mayor 35 años, gravídecas gemelas, gravidez con nuevo compañero sexual, son los principales FR para el desarrollo de PE en gestantes del departamento de Huánuco. ¹⁷

Los THE constituyen un gran espectro de condiciones que incluyen desde una leve elevación de la presión arterial (PA) a hipertensión severa (HS) con compromiso de órgano blanco. Tiene gran repercusión en la morbimortalidad materno-fetal, evento que pueden tener impacto durante la gestación, parto y postparto. ¹⁸

Según reportes de la OMS, los THE representan una de las principales causas de MM, con una afectación mundial de aproximadamente el 10% de gestantes; cifra que supera en países en vías de desarrollo. En nuestro país, corresponde la segunda etiología con 21.3% de MM. La ACOG clasifica los THE en: PE /Eclampsia, HTA - C, HTA gestacional, HTA-C con PE sobreagrada. Dentro de ellas, la principal causa de MM es representada por la PE/Eclampsia.⁷

La OMS reporta una prevalencia de PE del 5-10% de los embarazos asociado a más de 166 mil casos de MM anualmente, cifra que representa mayor incidencia en país en vías de desarrollo con aproximadamente 5 – 9 veces más.¹² En Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) infiere que la PE estima el 17 – 25%, representando la segunda causa de MM. En los años 2020 – 2021 los THE ocuparon el primer lugar. ¹⁹

La PE/Eclampsia según la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP), comprende el episodio de nueva aparición de hipertensión con valores de PS ≥ 140 mmHg. y PD ≥ 90 mmHg asociado a una o más características: Daño a órganos maternos, compromiso hematológico, proteinuria y/o alteración uteroplacentaria que se puede manifestar como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y/o ecografía Doppler de flujo sanguíneo uteroplacentario con presencia de hallazgos anormales. ²⁰

La ACOG establece los siguientes estándares para el diagnóstico: A) PS de al menos 140 mm de hierro o PD de al menos 90 mm de hierro en dos ocasiones con al menos 4 horas de diferencia después de las 20 semanas de gestación sin antecedentes de HTA. B) PS de al menos 160 mm Hg o PD de al menos 110 mm Hg y C) al menos 300 mg de proteinuria en orina durante un día o D) una proporción de proteína/creatinina de al menos 0,3 mg/dl "o" E) Tira de 2+ reactiva. Si no hay proteinuria, se considera PE si hay una nueva HTA que cumple con A) Trombocitopenia: Plaquetas por debajo de 100.000/mm³, B) Insuficiencia renal: Si no hay otra enfermedad renal, la creatinina sérica (CS) debe ser superior a 1.1 mm/dl o el doble de CS. C) La función hepática está disminuyendo cuando las transaminasas alcanzan el doble de su valor normal. D) Edema en los pulmones, E) Cefalea que no responde a los fármacos.²¹

La Eclampsia es un episodio convulsivo tipo tónico-clónico de los THE, se caracterizan por presentarse de manera focal o multifocal de nueva presentación en ausencia de patología que sustente su manifestación. Fisiopatológicamente puede ocasionar traumatismo, hipoxia materna grave y neumonía por aspiración, por lo tanto, constituye una de las principales causas de MM. Por lo general, presenta signos premonitorios de abarcan alteraciones del estado mental, cefaleas occipitales o frontales intensas y persistentes, fotofobia y visión borrosa. Episodio que puede presentarse antes, durante o después del parto.²²

La HG hace referencia al criterio A de PE, sin proteinuria que cursa con resolución en el periodo postparto. Tiene la connotación de gravedad cuando la PS ≥ 160 mmHg o PD ≥ 110 mm Hg o ambos. Aproximadamente el 50% de las gestantes que presentan HG pueden desarrollar proteinuria u otro compromiso de órgano blanco que cumpla con criterios diagnósticos de PE, con mayor incidencia, si se diagnostica antes de las 32 semanas de gestación. Puede generar resultados adversos en la gestante como el producto si no se ofrece vigilancia de la progresión.²¹

La HTA-C es definida como aquella que es diagnosticada antes de la gestación o precede a las 20 semanas de gestación, sin resolución clínica posterior a las 12 semanas posparto. Presentación clínica que puede tener etiología primaria o secundaria. Se plantea el término HTA- C de alto riesgo, aquella que presenta PS ≥ 160 mmHg o PD ≥ 110 mm Hg antes de la vigésima semana, edad materna de riesgo (>40 años), HTA > 15 años, concomitante alguna morbilidad que aumente la MM.²³

La HTA-C con PE sobreagrada en toda gestante con el antecedente de trastorno hipertensivo crónico tiene 5 veces más probabilidad de progresión a PE con respecto a una gestante normotensa. El diagnóstico resulta tedioso debido a que fisiológicamente en el 2° trimestre y a inicios del 3°, la PA desciende. Motivo por el cual, el control de una gestante a las 20 semanas con este antecedente fluctuará con presiones dentro de los rangos de los esperados. La HTA tiene paso posterior a las 24 semanas, en caso de acompañarse de proteinuria se le atribuye el diagnóstico de HTA crónica con PE sobreagrada.²⁴

III.METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

Básica

Diseño de investigación

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, diseño no experimental debido a que no se realizó la manipulación de la variable. Asimismo, es observacional se observar y describir las variables de estudio. Transversal porque la información se recopiló en un solo periodo de tiempo. Retrospectiva recopilación de datos del pasado para examinar las exposiciones a factores de riesgo o de protección sospechosos en relación con un resultado que se establece al comienzo del estudio²⁶.

3.2. Variables y operacionalización

Trastornos hipertensivos

Definición conceptual

constituyen un gran espectro de condiciones que incluyen desde una leve elevación de la presión arterial (PA) a hipertensión severa (HS) con compromiso de órgano blanco¹².

Definición operacional

Alteraciones fisiopatológicas, las cuales generan un aumento de la presión arterial.

Dimensiones

Trastorno hipertensivo

Factores de riesgo

Definición conceptual

Característica o rasgo de exposición que incrementa las probabilidades de padecer de una enfermedad¹⁹.

Definición operacional

Son factores que ayudan a determinar la condición de las personas.

Dimensiones

Sociodemográfica

Antecedente patológico obstétrico

3.3. Población y muestra

Población

Población comprendida por las HC de gestantes con el diagnóstico de THE, que fueron atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia en un hospital de Chimbote.

Muestra

Para ambas variables, se aplicará la fórmula para estudios descriptivos con población desconocida.

$$n = Z^2 \cdot p \cdot q / E^2$$

Donde:

Z: 1.96

p: 0.5

q: 0.5

E: 0.05

N: 385

Muestreo

Se empleó el muestreo probabilístico simple, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de selección

Criterios de inclusión

- Gestante de cualquier grupo atareo
- Gestante atendida en un hospital de Chimbote
- Registro de datos completos

Criterios de exclusión

- Gestantes atendidas en otra ciudad
- Registro de datos incompletos

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para este estudio fue el análisis documental mediante la revisión de HC de gestantes del servicio de Gineco-obstetricia en un hospital de Chimbote.

Se aplicó un instrumento de recolección de datos, diseñado para el presente estudio de investigación (ANEXO 02) que constará de 3 partes:

- En la primera parte incorpora datos que incluye el número de ficha e historia clínica.
- En la segunda parte se precisará las características sociodemográficas como es la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y procedencia. De la misma manera, incluirá características obstétricas: edad gestacional en el momento del parto, números de controles prenatales, IMC pregestacional, paridad, periodo intergenésico, antecedente de hipertensión, diabetes mellitus, diabetes gestacional, hipertensión gestacional.
- En la tercera parte consignará los diagnósticos de: PE /Eclampsia, HTA - C, HTA gestacional, HTA crónica (HTA-C) con PE sobreagrada.

Validación y confiabilidad: Se plasmó la técnica de expertos. Con el requerimiento de 5 médicos en la especialidad de gineco-obstetricia; los mismo que vertieron opinión pertinente con el objetivo de obtener una ficha apta, eficiente y coherente. (ANEXO 03)

3.5. Procedimiento

Se solicitó la autorización del Director del Hospital con el objetivo de obtener la información pertinente, posteriormente se solicitó autorización para la revisión de las HC del servicio de gineco-obstetricia. Consecutivamente se seleccionó HC según criterios de inclusión y exclusión plasmándolo en las fichas de recolección.

3.6. Método de análisis de datos

Los resultados obtenidos de la recolección de datos serán plasmados en el programa SPSS versión 28.0. con un 95 % de confiabilidad y significancia de alfa de 0.05. Se presentarán en gráficos estadísticos donde se consignará la frecuencia (porcentaje), medidas de dispersión (desviación standard) y medidas de tendencia central (medias). Así mismo se empleó la prueba exacta de Fisher cuyo resultado indicará un determinado nivel de significancia con la finalidad de establecer relaciones entre los FR y THE.

3.7. Aspectos éticos

Este estudio respetará y cumplirá con los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y autonomía; respetando la integridad del participante. Se respetará los datos que se registren evitando modificaciones para obtener beneficios propios. Para esto, la investigación será presentada al comité de ética de la Universidad César Vallejo, con la aprobación de la misma se procederá a solicitar la conformidad del comité de ética del establecimiento de salud. Además, se solicitará el consentimiento informado a las madres o apoderados del menor, explicándoles el motivo del estudio; finalmente, se guardará anonimato de los niños y madres de familia mediante el uso de códigos o iniciales del nombre del menor.

IV. RESULTADOS

Tabla 1.

Frecuencia de los factores sociodemográficos de las gestantes

Factores sociodemográficos	n	%
Estado civil		
Soltera	159	41,3
Casada	65	16,9
Conviviente	152	39,5
Viuda/separada	9	2,3
Total	385	100,0
Grado de instrucción		
Analfabeta	20	5,2
Primaria	133	34,5
Secundaria	192	49,9
Superior	40	10,4
Total	385	100,0
Ocupación		
Estudiante	22	5,7
Ama de casa	261	67,8
Independiente	87	22,6
Profesional	15	3,9
Total	385	100,0
Zona de Procedencia		
Rural	143	37,1
Urbano	242	62,9
Total	385	100,0

En la tabla 1 podemos observar que los factores sociodemográficos la prevalencia que más predomina en el estado civil es el nivel soltero (41,3%), seguida por el nivel conviviente (39,5%), continuando con el nivel casada (16,9%), finalizando con el nivel viuda/separada (2,3%). También observamos que en el grado de instrucción en nivel de mayor predominio es la secundaria (49,9%), seguida por el nivel primaria (34,5%), continuada por el nivel superior (10,4%), y el nivel de menor predominio es la analfabeta (5,2%).

Continuamos con la ocupación donde su nivel de mayor predominio es la ama de casa (67,8%), seguida por el nivel independiente (22,6%), continuada por el nivel estudiante (5,7%), culminando con el nivel profesional (3,9%). Finalizando con la zona de procedencia donde su nivel de mayor prevalencia es la urbana (62,9%), y el nivel rural (37,1%).

Tabla 2*Frecuencia de los factores obstétricos de las gestantes*

Factores obstétricos	n	%
Edad gestacional		
< de 34 semanas	86	22,3
≥ a 34 semanas	299	77,7
Total	385	100,0
Control prenatal		
< de 6 controles	166	43,1
≥ a 6 controles	219	56,9
Total	385	100,0
IMC pregestacional		
Bajo peso	20	5,2
Normal	130	33,8
Sobrepeso	163	42,3
Obesidad	72	18,7
Total	385	100,0
Paridad		
Primipara	110	28,6
Multipara	200	51,9
Granmultipara	75	19,5
Total	385	100,0
Período intergenésico		
Corto	121	31,4
Adecuado	111	28,8
Largo	153	39,7
Total	385	100,0
Diabetes gestacional		
Si	69	17,9
No	316	82,1
Total	385	100,0
Hipertensión gestacional		
Si	71	18,4
No	314	81,6
Total	385	100,0

Antecedentes HTA		
Si	23	6,0
No	362	94,0
Total	385	100,0
Antecedentes de DM2		
Si	4	1,0
No	381	99,0
Total	385	100,0

En la tabla 2 observamos que, en los factores obstétricos, tenemos que en la edad gestacional su nivel de mayor predominio es \geq a 34 semanas (77,7%), seguida del nivel $<$ de 34 semanas (22,3%). Continuando con el control prenatal donde su nivel de mayor incidencia es \geq a 6 controles (56,9%), seguida del nivel $<$ de 6 controles (43,1%). También se observa que en la IMC pregestacional su nivel de mayor predominio es el sobrepeso (42,3%), seguida por el nivel normal (33,8%), continuando con el nivel de obesidad (18,7%), culminando con el nivel de bajo peso (5,2%). Seguimos con la paridad donde su nivel con mayor prevalencia es la múltipara (51,9%), en donde le sigue el nivel primíparo (28,6%), y el nivel con menor prevalencia es la Granmúltipara (19,5%). Donde también se puede observar que, en el periodo intergenésico, su nivel de mayor predominio es el largo (39,7%), seguida del nivel corto (31,4%), y finalmente tenemos al nivel adecuado (28,8%). Continuamos con la diabetes gestacional, en donde su nivel de mayor incidencia es el no (82,1%), seguida del nivel si (17,9%). También se observa que en la hipertensión gestacional el nivel que más predomina es el no (81,6%), seguida por el nivel si (18,4%). Seguimos observando que en los antecedentes HTA, el nivel que más predomina es el no (94%), seguida por el nivel si (6,0%). Finalmente podemos observar que en los antecedentes de DM2, su nivel que más predomina es el no (99%), seguida del nivel si (1%).

Tabla 3*Frecuencia de los trastornos hipertensivos de las gestantes*

Trastornos hipertensivos	n	%
Preeclampsia/eclampsia		
Si	314	81,6
No	71	18,4
Total	385	100,0
Hipertensión crónica		
Si	15	3,9
No	370	96,1
Total	385	100,0
Hipertensión gestacional		
Si	43	11,2
No	342	88,8
Total	385	100,0
HTA crónica con PE sobreagrada		
Si	8	2,1
No	377	97,9
Total	385	100,0

En la tabla 3 podemos observar que en los trastornos hipertensivos; en la preeclampsia/eclampsia su nivel con mayor predominio es el sí (81,6%), seguida por el nivel no (18,4%). Continuamos con la hipertensión crónica en donde su nivel de mayor predominio es el no (96,1%), seguida por el nivel si (3,9%). Seguimos observando que en la hipertensión gestacional su nivel de mayor predominio es el no (88,8%), seguida por el nivel si (11,2%). Finalmente observamos que en la HTA crónica con PE sobreagrada, su nivel de mayor predominio es el no (97,9%), seguida por el nivel si (2,1%).

Tabla 4

Relación entre factores sociodemográficos y Preeclampsia

Sociodemográficos		Preeclampsia / Eclampsia								χ^2	p	
		Si		NO		Total		OR	IC 95%			
		n	%	n	%	n	%		Inf.			Sup.
Edad	15 a 30 años	230	73,2	24	33,8	254	66	5,362	3,089	9,308	40,137	0,000*
	31 a 41 años	84	26,8	47	66,2	131	34					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Estado civil	Soltera	132	42	36	50,7	168	43,6	0,705	0,421	1,182	1,768	0,188*
	Casada	182	58	35	49,3	217	56,4					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Grado de instrucción	Sin estudio	5	1,6	15	21,1	20	5,2	0,060	0,021	0,173	44,867	0,000*
	Con estudio	309	98,4	56	78,9	365	94,8					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Ocupación	Dependiente	12	3,8	3	4,2	15	3,9	0,901	0,247	3,279	0,025	0,745*
	Independiente	302	96,2	68	95,8	370	96,1					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Procedencia	Rural	114	36,3	29	40,8	143	37,1	0,826	0,488	1,397	0,511	0,498*
	Urbano	200	63,7	42	59,2	242	62,9					
	Total	314	100	71	100	385	100					

En la tabla 4 muestra que de los factores sociodemográficos relacionados con la preeclampsia/ eclampsia son la edad materna y el grado de instrucción con un p-valor menor al 5%, siendo la edad el mayor factor de riesgo con un OR (5,362). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre estado civil, grado de instrucción, ocupación y procedencia.

Tabla 5

Relación entre factores sociodemográficos e Hipertensión crónica

Sociodemográficos		Hipertensión crónica										
		Si		NO		Total		OR	IC 95%		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		Inf.	Sup.		
Edad	15 a 30 años	1	6,7	253	68,4	254	66	0,033	0,004	0,254	24,456	0,000*
	31 a 41 años	14	93,3	117	31,6	131	34					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Estado civil	Soltera	12	80	156	42,2	168	43,6	5,487	1,523	19,772	8,391	0,006*
	Casada	3	20	214	57,8	217	56,4					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Grado de instrucción	Sin estudio	1	6,7	19	5,1	20	5,2	1,32	0,165	10,569	0,069	0,558*
	Con estudio	14	93,3	351	94,9	365	94,8					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Ocupación	Dependiente	0	0	15	4,1	15	3,9	1,042	1,021	1,064	0,633	1,000*
	Independiente	15	100	355	95,9	370	96,1					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Procedencia	Rural	11	73,3	132	35,7	143	37,1	4,958	1,548	15,88	8,756	0,005*
	Urbano	4	26,7	238	64,3	242	62,9					
	Total	15	100	370	100	385	100					

En la tabla 5 muestra que de los factores sociodemográficos relacionados con la hipertensión crónica son la edad materna, estado civil y procedencia con un p-valor 0,000, 0.006 y 0.005 menor al 5%, siendo el estado civil el mayor factor de riesgo con un OR (5,487). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre grado de instrucción y ocupación.

Tabla 6

Relación entre factores sociodemográficos e Hipertensión gestacional

Sociodemográficos		Hipertensión gestacional										
		Si		NO		Total		OR	IC 95%		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		Inf.	Sup.		
Edad	15 a 30 años	20	46,5	234	68,4	254	66	0,401	0,211	0,762	8,168	0,006*
	31 a 41 años	23	53,5	108	31,6	131	34					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Estado civil	Soltera	20	46,5	148	43,3	168	43,6	1,14	0,603	2,154	0,163	0,745*
	Casada	23	53,5	194	56,7	217	56,4					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Grado de instrucción	Sin estudio	14	32,6	6	1,8	20	5,2	27,034	9,663	75,638	73,594	0,000*
	Con estudio	29	67,4	336	98,2	365	94,8					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Ocupación	Dependiente	1	2,3	14	4,1	15	3,9	0,558	0,072	4,351	0,319	1,000*
	Independiente	42	97,7	328	95,9	370	96,1					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Procedencia	Rural	16	37,2	127	37,1	143	37,1	1,003	0,521	1,933	0,000	1,000*
	Urbano	27	62,9	215	62,9	242	62,9					
	Total	43	100	342	100	385	100					

En la tabla 6 muestra que de los factores sociodemográficos relacionados con la hipertensión gestacional son la edad materna y el grado de instrucción con un valor de p 0,000 y 0.006 menor al 5%, siendo el grado de instrucción el mayor factor de riesgo con un OR (27,034). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre estado civil, procedencia y ocupación.

Tabla 7

Relación entre factores sociodemográficos e Hipertensión crónica con PE

Sociodemográficos	Hipertensión crónica con PE sobreagrada											
	Si		NO		Total		OR	IC 95%		χ^2	p	
	n	%	n	%	n	%		Inf.	Sup.			
Edad	15 a 30 años	1	12,5	253	67,1	254	66	0,07	0,009	0,575	10,407	0,003*
	31 a 41 años	7	87,5	124	32,9	131	34					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Estado civil	Soltera	4	50	164	43,5	168	43,6	1,299	0,32	5,271	0,135	0,733*
	Casada	4	50	213	56,6	217	56,4					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Grado de instrucción	Sin estudio	0	0	20	5,3	20	5,2	1,022	1,007	1,038	0,448	1,000*
	Con estudio	8	100	357	94,7	365	94,8					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Ocupación	Dependiente	0	0	15	4	15	3,9	1,022	1,007	1,038	0,331	1,000*
	Independiente	8	100	362	96	370	96,1					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Procedencia	Rural	1	12,5	142	37,7	143	37,1	0,236	0,029	1,942	2,125	0,267*
	Urbano	7	87,5	235	62,3	242	62,9					
	Total	8	100	377	100	385	100					

En la tabla 7 muestra que de los factores sociodemográficos relacionados con la hipertensión crónica con PE es la edad materna con un valor de p 0,003 menor al 5%, siendo el estado civil el mayor factor de riesgo con un OR (1,299). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre estado civil, grado de instrucción, procedencia y ocupación.

Tabla 8

Relación entre factores obstétricos y Preeclampsia

Antecedentes patológicos obstétricos		Preeclampsia / Eclampsia										
		Si		NO		Total		OR	IC 95%		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		Inf.	Sup.		
Antecedentes de HTA	Si	51	16,2	20	28,2	71	18,4	0,494	0,272	0,899	5,477	0,027*
	No	263	83,8	51	71,8	314	81,6					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Antecedentes de DM2	Si	2	0,6	2	2,8	4	1	0,221	0,031	1,597	2,676	0,156*
	No	312	99,4	69	97,2	381	99					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Diabetes gestacional	Si	46	14,6	23	32,4	69	17,9	0,358	0,199	0,644	12,395	0,001*
	No	268	85,4	48	67,6	316	82,1					
	Total	314	100	71	100	385	100					
HTA gestacional	Si	2	0,6	21	29,6	23	6	0,015	0,003	0,067	86,343	0,000*
	No	312	99,4	50	70,4	362	94					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Edad gestacional	<34 ss	47	15	39	54,9	86	22,3	0,144	0,082	0,253	53,304	0,000*
	>34 ss	267	85	32	45,1	299	77,7					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Control prenatal	<6 controles	144	45,9	22	31	166	43,1	1,887	1,089	3,269	5,223	0,024*
	>6 controles	170	54,1	49	69	219	56,9					
	Total	314	100	71	100	385	100					
IMC pregestacional	Peso normal	140	44,6	10	14,1	150	39	4,908	2,426	9,93	22,653	0,000*
	Obeso	174	55,4	61	85,9	235	61					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Paridad	Primípara	99	31,5	11	15,5	110	28,6	2,512	1,265	4,985	7,296	0,008*
	Múltipara	215	68,5	60	84,5	275	71,4					
	Total	314	100	71	100	385	100					
Periodo intergenésico	Corto	105	33,4	16	22,5	121	31,4	———	———	———	4,204	0,122
	Adecuado	91	29	20	28,2	111	28,8					
	Largo	118	37,6	35	49,3	153	39,7					
Total	314	100	71	100	385	100						

En la tabla 8 muestra los antecedentes patológicos obstétricos relacionados con la preeclampsia/eclampsia, de ellos la diabetes gestacional, HTA gestacional, la edad gestacional, el control prenatal, IMC pregestacional y la paridad mostraron relación significativa, con p-valor menor al 5%, siendo el IMC pregestacional el mayor factor de riesgo con un OR (4,908). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre el antecedentes de DM2 y el PIG.

Tabla 9

Relación entre factores obstétricos e Hipertensión crónica

Antecedentes patológicos obstétricos		Hipertensión crónica										
		Si		NO		Total		OR	IC 95%		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		Inf.	Sup.		
Antecedentes de HTA	Si	1	6,7	70	18,9	71	18,4	0,306	0,04	2,367	1,439	0,323*
	No	14	93,3	300	81,1	314	81,6					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Antecedentes de DM2	Si	0	0	4	1,1	4	1	1,041	1,02	1,062	0,164	1,000*
	No	15	100	366	98,9	381	99					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Diabetes gestacional	Si	3	20	66	17,8	69	17,9	1,152	0,316	4,195	0,046	0,831*
	No	12	80	304	82,2	316	82,1					
	Total	15	100	370	100	385	100					
HTA gestacional	Si	12	80	11	3	23	6	130,545	32,186	529,488	152,266	0,000*
	No	3	20	359	97	362	94					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Edad gestacional	<34 ss	5	33,3	81	21,9	86	22,3	1,784	0,593	5,367	1,088	0,341*
	>34 ss	10	66,7	289	78,1	299	77,7					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Control prenatal	<6 controles	1	6,7	165	44,6	166	43,1	0,089	0,012	0,682	8,455	0,003*
	>6 controles	14	93,3	205	55,4	219	56,9					
	Total	15	100	370	100	385	100					
IMC pregestacional	Peso normal	1	6,7	149	40,3	150	39	0,106	0,014	0,814	6,845	0,007*
	Obeso	14	93,3	221	59,7	235	61					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Paridad	Primípara	1	6,7	109	29,5	110	28,6	0,171	0,022	1,317	3,67	0,077*
	Múltipara	14	93,3	261	70,5	275	71,4					
	Total	15	100	370	100	385	100					
Periodo intergenésico	Corto	1	6,7	120	32,4	121	31,4	————	————	————	15,297	0,000
	Adecuado	11	73,3	100	27	111	28,8					
	Largo	3	20	150	40,5	153	39,7					
	Total	15	100	370	100	385	100					

En la tabla 9 muestra los antecedentes patológicos obstétricos relacionados con la Hipertensión crónica, los cuales son la HTA gestacional, el control prenatal y IMC pregestacional con un valor de p menor al 5%, siendo el antecedente de HTA gestacional el mayor factor de riesgo con un OR (130,545). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre el antecedente de DM2, diabetes gestacional, paridad y PIG.

Tabla 10

Relación entre factores obstétricos e Hipertensión gestacional

Antecedentes patológicos obstétricos		Hipertensión gestacional										
		Si		NO		Total		OR	IC 95%		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		Inf.	Sup.		
Antecedentes de HTA	Si	9	20,9	62	18,1	71	18,4	1,195	0,546	2,62	0,199	0,677*
	No	34	79,1	280	81,9	314	81,6					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Antecedentes de DM2	Si	2	4,7	2	0,6	4	1	8,293	1,137	60,458	6,143	0,063*
	No	41	95,3	340	99,4	381	99					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Diabetes gestacional	Si	16	37,2	53	15,5	69	17,9	3,231	1,63	6,405	12,241	0,001*
	No	27	62,8	289	84,5	316	82,1					
	Total	43	100	342	100	385	100					
HTA gestacional	Si	2	4,7	21	6,1	23	6	0,746	0,169	3,297	0,151	1,000*
	No	41	95,3	321	93,9	362	94					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Edad gestacional	<34 ss	25	58,1	61	17,8	86	22,3	6,398	3,287	12,455	35,766	0,000*
	>34 ss	18	41,9	281	82,2	299	77,7					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Control prenatal	<6 controles	14	32,6	152	44,4	166	43,1	0,603	0,308	1,182	2,2	0,146*
	>6 controles	29	67,4	190	55,6	219	56,9					
	Total	43	100	342	100	385	100					
IMC pregestacional	Peso normal	6	14	144	42,1	150	39	0,223	0,092	0,542	12,729	0,000*
	Obeso	37	86	198	57,9	235	61					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Paridad	Primípara	8	18,6	102	29,8	110	28,6	0,538	0,241	1,2	2,356	0,152*
	Múltipara	35	81,4	240	70,2	275	71,4					
	Total	43	100	342	100	385	100					
Periodo intergenésico	Corto	15	34,9	106	31	121	31,4	—————	—————	—————	7,455	0,024
	Adecuado	5	11,6	106	31	111	28,8					
	Largo	23	53,5	130	38	153	39,7					
	Total	43	100	342	100	385	100					

En la tabla 10 muestra los antecedentes patológicos obstétricos relacionados con la Hipertensión gestacional, los cuales son es la diabetes gestacional, edad gestacional, IMC pregestacional con un valor de p menor al 5%, siendo el antecedente de diabetes mellitus el mayor factor de riesgo con un OR (8,293). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre el antecedente de DM2 e HTA, HTA gestacional, control prenatal, paridad y PIG.

Tabla 11

Relación entre factores obstétricos e Hipertensión crónica con PE

Antecedentes patológicos obstétricos		Hipertensión crónica con PE sobreagrada										
		Si		NO		Total		OR	IC 95%		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		Inf.	Sup.		
Antecedentes de HTA	Si	6	75	65	17,2	71	18,4	14,4	2,843	72,944	17,376	0,001*
	No	2	25	312	82,8	314	81,6					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Antecedentes de DM2	Si	0	0	4	1,1	4	1	1,021	1,007	1,037	0,086	1,000*
	No	8	100	373	98,9	381	99					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Diabetes gestacional	Si	0	0	69	18,3	69	17,9	1,026	1,008	1,044	1,784	0,360*
	No	8	100	308	81,7	316	82,1					
	Total	8	100	377	100	385	100					
HTA gestacional	Si	7	87,5	16	4,2	23	6	157,938	18,318	1361,702	96,669	0,000*
	No	1	12,5	361	95,8	362	94					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Edad gestacional	<34 ss	4	50	82	21,8	86	22,3	3,598	0,881	14,696	3,604	0,078*
	>34 ss	4	50	295	78,2	299	77,7					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Control prenatal	<6 controles	2	25	164	43,5	166	43,1	0,433	0,086	2,173	1,093	0,475*
	>6 controles	6	75	213	56,5	219	56,9					
	Total	8	100	377	100	385	100					
IMC pregestacional	Peso normal	1	12,5	149	39,5	150	39	0,219	0,027	1,795	2,405	0,157*
	Obeso	7	87,5	228	60,5	235	61					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Paridad	Primípara	1	12,5	109	28,9	110	28,6	0,351	0,043	2,889	1,034	0,449*
	Múltipara	7	87,5	268	71,1	275	71,4					
	Total	8	100	377	100	385	100					
Periodo intergenésico	Corto	0	0	121	32,1	121	31,4	—————	—————	—————	8,013	0,018
	Adecuado	1	12,5	110	29,2	111	28,8					
	Largo	7	87,5	146	38,7	153	39,7					
	Total	8	100	377	100	385	100					

En la tabla 11 muestra los antecedentes patológicos obstétricos relacionados con la Hipertensión crónica con PE, los cuales son es la HTA gestacional y antecedente de HTA con un valor de p menor al 5%, siendo el antecedente de HTA gestacional el mayor factor de riesgo con un OR (157,938). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre el antecedente de DM2, diabetes gestacional, edad gestacional control prenatal, paridad y PIG.

DISCUSIÓN

Los THE hoy en día representan la mayor complicación durante el periodo de gestación, el cual conlleva a un incremento en la morbilidad materno-fetal y discapacidades crónicas según la OMS, siendo por tanto una de las principales causas de muerte materna en el mundo.¹

Dicho cuadro en su mayoría de las gestantes se detecta a partir de las 20-22 semanas, debido a mecanismos propios de la gestación, como es la vasodilatación renal, por ende, el sistema renina- angiotensina- aldosterona se activa, incrementando la resistencia vascular, por lo cual, es importante la toma de presión arterial en las gestantes desde el inicio de la gestación hasta el periodo de puerperio.⁶

Dentro de los resultados obtenidos tenemos la frecuencia de los factores sociodemográficos encontrados en las gestantes pertenecientes al estudio, de este grupo observamos que 41 mujeres de cada 100 es soltera, siendo en incidencia el estado civil conviviente, dichos datos se relacionan con lo expuesto por Guerrero A et al, quien demostró que gran número de las gestantes con alguna patología hipertensiva fue soltera, estos resultados se correlación con lo manifestado por el MINSA quien refiere que aquellas mujeres que no tienen una estabilidad emocional sumado a ello conflictos familiares, tienen a presentar mayor estrés a diferencia de sus pares, por ende es un factor que influye significativamente en el desarrollo de dichas patologías²⁸. Sin embargo solo se encontró que el 16.9% eran casada, data que refleja que hoy en día gran parte de parejas no buscan consolidar una familia, exponiendo a la gestante a diversas circunstancias que condicionan un incremento de los trastornos hipertensivos.¹²

Asimismo, encontramos que el grado de instrucción con mayor predominio es la secundaria con un 49,9%, seguida por el nivel primaria, con un 34,5%, continuada por el nivel superior, el cual alcanzó un valor de 10,4%, de manera similar el estudio realizado por Guerrero A et al, en el Perú, determinó que la mayor incidencia en su grupo de estudio, no alcanzo terminar la secundaria²⁸. En el Perú diversos estudios han concluido que aquellas personas que no logran alcanzar un

grado educativo superior, desconocen de la importancia del cuidado y de las medidas preventivas que se debe llevar a cabo durante todo el periodo gestacional, con la finalidad de prevenir, detectar y tratar de manera precoz cualquier patología que ponga en riesgo la vida de la madre y del feto. ¹⁹

Por otra parte, tenemos a la ocupación que tiene la mujer durante dicho periodo, según el estudio, el 67.8% son ama de casa, a diferencia de ello el 22.6% trabaja en diferentes instituciones, lo cual trae consigo que las mujeres dediquen mucho tiempo a hogar y dejen de lado el cuidado de su gestación. Sin embargo, el MINSA, refiere que es los últimos años, las mujeres han adquirido mayor independencia, lo cual se contrasta con lo expuesto por el INEI, quien encontró que 4 de cada 10 mujeres trabajan. ¹⁹

Asimismo, el lugar de procedencia también es otro de los factores con gran importancia, encontrándose que el 62.9% vive en zona urbana, mientras que el 37 en zona rural, estos resultados son similares a los encontrados por Salamanca A et al en Colombia, la cual estudio cuales eran los factores que presentaban asociación con la PE, concluyendo por tanto que la mayor incidencia de las mujeres provenía de zonas urbanas, además de pertenecer a una clase socioeconómica media y alta ²⁹. Sin embargo, en los últimos estudios, refieren que no solo se ha encontrado casos de THE en familias con clase social alta, sino también en aquellas que no cuentan con recursos básicos, refutando estudios anteriores. ²⁷

En la tabla 2 observamos que, en los factores obstétricos, tenemos que en la edad gestacional su nivel de mayor predominio es \geq a 34 semanas, data que se contrasta con lo sustentado por Torres S quien determinó en su investigación que la edad gestacional con mayor prevalencia fue entre las 32-36 semanas ³⁰; sin embargo Villanueva J et al halló que dichas patologías se relacionaban con la prematuridad³¹; el número de controles prenatales es un dato sumamente importante para que el personal de salud pueda monitorear a la gestante durante todo el periodo, asimismo, el MINSA ha establecido que en cada consulta se le debe tomar la PA para determinar cualquier cambio de su valor, por ende en este estudio se buscó determinar la incidencia, encontrando que el 56.9% logar realizarse más de 6 controles ¹⁹, de lo contrario Torres S identificó que la mayor incidencia de las mujeres que padecieron con dicha enfermedad no cumplió con

sus controles prenatales; otro de los factores maternos importantes es el IMC pregestacional, siendo la obesidad el de mayor predominio con un 42.3%³⁰, dichos resultados se contrastan con lo de Villanueva J et al quien busco determinar los elementos que incrementaban el riesgo para THE, encontrando una alta proporción de mujeres con sobrepeso y obesidad³¹. La paridad, según la OMS es el número de partos que una mujer ha tenido, siendo ello un factor importante e indispensable para el seguimiento de dicha gestante, teniendo en cuenta que la mayor incidencia lo encontramos en las multíparas seguidas de las nulíparas¹, data que se asemeja a lo expuesto por Orellana W quien realizó un estudio en el Salvador, donde halló que las nulíparas presentan alto riesgo de desarrollar PE³². El periodo intergenésico, es el intervalo de tiempo desde el final de una gestación y el inicio de la siguiente, según el MINSA, cuando el PIG es menor de 24 meses o mayor a 10 años, se considera un factor de riesgo para THE, dato que se contrasta con dicho estudio, en donde se encontró que gran parte de la población del estudio presentó un PIG largo con un 39.7%¹⁹, asimismo, Jaramillo G et al buscó analizar cuáles eran los factores con mayor impacto en las pacientes con PE, encontrando una alta incidencia de gestantes con un PIG mayor a 10 años³³. El antecedente de DM2 y de HTA sumado a ello la diabetes e hipertensión gestacional son los factores patológicos obstétricos con mayor impacto en el desarrollo de THE, es por ello que Muñoz E et al y Jaramillo G et al expusieron que la presencia de estos antecedentes condiciona a la gestante y pone en alerta al personal de salud para un seguimiento exhaustivo, dado que incrementa notablemente su incidencia.³³

En la tabla 3 podemos observar que de los trastornos hipertensivos; la preeclampsia/eclampsia es la patología con mayor predominio, con una prevalencia del 81,6%; según la OMS, la incidencia de la PE oscila entre el 8%, asimismo da a conocer que en 2018 en el Perú fue la primera causa de muerte materna, que trajo consigo grandes repercusiones en la vida de la gestante, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares¹⁰; la hipertensión crónica es una enfermedad que se ocasiona por un aumento de la resistencia de los vasos, dicha patología es poco probable encontrarse en mujeres jóvenes, sin embargo durante la gestación se generan cambios fisiológicos que incrementan la presión arterial basal, sobre todo durante el segundo trimestre de la gestación, a

pesar de ello, gran parte de las mujeres no han tenido ningún antecedentes de HTA y DM2 antes de desarrollar un cuadro de THE. ¹⁰

En la tabla 4, 5, 6 y 7 se da a conocer los factores sociodemográficos relacionados con los THE, en relación con la preeclampsia/ eclampsia e hipertensión gestacional, se encontró que la edad materna y el grado de instrucción presentan asociación significativa con dicha variable; pudiendo deberse a que el aumento con respecto al grado de instrucción trae consigo la postergación del inicio de la gestación. Dicho factor, de igual manera, tiene relación con la nuliparidad. Vigil et al realizó un análisis encontrando que la edad adolescente incrementa en 20mmhg la presión basal, condicionándolo a ser un factor de riesgo¹³, asimismo, Alaya et al durante el 2020, determinó que la edad materna adolescente y añosa se relaciona significativamente con la incidencia de casos de PE¹⁴. Por otra parte, los factores sociodemográficos relacionados con la hipertensión crónica son la edad materna, estado civil y procedencia, pudiendo deberse a que una mujer duplica el riesgo de un trastorno hipertensivo si cursa con una edad inferior de a los 19 años, así mismo, aquellas que superan los 35 años aumenta el riesgo como consecuencia a la mayor frecuencia de enfermedades crónicas vasculares ;data que se relaciona con el estudio realizado por Rojas et al , quien determinó que a mayor edad mayor probabilidad de incrementos de la presión, asimismo hizo referencia que el lugar de procedencia influye mucho en el tipo de alimentación, por ende en el cuidado de la salud, aquellas personas que viven en zonas rurales o que no cuentan con recursos económicos, llevar una alimentación balanceada en función a sus requerimientos es muy costoso, de tal manera que no pueden cumplirlo, condicionando a patologías hipertensivas.

En la tabla 8, 9, 10 y 11 muestra los antecedentes patológicos obstétricos relacionados con la preeclampsia/eclampsia e hipertensión arterial, de ellos la diabetes gestacional, HTA gestacional, la edad gestacional, el control prenatal, IMC pregestacional y la paridad, mostraron relación significativa. Con respecto al número de controles prenatales, la cantidad deficiente contribuirá a un pobre seguimiento oportuno para la prevención, reconocimiento y manejo de factores de riesgo que puede desencadenar dichas patologías, de igual manera Martínez A et al mediante su estudio determinó que los factores obstétricos con asociación

significativa fue el control prenatal, el antecedente de PE³⁴, por otra parte Torres S, mediante un estudio de casos y controles identificó que la edad materna por encima de los 35 años, la edad gestacional y el número de controles prenatales son los elementos con mayor impacto y asociación en dichos cuadros patológicos³⁰. Sumado a ello tenemos los antecedentes patológicos obstétricos relacionados con la Hipertensión crónica, los cuales son la HTA gestacional, el control prenatal y IMC pregestacional, asimismo los antecedentes patológicos obstétricos relacionados con la Hipertensión crónica con PE, son es la HTA gestacional y antecedente de HTA. ³⁰

V. CONCLUSIONES

- 1.** Los factores de riesgo relacionados con los trastornos hipertensivos son la edad materna, el grado de instrucción, estado civil con un p-valor 0,000, 0.006 y 0.006 menor al 5%. Así como la HTA gestacional, el control prenatal, IMC pregestacional y el control prenatal con un p-valor menor al 5%.
- 2.** Los factores sociodemográficos relacionados con la los THE son la edad materna y el grado de instrucción con un valor de p menor al 5%. Siendo el estado civil y la edad los mayores factores de riesgo con un OR 5,487, 5,362 respectivamente.
- 3.** Los antecedentes patológicos obstétricos relacionados con la preeclampsia/eclampsia son la diabetes gestacional, HTA gestacional, la edad gestacional, el control prenatal, IMC pregestacional y la paridad mostraron relación significativa, con valor-p menor al 5%.
- 4.** La incidencia de los trastornos hipertensivos fue el 81.6% representado por la preeclampsia/eclampsia, 96.1% no desarrollo hipertensión crónica, el 88.8% tuvieron hipertensión gestacional y el 97.9% no hizo HTA crónica con PE sobreagrada.

RECOMENDACIONES

- 1.** Fortalecer la promoción de la salud materna dirigida a las gestantes mediante charlas dirigidas por profesionales de la salud que enfatizan los factores de riesgo a tener en cuenta para el desarrollo de trastornos hipertensivos.
- 2.** Fomentar charlas de salud reproductiva a mujeres en edad fértil, con la finalidad de disminuir el inicio de la paridad en edades extremas para disminuir la morbimortalidad materna.
- 3.** Incentivar a las gestantes a acudir a los controles prenatales con la finalidad de detectar de forma precoz y oportuna los THE.
- 4.** Capacitar al personal de salud sobre las patologías hipertensivas, dado que su incidencia en el Perú es alta, además de ser unas de las principales causas de muerte materna.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, PérezVillalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Rev Fac Med Méx [internet]. 2021 [citado 01 de May 2022]; 64(1): 3948. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422021000100039
3. World Health Organization. Adolescent pregnancy 2022. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy>.
4. De las Mercedes C, et al. Ultrasonografía Doppler de arterias uterinas como predictor de preeclampsia y de resultados adversos maternos y perinatales. Clin e invest en ginecol y obstet [internet]. 2021 [citado 01 de May 2022]; 48 (2): 104- 109. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/gine/39.pdf>
5. Pacheco J., et al . Marcadores genéticos de preeclampsia en mujeres peruanas. Colomb. Med. [Internet]. 2021 Mar [cited 2022 Nov 15]; 52(1): e2014437. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16579534202100010002&lng=en.
6. Booker W. A. Hypertensive Disorders of Pregnancy. Clinics in perinatology, 47(4), 817–833. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2020.08.011>
7. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstetrics & Gynecology 2020;135:e237-60. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>.
8. Pereira J, Pereira Y, Quirós L. Update in preeclampsia. Revista Médica Sinergia. Vol. 5. Num. 1. Enero 2020, e340ISSN: 2215-4523, e-ISSN: 22155279 DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.340> <http://revistamedicasinergia.com>
9. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Gaceta epidemiológica de muerte materna semana 1 a 52 2022

10. Ministerio de Salud del Perú. Situación epidemiológica de la mortalidad materna en el Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú Vol 29 – SE 53-2020. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2021.
11. Yemane A, et al. Gestational hypertension and progression towards preeclampsia in Northern Ethiopia: prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 30 de marzo de 2021;21(1):261
12. Yemane A, et al. Gestational hypertension and progression towards preeclampsia in Northern Ethiopia: prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 30 de marzo de 2021;21(1):261
13. Gracia PVD, et al. Blood Pressure Changes in Adolescents with Preeclampsia: A Multicentre, Case-Control Study in Latin American Hospitals. *J Obstet Gynaecol Can*. 1 de enero de 2021;43(1):50-7.
14. Ayala P, et al. Risk factors and fetal outcomes for preeclampsia in a Colombian cohort. *Heliyon*. 28 de septiembre de 2020;6(9):e05079.
15. Mendoza M. Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastorno hipertensivo: Un estudio transversal. *Rev. Chilena de obstetricia y ginecología* .2020; 85(1): 14-23.
16. Ramos A. Factores asociados a preeclampsia con criterios de severidad n gestantes atendidas en el C.S I-4 La Unión, 2021. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Piura. 2022.
17. Checya J, Moquillaza V. Factores asociados con preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. *Ginecol Obstet México*. 5 de junio de 2019;87(05):295-301.
18. Rojas L, et al. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Rev Eugenio Espejo*. diciembre de 2019;13(2):79-91.
19. Guevara E. Impacto de la pandemia en la salud materna en el Perú. *Rev Perú Investig Matern Perinat*. 2019. [citado 13 de May de 2022]; 10(1): 7-8. Disponible en:<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/230/263>
20. Marrón MA , et al.,Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP) Trastornos hipertensivos del embarazo:

clasificación ISSHP, diagnóstico y recomendaciones de manejo para la práctica internacional . Hipertensión 2018 ; 72(1):24-43.

21. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia. ACOG Practice Bulletins. Vol 135(6) June 2020.

22. Fajardo Y, et al. Prevalencia y caracterización de la preeclampsia. Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2021.

23. Lezcano G, et al. Consideraciones y actualización sobre definición, etiopatogenia y diagnóstico de los desórdenes hipertensivos del embarazo. Rev. Médica Electrónica. octubre de 2019;41(5):1242-58

24. Phipps E, et al. Pre-eclampsia: pathogenesis, novel diagnostics and therapies. Nat Rev Nephrol. mayo de 2019;15(5):275-89.

25. Sierra, R. Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios. Madrid: Thompson 2018.

26. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. Metodología de la investigación Metodología de la investigación (3ª ed.). McGRAW-HILL / Interamericana Editores. 2003.

27. George, D., & Mallery, P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4.ª ed.). Boston: Allyn & Bacon. 2023.

28. Guerrero A, Díaz C. Factores asociados a preeclampsia en gestantes. Rev. Inter. Sal. Mater. Perú. [Internet]. 2019; 2(1):41-49. Disponible: <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/143>

29. Salamanca A, Nieves L, Arenas Y. Preeclampsia: prevalencia y factores asociados en gestantes de una Institución de Salud. Rev. Investig. Salud. Univ. Boyacá. Colombia. [Internet]. 2019; 6(2): 38-50. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-651100523>

30. Torres S. Factores de riesgo para preeclampsia. Rev. Casus. Perú. [Internet]. 2016; 1(1): 18-26. Disponible: [https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/11#:~:text=Resultados%3A%20los%20factores%20de%20riesgo,OR%3A6.3\)%3B%20tener%20antecedentes](https://casus.ucss.edu.pe/index.php/casus/article/view/11#:~:text=Resultados%3A%20los%20factores%20de%20riesgo,OR%3A6.3)%3B%20tener%20antecedentes)

31. Villanueva J, De la Cruz J, Alegría C, Arango P. Factores de riesgos asociado a la recurrencia de preeclampsia en gestantes del servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Rev Perú Investig

Matern Perinat. Perú. [Internet].2020; 9(2):37-45. Disponible en:
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/issue/view/16/16>

32. Orellana W. Factores de riesgos asociados a preeclampsia en las pacientes del área del servicio de gineco-obstetricia. Rev. Lilacs. Salvador. [Internet]. 2020; 5(58). Disponible:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1119459>

33. Jaramillo G, Vásquez D, Buitrago D. Preeclampsia leve y severa. Revista Colombiana de Enfermería. Colombia. [Internet]. 2017; 66 12(14):33. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/316732145_Preeclampsia_leve_y_severa_estudio_de_casos_y_controles_en_el_Hospital_de_Chiquiquira_2012-2014

34. Martínez A, Vargas J, Mini E. Asociación entre los factores sociodemográficos, obstétricos y patológicos con la muerte fetal tardía. Rev. An. Fac. Med. (Perú). Perú. [Internet].2019; 80(3): 322- 326. Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1054830>

Anexo 1: Matriz de operacionalización y variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	Indicador	Escala de medición
<i>Variable dependiente</i> <i>Factores de riesgo</i>	Característica o rasgo de exposición que incrementa las probabilidades de padecer de una enfermedad ¹⁹	Son factores que ayudan a determinar la condición de las personas	Sociodemográfica	Edad: Años	Nominal politómica
				Estado civil: SOLTERA CASADA CONVIVIENTE VIUDA/SEPARADA	Nominal politómica
				Grado de instrucción ANALFABETA PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR	Nominal politómica
				Ocupación ESTUDIANTE AMA DE CASA INDEPENDIENTE PROFESIONAL	Nominal politómica
				Zona de procedencia RURAL URBANO	Nominal politómica
				Antecedentes de hipertensión SI NO	Nominal dicotómica

				Antecedentes de diabetes mellitus	
				SI NO	Nominal dicotómica
				Diabetes gestacional SI NO	Nominal dicotómica
				HTA GESTACIONAL SI NO	Nominal dicotómica
				Edad Gestacional <34ss >34ss	Nominal dicotómica
				Control Prenatal <6 controles >6controles	Nominal dicotómica
				IMC Pregestacional BAJO PESO NORMAL SOBREPESO OBESIDAD	Nominal dicotómica
				Paridad PRIMIPARA MULTIPARA GRAM MULTIPARA	Nominal dicotómica
				Periodo Intergenésico CORTO	Nominal
			Antecedente patológico obstétrico		

				ADECUADO LARGO	dicotómica
Variable independiente Trastornos Hipertensivos	constituyen un gran espectro de condiciones que incluyen desde una leve elevación de la presión arterial (PA) a hipertensión severa (HS) con compromiso de órgano blanco ¹²	Alteraciones fisiopatológicas, las cuales generan un aumento de la presión arterial	Trastorno hipertensivo	Preeclampsia/Eclampsia: a. Si b. No Hipertensión crónica a. Si b. No Hipertensión gestacional a. Si B. No Hipertensión crónica con PE sobreagrada a. Si b. No	

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NRO DE FICHA		HISTORIA CLINICA:			
FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS					
EDAD					
ESTADO CIVIL	SOLTERA ()	CASADA ()	CONVIVIENTE ()	VIUDA/SEPARADA ()	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ANALFABETA ()	PRIMARIA ()	SECUNDARIA ()	SUPERIOR ()	
OCUPACIÓN	ESTUDIANTE ()	AMA DE CASA ()	INDEPENDIENTE ()	PROFESIONAL ()	
ZONA DE PROCEDENCIA	RURAL ()		URBANO ()		
FACTORES OBSTETRICOS					
EDAD GESTACIONAL	< 34 Semanas ()		≥ 34 Semanas ()		
NRO. CONTROL PRENATAL	<6 controles ()		≥ 6 controles ()		
IMC PREGESTACIONAL	BAJO PESO ()	NORMAL ()	SOBREPESO ()	OBESIDAD ()	
PARIEDAD	PRIMIPARA ()	MULTIPARA ()	GRANMULTIPARA ()		
PERIODO INTERGENESICO	CORTO ()	ADECUADO ()	LARGO ()		
ANTECEDENTE HTA	HIPERTENSIÓN ()	DM 2 ()	DIABETES GESTACIONAL ()	HTA GESTACIONAL ()	
TRASTORNO HIPERTENSIVO			SI		NO
A) Preeclampsia					
B) Hipertensión Crónica					
C) Hipertensión gestacional					
D) Hipertensión arterial crónica + preeclampsia sobreagragada					

Anexo 3: Validación del instrumento



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Ghilardi Pollet Torres Quiroz DNI N° 41981836 Magister o Doctor en Ginecología-Obstetricia (se adjunta constancia SUNEDU), de profesión Medico desempeñándome actualmente como Medico Ginecologo

Por medio de la presente hago constar que he revisado la investigación de Del Castillo Mejía Karen Annet, denominada "Factores de Riesgo y Trastornos Hipertensivos Del Embarazo en Gestantes" con fines de Validación los instrumentos:

LISTADO DE INSTRUMENTOS.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO 01	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					X
2. Objetividad					X
3. Actualidad					X
4. Organización					X
5. Suficiencia					X
6. Intencionalidad					X
7. Consistencia					X
8. Coherencia					X
9. Metodología					X

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Chimbote a los 10 días del mes de octubre del Dos mil veintitrés


 Ghilardi P. Pollet Torres Quiroz
 MEDICO CIRUJANO
 GINECOLOGIA - OBSTETRIA
 CUP 0008 010 4014

Dr/Mgtr. : Ghilardi Pollet Torres Quiroz
 DNI : 41981836
 Especialidad : Ginecología-Obstetricia
 E-mail : ghilardunt2010@hotmail.com

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Luis Arturo Iturza con DNI N° 41431044 Magister o Doctor en Ginecología y Obstetricia (se adjunta constancia SUNEDU), de profesión Médico desempeñándome actualmente como Médico Ginecólogo

Por medio de la presente hago constar que he revisado la investigación de Del Castillo Mejía Karen Annet, denominada "Factores de Riesgo y Trastornos Hipertensivos Del Embarazo en Gestantes" con fines de Validación los instrumentos:

LISTADO DE INSTRUMENTOS.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO 01	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					X
2. Objetividad					X
3. Actualidad					X
4. Organización					X
5. Suficiencia					X
6. Intencionalidad					X
7. Consistencia					X
8. Coherencia					X
9. Metodología					X

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Chimbote a los 10 días del mes de octubre del Dos mil veintitrés



Dr. Luis Arturo Iturza Álvarez
 Especialista en Ginecología y Obstetricia
 C.M.P. 51237 D.O. 41431044

Dr/Mgr. : Luis Arturo Iturza Álvarez
 DNI : 41431044
 Especialidad : Ginecología y Obstetricia
 E-mail : arturdecoj@hotmail.com

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Jhon Anderson Cano Herra con DNI N° 43594167 Magister o Doctor en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (se adjunta constancia SUNEDU), de profesión MEDICO desempeñándome actualmente como MEDICO GINECOLOGO

Por medio de la presente hago constar que he revisado la investigación de Del Castillo Mejía Karen Annet, denominada "Factores de Riesgo y Trastornos Hipertensivos Del Embarazo en Gestantes" con fines de Validación los instrumentos:

LISTADO DE INSTRUMENTOS.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO 01	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					X
2. Objetividad					X
3. Actualidad					X
4. Organización					X
5. Suficiencia					X
6. Intencionalidad					X
7. Consistencia					X
8. Coherencia					X
9. Metodología					X

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Chimbote a los 10 días del mes de octubre del Dos mil veintitrés



Dr. Jhon A. Cano Herra
 GINECOLOGO - OBSTETRA
 C.M.P. 81258
 ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES DE LA MUJER

Dr/Mgtr. : Jhon Anderson Cano Herra.
 DNI : 43594167
 Especialidad : GINECOLOGO - OBSTETRA.
 E-mail : andiforever1@hotmail.com.

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Silvia Sánchez Asencos con DNI N° 45443065 Magister o Doctor en Ginecología y Obstetricia (se adjunta constancia SUNEDU), de profesión Medico Ginecologa desempeñándome actualmente como Medico Ginecologa.

Por medio de la presente hago constar que he revisado la investigación de Del Castillo Mejía Karen Annet, denominada "Factores de Riesgo y Trastornos Hipertensivos Del Embarazo en Gestantes" con fines de Validación los instrumentos:

LISTADO DE INSTRUMENTOS.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO 01	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					X
2. Objetividad					X
3. Actualidad					X
4. Organización					X
5. Suficiencia					X
6. Intencionalidad					X
7. Consistencia					X
8. Coherencia					X
9. Metodología					X

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Chimbote a los 10 días del mes de octubre del Dos mil veintitrés



GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
HOSPITAL REGIONAL DE TACNA
CALLE LA CRUZ Nº 1000
TACNA - PERÚ

Dra. Silvia Sánchez Asencos
C.R.P. 14874 - R.O.C. 152471 - O.R. 1442885

Dr/Mgr. : Silvia Andrea Beatriz Sánchez Asencos
DNI : 45443065
Especialidad : Ginecología - Obstetricia
E-mail : silviaandrea.sanchez@gmail.com

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Yuliska Paredes Padilla, con DNI N° 70273553 Magister o Doctor en Ginecología y Obstetricia (se adjunta constancia SUNEDU), de profesión Médico desempeñándome actualmente como Médico ginecóloga.

Por medio de la presente hago constar que he revisado la investigación de Del Castillo Mejía Karen Annet, denominada "Factores de Riesgo y Trastornos Hipertensivos Del Embarazo en Gestantes" con fines de Validación los instrumentos:

LISTADO DE INSTRUMENTOS.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

INSTRUMENTO DE	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Claridad					X
2. Objetividad					X
3. Actualidad					X
4. Organización					X
5. Suficiencia					X
6. Intencionalidad					X
7. Consistencia					X
8. Coherencia					X
9. Metodología					X

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Chimbote a los 10 días del mes de octubre del Dos mil veintitrés



Dr(a) Yuliska Paredes Padilla
 C.M.P. 07526 - RUC 941991 - DRE 70273553

Dr/Mgtr. : Yuliska Paredes Padilla
 DNI : 70273553
 Especialidad : Ginecología y Obstetricia
 E-mail : yuliska.paredes.padilla@gmail.com

Anexo 4: Base de datos

PARIEDAD	PER NTER	HIPERTENSIÓN	DM2	DIAB GESTACIONAL	HTA GESTACIONAL	PE	HTA RONICA	HTA GESTACIONAL	HTA CRON PE
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	1	2	1	2	1	1	2	2	2
3	3	1	2	2	1	2	2	2	1
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	2	2	1	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	1	2	2	2	2	2	2	1
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	1	2	2	2	2	2	2	1
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2

3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	2	2	1	2
3	3	2	2	1	1	2	2	2	2
1	0	2	1	2	2	2	2	1	2
2	3	1	2	2	1	2	2	2	1
1	0	2	2	2	2	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	1	2	2	2	2	1	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	1	2	2	1	2	1	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
0	2	2	2	2	1	2	2	2	1
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
3	2	1	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	1	2	2	2	2
3	1	2	2	2	2	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2

2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	1	1	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	1	1	2	2	2

2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	1	2	1	1	2	1	2	2	2
3	3	1	2	1	2	2	1	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
3	3	1	2	2	1	2	2	2	1
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	2	1	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	1	2	2	1	2
3	2	2	2	1	1	2	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	1	2	2	1	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2

2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
1	0	2	2	2	2	2	2	1	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	2	2	1	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	2	2	1	2
3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
3	3	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	2	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	2	1	2	2	2

2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	2	2	1	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
3	3	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2

1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
3	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	1	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2

2	3	2	2	1	1	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	1	2	2	1	2	2	2	1
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2	2	1	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2

3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	1	2	2	1	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
2	3	2	2	2	1	2	2	1	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	2	2	1	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	2	2	1	2
3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2

3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
3	3	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	1	2	2	2	2	2	1	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	2	2	1	2
3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2

1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	1	2	2	1	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2

3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	1	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2

2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	1	1	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
3	3	2	2	1	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
3	1	2	2	2	2	1	2	2	2

2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
3	2	2	2	1	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
1	0	2	2	2	1	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	1	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	3	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
2	2	2	2	2	2	1	2	2	2

Anexo 04: Calculo del tamaño de la muestra

$$n = Z^2 \cdot p \cdot q / E^2$$

Donde:

Z: 1.96

p: 0.5

q: 0.5

E: 0.05

N: 385

Anexo 09: CARTA DE AUTORIZACIÓN INSTUCIONAL



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Medicina
Unidad de Investigación

CARGO

Carta N° 127-2023-UI-EM-FCS-UCV

Trujillo, 19 de agosto de 2023

Señor Doctor
RICHARD MENDOZA ORELLANA
Director del Hospital La Caleta
Chimbote.

De mi especial consideración.

A través de la presente, le hago llegar mi saludo personal y universitario, a la vez comunicarle que, el alumno del Ciclo XIV del Programa Académico de Medicina de la Universidad César Vallejo, **KAREN ANNET DEL CASTILLO MEJÍA**, va a desarrollar su Proyecto de Investigación **Factores de riesgo y trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes**, en la distinguida institución que usted dirige. El proyecto ha sido aprobado ya por un jurado ad hoc y aceptado por esta unidad.

El mencionado alumno está siendo asesorado por la **Dra. MARILÚ ROXANA SOTO VÁSQUEZ**, quien es docente RENACYT de nuestra Escuela.

En este contexto, solicito a usted, brindar las facilidades del caso para la revisión de historias clínicas del Área de Ginecología y Obstetricia a nuestra alumna, para poder recolectar los datos necesarios para el desarrollo de su investigación y posterior elaboración de su Tesis.

Seguro de contar con vuestra anuencia, le reitero mi saludo y consideración

Agradezco su atención a la presente, muy atentamente,




Firmado digitalmente por:
TRESIERRA AYALA Miguel
Angel FAU 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 19/09/2023 20:29:43-0500

MIGUEL ANGEL TRESIERRA AYALA
Jefe de la Unidad de Investigación



Anexo 10: AUTORIZACIÓN PARA OBTENCIÓN DE DATOS


MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ANCASH
HOSPITAL LA CALETA

Unidad de Apoyo a la
Docencia e Investigación

"AÑO DE LA UNIDAD DE LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Chimbote, 23 de Octubre del 2023

OFICIO N° 3026 -2023-HLC-CH/UADI.

Señor Dr.
Miguel Ángel TRESIERRA AYALA
Responsable Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad César Vallejo
TRUJILLO.-

ASUNTO: AUTORIZACION PARA OBTENCIÓN DE DATOS PARA
PROYECTO DE INVESTIGACION.

REF. : - Carta N°127-2023-UI-EM-FCS-UCV.

Tengo a bien dirigirme a su Despacho y en atención a vuestro documento de la referencia manifestarle nuestra autorización a brindar facilidades a la alumna: **Karen Annet DEL CASTILLO MEJIA** del Programa Académico de Medicina de su Representada, para el desarrollo de su proyecto de investigación titulado "**Factores de riesgo y trastornos hipertensivos del embarazo en gestantes**" con la respectiva obtención de datos de las Historias Clínicas del Área de Ginecología y Obstetricia de este Hospital.

Agradeciendo que al finalizar el trabajo de investigación, la mencionada alumna nos haga llegar los resultados de este estudio de investigación.

Sin otro particular, me suscribo de Ud.,

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
UNIDAD EJECUTIVA 404 - SALUD LA CALETA
HOSPITAL "LA CALETA" - CHIMBOTE


Dr. Richard Pedro Mendoza Orellana
D.M.P. 29378 IINE 37231 DNI: 21488614
DIRECTOR EJECUTIVO

RPMO/ 
Ch-23-10-2023
c.c.: - Arch.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, SOTO VASQUEZ MARILU ROXANA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "FACTORES DE RIESGO Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN GESTANTES", cuyo autor es DEL CASTILLO MEJIA KAREN ANNET, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

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

TRUJILLO, 15 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
SOTO VASQUEZ MARILU ROXANA DNI: 28294849 ORCID: 0000-0002-1178-4678	Firmado electrónicamente por: MSOTOVA18 el 18- 12-2023 15:36:22

Código documento Trilce: TRI - 0698292