



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

**TESIS**

**ESCALAS DE RIESGO COMO PREDICTORES DE PREECLAMPSIA  
EN GESTANTES QUE CONCURREN AL HOSPITAL DE  
AZÁNGARO-2022**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
OBSTETRA**

**AUTORES:**

Bach. Mollocondo Chalco, Greta Herminia

Bach. Cuevas Puraca, Ghandy Michelle

**ASESOR:**

Mg. Solano Tacza, Jim Kelvin

**LINEA DE INVESTIGACIÓN**

Atención integral a la gestante

**HUANCAYO – PERÚ**

**2023**

## **DEDICATORIA**

A mis padres que es el ser lo más sublime de la tierra, motivo por el cual ha causado en mí, el deseo de superación personal y profesional

**Ghandy**

A mis padres, pareja e hija inspiración constante en mí, que ha permitido lograr esos deseos anhelados en toda mi vida, que han terminado con mi preparación profesional

**Grety**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, al permitirme optar mi título profesional de Obstetra.

También agradecemos al personal del hospital de Azángaro por habernos acogido y brindado sus instalaciones para poder realizar y culminar nuestra investigación.

Agradecemos infinitamente el apoyo recibido por el Mgtr. René Sánchez Ríos. Para la elaboración de nuestra tesis

**Grety y Ghandy**

## **PÁGINA DEL JURADO**

### **PRESIDENTA:**

Mg. Suarez Reynoso, Liz Miriam

### **SECRETARIO:**

Mg. Garcia Chaiña, Esther Elisa

### **VOCAL:**

Mg. Solano Tacza, Jim Kelvin

### **SUPLENTE:**

Dra. Romero Santillana, María Leonor

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Nosotras Mollocondo Chalco Grety Herminia, DNI 70184050 y Cuevas Puraca Ghandy Michelle, DNI 71627487 alumnas de pregrado de la UPH Franklin Roosevelt.

DECLARAMOS QUE:

1. El presente trabajo de investigación, tema de la tesis presentada para la obtención del Título de Obstetras es original, siendo resultado de mi trabajo personal.
2. Declaramos que el trabajo de investigación que he realizado el presente año y que ponemos en consideración para evaluación; no fue presentado anteriormente para obtener algún grado académico o título, ni ha sido publicado en sitio alguno.

Somos conscientes de que el hecho de no respetar los derechos de autor y hacer plagio, es objeto de sanciones universitarias y/o legales, por lo que asumimos cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de irregularidades en la tesis, así como de los derechos sobre la obra presentada.

Asimismo, somos responsable ante la universidad o terceros, de cualquier daño que pudiera ocasionar, por el incumplimiento de lo declarado.



---

Mollocondo Chalco Grety Herminia  
DNI 70184050



---

Cuevas Puraca Ghandy Michelle  
DNI 71627487

## ÍNDICE

Carátula.....	i
Agradecimiento .....	iii
Página del jurado .....	iv
Declaratoria de autenticidad .....	v
Índice .....	vi
Índice de tablas .....	vii
Resumen .....	viii
Abstract.....	ix
I. Introducción.....	10
II. Método.....	27
2.1 Tipo y diseño de investigación .....	27
2.2 Operacionalización de variables. ....	27
2.3 Población, muestra y muestreo .....	28
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	29
2.5 Procedimiento .....	30
2.6 Método de análisis de datos .....	30
2.7 Aspectos éticos.....	30
III. Resultados.....	31
IV. Discusión .....	40
V. Conclusiones.....	45
VI. Recomendaciones .....	46
Referencias Bibliográficas.....	47
Anexo N° 1: Matriz de Consistencia .....	53
Anexo N° 2: Instrumento de Recolección de Datos .....	54
Anexo N° 3: Validación del Instrumento Formato B .....	56
Anexo N° 4: Autorización del Hospital .....	62
Anexo N° 5: Fotos de Evidencia de Recoleccion de Datos .....	63
Anexo N° 6: Base de Datos .....	65

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Dimensiones de escalas de riesgo personales.....	31
Tabla N° 2 Dimensiones de escala de riesgo obstétricos.....	34
Tabla N° 3 Dimensiones de escala de riesgo de patológicas neonatales .....	37

## RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo son muy comunes y ocurren en más del 10% de todos los embarazos a término, junto con el sangrado y la infección forman la tríada que causa la mayoría de las muertes maternas y es una de las principales causas de morbilidad en las mujeres embarazadas. En tal sentido la investigación se planteó el siguiente objetivo general Determinar las escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022. Metodología. Investigación básica, de tipo cuantitativo con diseño no experimental transversal, tipo correlacional y retrospectivo. Población y muestra: Estuvo conformada por 168 gestantes atendidas. Resultados: Se identificó que las escalas de riesgo personales: edad materna de 20 a 35 años 54.2% ( $\text{Chi}^2 = 33.75$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), ocupación ama de casa 66.7% ( $\text{Chi}^2 = 42.79$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), grado de instrucción sin estudios 38.7% ( $\text{Chi}^2 = 39.49$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), estado civil soltera 53% ( $\text{Chi}^2 = 41.45$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), Índice de masa corporal normal 53.6% ( $\text{Chi}^2 = 29.69$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ) y procedencia urbana 60.7% ( $\text{Chi}^2 = 29.92$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), todos son predictores de preeclampsia; Se reconoció que las escalas de riesgo obstétricos: nuliparidad 39.9% ( $\text{Chi}^2 = 42.03$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), sin atenciones prenatales 46.4% ( $\text{Chi}^2 = 32.62$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), sin anemia gestacional 58.9% ( $\text{Chi}^2 = 33.59$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), si presentó antecedentes de preeclampsia 66.7% ( $\text{Chi}^2 = 42.02$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), edad gestacional menores de 37 semanas 59.5% ( $\text{Chi}^2 = 33.75$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), todos son predictores de preeclampsia; Se conoció que las escalas de riesgo neonatales: retardo del crecimiento intrauterino simétrico 20.8% ( $\text{Chi}^2 = 33.68$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), peso del recién nacido normal 50% ( $\text{Chi}^2 = 53.47$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), son predictores de preeclampsia; mientras que las patologías neonatales ( $\text{Chi}^2 = 5.47$ ;  $\text{NS} = 0.240$ ) No son predictores de preeclampsia; en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro. Conclusión: Se determinó que las escalas de riesgo personales, obstétricos y neonatales son predictoras de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022.

Palabras clave: Escalas de riesgo personales, obstétricas y neonatales.



## ABSTRACT

Hypertensive disorders of pregnancy are very common, occurring in more than 10% of all term pregnancies, together with bleeding and infection they form the triad that causes most maternal deaths and is one of the leading causes of morbidity in pregnant women. In this sense, the research established the following general objective: Determine the risk scales as predictors of preeclampsia in pregnant women who attend the Hospital de Azángaro 2022. Methodology. Basic research, of a quantitative type with a non-experimental cross-sectional design, correlational and retrospective type. Population and sample: It was made up of 168 pregnant women attended. Results: It was identified that the personal risk scales: maternal age from 20 to 35 years 54.2% ( $\text{Chi}^2 = 33.75$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), housewife occupation 66.7% ( $\text{Chi}^2 = 42.79$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), level of education without studies 38.7% ( $\text{Chi}^2 = 39.49$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), marital status single 53% ( $\text{Chi}^2 = 41.45$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), normal body mass index 53.6% ( $\text{Chi}^2 = 29.69$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ) and urban origin 60.7% ( $\text{Chi}^2 = 29.92$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), all are predictors of preeclampsia; It was recognized that the obstetric risk scales: nulliparity 39.9% ( $\text{Chi}^2 = 42.03$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), without prenatal care 46.4% ( $\text{Chi}^2 = 32.62$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), without gestational anemia 58.9% ( $\text{Chi}^2 = 33.59$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), if they had a history of preeclampsia 66.7% ( $\text{Chi}^2 = 42.02$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), gestational age less than 37 weeks 59.5% ( $\text{Chi}^2 = 33.75$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), all are predictors of preeclampsia; It was known that the neonatal risk scales: symmetric intrauterine growth retardation 20.8% ( $\text{Chi}^2 = 33.68$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), normal newborn weight 50% ( $\text{Chi}^2 = 53.47$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), are predictors of preeclampsia; while neonatal pathologies ( $\text{Chi}^2 = 5.47$ ;  $\text{NS} = 0.240$ ) are not predictors of preeclampsia; in pregnant women attending the Azángaro Hospital. Conclusion: It was determined that the personal, obstetric and neonatal risk scales are predictors of preeclampsia in pregnant women who attend the Hospital de Azángaro 2022.

Keywords: Personal, obstetric and neonatal risk scales

## I. INTRODUCCIÓN

La investigación llevó el título “Escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022”. En la actualidad la prevalencia de enfermedades hipertensivas a incrementando, por ello a inquietud que se tiene de conocer la escala de riesgo en las gestantes que acuden al hospital de Azángaro. Tiene como objetivo determinar las escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022.

Según la OMS manifiesta que la enfermedad de preeclampsia tiene que tratarse adecuadamente antes que presentar complicaciones como convulsiones, las que pueden originar la muerte de las gestantes. Al mismo tiempo recomienda que se pueda evitar los embarazos no deseados o precoces. Al mismo tiempo informó que del 75% de las complicaciones en las gestantes la preeclampsia es la tercera en presentarse. (1)

Saber que la preeclampsia, una condición de presión arterial alta y embarazo, puede ocurrir después de las 20 semanas, ayuda a comprender el riesgo que representa para las mujeres embarazadas. La preeclampsia también se conoce como la asociación de hipertensión arterial, que se define por un aumento de la presión arterial de al menos 30 milímetros de mercurio. La preeclampsia, el desarrollo de presión arterial alta después del parto y la extracción de la placenta, es una afección grave causada por un aumento del nivel de proteínas en la sangre. Las pacientes con este problema a menudo presentan edema y proteinuria (más de 300 mg por 24 horas o más de 30 mg por decilitro en una muestra aislada) que persiste después del parto. Si estos valores de presión arterial son superiores a 140/90, se deben considerar las cifras de presión arterial anteriores. (2)

La organización mundial de la salud, considera que es un trastorno grave que se incrementa de manera significativa. Estima que en el mundo existe 1280 millones de personas de 30 a más con hipertensión y la mayoría de ellos habitan en países de nivel económico medio o bajo. Al mismo tiempo aseguran que el 46% de las personas desconocen que presentan esta patología. La preeclampsia se diagnostica y se trata a menos de la mitad de personas que lo han presentado (solo el 42%). Al mismo tiempo informa que 1 de cada cinco personas tienen controlada su enfermedad (3)

Según la Organización Mundial de la Salud, informa que las enfermedades hipertensivas

como la preeclampsia es la tercera causa de muerte en el mundo con un 14% (4)

El centro Nacional de Epidemiología y prevención y control de enfermedades del Ministerio de Salud, informo que, en el año 2020, el 21.4% de las causas de defunciones de debió a problemas hipertensivos. El cual incremento al año 2019 que presentó 19.6% (5)

Ejecutando búsqueda activa de información se halla los siguientes antecedentes nacionales. En la tesis de Rivera I. Titulada Factores predictores de la preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo 2019. Los resultados del grupo de casos mostraron edades extremas menores de 18 años o mayores de 35 con 82% y 13,3% respectivamente; el grado de escolaridad a nivel primario/analfabeto fue 16,4% para el grupo caso vs 18,4% para el grupo control; la ocupación ama de casa/estudiante fue de 67,3% para el grupo caso vs 42,9% en el grupo control; el estado civil era soltero 14,3% para el grupo de casos vs. 15,3% para el grupo de control; La medroxiprogesterona fue utilizada por el 44,9% de los casos y el 61,2% de los controles; antecedentes de preeclampsia ocurrieron en el 34,7 % de los casos frente al 11,8 % de los controles; y el valor de p inferior a 0,05 mostró una diferencia significativa entre los grupos. Para el grupo de control, el historial de hipertensión arterial fue del 25,5% y tener hijos fue del 38,8%. El antecedente de hipertensión arterial fue del 29,6% frente al 42,9% del grupo control; la nuliparidad fue del 36,7 % frente al 46,9 % para el grupo de control; el espacio intergeneracional mayor a 5 años tuvo una relación de 20,4% vs 46,9%; atención prenatal a menores de 4 años recibió 10,2% vs. 28%. Los cambios de pareja en el grupo de casos experimentaron un mayor aumento en el porcentaje (34,7 % frente a 23,5 %) que los cambios de pareja en el grupo de control. Este enfoque alternativo produjo un aumento del 3,1 % en los porcentajes de los miembros del grupo de control. Para el grupo de casos, el 18,4% tenía un IMC superior a 30 mientras que el 45,9% tenía un IMC de 30 o más. Los partos por cesárea resultaron en 42,9% para el grupo de casos y 45,9% para el grupo de control; la diferencia entre estos porcentajes no fue significativa a efectos estadísticos. El bajo peso al nacer es significativamente mayor para el grupo de casos en comparación con el grupo de control. Las probabilidades de lidiar con la preeclampsia también son mayores cuando el primer hijo es mayor, nació de una pareja diferente o tiene una delgadez extrema. Más importante aún, el 45,9 % del grupo de casos tenía preeclampsia, mientras que solo el 18,4 % del grupo de control la tenía. Estos hallazgos se correlacionan fuertemente con una hipótesis planteada por investigadores anteriores”. (6)

Gallardo I. En su tesis de grado denominada Volumen plaquetario medio e índice neutrófilo Linfocito como predictores de severidad en Gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 durante el periodo enero-diciembre del 2017. La significancia de las variables cualitativas se determinó mediante la prueba de Chi-cuadrado. Además, se calcularon la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) del índice de neutrófilos linfocitos (INL) y el volumen plaquetario medio (MPV). Estos cálculos se utilizaron para determinar los mejores puntos de corte para cada predictor. Además, se utilizaron las pruebas ROC y Fischer para determinar exactamente qué tan significativas son las características maternas. Estas características incluyen la edad, la edad gestacional, la paridad y el género. Se encontró que estos factores maternos no tenían significancia estadística al momento de determinar la significancia en los resultados. Las pruebas de validez INL arrojaron un valor ROC de 0,84 y el mejor punto de corte fue 4,1. El punto de corte promedio para INL fue 4.1; tuvo una sensibilidad del 78%, una especificidad del 92%, un VPP del 89% y un VPN del 83%. Esto hizo que la prueba fuera muy precisa con pruebas de Fisher significativas (0,000) que mostraban que sus resultados eran significativos. De manera similar, las pruebas de validez de VPM arrojaron un valor ROC de 0,65 y un punto de corte promedio de 10,25fL. Tuvo una sensibilidad del 45%, una especificidad del 85%, un VPP del 73% y un VPN del 64%. Esto le dio a la prueba una alta precisión con pruebas de Fisher significativas (0.002) que muestran que sus resultados fueron significativos. No hubo una relación de riesgo entre características como la edad materna o la gravidez o VPM a INL o INL a VPM. Dado que el INL es la única prueba válida para medir la gravedad en pacientes con preeclampsia durante el embarazo, confirma que la prueba es confiable. Sin embargo, debe recordarse que existe una alta probabilidad de que el VPM produzca falsos positivos. (7)

En la tesis de Chininin L. denominada Factores predictores de resultados adversos neonatales en mujeres con preeclampsia atendidas en un Hospital del Norte del Perú, durante el 2015 al 2018". Se halló los siguientes resultados. Los recién nacidos tienen un 17,73% de posibilidades de tener un resultado adverso al nacer. Esto es cierto independientemente de los datos recopilados a través del análisis bivariado. También es cierto independientemente de si los datos se recopilaron o no a través de un análisis multivariante. Sin embargo, se deben tener en cuenta varios otros factores al realizar este último análisis, como la creatinina sérica y el IMC materno. Las probabilidades son aún mayores si se realizan en presencia de cualquiera de los factores. Cuando se realiza teniendo en cuenta estos factores, se encuentra

que el IMC materno aumenta las probabilidades en un 1,92 %, con un intervalo de confianza del 95 % entre 1,88 y 1,97. Además, este análisis muestra que combinar la creatinina sérica y el IMC tiene un intervalo de confianza del 95 % entre 1,91 y 4,93, lo que podría usarse para diagnosticar enfermedades en los recién nacidos. (8)

En la tesis de Mendo J. titulada Preeclampsia como factor de riesgo para restricción de Crecimiento intrauterino. Se encontró en el estudio realizado en el hospital Belén de Trujillo una correlación significativa entre la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino. Como resultado, podemos concluir que la preeclampsia tiene una relación de asociación o dependencia con los factores de estudio. Al realizar un análisis multivariado se determinó que solo el control prenatal y la edad gestacional se relacionan significativamente con la restricción del crecimiento intrauterino en gestantes. Estos hallazgos los llevaron a concluir que la preeclampsia es un factor de riesgo para la restricción del crecimiento intrauterino en las gestantes del hospital Belén de Trujillo” (9)

Hinostroza M. En su tesis titulada Resultados neonatales en gestantes que presentaron preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia – Huancavelica 2016. Se ha encontrado una asociación entre la preeclampsia y una mayor tasa de partos prematuros, así como de bebés con bajo peso. Un parto prematuro es estadísticamente significativo cuando se asocia con una madre que tiene preeclampsia, que se mide en un 44 %. Esto también se mide en  $X^2 = 96.429$ , con un valor p de 0.0009 y I.C. 95%. O, el 41% de las veces, sale esta asociación. Además de las asociaciones significativas entre la preeclampsia y ciertas condiciones de salud neonatal, algunas enfermedades y trastornos neonatales están vinculados estadísticamente a la preeclampsia. Estos incluyen restricción del crecimiento intrauterino, ictericia y presión arterial baja, así como soplos cardíacos neonatales. Otras correlaciones significativas incluyen anemia, asfixia y sepsis en recién nacidos” (10)

Mallqui S. Et al En su tesis de grado denominada Factores de riesgos asociados a preeclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital La Caleta en el año 2018 - 2020. Se presentó los siguientes resultados. La preeclampsia tiene un 28% más de probabilidad de presentarse en adolescentes embarazadas con antecedentes familiares de la enfermedad. Esta investigación se realizó en 2018-2020 y mostró que no hubo asociación entre los factores sociodemográficos o de antecedentes personales y la preeclampsia. Tampoco hubo asociación entre los factores clínicos y la preeclampsia. Además, no hubo asociación entre ninguna de las variables categóricas y la

preeclampsia. Sin embargo, la variable antecedente familiares con una  $p=0,035$  y un OR de 3,600 mostró un riesgo significativo. (11)

Morey K. En su tesis titulada Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes el Hospital Regional de Loreto, 2019. Los resultados fueron los siguientes. El tipo de preeclampsia más prevalente que se encontró en la muestra del estudio fue leve, aprox. 20% de los casos. El siguiente tipo más popular fue severo: aprox. 79% de los casos. Estos resultados se observaron en función de las características de las mujeres, como edad, ocupación, país de origen y estado de convivencia. No se encontraron diferencias significativas en las complicaciones entre los casos leves y graves, independientemente de otros factores como el tipo de gestación o el método de parto. Concluyendo que no se encontró relación significativa entre estos factores se encontró en relación a la edad de la mujer (0.744), estado civil (0.730) o nivel educativo (0.790). Sin embargo, en la culminación del parto Vaginal vs Cesárea tuvo una asociación muy significativa con las complicaciones (0,335). (12)

Cáceres C. En su tesis Titulada Validez diagnóstica de la Flujometría Doppler como predictor de restricción del crecimiento intrauterino en gestantes con pre eclampsia del Hospital Manuel Núñez Butron de Puno 2020. Se encontró lo siguiente. Con un nivel de confianza del 95 %, el análisis tendrá una precisión del 5 % de los datos. Se formarán dos grupos: un grupo compuesto por mujeres embarazadas con fetos con RCIU y un grupo compuesto por mujeres embarazadas sin fetos con RCIU. El análisis evaluará la validez diagnóstica de cada criterio de flujometría Doppler como predictor de restricción del crecimiento en el útero. Cada criterio se calcula calculando la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo y el índice de Youden. (13)

En la tesis de Zapata J. titulada Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes, Hospital La Caleta, Chimbote - 2015. Se halló que la preeclampsia es más frecuente en las gestantes de edades extremas, inferior de 19 y superior a 35 años, con nivel educativo alto en 87,1% y 12,9% en nivel bajo para casos y con nivel educativo alto en 80% y 20% en nivel bajo para control. Predominó la condición socioeconómica mediana con 69,4% para casos, mientras que el 89,4% fue de control. En cuanto al estado civil 84,7% son de condición estable para casos y el 83.5% control. 24,7% tuvieron < 6 Controles Pre natales de los casos y el 12,9% del grupo control, la nuliparidad se relacionó a la preeclampsia en 56.5% en grupo de casos y 50,6% de control y la multiparidad en 43,5% fueron casos y 49,4% control. En 77,6% el periodo intergenésico fue largo para casos y 70,6% control. (14)

En la publicación de Pérez O. Nombrada Factores predictorios de la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital amazónico Pucallpa 2017. Se halló los siguientes resultados. El sobrepeso materno es un factor predictivo de preeclampsia en el hospital Amazónico - Pucallpa - 2017. La multiparidad es un factor predictivo de preeclampsia en el hospital Amazónico - Pucallpa - 2017. En el Hospital Amazonas - Pucallpa - 2017, la hipertensión arterial crónica se asocia a la presencia de preeclampsia. Además, se demostró que la anemia se correlaciona con la preeclampsia en este centro. Los datos que respaldan estas conclusiones sugirieron que una mujer mayor de 20 años, que pese más de 35 kilogramos y que tenga varios hijos probablemente desarrolle preeclampsia. (15)

Shapiama J. En la tesis titulada Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Setiembre a noviembre del 2019. Se presentó los siguientes resultados. De los 547 casos, el 65,9% tenían entre 20 y 34 años, el 73,2% tenían estudios secundarios y el 71% de los pacientes vivían en una zona urbana. Además, el 65,9 % de las pacientes eran multíparas y el 90,2 % tenían preeclampsia que se presentaba con síntomas más graves que el promedio. Había 44 casos preexistentes de APN baja (el número de controles menores de 6 años) siendo el 65,9% multíparas. Se encontraron asociaciones significativas entre la edad, la paridad y la asociación del origen con la preeclampsia. Estas asociaciones fueron significativas a  $p= 0,011$ ,  $0,039$  y  $0,026$ , respectivamente. Otras asociaciones significativas incluyeron hipertensión, diabetes y obesidad. (16)

Seguidamente se incorpora el marco referencial internacional. En la tesis de Tigua B. Et al, titulada Hiperuricemia y perfil lipídico durante el embarazo como predictores de preeclampsia Ecuador 2020. Se halló que los niveles de colesterol y ácido úrico en la sangre pueden indicar preeclampsia antes de que ocurra. Ciertos factores de riesgo para la preeclampsia incluyen edad, antecedentes familiares, factores de riesgo familiares como diabetes mellitus, insuficiencia renal e hipertensión. Los niveles en sangre de estos dos marcadores también pueden indicar la posibilidad de que ocurra preeclampsia espontánea en una mujer embarazada. (17)

En el estudio de Enríquez D. Et al; titulada Factores de riesgo en adolescentes embarazadas y su influencia en el desarrollo de preeclampsia del Sector Los Perales, Cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, periodo octubre 2019- marzo 2020” Hallando los siguientes resultados. Los factores de riesgo como la edad, antecedentes familiares, primíparas y obesidad. Se determinó que los adolescentes tuvieron relaciones sexuales por primera vez a

una edad temprana sin ningún cuidado. Esto condujo a un aumento en el número de embarazos de adolescentes que no fueron planificados. (18)

En el estudio de Hernández Y. Et al; titulado. Factores maternos predisponentes para desarrollar preeclampsia en mujeres de 20 a 40 años de edad en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los Tsachilas, enero - junio 2019. Para determinar la probabilidad de preeclampsia, los investigadores examinaron las edades de la madre de cada mujer durante el embarazo. También se determinó que la mala alimentación es una causa de esta enfermedad. Otros factores incluyeron que las mujeres no cuidaban su salud prenatal y que se ignoraban los síntomas. De 1.950 encuestados, más del 9% tiene 30 años y este grupo de edad tiene el mayor porcentaje de preeclampsia. Además, la mala nutrición fue un factor en el 85% de los casos y la atención prenatal lo hizo en el 66% de las veces. (19)

Así mismo el estudio Godoy P. et al en su trabajo titulado Preeclampsia: un Acercamiento a su Fisiopatología y Predicción por medio de Biomarcadores. Al buscar artículos relacionados con esta enfermedad, se encontraron 39 que cumplían con los criterios. De ellos, se encontraron 623 artículos que se eliminaron debido a duplicación o falta de coincidencia de criterios de inclusión. Los datos sugieren que la enfermedad es causada por un desequilibrio en la angiogénesis y la antiangiogénesis. La relación sFlt-1/PIGF, un mejor biomarcador predictivo que PIGF solo, indica una alta probabilidad de preeclampsia, especialmente en las primeras etapas. Se puede medir una fuerte correlación entre el factor receptor de VEGF y el factor de crecimiento placentario (PIF) dentro de las cuatro semanas posteriores a la aparición de la preeclampsia. (20)

Enfoques conceptuales

Escalas de riesgo. Los factores de riesgo son universales y omnipresentes. Cuando examinamos a alguien e identificamos sus factores de riesgo, definidos como nuevas condiciones de salud o cualidades negativas, descubrimos que tiene hábitos poco saludables, presenta presión arterial alta o aumento de peso anormal. Cuando investigamos su ocupación, nivel escolar, antecedentes familiares u otros elementos de su vida, podemos detectar Factores de Riesgo presentes en el individuo. (21)

La escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia, se validó en población latina, para identificar pacientes al ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos de manera temprana; cuenta con sensibilidad de 93%, especificidad 80%, valor predictivo positivo (VPP) de 70% y valor predictivo negativo (VPN) de 96% (22)



El modelo full PIERS (Preeclampsia Integrated Estimate of Risk) se basa en datos demográficos maternos, signos, síntomas y pruebas de laboratorio, el cual consta de 6 variables predictoras: Edad gestacional, Dolor torácico o disnea, Saturación de oxígeno, Recuento de plaquetas, Creatinina sérica, Aspartato aminotransferasa sérica (AST). La escala es aplicada en pacientes preeclámplicas. (23)

La construcción de la escala se realizó mediante la identificación de los factores de riesgo para complicaciones de preclamsia basándose en criterios sugeridos por varios autores. Con relación a los factores de riesgo, si identifican durante el acto preparatorio, encontrándose 37 factores que se denominan variables, que se enlistan a continuación; edad. gestación múltiple, edad gestacional, número de gestaciones. tabaquismo, exceso de peso. Diabetes, enfermedades renales, antecedentes de preeclampsia, epigastralgia, disnea, hemoglobina, hematocrito, entre otras. (24)

El instrumento utilizado en la investigación consta de 15 ítems, subdividido en 3 dimensiones: personales, obstétricos y neonatales, los cuales fueron validados previamente como predictores de preeclampsia.

Escalas de riesgo personales:

Edad materna. El término edad actual es una abreviatura del lapso de tiempo entre la concepción y la muerte. (25)

Ocupación. Para trabajar, tener un empleo o ejercer una profesión se necesita una cierta cantidad de tiempo. Esta es la razón por la que usamos los términos empleo a tiempo parcial y tiempo completo. (26)

Durante los últimos 35 años, las tasas de participación de ambos sexos fluctúan en una amplia gama de direcciones positivas y negativas. Recientemente, las mujeres han visto una disminución en su tasa de actividad durante 2 años consecutivos. Esto probablemente fue causado por el hecho de que la economía de nuestro país creció dramáticamente en los últimos 4 años. Como resultado, las familias ya no necesitan depender de mujeres que trabajan fuera del hogar. Esto se debe a que las familias ahora pueden cubrir los gastos básicos solo con los salarios de los miembros. Aproximadamente 3,8 millones de mujeres a nivel nacional se encuentran estancadas en un estado de inactividad y dedican todo su tiempo a las tareas domésticas. Al menos así es según datos recientes. No existen incentivos para que busquen empleo activamente. (27)

Grado de instrucción. Se refiere a la construcción de la esfera cognitiva, dentro de ella se

encuentran las habilidades y destrezas, que van ascendiendo en el desarrollo personal (28)  
 Pero se llama nivel de instrucción de una persona al grado educativo alcanzado a través de estudios seguidos (29)

De acuerdo al INEI se ha incrementado el porcentaje de mujeres que están cursando la universidad pasaron de 8.9% a 15.9% en el año 2013. Siendo las féminas con educación superior 1 millón 166 mil en el 2013” (30)

Estado civil. Una persona casada es la forma más unida de contrato social entre dos personas. Una sola persona es la menos unida. Las personas casadas están legalmente asociadas con alguien del sexo opuesto. Para referirse a alguien que se ha divorciado. Comparte características similares a una convivencia. (28).

Índice de masa corporal. El índice de masa corporal pregestacional, sirve para clasificar el estado nutricional en el embarazo. Los valores obtenidos del peso y talla actual, permiten calcular el IMC, por medio de la siguiente fórmula.

$$IMC = \frac{\text{Peso pregestacional Estimado (kg)}}{\text{Talla m}^2}$$

Clasificación del estado nutricional de la gestante IMC.

Tabla Nro. 1

Clasificación	IMC (PG)
Delgadez	<18.50
Normal	≥18.50 – 25.00
Sobre peso	25.00 y < 30.0
Obesidad	≥ 30.00

Fuente Resolución ministerial MINSA 325-2019 (31)

En la interpretación de los valores del índice de masa corporal.

Índice de masa corporal < 18.5 = Delgadez. Las mujeres que están embarazadas y pesan menos de 18,5 libras de índice de masa grasa o IMC se clasifican como "delgadas". Esto indica el mal estado nutricional de la madre al inicio del embarazo.

Índice de masa corporal 18.5 a 25.0 = Normal. Para la evaluación nutricional de mujeres embarazadas, un IMC de 18,5 a <25 se considera "normal". Esto significa que las mujeres que esperan un hijo se ubican en la categoría de "embarazadas sanas", siempre que su aumento de peso oscile entre 11,5 y 16 kilogramos. Sin embargo, las mujeres que esperan

dos o más hijos deben pesar entre 11,5 y 16 kilogramos.

Incide de masa corporal  $25.0 < 30.0 =$  Sobrepeso (Pre obesidad). Cuando una mujer está embarazada, su IMC aumenta de acuerdo con su tasa de aumento de peso. Se considera que una mujer cuyo aumento de peso es demasiado bajo o demasiado alto para su etapa del embarazo tiene "sobrepeso". Esto indica que es posible que no esté recibiendo suficiente nutrición para mantener a su bebé en desarrollo. También puede indicar que está aumentando demasiado de peso, lo que puede aumentar la probabilidad de problemas de salud relacionados con la obesidad, como enfermedades cardiovasculares y diabetes. Por lo tanto, es importante que las mujeres que tienen sobrepeso cuando quedan embarazadas traten reducir su IMC.

Incide de masa corporal  $\geq 30.0 =$  Obesidad. El sistema considera obesas a las mujeres que están embarazadas y tienen un IMC de 30 o más. Esto se debe a que su aumento de peso durante el primer trimestre hace que reflejen un peso inadecuado para su edad y estatura. Además, el peso excesivo puede dañar al feto. Durante el embarazo, las mujeres deben aspirar a ganar menos del peso normal. (31)

Procedencia. Lugar donde una persona habría nacido. La región de procedencia es una especie determinada en una zona, sujeta a condiciones ecológicas suficientemente uniforme en la que se encuentran fuentes fenotípicas o genéticas.: Procedencia rural. Es el conjunto de personas que bien en el campo o zonas alejadas de las ciudades.: Procedencia urbana. Aquella donde viven con más de 2500 habitantes, en la cual existe un mayor desarrollo (32)  
Escalas de riesgo obstétricos: Cuando existe condiciones que podrían comprometer la salud de la madre gestante

Paridad. Número de nacidos vivos y mortinatos después de las 28 semanas de gestación. Se designa como el número total de embarazos, denotados con la letra "P". (33)

Nulípara: Mujeres que aún no tienen hijos después de las 20 semanas de embarazo.

Primípara: Una mujer que da a luz después de 20 semanas. Multíparas: Mujeres que han dado a luz dos o más veces después de las 20 semanas. (34)

Atenciones prenatales; Las mujeres embarazadas y los fetos son monitoreados y evaluados integralmente preferiblemente antes de las 14 semanas de gestación para proporcionar un conjunto básico de intervenciones para la detección oportuna de signos de alarma. Factores de riesgo, educación para el autocuidado y participación familiar y manejo adecuado de las complicaciones, enfoques de género e interculturalidad en un marco de derechos humanos. El Ministerio de Salud establece que una gestante debe tener 6 APN, la distribución es la

siguiente: 2 visitas antes de la semana 22. El tercer APN será en la semana 22 a la 24. El cuarto APN será entre las semanas 27 y 29. El quinto APN será entre las semanas 33 y 35. La sexta APN tendrá lugar entre la semana 37 y la última del embarazo. (35)

Anemia gestacional. Es un trastorno en el cual no hay suficientes glóbulos rojos circulando en la sangre, o menos glóbulos rojos, para satisfacer las necesidades del cuerpo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina dos desviaciones estándar por debajo de la media según el sexo, la edad y el nivel del mar. (36) Se define como una concentración de hemoglobina no embarazada de menos de 11 g/dl y una concentración de hemoglobina de menos de 10,9 g/dl durante el embarazo. "La anemia en mujeres embarazadas que tomaban suplementos de hierro fue específica. Al usar el punto de corte del percentil 5; 11 g/dl en el primer y tercer trimestre y 10,5 g/dl en el segundo trimestre. La reducción de inclusión en la unión de Hb durante el embarazo se determinó mediante The red blood el volumen celular es paralelo al causado por la mayor propagación respectivamente de la obesidad plasmática." (37)

Tipo de anemia

Tabla Nro. 2

POBLACION	Con anemia. alturas de hemoglobina (g/dL)			Sin anemia Si la concentración hemoglobina (g/dL)
	Severa	Moderada	Leve	
Gestantes	<7.0	7.0 -9.9	10.0 -10.9	≥ 11.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011 (38)

Antecedentes de preeclampsia. Se define mejor como un síndrome específico del embarazo que afecta a todos los sistemas de órganos, es decir, hipertensión que alcanza 140/90 mmHg o más con proteinuria. Existe evidencia de que los síntomas prodrómicos persistentes de cefalea con alteración visual o escotoma y dolor epigástrico a menudo se acompañan de necrosis hepatocelular, cuanto más graves son los síntomas. Es más probable que estos signos y síntomas indiquen la interrupción del embarazo. (39)

Edad gestacional. Duración del embarazo, calculada desde el primer día del último período menstrual normal y contado desde el momento del cálculo. La edad gestacional se expresa en días completos o semanas. (40)

Escalas de riesgo neonatales:

Retardo del crecimiento intrauterino. A los bebés con bajo peso al nacer que son pequeños para la edad gestacional generalmente se les asigna la categoría de restricción del crecimiento fetal. Se eliminó el término retraso del crecimiento fetal porque "retraso" implica un funcionamiento mental anormal, que no se pretendía. Se estima que entre el 3 y el 10 % de los bebés tienen un crecimiento restringido. Battaglia y Lubchenco (1967) posteriormente clasificaron a los lactantes pequeños para la edad gestacional (pesos por debajo del percentil 10 para su edad gestacional). Estos bebés tienen un mayor riesgo de muerte neonatal. Crecimiento simétrico versus asimétrico crecimiento restringido Los bebés simétricos son proporcionalmente más pequeños, los bebés asimétricos tienen un crecimiento abdominal retrasado desproporcionadamente En el caso de la restricción del crecimiento simétrico, la lesión inicial puede resultar en una reducción relativa en el número y tamaño de las células. La restricción asimétrica del crecimiento puede estar seguida de lesiones gestacionales tardías, como insuficiencia placentaria hipertensiva. Se ha sugerido que esta restricción del crecimiento somático se debe a la derivación preferencial de oxígeno y nutrientes al cerebro, lo que permite el crecimiento normal del cerebro y la cabeza (lo que se denomina erecciones cerebrales no afectivas). Nicollard et al. (1991) encontraron que los fetos con aneuploidía tendían a tener un tamaño de cabeza desproporcionadamente grande y, por lo tanto, tenían una restricción de crecimiento asimétrica, contrariamente a lo que se pensaba en ese momento. Aunque solo el 20% de los fetos con restricción del crecimiento muestran asimetría en la circunferencia de la cabeza y el abdomen en la ecografía, estos fetos tienen un mayor riesgo de complicaciones intraparto y neonatales. Los fetos con restricción de crecimiento simétrico no tenían un mayor riesgo de resultados adversos en comparación con los fetos de crecimiento normal. Estos investigadores concluyeron que la restricción del crecimiento fetal asimétrico representa un crecimiento marcadamente deteriorado, mientras que la restricción del crecimiento simétrico es más probable que represente una estatura pequeña normal determinada genéticamente. (37)

Tipos: Simétricos: que presentan reducción de todas sus medidas (perímetro craneano, talla, peso). Responden a causas que irrumpen precozmente en la gestación (cromosomopatías, rubeola). Asimétricos: en los que disminuye solo el peso, con perímetro craneano y talla normales. Suele ser los causantes, las noxas que aparecen en el tercer trimestre (preeclampsia, diabetes con vasculopatías) (41)

Patologías neonatales: Síndrome de dificultad respiratoria. La enfermedad de la membrana hialina, también conocida como enfermedad de la membrana hialina, se origina por la falta de surfactante pulmonar. Este último es una mezcla de fosfolípidos, principalmente dipalmitoilfosfatidilcolina, que es responsable de la estabilización distal de los alvéolos en volúmenes pulmonares espiratorios bajos debido a su tensión superficial reducida. Cuando el surfactante es deficiente, los recién nacidos pueden ser incapaces de generar el aumento de la presión inspiratoria necesaria para inflar las unidades alveolares, lo que conduce al desarrollo de atelectasias progresivas. factores de riesgo. Los factores que afectan el grado de desarrollo pulmonar al nacer incluyen: prematuridad, diabetes materna y factores genéticos como raza blanca, antecedentes médicos, enfermedad de la membrana hialina en generaciones anteriores y sexo masculino. Las deformidades torácicas que conducen a hipoplasia pulmonar, como la hernia diafragmática, pueden aumentar el riesgo de deficiencia de surfactante. La deficiencia congénita de la proteína B del surfactante causa proteinosis alveolar congénita, cuyas primeras etapas se asemejan a la enfermedad de la membrana hialina y suelen ser fatales. Otros factores que pueden afectar seriamente la producción, liberación o función del surfactante incluyen la asfixia perinatal en bebés prematuros y el parto por cesárea sin parto. Los recién nacidos antes del parto no se benefician de la liberación de hormonas adrenérgicas y esteroides liberadas durante el parto, lo que aumenta la producción y liberación de surfactante. Finalmente, el uso prenatal de corticoides se asocia con la incidencia de la enfermedad (42)

Sepsis neonatal. Se define como una respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por el huésped (huésped) en presencia de un agente infeccioso. La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor de 5 millones de recién nacidos mueren cada año en todo el mundo, el 94 por ciento de los cuales nacen en países en desarrollo. En los países pobres, el shock séptico ocurre en 100 a 500 por millón de nacidos vivos. En los últimos 10 años, la incidencia de infecciones neonatales causadas por *Escherichia coli* y *Enterobacter Klebsiella* ha ido en aumento en América Latina, mientras que los estreptococos beta-hemolíticos del grupo B han retrocedido a un segundo plano. En sepsis nosocomial, *Staphylococcus epidermidis* y *Pseudomonas*. *Candida albicans* es el principal patógeno. La sepsis neonatal y la meningitis neonatal representan el 7,2% de las muertes de recién nacidos en los países en desarrollo, según datos de la OMS. Tanto el desarrollo de los episodios de sepsis como el tipo de etiología dependen del grado y calidad de la colonización previa de la mucosa respiratoria y gastrointestinal neonatal por diferentes microorganismos. La sepsis temprana

está directamente relacionada con el tipo de microbios que se encuentran en el sistema genital-rectal materno. (42)

Peso del recién nacido: Las primeras 4 semanas de vida se denominan "período neonatal". La atención neonatal se divide en clase I: recién nacidos a término; clase II: recién nacidos normales (a término), pero considerados de alto riesgo por diferentes razones médicas, y clase III: recién nacidos gravemente enfermos que requieren cuidados intensivos. Las necesidades energéticas exactas de un recién nacido dependen de varios factores, incluido el peso corporal, la edad gestacional, la tasa de crecimiento y el proceso de la enfermedad. Luego, los bebés nacidos a término sanos deben aumentar de 20 a 30 g/kg/día y los bebés prematuros de 15 a 20 g/kg/día. (43)

El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para niñas o niños. Estado nutricional de los recién nacidos por peso al nacer:

Tabla Nro. 3

Clasificación de acuerdo al peso del nacimiento	
Punto de corte	Clasificación
< 1000 gramos	Extremadamente bajo
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499 gramos	Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Normal
4000 gramos	Macrosómico

Fuente: Norma Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

Preeclampsia: Representa la patología más importante del embarazo, afectando a la madre (accidentes secundarios a hipertensión arterial, deterioro de la función renal, microangiopatía, daño hepático) y al hijo (retraso del crecimiento intrauterino, muerte y parto prematuro con su riesgo inmediato y peligroso) constituyen un importante factor de riesgo. secuelas de por vida). Las tasas de preeclampsia varían del 2 por ciento en los Estados Unidos al 30 por ciento en otros países. (44).

La preeclampsia se define mejor como un síndrome específico del embarazo que puede afectar todos los sistemas orgánicos y es una forma de hipertensión que alcanza 140/90 mmHg o más con proteinuria. Existe evidencia de que los síntomas prodrómicos persistentes de cefalea con alteración visual o escotoma y dolor epigástrico suelen ir acompañados de necrosis hepatocelular, cuanto más graves son los síntomas: Preeclampsia leve: Detectar presión arterial igual o superior a 140/90 mm g, con un intervalo de al menos 4 horas entre dos controles, y proteinuria igual o superior a 300 mg/24 h. Preeclampsia severa: Valores

de presión arterial detectados iguales o superiores a 160/110 mmHg o incluso con valores inferiores pero asociados a uno o más de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial de órgano diana): Proteinuria >5 g/24 horas ; enfermedad hepática; transaminasas elevadas; dolor epigástrico persistente; náuseas, vómitos. Incidencia y factores de riesgo. La preeclampsia generalmente afecta a mujeres jóvenes y nulíparas, mientras que las pacientes mayores tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión crónica con preeclampsia. Además, las tasas de incidencia dependen en gran medida de la raza y el origen étnico y, por tanto, de la predisposición genética. Otros factores incluyen efectos ambientales, socioeconómicos e incluso estacionales. Teniendo en cuenta estas variaciones, la prevalencia de preeclampsia en mujeres nulíparas oscila entre el 3% y el 10% en varios estudios. La incidencia de preeclampsia también varió entre mujeres nulíparas, pero fue menor que entre mujeres nulíparas. Sin embargo, otros autores han publicado artículos que afirman que las mujeres hipertensas con hijos tienen un mayor riesgo de muerte (mortinato) que las mujeres nulíparas. Otros factores de riesgo asociados con la preeclampsia incluyen la obesidad, la gestación múltiple, la edad materna mayor de 35 años y la ascendencia afroamericana. La relación entre el peso materno y el riesgo de preeclampsia es progresiva. Aumentó del 4,3 % en mujeres con un índice de masa corporal (IMC) de 20 kg/m<sup>2</sup> al 13,3 % en mujeres con un IMC. 35 kg/metro cuadrado. Entre las pacientes con embarazos gemelares, la incidencia de hipertensión gestacional (13 % frente a 6 %) y preeclampsia (13 % frente a 5 %) aumentó sustancialmente en comparación con aquellas con embarazos únicos. La incidencia fue independiente de la cigosidad. Aunque fumar durante el embarazo puede dar lugar a diversos resultados. Aunque fumar durante el embarazo se asocia con muchos resultados adversos del embarazo, irónicamente, fumar se ha asociado consistentemente con un menor riesgo de desarrollar presión arterial alta durante el embarazo. También se ha informado que la placenta previa reduce el riesgo de trastornos hipertensivos durante el embarazo. Entre las mujeres que eran normotensas durante su primer embarazo, la incidencia de preeclampsia en los embarazos posteriores fue menor que la notada anteriormente. La preeclampsia ocurrió en el 1,8 por ciento de las mujeres blancas en comparación con el 3 por ciento de las mujeres negras. Una vez más, la obesidad es un importante factor de riesgo. (37)

#### Enfoques Conceptuales

Escalas de riesgo. Son las cualidades negativas que alteran en bienestar de una persona. Las



mismas que fueron señas de los factores de riesgo que con lleva a una complicación de la gestante. (21)

Preeclampsia. Es el incremento de los valores normales de la presión arterial mayores o iguales 140/90 mmHg, a partir de las 20 semanas de gestación. Al mismo tiempo se presenta con incrementos de los valores de proteína en la orina. (44)

Variables

Variable 1: Escalas de riesgo

Variables 2: Preeclampsia

Frente a esta situación se plantea los siguientes problemas de investigación: PG ¿Cuáles son las escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022? Al mismo tiempo se planteó los siguientes problemas específicos: PE<sup>1</sup> ¿Cuáles son las escalas personales de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro? PE<sup>2</sup> ¿Cuáles son las escalas obstétricas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro? PE<sup>3</sup> ¿Cuáles son las escalas neonatales de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro?

Justificación. Por su aporte teórico: La preeclampsia es una complicación que se presentan en las gestantes, siendo la preeclampsia severa la que con mayor incidencia se presenta, según los datos recopilados del MINSA (45). Su origen en la actualidad es desconocido y multifuncional. Las manifestaciones clínicas se presentan a partir de la semana 20. Por su relevancia práctica: Esta patología presenta manifestaciones clínicas con o sin alteración sistémica, la cual afecta al producto de la gestación, como puede ser restricción del crecimiento fetal. Al conocer los factores de riesgo se disminuirá las complicaciones que se pueden presentar. Por su aporte metodológico: El presente estudio utilizará un cuestionario específico, para la recolección de datos, los mismos que permitirán la elaboración de tablas y gráficos para ser analizados y discutidos. Por su aporte social: Con la investigación se brindará las herramientas para la actualización de los protocolos de atención en gestantes y con ello aminorar la frecuencia de preeclampsia en pacientes que se atienden en el establecimiento de salud

Con respecto a los objetivos de la investigación se plantea los siguiente: O.G. Determinar las escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al

Hospital de Azángaro 2022. Conjuntamente se plantea los siguientes objetivos específicos: OE<sup>1</sup>. Identificar las escalas personales de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro. OE<sup>2</sup>. Reconocer las escalas obstétricas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro. OE<sup>3</sup>. Indicar las escalas neonatales de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.

Con el planteamiento de la investigación se propone las siguientes hipótesis: HG Las escalas de riesgo personales, obstétricos y neonatales son predictoras de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022. Conjuntamente las hipótesis específicas: HE<sup>1</sup> Las escalas de riesgo personales: edad materna, ocupación, grado de instrucción, estado civil, Índice de masa corporal y procedencia son predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro. HE<sup>2</sup> Las escalas de riesgo obstétricos: paridad, atenciones prenatales, anemia gestacional, antecedentes de preeclampsia, edad gestacional son predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro. HE<sup>3</sup> Las escalas de riesgo neonatales: retardo del crecimiento intrauterino, patologías neonatales y peso del recién nacido son predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro

## II. METODO

### 2.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación. Esta investigación fue básica: Por cuando la investigación se orientó a conseguir un nuevo conocimiento de modo sistemático, con el único objetivo de incrementar el conocimiento de una realidad concreta. (46)

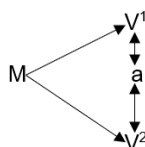
Diseño de investigación. El diseño de investigación fue no experimental. debido a que no existe manipulación de las variables y en los que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. (47)

Según su enfoque, es investigación cuantitativa, porque cuantifica los valores después de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y fueron elaborados en base a las dimensiones e indicadores de la variable. (48)

Retrospectivo se extrajo la información del hospital de Azángaro.

Según el alcance temporal, fue una investigación transversal, porque estudió un aspecto de los sujetos en un momento dado y buscó establecer la relación de variables medidas en una muestra, en un único momento del tiempo (49)

Correlacional de corte Transversal: Midió la relación entre dos variables en un momento dado, sin importar por cuanto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron. (50)



Donde:

M = Muestra

V<sup>1</sup> = Primera variable

a = asociación

V<sup>2</sup> = Segunda variable

### 2.2 Operacionalización de variables.

Variable 1	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escalas	Puntuación			
Escala de riesgo	Definidos como nuevas condiciones de salud o cualidades negativas, descubrimos que tiene hábitos poco saludables (21)	Instrumento de recolección de datos el cual consta de 14 ítems, para medir las tres dimensiones de escalas de riesgo: personales, obstétricos y neonatales	Personales	Edad materna	Menores de 19 años 20 a 35 años Mayores de 36 años	1 2 3			
				Ocupación	Ama de casa Trabajadora independiente Trabajado dependiente	1 2 3			
				Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	1 2 3 4			
				Estado civil	Soltera Conviviente Casada	1 2 3			
				Índice de masa corporal	IMC Delgadez IMC Normal IMC Sobrepeso	1 2 3			
				Procedencia	Rural Urbana	1 2			
			Obstétricos	Paridad	Nulípara Primípara Multípara	1 2			
				Atenciones prenatales	Sin atenciones Inadecuado. (<5) Adecuado. (6 a +)	1 2 3			
				Anemia gestacional	Sin anemia Leve 10.0 a 10.9 g/dl Moderada 7.0 a 9.9 g/dl Severa <7 g/dl	1 2 3 4			
				Antecedentes de preeclampsia	Si presentó No presentó	1 2			
				Edad gestacional	Menor de 37 semanas 38 a 41 semanas 42 semanas a más	1 2 3			
			Neonatales	Retardo del crecimiento intrauterino	Si presentó Simétrico Si presentó Asimétrico No presentó	1 2 3			
				Patologías neonatales	Síndrome de dificultad respiratoria Sepsis neonatal No presentó	1 2 3 4			
				Peso del recién nacido	Bajo peso al nacer 1500 a 2499 gramos Normal 2500 a 4000 gramos Macrosómico mayor a 4000 gramos	1 2 3			
			<b>VARIABLE</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>DIMENSIONES</b>		<b>ESCALAS</b>	
			Preeclampsia.	Es un desorden del embarazo asociado con el inicio de hipertensión después de las 20 semanas, con o sin proteinuria	Clasificación mediante toma de presión arterial menor o mayor a 160 mmHg. (Con o sin criterios de severidad)	Tipos de Preeclampsia		Leve Severa No presentó	1 2

### 2.3 Población, muestra y muestreo

Población. Estuvo conformada por 168 gestantes atendidas con preeclampsia en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro del 2022

La población es el conjunto de individuos que presentan el rasgo o características que se desea estudiar. Se define población finita por el número de valores que lo componen el cual tiene un fin. (51)

Muestra: Para saber el número de pacientes que formaron parte del estudio se consideró la población total, por ser finita.

Método de muestreo:

Muestreo Probabilístico. El cual todos los sujetos disponibles tienen la misma probabilidad de ser incluido.

El muestreo probabilístico simple. Es una técnica de muestreo en la que se incluyen en el marco muestral todos los elementos que componen la población. El proceso incluyó el uso de tecnología de lotería entre la multitud. Todos recibieron un boleto con un número de historial médico, el boleto se colocó en una urna y comenzaremos un sorteo al azar. Todas las personas cuyos nombres aparezcan sorteados en los boletos constituyeron la muestra a estudiar.

#### 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica: Encuesta

Técnica de investigación social de más extendido uso en el campo de la salud, que ha trascendido el ámbito estricto de la investigación científica. (52)

Instrumento: Cuestionario

Consistió en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. (53)

Confiabilidad

Se realizó la validez del contenido mediante la revisión del juicio de expertos.

Utilizando los formatos de evaluación de expertos proporcionados por la universidad, se alcanzó los siguientes puntajes

JUICIO DE EXPERTOS		FORMATO A
		Validez del instrumento de Investigación
Dra. Graciela Bernal Salas	Promedio de valoración	95
	Opinión de aplicabilidad	Muy buena
Mg. René Sánchez Ríos	Promedio de valoración	95
	Opinión de aplicabilidad	Muy buena
Mg. Karina Quispe Rosas	Promedio de valoración	95
	Opinión de aplicabilidad	Muy Buena

Al mismo tiempo se ejecutó la evaluación de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach obteniendo un puntaje de 0.544 que nos brindó un valor de confiabilidad moderada.

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,544	,517	15

Validez de contenido: Grado en que un instrumento reflejo un dominio específico del contenido. (Validez de juicio de experto).

Validez de criterio: Se estableció al validar el instrumento de medición al compararlo mediante el Alfa de Cronbach

Criterios de interpretación del coeficiente de Alfa de Cronbach

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

## 2.5 Procedimiento

Para el procesamiento de los datos se utilizó del software estadístico SPSS 25. Se aplicó de la prueba de Chi<sup>2</sup>.

## 2.6 Método de análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos se usó la estadística descriptiva (codificación, tabulación, estimación, análisis e interpretación de los resultados) en base a este análisis podremos aceptar o rechazar nuestras hipótesis planteadas.

**Análisis descriptivo.** Para la presentación de los resultados se utilizó como técnica la estadística descriptiva para las variables expresadas en conteos, para lo cual se desarrollaron tablas de frecuencias múltiples con frecuencias absolutas y porcentuales, así como gráficos de barras para su representación.

## 2.7 Aspectos éticos

Se garantizar la ejecución de la investigación con ética profesional, originalidad bajo la responsabilidad de las autoras y siempre bajo la supervisión y vigilancia del asesor.

### III. RESULTADOS

**TABLA N ° 1 DIMENSION DE ESCALAS DE RIESGO PERSONALES**

Edad Materna	Tipos de preeclampsia								X <sup>2</sup>	P
	Leve		Severa		No presentó		Total			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Menores de 19 años	4	2.4	4	2.4	24	14.3	32	19.1	33.75	0.000
20 a 35 años	16	9.5	3	1.8	72	42.9	91	54.2		
Mayores de 36 años	2	1.2	18	10.7	25	14.9	45	26.7		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Ocupación</b>										
Ama de casa	20	11.9	3	1.8	89	53.0	112	66.7	42.79	0.000
Trabajadora independiente	0	0.0	8	4.8	14	8.3	22	13.1		
Trabajado dependiente	2	1.2	14	8.3	18	10.7	34	20.2		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Grado de instrucción</b>										
Sin estudios	14	8.3	1	0.6	50	29.8	65	38.7	39.49	0.000
Primaria	2	1.2	11	6.5	21	12.5	34	20.2		
Secundaria	0	0.0	12	7.1	21	12.5	33	19.7		
Superior	6	3.6	1	0.6	29	17.2	36	21.4		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Estado civil</b>										
Soltera	14	8.3	3	1.8	72	42.9	89	53.0	41.45	0.000
Conviviente	0	0.0	16	9.5	17	10.1	33	19.6		
Casada	8	4.8	6	3.6	32	19.0	46	27.4		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Índice de masa corporal</b>										
IMC Delgadez	5	3.0	1	0.6	16	9.5	22	13.1	29.69	0.000
IMC Normal	4	2.4	24	14.3	62	36.9	90	53.6		
IMC Sobrepeso	13	7.7	0	0.0	43	25.6	56	33.3		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Procedencia</b>										
Rural	5	3.0	22	13.1	39	23.2	66	39.3	29.92	0.000
Urbana	17	10.1	3	1.8	82	48.8	102	60.7		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		

Fuente: Base de datos SPSS 2022

## Interpretación.

### El valor más significativo

Analizando la tabla 1 en cuanto a las escalas de riesgo personales como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al hospital de Azángaro 2022. Se aprecia que la edad de 20 a 35 años, es la escala de predicción más sobresaliente, debido a que en esta etapa cronológica las mujeres desean concebir y presentan enfermedades hipertensivas.

En la presente tabla se aprecia la variable **edad materna** en la cual se observa que el 54.2% presentaron edades entre 20 a 35 años. Seguido de las mayores de 36 años con 26.7% y el 19.1% fueron menores de 19 años

En la variable **ocupación** se observó que el 66.7% se dedicaban a las actividades propias del hogar, seguido 20.2% que tuvieron trabajos dependientes y el 13.1% trabajos independientes.

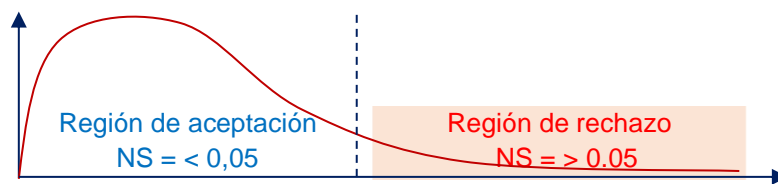
En la variable de **grado de instrucción** vemos que el mayor porcentaje fue 38.7% sin estudios, seguido del 20.2% presentaron estudios primarios, como también el 21.4% estudios superiores y el 19.7% estudios secundarios.

En la variable **estado civil** se registró con mayor porcentaje fue 53% que eran solteras, seguido del 27.4% casadas y el 19.6% convivientes

En la variable **índice de masa corporal** se observó que el 53.6% tuvieron IMC normal, seguido del 33.3% con IMC de sobrepeso y el 13.1% IMC delgadez.

En la variable de **procedencia** vemos que el mayor porcentaje fue 60.7% de zonas urbanas y el 39.3% procedían de zonas rurales

### Prueba de hipótesis



Edad materna	$CHI^{2Cal} = 33.75 > CHI^{2Tab} = 9.49$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$
Ocupación	$CHI^{2Cal} = 42.79 > CHI^{2Tab} = 9.49$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$
Grado de instrucción	$CHI^{2Cal} = 39.49 > CHI^{2Tab} = 12.59$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$
Estado civil	$CHI^{2Cal} = 41.45 > CHI^{2Tab} = 9.49$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$
Índice de masa corporal	$CHI^{2Cal} = 29.69 > CHI^{2Tab} = 9.49$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$
Procedencia	$CHI^{2Cal} = 29.92 > CHI^{2Tab} = 5.99$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$

Interpretación: En el análisis estadístico de la edad materna el  $CHI^2$  calculado fue 33.75 que es mayor al  $CHI^2$  crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que la



edad materna es un predictor de preeclampsia en las gestantes de Azángaro.

En el análisis estadístico de la ocupación el  $\text{CHI}^2_{\text{calculado}}$  fue 42.79 que es mayor al  $\text{CHI}^2_{\text{crítico tabulado}}$  con 9,49 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que la ocupación es un predictor de preeclampsia.

En el grado de instrucción el  $\text{CHI}^2_{\text{calculado}}$  fue 39.49 que es mayor al  $\text{CHI}^2_{\text{crítico tabulado}}$  con 12.59 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que el grado de instrucción es un predictor de preeclampsia

A continuación, el estado civil presentó  $\text{CHI}^2_{\text{calculado}}$  de 41.45 que es mayor al  $\text{CHI}^2_{\text{crítico tabulado}}$  con 9.49 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que el estado civil se considera como predictor de preeclampsia

Seguidamente el índice de masa corporal tuvo  $\text{CHI}^2_{\text{calculado}}$  de 29.69 que es mayor al  $\text{CHI}^2_{\text{crítico tabulado}}$  con 9.49 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que el índice de masa corporal es un predictor de preeclampsia

En la procedencia el  $\text{CHI}^2_{\text{calculado}}$  fue 29.92 que es mayor al  $\text{CHI}^2_{\text{crítico tabulado}}$  con 5.99 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que la procedencia es un predictor de preeclampsia

**TABLA N ° 2 DIMENSIÓN DE ESCALAS DE RIESGO OBSTÉTRICOS**

Paridad	Tipos de preeclampsia						Total	X <sup>2</sup>	P	
	Leve		Severa		No presentó					
	Fi	%	fi	%	fi	%				
Nulípara	12	7.1	2	1.2	53	31.5	67	39.9	42.03	0.000
Primípara	2	1.2	22	13.1	32	19.0	56	33.4		
Múltipara	8	4.8	1	0.6	36	21.4	45	26.8		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Atención prenatal</b>										
Sin atenciones	12	7.1	6	3.6	60	35.7	78	46.4	32.62	0.000
Inadecuado. (<5)	2	1.2	18	10.7	25	14.9	45	26.8		
Adecuado. (6 a +)	8	4.8	1	0.6	36	21.4	45	26.8		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Anemia gestacional</b>										
Sin anemia	17	10.1	6	3.6	76	45.2	99	58.9	33.59	0.000
Leve 10.0 a 10.9 g/dl	5	3.0	4	2.4	27	16.1	36	21.4		
Moderada 7.0 a 9.9 g/dl	0	0.0	10	5.9	12	7.1	22	13.1		
Severa <7 g/dl	0	0.0	5	3.0	6	3.6	11	6.5		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Antecedentes de preeclampsia</b>										
Si presentó	20	11.9	3	1.8	89	53.0	112	66.7	42.02	0.000
No presentó	2	1.2	22	13.1	32	19.0	56	33.3		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Edad gestacional</b>										
Menor de 37 semanas	18	10.7	3	1.8	79	47.0	100	59.5	39.87	0.000
38 a 41 semanas	2	1.2	19	11.3	24	14.3	45	26.8		
42 semanas a más	2	1.2	3	1.8	18	10.7	23	13.7		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		

Fuente: Base de datos SPSS 2022

### Interpretación.

#### El valor más significativo

Analizando la tabla 2 en cuanto a las escalas de riesgo obstétricos como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al hospital de Azángaro 2022. Se analiza que la nuliparidad es un predictor de mayor relevancia a presentar trastornos hipertensivos como fue la preeclampsia

En la presente tabla se aprecia la variable **paridad** en la cual se observa que el 39.9% fueron nulíparas, seguido del 33.4% primíparas y el 26.8% multíparas

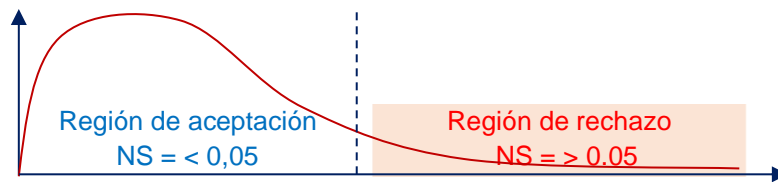
En la variable **atención prenatal** se apreció que el 46.4% no se realizaron atenciones prenatales, seguido del 26.8% tuvieron atenciones prenatales inadecuados como adecuadas.

En la variable **anemia gestacional** vemos que el mayor porcentaje fue 58.9% sin anemia, seguido del 21.4% con anemia leve el 13.1% anemia moderada y el 6.5% anemia severa.

En la variable **antecedentes de preeclampsia** se registró con mayor porcentaje fue 66.7% si presentó con anterioridad preeclampsia y opuestamente el 33.3% no lo presentó

En la variable **edad gestacional** se observó que el 59.5% fueron menores de 37 semanas de gestación, seguido del 26.8% edad gestacional entre 38 a 41 semanas y el 13.7% mayores de 41 semanas

### Prueba de hipótesis



Paridad	$CHI^{2Cal} = 42.03 > CHI^{2Tab} = 9.49$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$
Atención prenatal	$CHI^{2Cal} = 32.62 > CHI^{2Tab} = 9.49$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$
Anemia gestacional	$CHI^{2Cal} = 33.59 > CHI^{2Tab} = 12.59$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$
Antecedentes de preeclampsia	$CHI^{2Cal} = 42.02 > CHI^{2Tab} = 5.99$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$
Edad gestacional	$CHI^{2Cal} = 39.87 > CHI^{2Tab} = 9.49$	$NS = 0.000 < NS = 0.05$

Interpretación: En el análisis estadístico de la paridad el  $CHI^2$  calculado fue 42.03 que es mayor al  $CHI^2$  crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que la paridad es un predictor de preeclampsia en las gestantes de Azángaro.

En el análisis estadístico de la atención prenatal el  $CHI^2$  calculado fue 32.62 que es mayor al  $CHI^2$  crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que la atención prenatal es un predictor de preeclampsia.

En anemia gestacional el  $CHI^2$  calculado fue 33.59 que es mayor al  $CHI^2$  crítico tabulado con 12.59 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que la anemia gestacional es un predictor de preeclampsia

A continuación, los antecedentes de preeclampsia presentaron  $\text{CHI}^2_{\text{calculado}}$  de 42.02 que es mayor al  $\text{CHI}^2_{\text{crítico tabulado}}$  con 5.99 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que los antecedentes de preeclampsia se consideran como predictor de preeclampsia

Seguidamente la edad gestacional tuvo  $\text{CHI}^2_{\text{calculado}}$  de 39.87 que es mayor al  $\text{CHI}^2_{\text{crítico tabulado}}$  con 9.49 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que la edad gestacional es un predictor de preeclampsia

**TABLA N ° 3 DIMENSIÓN DE ESCALAS DE RIESGO NEONATALES**

Retardo del crecimiento intrauterino	tipos de preeclampsia								X <sup>2</sup>	P
	Leve		Severa		No presentó		Total			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%		
Si presentó Simétrico	6	3.6	1	0.6	28	16.7	35	20.8	33.68	0.000
Si presentó Asimétrico	0	0.0	15	8.9	18	10.7	33	19.6		
No presentó	16	9.5	9	5.4	75	44.6	100	59.5		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Patologías neonatales</b>										
Síndrome de dificultad respiratoria	6	3.6	11	6.5	37	22.0	54	32.1	5.47	0.240
Sepsis neonatal	4	2.4	0	0.0	19	11.3	23	13.7		
No presentó	12	7.1	14	8.4	65	38.7	91	54.2		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		
<b>Peso del recién nacido</b>										
Bajo peso al nacer 1500 a 2499 gramos	8	4.8	0	0.0	31	18.5	39	23.2	53.47	0.000
Normal 2500 a 4000 gramos	14	8.3	4	2.4	66	39.3	84	50.0		
Macrosómico mayor a 4000 gramos	0	0.0	21	12.5	24	14.3	45	26.8		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>13.1</b>	<b>25</b>	<b>14.9</b>	<b>121</b>	<b>72.0</b>	<b>168</b>	<b>100.0</b>		

Fuente: Base de datos SPSS 2022

### Interpretación.

#### El valor más significativo

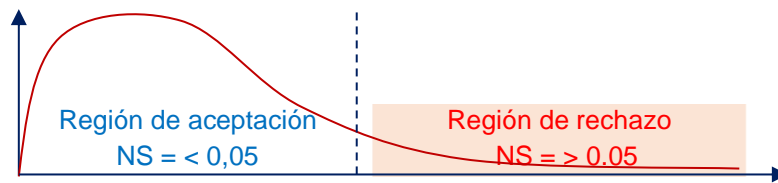
Analizando la tabla 3 en cuanto a las escalas de riesgo neonatales como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al hospital de Azángaro 2022. Con respecto a esta dimensión el peso normal del recién nacido se considera como un predictor de notabilidad

En la presente tabla se aprecia la variable **retardo del crecimiento intrauterino** se aprecia que el 20.8% presentaron retardo del crecimiento simétrico seguido del 19.6% retardo del crecimiento asimétrico, y opuestamente el 59.5% no presentaron retardo del crecimiento

En la variable **patologías neonatales** se observó que el 32.1% presentaron síndrome de dificultad respiratoria, seguido del 13.7% sepsis neonatal, antagónicamente el 54.2 no presentaron patologías neonatales

En la variable **peso del recién nacido** vemos que el mayor porcentaje fue 50% tuvieron peso normal, el 26.8% peso macrosómico y el 23.2% bajo peso al nacer.

## Prueba de hipótesis



Retardo del crecimiento intrauterino     $CHI^{2Cal} = 33.68 > CHI^{2Tab} = 9.49$      $NS = 0.000 < NS = 0.05$

Patologías neonatales     $CHI^{2Cal} = 5.47 < CHI^{2Tab} = 9.49$      $NS = 0.240 > NS = 0.05$

Peso del recién nacido     $CHI^{2Cal} = 53.47 > CHI^{2Tab} = 9.49$      $NS = 0.000 < NS = 0.05$

Interpretación: En el análisis estadístico del retardo del crecimiento intrauterino el  $CHI^2$  calculado fue 33.68 que es mayor al  $CHI^2$  crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que el retardo del crecimiento intrauterino es un predictor de preeclampsia en las gestantes de Azángaro.

En el análisis estadístico de las patologías neonatales el  $CHI^2$  calculado fue 5.47 que es menor al  $CHI^2$  crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0.240. Concluyendo que las patologías neonatales **no** es un predictor de preeclampsia.

A continuación, el peso del recién nacido presentó  $CHI^2$  calculado de 53.47 que es mayor al  $CHI^2$  crítico tabulado con 9.49 y el nivel de significancia fue 0.000. Concluyendo que el peso del recién nacido se considera como predictor de preeclampsia

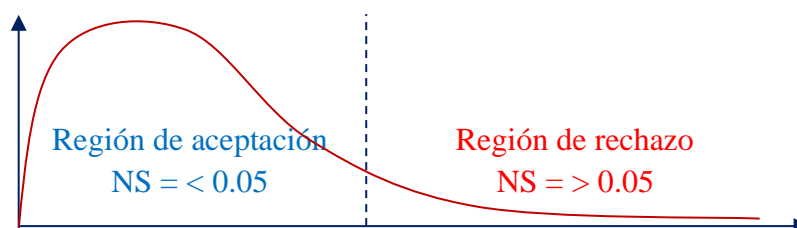
## Contrastación de Hipótesis General.

Se realizó la contrastación de hipótesis general, donde se desea determinar las escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes, empleando el estadístico de chi cuadrado. En tal sentido se planteó, la siguiente hipótesis general.

### Hipótesis general

Las escalas de riesgo personales, obstétricos y neonatales son predictoras de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022

El análisis estadístico realizado sobre las variables de estudio, las cuales fueron escalas de riesgo y preeclampsia; en la cual las escalas de riesgo se sub clasifico en dimensiones personales, obstétricos y neonatales.



Edad materna	NS = 0.000 < NS = 0.05
Ocupación	NS = 0.000 < NS = 0.05
Grado de instrucción	NS = 0.000 < NS = 0.05
Estado civil	NS = 0.000 < NS = 0.05
IMC	NS = 0.000 < NS = 0.05
Procedencia	NS = 0.000 < NS = 0.05
Paridad	NS = 0.000 < NS = 0.05
Atenciones prenatales	NS = 0.000 < NS = 0.05
Anemia gestacional	NS = 0.000 < NS = 0.05
Antecedentes de Preeclampsia	NS = 0.000 < NS = 0.05
Edad gestacional	NS = 0.000 < NS = 0.05
RCIU	NS = 0.000 < NS = 0.05
Patologías neonatales	NS = 0.240 > NS = 0.05
Peso del recién nacido	NS = 0.000 < NS = 0.05

En lo que respecta a la contrastación de la hipótesis general se tiene como resultado que todos los indicadores planteados, excepto uno que es patologías neonatales presentan un NS= de 0.000

#### IV. DISCUSIÓN

Para la elaboración de la discusión se ha tomado en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales, que conforma la tesis y los resultados obtenidos.

En lo que respecta a la contrastación de la hipótesis general se tiene como resultado que todos los indicadores planteados, excepto uno que es patologías neonatales presentan un NS= de 0.000

En el análisis estadístico de la edad materna, la ocupación, grado de instrucción, el estado civil, el índice de masa corporal, la procedencia, presentan un nivel de significancia de 0.000. Concluyendo que son predictores de preeclampsia

En el estudio realizado por Shapiama J. titulado “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Setiembre a noviembre del 2019”. Afirmando que el 65.9% tenían entre 20 a 34 años y se consideraron como factores de riesgo de preeclampsia. (16). Al mismo tiempo Pérez O. en su trabajo titulado “Factores predictorios de la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital amazónico Pucallpa 2017. Encontró que las mujeres mayores de 20 años se predisponen a preeclampsia (15). En el estudio de Tigua B; Macias Y. Hiperuricemia y perfil lipídico durante el embarazo como predictores de preeclampsia Ecuador 2020. Considero que uno de los factores de riesgo de preeclampsia es la edad menor a 20 y mayores de 35 años. (17) Al realizar el análisis de la prueba de hipótesis se afirma que la edad materna es un predictor de preeclampsia en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro del 2022. Al observar la ocupación el 66.7% fueron amas de casa. En la localidad de Azángaro un alto porcentaje de las mujeres se dedican exclusivamente a las tareas del hogar debido al machismo que impide a que las mismas realicen cualquier actividad. En el estudio realizado por Rivera I. Denominado “Factores predictores de la preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo 2019. Se halló que el 67.3% fueron amas de casa. (6). En la publicación de Hernández Y; Tapia J. Factores maternos predisponentes para desarrollar preeclampsia en mujeres de 20 a 40 años de edad en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los Tsáchilas, enero - junio 2019. 2020. Demostró que 51.6% de las mujeres se dedicaban a las tareas propias del hogar. (19) En la prueba de hipótesis se afirmó que la ocupación es un predictor de preeclampsia en el hospital de Azángaro. En el grado de instrucción el 38.7% no tuvieron estudios. Las mujeres al tener



grado educativo inferiores, no le dan la importancia a las atenciones prenatales y con ello se incrementa el riesgo a presentar preeclampsia. En la publicación efectuada por Morey K. titulado “Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto, 2019”. Concluyó que el nivel educativo no tiene relación significativa con la preeclampsia en el estudio realizado en la ciudad de Loreto. (12). En otra publicación realizada como fue de Shapiama J. denominado “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Setiembre a noviembre del 2019. Manifestó que el 73.2% de las gestantes tenían estudios secundarios. (16). Al mismo tiempo según Rivera I. “Factores predictores de la preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo 2019. Huancavelica 2019. Manifestó que el grado de instrucción que presentaron fue el primario con 16.4%. Al analizar la prueba de hipótesis se afirmó que el grado de instrucción es un predictor de preeclampsia en el hospital de Azángaro. Sobre el estado civil. Se aprecia que el 53.0% fueron solteras. Las mujeres por tradición local los primeros años de parejas no mantienen una relación estable, lo cual aumenta el riesgo de presentar alteraciones hipertensivas como fue la preeclampsia. De igual forma, en el estudio realizado por Zapata J. titulado Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes, Hospital La Caleta, Chimbote – 2015. Manifestando que el 84,7% son de condición estable es decir casadas. (14). Opuestamente en la publicación realizada por Rivera I. titulada “Factores predictores de la preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo 2019. Huancavelica 2019. Expreso que el 14.3% de las participantes fueron solteras. (6). Seguidamente en la publicación de Morey K. Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto, 2019 Iquitos 2021. Concluyo que el estado civil de conviviente 69.4%, se relaciona a preeclampsia y parto pretérmino. (12). En la prueba de hipótesis se concluyó que el estado civil es un predictor de preeclampsia en el hospital de Azángaro. Al observar el índice de masa corporal el 53.6% tuvieron IMC normal. La nutrición en la zona de Azángaro es adecuada, porque ingieren dieta rica en proteínas y carbohidratos. En el estudio realizado por Enríquez D. Ronquillo J. Denominado “Adolescentes embarazadas del Sector Los Perales, Cantón Babahoyo, Provincia de Los Ríos presentan preeclampsia durante el período octubre 2019 a marzo 2020” afirmando que la obesidad es un factor de riesgo de preeclampsia. (18). Similarmente el trabajo de investigación de Rivera I. “Factores predictores de la preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo 2019. Huancavelica 2019.

Manifestó que el 18.4% tenían IMC superior a 30, y el 45.9% tuvieron IMC de 30. (6). Como también Chinin L. en su estudio denominado “Factores predictores de resultados adversos neonatales en mujeres con preeclampsia atendidas en un Hospital del Norte del Perú, durante el 2015 al 2018 Piura 2019. Indicó que el IMC aumenta la probabilidad en un 1.92% de presentar preeclampsia. (8). En la prueba de hipótesis se afirmó que el IMC es un predictor de preeclampsia en el hospital de Azángaro. Sobre la procedencia el 60.7% proceden de zonas urbanas. La mayoría de las gestantes proceden y habitan las zonas urbanas, de la provincia de Azángaro. En la publicación efectuada por Shapiama J. titulado “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Setiembre a noviembre del 2019”. Afirmando que el 71%. De las pacientes eran de zonas urbanas (16). Al realizar el análisis de la prueba de hipótesis se afirma que la procedencia es un predictor de preeclampsia en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro del 2022.

En la tabla 2. Dimensión de escalas de riesgo obstétricos: Paridad, atención prenatal, anemia gestacional, antecedentes de preeclampsia, edad gestacional, presentaron nivel de significancia de 0.000. Concluyendo que las escalas de riesgo obstétrico son predictoras de preeclampsia

En el estudio realizado por Pérez O. titulado “Factores predictorios de la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital amazónico Pucallpa 2017. Manifestó que la multiparidad es un factor predictivo de preeclampsia. (15). En la publicación efectuada por Enríquez D. Ronquillo J. Adolescentes embarazadas del Sector Los Perales, Cantón Babahoyo, Provincia de Los Ríos presentan preeclampsia durante el período octubre 2019 a marzo 2020. Expuso que la primiparidad es un factor de riesgo de preeclampsia. (18). En el estudio realizado por Zapata J. titulada “Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes, Hospital La Caleta, Chimbote - 2015” expresó que la nuliparidad se relaciona con la preeclampsia en 56.5% (14). Al realizar el análisis de la prueba de hipótesis se afirma que la paridad es un predictor de preeclampsia en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro del 2022. Al observar la atención prenatal el 46.4% no tuvieron atenciones prenatales. El nivel educativo bajo favorece a la inadecuada atención prenatal, al no conocer la importancia de estas atenciones. En la publicación de Hernández Y; Tapia J. denominado “Factores maternos predisponentes para desarrollar preeclampsia en mujeres de 20 a 40 años de edad en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los Tsáchilas, enero - junio 2019.

2020”. Afirmó que las pacientes que no cuidan su salud prenatal al no conocer los síntomas de las enfermedades se consideran como factores predisponentes a preeclampsia. (19). Como en la publicación realizada por Zapata J. titulada “Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes, Hospital La Caleta, Chimbote - 2015”. Exponiendo que el 24.7% presentaron menos de 6 APN, considerándose como factor de riesgo asociado a preeclampsia. (14). En la prueba de hipótesis se afirmó que las atenciones prenatales son predictoras de preeclampsia.

En anemia gestacional el 21.4% tuvieron anemia gestacional de tipo leve. En la publicación efectuada por Hinostroza M. titulada “Resultados neonatales en gestantes que presentaron preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 20192. Manifestó que existe una asociación entre la anemia con la preeclampsia. (10). Al mismo tiempo la publicación de Pérez O. denominada “Factores predictorios de la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital amazónico Pucallpa 2017. Demostró que la anemia se correlaciona con la preeclampsia. (15) Al analizar la prueba de hipótesis se afirmó que anemia es un predictor de preeclampsia en el hospital de Azángaro

Sobre los antecedentes de preeclampsia se halló que el 66.7% si presentó. Se aprecia que el 53.0% fueron solteras. En el estudio realizado por Tigua B; Macias Y. titulada Hiperuricemia y perfil lipídico durante el embarazo como predictores de preeclampsia Ecuador 2020”. Expuso que ciertos factores de riesgo como hipertensión gestacional son predictores de preeclampsia. (17). Como también en el estudio de Pérez O. denominada “Factores predictorios de la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital amazónico Pucallpa 2017. Expuso que la hipertensión crónica es un factor predictor de preeclampsia (15) En la prueba de hipótesis se demostró que los antecedentes de preeclampsia son predictores de preeclampsia en el hospital de Azángaro

Al observar la edad gestacional; el 59.3% fueron gestaciones menores a 37 semanas. En el trabajo presentado Gallardo I. titulado “Volumen plaquetario medio e índice neutrófilo Linfocito como predictores de severidad en Gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 durante el periodo enero-diciembre del 2017”. Expuso que la edad gestacional es una característica materna de la preeclampsia que se relaciona a RCIU. (7) En la prueba de hipótesis se concluyó que la edad gestacional es un predictor de preeclampsia en el hospital de Azángaro

En la tabla 3. Dimensión de escalas de riesgo neonatales: retardo del crecimiento intrauterino y el peso del recién nacido presentaron nivel de significancia de 0.000. Concluyendo que son predictores de preeclampsia; excepto las patologías neonatales, que presentó nivel de significancia de 0.240. Concluyendo que las patologías neonatales **no** es un predictor de preeclampsia.

De igual forma, en el estudio realizado por Mendo J. Denominado “Preeclampsia como factor de riesgo para restricción de crecimiento intrauterino 2020. Concluyó que la preeclampsia tiene una relación de asociaron con la restricción de crecimiento intrauterino (9). Como se observa en la publicación de **Cáceres C.** titulada Validez diagnóstica de la Flujometría Doppler como predictor de restricción del crecimiento intrauterino en gestantes con pre eclampsia del Hospital Manuel Núñez Butron de Puno 2020. Quien mencionó que la flujometría con Doppler es un predictor de restricción del crecimiento en el útero. (13). En la prueba de hipótesis se concluyó que la restricción de crecimiento intrauterino se asocia con la preeclampsia en el hospital de Azángaro

Al observar las patologías neonatales el 32.1% presentaron dificultad respiratoria. En el estudio realizado por Hinostroza M. Denominado “Resultados neonatales en gestantes que presentaron preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2019. Expuso que existe correlación con la asfixia, sepsis neonatal con la preeclampsia. (10) En la prueba de hipótesis se afirmó que las patologías neonatales asocian con la preeclampsia en el hospital de Azángaro.

En la variable peso del recién nacido el 50%% mostraron peso normal entre 2500 gramos a 4000 gramos. En la publicación efectuada por Hinostroza M. Denominado “Resultados neonatales en gestantes que presentaron preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia Huancavelica 2019. Mostró que existe relación con el bajo peso del recién nacido con la preeclampsia. (10) En la prueba de hipótesis se afirmó que el peso del recién nacido se asocia con la preeclampsia.

## V. CONCLUSIONES

1. Se determinó que las escalas de riesgo personales, obstétricos y neonatales son predictoras de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022.
2. Se identificó que las escalas de riesgo personales: edad materna de 20 a 35 años 54.2% ( $\text{Chi}^2 = 33.75$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), ocupación ama de casa 66.7% ( $\text{Chi}^2 = 42.79$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), grado de instrucción sin estudios 38.7% ( $\text{Chi}^2 = 39.49$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), estado civil soltera 53% ( $\text{Chi}^2 = 41.45$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), Índice de masa corporal normal 53.6% ( $\text{Chi}^2 = 29.69$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ) y procedencia urbana 60.7% ( $\text{Chi}^2 = 29.92$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), todos son predictores de preeclampsia son predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.
3. Se reconoció que las escalas de riesgo obstétricos: nuliparidad 39.9% ( $\text{Chi}^2 = 42.03$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), sin atenciones prenatales 46.4% ( $\text{Chi}^2 = 32.62$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), sin anemia gestacional 58.9% ( $\text{Chi}^2 = 33.59$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), si presentó antecedentes de preeclampsia 66.7% ( $\text{Chi}^2 = 42.02$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), edad gestacional menores de 37 semanas 59.5% ( $\text{Chi}^2 = 33.75$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), todos son predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.
4. Se conoció que las escalas de riesgo neonatales: retardo del crecimiento intrauterino simétrico 20.8% ( $\text{Chi}^2 = 33.68$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), peso del recién nacido normal 50% ( $\text{Chi}^2 = 53.47$ ;  $\text{NS} = 0.000$ ), son predictores de preeclampsia; mientras que las patologías neonatales ( $\text{Chi}^2 = 5.47$ ;  $\text{NS} = 0.240$ ) No son predictores de preeclampsia; en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda al Director del hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, en coordinación con los responsables de la estrategia Materno perinatal, mejorar las destrezas de información y comunicación que permitan identificar las escalas de riesgo personales, obstétricos y neonatales, con la finalidad de prevenir la presencia de episodios de preeclampsia en las gestantes de la jurisdicción.
2. A los profesionales de obstetricia, trabajar más en la prevención primaria para reconocer las escalas de riesgo personales, y de esa manera prevenir la preeclampsia en gestantes que acuden al Hospital de Azángaro.
3. Al personal de obstetricia, que mediante campañas educativas informar, y comunicar a la población gestante de las escalas de riesgo obstétricos, que conduzcan a una gestación libre de preeclampsia.
4. A los profesionales de obstetricia fortalecer sus destrezas profesionales en las atenciones prenatales, con la finalidad de identificar las escalas de riesgo fetales para evitar complicaciones neonatales en las pacientes que se atienden en el Hospital de Azángaro

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. OMS Organizacion mundial de la salud. <https://www.who.int>. [Online].; 2019 [cited 2021 09 29. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. Lorenzo E, Nieto O, Asenjo M, Molina M. Manual AMIR Ginecología y Obstetricia. ISBN-13: 978-84-611-2176-2.
3. OMS Organizacion mundial de la salud. <https://www.who.int/>. [Online].; 2021 [cited 2022 06 11. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
4. OMS Organizacion mundial de la Salud. <https://www.worldbank.org>. [Online]. [cited 2022 06 11. Available from: <https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/maternal-health-infographic-spanish.jpg>.
5. DGE. MINSA. <http://www.dge.gob.pe>. [Online]. [cited 2022 06 11. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE042021/03.pdf>.
6. Rivera I. “Factores predictores de la preeclampsia en Gestantes atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo 2019”. Tesis para optar el título de especialista en Emergencias y Alto riesgo obstétrico. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de ciencias de la Salud; 2019. Report No.: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/9db0258f-de62-4330-9b02-e73624bbba8d>.
7. Gallardo I. “Volumen plaquetario medio e índice neutrófilo Linfocito como predictores de severidad en Gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital de la Amistad Perú - Corea Santa Rosa II-2 durante el periodo enero-diciembre del 2017”. Tesis para optar el título de médico cirujano. Piura: Universidad nacional de Piura., Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. Report No.: <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1183>.
8. Chininin L. “Factores predictores de resultados adversos neonatales en mujeres con preeclampsia atendidas en un Hospital del Norte del Perú, durante el 2015 al 2018”. Tesis para optar el título de médico cirujano. Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de ciencias de la Salud; 2019. Report No.: <https://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1630>.

9. Mendo J. “Preeclampsia como factor de riesgo para restricción de Crecimiento intrauterino”. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2020. Report No.:  
[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6177/1/REP\\_MEHU\\_JOYS Y.MENDO\\_PREECLAMPسيا.FACTOR.RIESGO.RESTRICCI%3%93N.CRECI MIENTO.INTRAUTERINO.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6177/1/REP_MEHU_JOYS_Y.MENDO_PREECLAMPسيا.FACTOR.RIESGO.RESTRICCI%3%93N.CRECI MIENTO.INTRAUTERINO.pdf).
10. Hinostroza M. “Resultados neonatales en gestantes que presentaron preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia – Huancavelica 2016”. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de ciencias de la Salud; 2019. Report No.:  
<https://repositorio.unh.edu.pe/items/9d102ab1-049a-49d2-88f9-f74b0d8adac6>.
11. Mallqui S, Miñano G. “Factores de riesgos asociados a preeclampsia en gestantes adolescentes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital La Caleta en el año 2018 - 2020”. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Nuevo Chimbote: Universidad Nacional del Santa, Facultad de Ciencias; 2022. Report No.:  
<http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/3878/52382.pdf?sequence=1&is Allowed=y>.
12. Morey K. “Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto, 2019”. Tesis para optar el título Profesional de Obstetra. Iquitos: Universidad Científica del Perú, Facultad de ciencias de la Salud; 2021. Report No.: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1233>.
13. Cáceres C. “Validez diagnóstica de la Flujometría Doppler como predictor de restricción del crecimiento intrauterino en gestantes con pre eclampsia del Hospital Manuel Núñez Butron de Puno 2020”. Tesis para optar el título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de medicina Humana; 2020. Report No.:  
<http://tesis.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/13983>.
14. Zapata J. “Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes, Hospital La Caleta, Chimbote - 2015”. Trabajo académico. Lima: Universidad San Martín de Porras, Unidad de posgrado; 2019.



15. Pérez O. “Factores predictorios de la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital amazónico Pucallpa 2017”. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Obstetricia. Ica: Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana; 2018. Report No.: <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/5217>.
16. Shapiama J. “Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, Setiembre a noviembre del 2019”. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Iquitos: Universidad Científica del Perú, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022. Report No.: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1772>.
17. Tigua B, Macias Y. “Hiperuricemia y perfil lipídico durante el embarazo como predictores de preeclampsia”. Modalidad previo a la obtención del título de licenciado en Laboratorio clínico. Jilijapa - Manabí: Universidad Estatal del Sur de Manabí, Facultad de ciencias de la Salud; 2020. Report No.: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/496#:~:text=Obtuvimos%20que%20la%20hiperuricemia%20y,familiares%2C%20diabetes%20mellitus%2C%20etc>.
18. Enrique D, Ronquillo J. “Factores de riesgo en adolescentes embarazadas y su influencia en el desarrollo de preeclampsia del Sector Los Perales, Cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, periodo octubre 2019- marzo 2020”. Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en enfermería. Babahoyo Los Rios: Universidad Técnica de Babahoyo, Facultad de ciencias de la Salud; 2020. Report No.: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8032>.
19. Hernandez Y, Tapia J. “Factores maternos predisponentes para desarrollar preeclampsia en mujeres de 20 a 40 años de edad en el Hospital Dr. Gustavo Domínguez, Santo Domingo de los Tsachilas, enero - junio 2019”. Tesis previo a la obtención del título de Obstetrix. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo, Escuela de Salud y Bienestar; 2020. Report No.: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8083>.
20. Godoy P, Caicedo A, Rosas D, colaboradores. “Preeclampsia: un Acercamiento a su Fisiopatología y Predicción por medio de Biomarcadores”. Revista FASGO Argentina <http://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/126-revista-fasgo/n-13-2022/2578->

preeclampsia-un-acercamiento-a-su-fisiopatologia-y-prediccion-por-medio-de-biomarcadores. 2022 setiembre; 21(3).

21. Senado J. Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. Revista Cubana de Medicina General Integral. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000400019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400019). 1999 julio- agosto; 15(4).
22. Muñoz E, Elizalde V, Téllez G. Aplicación de la escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262017000400438#:~:text=3-La%20escala%20de%20factores%20de%20riesgo%20para%20complicaciones%20de%20preeclampsia,VPP\)%20de%2070%25%20y%20valor](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400438#:~:text=3-La%20escala%20de%20factores%20de%20riesgo%20para%20complicaciones%20de%20preeclampsia,VPP)%20de%2070%25%20y%20valor). 2017 octubre; 82(4).
23. Arias C, Salinas J. Escala de Full `Piers como predictores de complicaciones en pacientes con preeclampsia temprana en el hospital Gineco Obstétrico Pediátrico de Neuva Aurora Luz Elena Arismendi, del año 2018 al 2022. Tesis de grado previo a la obtencion del título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Quito: Pontifica Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2022.
24. Elizalde V, Téllez G. Construcción y validación de una escala de factores de riesgo para complicaciones de preeclampsia. Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-construccion-validacion-una-escala-factores-S0210573X15000180>. 2016 julio - setiembre; 43(3).
25. DeConceptos. <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>. [Online].; 2018 [cited 2018 08 10. Available from: <https://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>.
26. Deconceptos.com. <https://deconceptos.com>. [Online].; 2018 [cited 2018 11 24. Available from: <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/ocupacion>.
27. Ministerio de Trabajo y Promocion del Empleo. La mujer en el mercado Laboral Peruano. In Informe Anual 2008. Lima; 2008. p. 99.
28. <https://deconceptos.com>. [Online].; 2018 [cited 2018 10 30. Available from: <https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil>.

29. Euskal Estadistika Erakundea. Instituto Vasco de Estadística. Nivel de Instrucción. [http://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_395/elem\\_2376/definicion.html](http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_395/elem_2376/definicion.html).
30. Publimetro, Redaccion. [[https://publimetro.pe./](https://publimetro.pe/)]; 2014 [cited 2018 07 14. Available from: <https://publimetro.pe/actualidad/noticia-grado-instruccion-mujeres-se-incremento-8-15-segun-inei-20987>].
31. MINSA Ministerio de Salud. Resolucion ministerial 325-2019/Minsa Lima; 2019.
32. Caracteristicas. [https://www.caracteristicas.co.](https://www.caracteristicas.co/) [Online]. [cited 2022 06 09. Available from: <https://www.caracteristicas.co/poblacion-rural-urbana/>].
33. Mediclopedia. [https://es\\_mediclopedia.es-academic.com.](https://es_mediclopedia.es-academic.com) [Online].; 2013 [cited 2022 06 11. Available from: [https://es\\_mediclopedia.es-academic.com/45821/paridad](https://es_mediclopedia.es-academic.com/45821/paridad)].
34. Rodrigo R. [https://estudyando.com.](https://estudyando.com) [Online]. [cited 2022 06 09. Available from: <https://estudyando.com/gravida-y-paridad-definicion-y-ejemplos/>].
35. MINSA Norma Técnica de Salud: Atención integral de Salud Materna. Resolución Ministerial 827- 2013- MINSA. In.; 2013. p. 61.
36. MINSA Ministerio de Salud. Norma técnica – Manejo terapéutico y preventivo de la Anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.; Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017-1ra. Edición.
37. Cunningham G, Levano K, Bloom S, Hauth J, Rouse Dea. Williams Obstetricia. 259781456267360th ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.; 2019.
38. Ministerio de Salud del Peru. Documento Tecnico Plan Nacional para la Reduccion y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutricion Cronica Infantil en el Peru 2017 - 2021. 1st ed. Lima: Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2017-; 2017.
39. Lapidus A, Unicef. Guia para el diagnostico y tratamiento de la Hipertension en el embarazo. Primera Edición ed. Tucuman; 2010.
40. Godoy A, Nascimento S, Surita F. A systematic review and meta-analysis of gestational weight gain recommendations and related outcomes in Brazil. Revista Elsevier. 2015 Nov.; 70(11).
41. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 7th ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2016.

42. Gutierrez J, Ángulo E, García H, colaboradores. Manual de Neonatología. Segunda edición ed. Guadalajara D©2Ud, editor. Guadalajara: ISBN:978-607-4509-98-4; 2019.
43. Laguas R, Claudio V. Diccionario de Nutrición y dietoterapia. Quinta edición. Impreso en México: M cGraw-Hill. 2007..
44. Perez-Sánchez A, Donoso E. Obstetricia. 4th ed. Santiago de Chile: Mediterraneo; 2017.
45. MINSA. <http://bvs.minsa.gob.pe>. [Online]. [cited 2022 06 11. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>.
46. Questionpro. <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-basica/>. [Online]. [cited 2023 03 09. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-basica/>.
47. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta. Primera edición ed. mexico.: Mc Graw Hill ; 2018.
48. Sisinternational. <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>. [Online]. [cited 2021 10 02. Available from: <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>.
49. Questionpro. <https://www.questionpro.com>. [Online]. [cited 2021 10 08. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/es/estudio-transversal/#:~:text=El%20estudio%20transversal%20se%20define,transversal%20y%20estudio%20de%20prevalencia>.
50. Fonseca A, Martel S. Investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huanuco: Unheval; 2012.
51. López J. <https://economipedia.com/>. [Online]. [cited 2022 06 07. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/poblacion-estadistica.html>.
52. López P, Fachelli S. Metodología de la Investigación social cunatitativa. 1st ed. Barcelona: Universidad Autonoma de Barcelona; 2015.
53. Questionpro. <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-un-cuestionario/>. [Online]. [cited 2023 03 8. Available from: <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-un-cuestionario/>.

## ANEXOS

### ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

#### Título: Escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p><b>P.G.</b> ¿Cuáles son las escalas de factores de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022?</p>	<p><b>OG.</b> Determinar las escalas de factores de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022</p>	<p><b>HG</b> Las escalas de los factores de riesgo personales, obstétricos y neonatales son predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022</p>	<p><b>V1 Escalas de factores de riesgo</b></p> <p><b>Personales.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad materna</li> <li>- Ocupación</li> <li>- Grado de instrucción</li> <li>- Estado civil</li> <li>- Índice de masa corporal</li> <li>- Procedencia</li> </ul> <p><b>Obstétricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paridad</li> <li>- Atenciones prenatales</li> <li>- Anemia gestacional</li> <li>- Antecedentes de preeclampsia</li> <li>- Edad gestacional</li> </ul> <p><b>Neonatales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retardo del crecimiento intrauterino</li> <li>- Patologías neonatales</li> <li>- Peso del recién nacido</li> </ul> <p><b>V2 Preeclampsia</b></p>	<p><b>Alcance de la investigación:</b> Correlacional</p> <p><b>Diseño de la investigación:</b> No experimental</p> <p><b>Población: 168</b></p> <p><b>Muestra: población total</b></p> <p><b>Muestreo:</b> Probabilístico</p> <p><b>Técnicas de recopilación de Información:</b> La técnica empleada será la encuesta.</p> <p><b>Instrumento:</b> ficha de recolección de datos</p> <p><b>Técnicas de procesamiento de información:</b> software SPSS versión 25</p>
<p><b>PE1</b> ¿Cuáles son las escalas de factores personales de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro?</p> <p><b>PE2</b> ¿Cuáles son las escalas de factores obstétricos de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro?</p> <p><b>PE3</b> ¿Cuáles son las escalas de factores neonatales de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro?</p>	<p><b>OE1.</b> Identificar las escalas de factores personales de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.</p> <p><b>OE2.</b> Reconocer las escalas de factores obstétricos de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.</p> <p><b>OE3.</b> Indicar las escalas de factores neonatales de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.</p>	<p><b>HE1</b> Las escalas de los factores de riesgo personales: edad materna, ocupación, grado de instrucción, estado civil, índice de masa corporal y procedencia son predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.</p> <p><b>HE2</b> Las escalas de los factores de riesgo obstétricos: paridad, atenciones prenatales, anemia gestacional, antecedentes de preeclampsia, edad gestacional son predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.</p> <p><b>HE3</b> Las escalas de los factores de riesgo neonatales: retardo del crecimiento intrauterino, patologías neonatales y peso del recién nacido son predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro.</p>		

## ANEXO N° 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

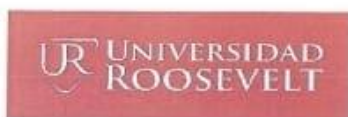
### Cuestionario

Señora paciente del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo - Azángaro 2022, tenga la amabilidad de marcar las respuestas de las siguientes preguntas, que servirán para la realización del trabajo de investigación sobre: Escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al Hospital de Azángaro 2022.

1. Escalas de factores de riesgo
  - 1.1. Escalas de riesgo personales
    - 1.1.1. ¿Qué edad tiene usted?
      - Menores de 19 años
      - 20 a 35 años
      - Mayores de 36 años
    - 1.1.2. ¿Qué actividad realizada usted?
      - Ama de casa
      - Trabajadora independiente
      - Trabajado dependiente
    - 1.1.3. ¿Hasta qué grado estudio usted?
      - Sin instrucción
      - Primaria
      - Secundaria
      - Superior
    - 1.1.4. ¿Cuál es su estado civil?
      - Soltera
      - Conviviente
      - Casada
    - 1.1.5. ¿Cuál es su peso.....y talla.....?
      - IMC menor de 18,5 Delgadez
      - IMC entre 18,5 y 25,0 Normal
      - IMC entre 25 y 30 Sobrepeso
    - 1.1.6. ¿De qué lugar usted procede?
      - Rural
      - Urbana
  - 1.2. Escalas de riesgo obstétricos
    - 1.2.1. Cuántos partos ha presentó usted
      - No presentó parto
      - Un parto
      - Dos o más partos
    - 1.2.2. ¿Cuántas atenciones prenatales se realizó en el embarazo?
      - Sin atenciones
      - Inadecuados (<5)
      - Adecuados (6 a más)
    - 1.2.3. ¿Presentó usted anemia en el embarazo?
      - Sin anemia
      - Corto Leve 10.0 a 10.9 g/dl)
      - Moderada 7.0 a 9.9 g/dl
      - Severa <7 g/dl
    - 1.2.4. ¿Presentó antes problemas de presión alta?
      - Si presentó
      - No presentó
    - 1.2.5. ¿Cuántas semana del embarazo tiene usted?
      - Menor de 37 semanas
      - 38 a 41 semanas
      - 42 semanas a más
  - 1.3. Escalas de riesgo neonatales
    - 1.3.1. ¿Se bebe presento retardo del crecimiento?
      - Si presentó

- No presentó
- 1.3.2. ¿Qué enfermedades presentó el feto?**
  - Síndrome de dificultad respiratoria
  - Sepsis neonatal
  - No presentó
- 1.3.3. ¿Cuál fue el peso del recién nacido?**
  - Bajo peso al nacer
  - Peso Normal
  - Macrosómico
- 2. ¿Qué tipo de preeclampsia presentó?**
  - Leve
  - Severo
  - No presentó

## ANEXO N° 3: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO FORMATO B



### FORMATO: B

### FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título de la : escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al hospital de azángaro-2022  
Investigación
- 1.2. Nombre del instrumento : Cuestionario sobre escalas de riesgo  
motivo de evaluación

#### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				X	
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																					X
4. Organización	Existe una organización lógica																					X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				X	
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																				X	
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																		X			
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																					X
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																		X			
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																				X	



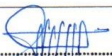
PROMEDIO DE VALORACIÓN

95

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy buena

Nombres y Apellidos : Karina Cleny Quispe Rosas  
DNI N° : 43761207 Teléfono /Celular : 998.54.5480  
Dirección domiciliaria : J.° calixto Arestigui N° 678 Cercado  
Título Profesional : Obstetrix  
Grado Académico : Magister en Educación  
Mención : Investigación y Docencia En Educación Superior

  
Mgtr. Karina C. Quispe Rosas  
OBSTETRA  
C.Pi. 24678  
Lugar y fecha: .....

**FORMATO: B**

**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO**

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1. Título de la : escalas de riesgo como predictores de Investigación preeclampsia en gestantes que concurren al hospital de azángaro-2022
- 1.2. Nombre del instrumento : Cuestionario sobre escalas de riesgo motivo de evaluación

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena				
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																		X			
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																				X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																			X		
4. Organización	Existe una organización lógica																				X	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																			X		
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																			X		
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																				X	
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																			X		
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																				X	
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																				X	

**PROMEDIO DE VALORACIÓN**

95

**OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

a) Deficiente   b) Baja   c) Regular   d) Buena    Muy buena

Nombres y Apellidos : Rene Paul Sánchez Ríos.

DNI N° : 02435485      Teléfono : 961777239  
/Celular

Dirección domiciliaria : Av. Tacna 231

Título Profesional : Obstetricia.

Grado Académico : Magister En Educación

Mención : En investigación y docencia en educación superior

  
Mgtr. Rene Paul Sánchez Ríos  
ESP/ VITAE/ OBSTETAL  
COR 10670/ RNE 1953-E-02

Lugar y fecha: ..... 11 - 11 - 2022 .....

**FORMATO: B**

**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO**

**I. DATOS GENERALES**

- 1.1. Título de la : escalas de riesgo como predictores de preeclampsia en gestantes que concurren al hospital de azángaro-2022  
 Investigación
- 1.2. Nombre del instrumento : Cuestionario sobre escalas de riesgo  
 motivo de evaluación

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena					
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				X		
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																					X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																						X
4. Organización	Existe una organización lógica																						X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				X		
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																					X	
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																				X		
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																						X
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																				X		
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																				X		

**PROMEDIO DE VALORACIÓN**

95 muy buena

**OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) **Muy buena**

Nombres y Apellidos : Graciela Bernal Salas  
DNI N° : 02394874 Teléfono/Celular : 951982350  
Dirección domiciliaria : Jr. santa cruz N° 261  
Título Profesional : Obstetricia.  
Grado Académico : Segunda especialidad  
Mención : En investigación científica, Alto riesgo obstétrico y monitoreo fetal



Dña. Graciela Bernal Salas  
COP. 5488

**Firma**

lugar y fecha.....

## ANEXO N° 4: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL



Ministerio de Salud  
Gobierno Regional  
Puno

DIRECCION REGIONAL  
DE SALUD DE PUNO

RED DE SALUD  
AZANGARO

Azángaro, 24 de Noviembre del 2022

### CARTA N° 529-2022-DIRESA-PUNO/D-REDESS-AZ.

.00000

SEÑOR : OBST. MARIA R. TICONA CHOQUETICO  
JEFATURA DE OBSTETRICIA HOSPITAL "CCRV" AZANGARO.

Presente.-

ASUNTO : PRESENTACION DE PERSONAL.


Por intermedio de la presente me dirijo a usted, para saludarlo y a su vez comunicarle que, CUEVAS PURACA GHANDY MICHELLE y MOLLOCONDO CHALCO GRETY HERMINIA Bachilleres de la Escuela Profesional de Obstetricia "UANCV" quiénes realizarán el Trabajo de Investigación titulado: "ESCALA DE RIESGO COMO PREDICTORES DE PREECLAPSIA EN GESTANTES QUE CONCURREN AL HOSPITAL "CCRV" AZANGARO" a partir de la fecha . Por lo que solicito brindar las facilidades del caso para el cumplimiento de dicha Investigación y presentar la conclusión a la Institución.

Agradeciéndole desde ya por la atención al presente, quedo de usted muy,

Atentamente.



  
Dr. Jose Carlos Aragon  
DIRECTOR EJECUTIVO  
C.O.P. 9150  
Red de Salud Azángaro

  
24/11/2022.  
9:57 am.

JCTA/hca  
CC. Arch.

**ANEXO N° 5: FOTOS DE EVIDENCIA DE RECOLECCION DE DATOS**







## ANEXO N° 6: BASE DE DATOS

\*GHANDY MP MODIFICADA2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 15 de 15 variables

	edad.mater na	ocupacio n	grado.de.i nstruccio n	estado .civil	IMC	proced encia	paridad	APN	anemia.g estaciona l	antecede ntes.de.p reeclamps	edad.gest acional	retardo.del.cre cimiento.intrau terino	patologia.ne onatales	peso.del.r ecien.nac ido	tipos.de.pr eeclampsia
1	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Bajo peso ...	No presentó
2	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
3	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	No presentó
4	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
5	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Síndrome de ...	Normal 25...	leve
6	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
7	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
8	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
9	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa
10	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
11	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
12	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
13	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Macrosómi...	No presentó
14	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
15	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
16	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Bajo peso ...	No presentó
17	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
18	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	severa
19	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	leve
20	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
21	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó

Vista de datos Vista de variables



Visible: 15 de 15 variables

	edad.mater na	ocupacio n	grado.de.i nstrucio n	estado .civil	IMC	proced encia	paridad	APN	anemia.g estaciona l	antecede ntes.de.p reeclamps	edad.gest acional	retardo.del.cre cimiento.intrau terino	patologia.ne onatales	peso.del.r ecien.nac ido	tipos.de.pr eeclampsia
22	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
23	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	leve
24	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
25	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
26	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
27	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
28	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Macrosómi...	severa
29	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
30	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
31	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Bajo peso ...	No presentó
32	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
33	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	severa
34	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
35	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
36	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa
37	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
38	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
39	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
40	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
41	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
42	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	No presentó



Visible: 15 de 15 variables

	edad.mater na	ocupacio n	grado.de.i nstruccio n	estado .civil	IMC	proced encia	paridad	APN	anemia.g estaciona l	antecede ntes.de.p reeclamps	edad.gest acional	retardo.del.cre cimiento.intrau terino	patologia.ne onatales	peso.del.r ecien.nac ido	tipos.de.pr eeclampsia
43	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Macrosómi...	No presentó
44	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
45	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
46	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Bajo peso ...	No presentó
47	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	leve
48	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	severa
49	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
50	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
51	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
52	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
53	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
54	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
55	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
56	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
57	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
58	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Macrosómi...	No presentó
59	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
60	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
61	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
62	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
63	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Normal 25...	No presentó

Vista de datos Vista de variables



Visible: 15 de 15 variables

	edad.mater na	ocupacio n	grado.de.i nstruc cion	estado .civil	IMC	proced encia	paridad	APN	anemia.g estaciona l	antecede ntes.de.p reeclamps	edad.gest acional	retardo.del.cre cimiento.intrau terino	patologia.ne onatales	peso.del.r ecien.nac ido	tipos.de.pr eeclampsia
64	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	leve
65	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
66	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	No presentó
67	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
68	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
69	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
70	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
71	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
72	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Normal 25...	leve
73	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
74	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	No presentó	Macrosómi...	No presentó
75	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
76	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Bajo peso ...	leve
77	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
78	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	severa
79	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
80	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
81	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa
82	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
83	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
84	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa



Visible: 15 de 15 variables

	edad.mater na	ocupacio n	grado.de.i nstruccio n	estado .civil	IMC	proced encia	paridad	APN	anemia.g estaciona l	antecede ntes.de.p reeclamps	edad.gest acional	retardo.del.cre cimiento.intrau terino	patologia.ne onatales	peso.del.r ecien.nac ido	tipos.de.pr eeclampsia
85	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
86	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
87	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
88	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Macrosómi...	No presentó
89	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
90	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
91	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Bajo peso ...	leve
92	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
93	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	No presentó
94	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
95	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
96	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa
97	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
98	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	leve
99	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa
100	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
101	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
102	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
103	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Macrosómi...	severa
104	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
105	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	leve



Visible: 15 de 15 variables

	edad.materna	ocupacion	grado.de.instruccion	estado.civil	IMC	procedencia	paridad	APN	anemia.gestacional	antecedentes.de.preeclampsia	edad.gestacional	retardo.del.crecimiento.intrauterino	patologia.neonatales	peso.del.recien.nacido	tipos.de.preeclampsia
106	Menores de ...	Ama de casa	Sin instrucc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Bajo peso ...	No presentó
107	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instrucc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	leve
108	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	No presentó
109	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instrucc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
110	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instrucc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
111	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa
112	Menores de ...	Ama de casa	Sin instrucc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	leve
113	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instrucc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
114	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
115	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Normal 25...	severa
116	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
117	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
118	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Macrosómi...	No presentó
119	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
120	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
121	Menores de ...	Ama de casa	Sin instrucc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Bajo peso ...	No presentó
122	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instrucc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
123	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	No presentó
124	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instrucc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
125	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instrucc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Multipara	Adecuado...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
126	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa



Visible: 15 de 15 variables

	edad.mater na	ocupacio n	grado.de.i nstrucio n	estado .civil	IMC	proced encia	paridad	APN	anemia.g estaciona l	antecede ntes.de.p reeclamps	edad.gest acional	retardo.del.cre cimiento.intrau terino	patologia.ne onatales	peso.del.r ecien.nac ido	tipos.de.pr eeclampsia
127	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
128	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
129	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
130	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Normal 25...	severa
131	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
132	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
133	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Macrosómi...	severa
134	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	Sepsis neonatal	Normal 25...	leve
135	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	leve
136	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Rural	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	leve
137	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa
138	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Normal 25...	severa
139	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	leve
140	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	leve
141	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	severa
142	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
143	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
144	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
145	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa
146	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	severa
147	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Normal 25...	leve

Vista de datos Vista de variables



Visible: 15 de 15 variables

	edad.mater na	ocupacio n	grado.de.i nstruccio n	estado .civil	IMC	proced encia	paridad	APN	anemia.g estaciona l	antecede ntes.de.p reeclamps	edad.gest acional	retardo.del.cre cimiento.intrau terino	patologia.ne onatales	peso.del.r ecien.nac ido	tipos.de.pr eeclampsia
148	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	leve
149	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	No presentó	Macrosómi...	severa
150	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Normal 25...	leve
151	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Delga...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Macrosómi...	No presentó
152	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Leve 10.0 ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Normal 25...	No presentó
153	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
154	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Casada	IMC Delga...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	No presentó	Bajo peso ...	leve
155	Mayores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	38 a 41 se...	Si presentó Asi...	No presentó	Macrosómi...	severa
156	Menores de ...	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
157	20 a 35 años	Ama de casa	Sin instruc...	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
158	Mayores de ...	Trabajador...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Moderada ...	No presentó	42 semana...	Si presentó Asi...	Síndrome de ...	Normal 25...	No presentó
159	Menores de ...	Trabajado ...	Secundaria	Convivie...	IMC Normal	Rural	Primípara	Sin atencio...	Sin anemia	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	Síndrome de ...	Macrosómi...	severa
160	20 a 35 años	Ama de casa	Secundaria	Soltera	IMC Normal	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	No presentó	Normal 25...	No presentó
161	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Normal 25...	No presentó
162	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	No presentó
163	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	No presentó	Macrosómi...	No presentó
164	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó
165	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Sobre...	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	42 semana...	Si presentó Si...	No presentó	Normal 25...	No presentó
166	Mayores de ...	Trabajado ...	Primaria	Casada	IMC Normal	Rural	Primípara	Inadecuad...	Severa <7 ...	No presentó	38 a 41 se...	No presentó	No presentó	Bajo peso ...	leve
167	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Soltera	IMC Normal	Urbana	Nulípara	Sin atencio...	Severa <7 ...	Si presentó	Menor de 3...	Si presentó Si...	No presentó	Macrosómi...	No presentó
168	20 a 35 años	Ama de casa	Superior	Casada	IMC Sobre...	Urbana	Múltipara	Adecuado....	Sin anemia	Si presentó	Menor de 3...	No presentó	Sepsis neonatal	Normal 25...	No presentó