



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Tesis

CAMBIO DE PAREJA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2023

Línea de Investigación: Salud Sexual y Reproductiva

Presentado por:

Bach. Sarai Ruth Zamata Candia

Código ORCID: 0009-0008-3514-57

Bach. Vianey Roman Hermoza

Código ORCID: 0009-0009-0471-7117

Para optar al Título profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesora:

Dra. Yolanda Victoria León Villalobos

Código ORCID: 0000-0002-8985-8470

CUSCO – PERÚ

2024



METADATOS

Datos del autor	
Nombres y apellidos	VIANEY ROMAN HERMOZA
Número de documento de identidad	70811028
URL de Orcid	0009-0009-0471-7117
Datos del autor	
Nombres y apellidos	SARAI RUTH ZAMATA CANDIA
Número de documento de identidad	75994760
URL de Orcid	0009-0008-3514-57
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	YOLANDA VICTORIA LEON VILLALOBOS
Número de documento de identidad	23962092
URL de Orcid	0000-0002-8985-8470
Datos del jurado	
Presidente del jurado (jurado 1)	
Nombres y apellidos	ROSARIO ISABEL SOTO BRINGAS
Número de documento de identidad	23951548
Jurado 2	
Nombres y apellidos	GLADIS EDITH ROJAS SALAS
Número de documento de identidad	07933864
Jurado 3	
Nombres y apellidos	ALICIA ENRIQUETA DE LA CRUZ GALARZA
Número de documento de identidad	23094821
Jurado 4	
Nombres y apellidos	MARIA HUACASI HERRERA
Número de documento de identidad	24666252
Datos de la investigación	
Línea de investigación de la Escuela Profesional	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



CAMBIO DE PAREJA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2023

por sarai ruth zamata candia

Fecha de entrega: 22-may-2024 12:33p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2385778645

Nombre del archivo: VIANEY_levantamiento_de_observaciones_ULTIMO_de_ultimos_1.docx (6.38M)

Total de palabras: 16023

Total de caracteres: 91804



CAMBIO DE PAREJA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

12% INDICE DE SIMILITUD	12% FUENTES DE INTERNET	2% PUBLICACIONES	0% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	1%
7	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	



<1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 50 words

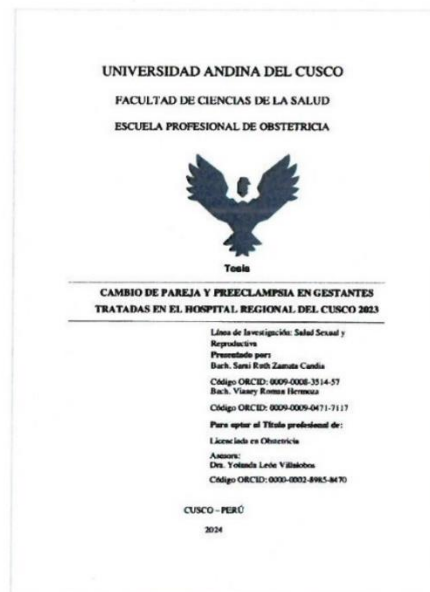


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: sarai ruth zamata candia
Título del ejercicio: cambio de pareja
Título de la entrega: CAMBIO DE PAREJA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES TRATAD...
Nombre del archivo: VIANEY_levantamiento_de_observaciones_ULTIMO_de_ultim...
Tamaño del archivo: 6.38M
Total páginas: 92
Total de palabras: 16,023
Total de caracteres: 91,804
Fecha de entrega: 22-may.-2024 12:33p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 2385778645





AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a Dios por otorgarme la vida y la salud, de esta manera permitírmela posibilidad de escoger esta carrera profesional de Obstetricia.

A mi familia mis padres Gregoria y Pelayo, mis hermanos, cuñadas(os) quienes siempre me alentaron y motivaron para seguir con mis metas.

A mis amigos (as) y compañeras (Sarai) con quienes compartí y aprendimos mucho de toda esta aventura académica.

A mis docentes por haberme brindado sus conocimientos y sabidurías, a mi asesora Dra. Yolanda León Villalobos quien con su amplio conocimiento en la investigación nos guio durante la ejecución de este trabajo de investigación.

VIANEY ROMAN HERMOZA

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres y hermanos por siempre estar ahí alentándome a seguir cumpliendo mis objetivos.

A mis padres, hermanos y a familia por estar siempre pendiente de mi por su apoyo incondicional. Un agradecimiento especial también a mi sobrino Benjamin porque gracias a él me motivo estudiar la carrera profesional de obstetricia quien me inspiro en todo momento.

También, un especial agradecimiento a mi asesora de tesis Dra. Obst. Yolanda León Villalobos, por brindarme su tiempo, ayuda y dedicación en la elaboración de esta presente investigación.

Agradecer a la Universidad Andina del Cusco, a la Rectora de la Universidad, a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y a la directora de la Escuela Profesional de Obstetricia por ofrecer un buen servicio educativo. Por último, agradecer a las autoridades que me dieron los permisos necesarios y a todos mis docentes que compartieron sus conocimientos y experiencias, siendo parte de mi formación profesional.

SARAI RUTH ZAMATA CANDIA



DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Dios quien ha sido mi guía, fortaleza y su mano de fidelidad y amor han estado conmigo hasta el día de hoy.

A mis padres Alcira Candia y Gabino Zamata por brindarme los recursos y estar a mi lado apoyándome y aconsejándome siempre con su gran cariño y amor, por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos enseñanzas.

A mis hermanos Lía y Elio por haberme apoyado con recursos en el momento que más lo necesitaba y siempre darme fuerzas para seguir adelante. A mi tía Eliana Candia por siempre estar predispuesta a apoyarme a lograr mi objetivo.

Y también a mi sobrino Benjamín que gracias a él me inspiro a estudiar la carrera de obstetricia.

SARAI RUTH ZAMATA CANDIA

Dedico esta tesis de forma muy especial a mi propia familia mi esposo Ronald por brindarme su apoyo incondicional todos estos años, por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre estuvo brindándome su comprensión, cariño y amor. A mis hijos (Anjory y Marlon) por ser mi fuente de motivación e inspiración para seguir adelante.

VIANEY ROMAN HERMOZA



INDICE

AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIA	ii
INDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Formulación Del Problema	6
1.2.1. Problema General.....	6
1.2.2 Problemas Específicos	6
1.3. Justificación Del Estudio	6
1.3.1. Conveniencia.....	6
1.3.2. Relevancia Social	6
1.3.3. Implicancia Practica	7
1.3.4. Valor Teórico	7
1.3.5. Utilidad Metodológica	7
1.4. Objetivos de investigación.....	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos Específicos	7
1.5. Delimitación del estudio	8
1.5.1 Delimitación espacial	8
1.5.2 Delimitación temporal.....	8



CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.1.1 Antecedentes Internacionales	9
2.1.2. Antecedentes Nacionales	10
2.2 Bases Teóricas	15
2.2.1. Cambio de pareja.....	15
2.2.2. Trastornos hipertensivos del embarazo	16
2.2.2.1. Etiología	18
2.2.2.2. Etiopatogenia.....	18
2.2.3. Preeclampsia	19
2.2.3.1. Tipos de preeclampsia	20
2.2.3.2. Epidemiología.....	20
2.2.3.3. Etiología de la preeclampsia.....	20
2.2.3.4. Factores de Riesgo del Paciente	21
2.2.3.5. Factores de Riesgo Asociados al Embarazo	22
2.2.3.6. Fisiopatología	24
2.2.3.7. Clínica de la preeclampsia	25
2.2.3.8. Diagnóstico.....	27
2.2.4 Tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo	28
2.2.4.1. Según la Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia recomienda:	28
2.2.4.2. Aspectos generales para el manejo de la preeclampsia.....	28
2.3. Hipótesis	31
2.3.1. Hipótesis general	31
2.3.2. Hipótesis Específicos	31
2.4. Variables	32
2.4.1. Identificación de Variables	32



2.5.2. Operacionalización de Variables.....	33
2.5. Definición de términos.....	36
CAPITULO III: MÉTODO	38
3.1. Alcance del estudio	38
3.2. Diseño de investigación	38
3.3. Población	38
3.4. Muestra	40
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos.....	41
3.7. Plan de análisis de datos	42
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	44
4.1. Resultados respecto a los objetivos específicos.....	44
4.2. Resultados respecto a los objetivos general.....	52
4.3. Resultados de la demostración de hipótesis.....	53
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	54
5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	54
5.2. Limitaciones de la investigación.....	55
5.3. Comparación critica con la literatura existente.....	56
5.4. Implicancias del estudio.....	58
CONCLUSIONES	59
SUGERENCIAS	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÉNDICES.....	70
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DATOS	71
MATRIZ DE CONSISTENCIA	73
VALIDACION DE INSTRUMENTOS	74
EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.....	82



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas y personales de las gestantes.....	44
Tabla 1. Nueva pareja en el embarazo actual y desarrollo preeclampsia	46
Tabla 2. Número de parejas sexuales y desarrollo de preeclampsia.....	47
Tabla 3. Tiempo de convivencia con la pareja actual y desarrollo de preeclampsia.....	48
Tabla 4. Frecuencia de relaciones sexual y desarrollo de preeclampsia.....	49
Tabla 5. Uso de anticonceptivos que no es de barrera durante el acto sexual y desarrollo de preeclampsia.....	50
Tabla 6. Prevalencia de preeclampsia en las gestantes	51
Tabla 7. Factor de riesgo el cambio de pareja y desarrollo de preeclampsia	52



RESUMEN

El presente estudio “Cambio de pareja y preeclampsia en gestantes tratadas en el Hospital Regional Cusco, 2023”. Tuvo como **objetivo:** Determinar el factor de riesgo del cambio de pareja y el desarrollo de preeclampsia en gestantes tratadas en el Hospital Regional del Cusco, 2023. **Metodología:** No experimental, cuantitativa, retrospectiva y transversal, correlacional, estudio de caso-control. Cuya muestra estuvo constituida por 30 (casos) de gestantes con preeclampsia y 50 (controles) de gestantes sin preeclampsia ambas con cambio de parejas. **Resultados:** Sobre las características sociodemográficos y personales, la mayoría de las gestantes se encuentra con mayor a 25 años con un 77.60%, presentan un estado civil de conviviente con 75%, un grado de instrucción de secundaria completa con 45.00%, ocupación de ama de casa en 23.80%, sobre el número de hijos con su actual pareja de 1 con 40.00% y un número de gestaciones de 2 con 46.30%. Sobre las condiciones de riesgo de cambio de pareja y desarrollo de preeclampsia se obtuvo; que el cambio de pareja en el embarazo actual demostró un (OR=13,970; IC=0.02-243.4; p=0.000), el tiempo de convivencia > 1 año (OR=1.833; IC=0.52-6.38; p=0.034) y la frecuencia de las relaciones sexuales menores de 5 por semana conforman un factor de riesgo. Además, se encontró una prevalencia de 6.8%, por lo que, aproximadamente 7 de cada 100 gestantes podría desarrollar preeclampsia durante el embarazo. **Conclusiones:** El cambio de pareja es un factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, lo que nos indica que el cambio de pareja es 14 veces más probable que las gestantes desarrollen preeclampsia que las que no cambiaron de pareja.

Palabras clave: Cambio de pareja, preeclampsia, prevalencia, gestantes, cohabitación sexual, semen.



ABSTRACT

The present study “Partner change and preeclampsia in pregnant women treated at the Cusco Regional Hospital, 2023”. Its objective was to: Determine the risk factor for changing partners and the development of preeclampsia in pregnant women treated at the Regional Hospital of Cusco, 2023. Methodology: Non-experimental, quantitative, retrospective and cross-sectional, correlational, case-control study. Whose sample consisted of 30 (cases) of pregnant women with preeclampsia and 50 (controls) of pregnant women without preeclampsia, both with change of partners. Results: Regarding the sociodemographic and personal characteristics, the majority of pregnant women are over 25 years old with 77.60%, have a marital status of cohabiting with 75%, a complete secondary education level with 45.00%, occupation as a housewife of home in 23.80%, on the number of children with their current partner of 1 with 40.00% and a number of pregnancies of 2 with 46.30%. Regarding the risk conditions for changing partners and developing preeclampsia, it was obtained; that the change of partner in the current pregnancy demonstrated a (OR=13.970; CI=0.02-243.4; p=0.000), the time of cohabitation > 1 year (OR=1.833; CI=0.52-6.38; p=0.034) and the frequency of sexual relations less than 5 per week is a risk factor. In addition, a prevalence of 6.8% was found, therefore, approximately 7 out of every 100 pregnant women could develop preeclampsia during pregnancy. Conclusions: Changing partners is a risk factor for the development of preeclampsia, which indicates that changing partners is 14 times more likely for pregnant women to develop preeclampsia than those who did not change partners.

Keywords: Change of partner, preeclampsia, prevalence, pregnant women, sexual cohabitation, semen.



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un problema de presión arterial elevada relacionado con el embarazo que afecta entre el 2% y el 8% de los embarazos. Aparece después de la semana 20 de gestación, se presenta hipertensión, acompañada de proteinuria y/o signos de daño en órganos importantes. Esto incluye el período que abarca desde el parto hasta el puerperio.

(1)

En el Hospital Regional del Cusco la preeclampsia es una condición médica recurrente donde se estima que después de la hemorragia es la segunda causa de muerte materna, se observa que estas son más recurrentes en el tercer trimestre y en gestantes que no tuvieron ningún control prenatal. Según los datos encontrados se aprecia que las gestantes con más incidencia a desarrollar este trastorno son de centros de salud lejanos que fueron referidas al Hospital Regional del Cusco. (10)

Según la OMS en Latinoamérica, las muertes maternas que se asocian a preeclampsia son mayores al 20%, en Perú la preeclampsia es considerada la segunda causa de muerte en gestantes, lo cual aumenta y tiene como consecuencia las escalas de retardo del crecimiento fetal y prematuridad. Según el Instituto Nacional Materno Perinatal el cual se encuentra realizando la vigilancia de Morbilidad Materna Extrema (MME) a partir del año 2012, considera a la preeclampsia como la principal causa de muerte en madres gestantes (3,4). Por ende, se tiene como interrogante principal si el cambio de pareja es un factor de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia durante la gestación, definida como una alteración hipertensiva capaz de ocurrir durante el embarazo y postparto.

La preeclampsia según la OMS a nivel mundial afecta entre el 2% y el 8% de los embarazos, es responsable de al menos del 15% de las muertes maternas en el mundo.



Muchas de estas muertes ocasionadas por la preeclampsia, estas cifras se podrían disminuir poniendo mayor atención a los factores de riesgo que conlleva esta complicación. La mejora en la eficacia y eficiencia es un objetivo planteado para este milenio por la OMS promoviendo investigaciones sobre el mejor tratamiento, causas y las mejores prácticas clínicas en la atención de este grupo de pacientes. (2)

En obstetricia uno de los pilares fundamentales es hacer y lograr prevalecer el bienestar de la gestante y del feto en, los cuales presentan diversos inconvenientes perinatales, factores que muchas veces pueden llevar hasta la muerte si no se identifica el daño, asimismo la mortalidad materna muestra claramente la desigualdad de grupos sociales en diversos países y sus regiones, podríamos decir que es un problema grave de derechos humanos que afecta en mayor medida a mujeres que tienen un reducido acceso al servicio de salud materno requerido, ya sea por etnia, economía o edad. Por ello se hace importante el conocimiento de factores que puedan conllevar o desencadenar en un daño irreversible para la madre o el feto y su desarrollo, dentro de estos tenemos la ya conocida preeclampsia la cual viene siendo objeto de estudio debido a que no se llega a identificar factores etiológicos claros por lo cual se considera un serio inconveniente en la salud pública. (5)

Se determina normalmente que la preeclampsia es más habitual en primerizas, a causa quizá de un mecanismo inmunosupresor el cual se basa en que la madre futura llegue con el tiempo a tolerar los antígenos que vienen del padre los que se encuentran en el semen, la poca exposición a este va a ser un factor desencadenante de preeclampsia para la paciente. Esto nos ayudaría a entender por qué las mujeres con poca o limitada experiencia o contacto con el espermatozoides presentan riesgo mayor de preeclampsia (inseminaciones, cambio de parejas habituales primer contacto sexual y embarazo inmediato) (6).



Así también podemos determinar que los varones que tuvieron una pareja que paso un embarazo y desarrolló preeclampsia, constituye un factor de riesgo en caso de tener una nueva pareja debido a la presencia de antígenos que la experiencia mostró ser causante de una preeclampsia anterior lo cual indica y evidencia la importancia y relevancia que tiene un estudio actualizado para determinar y esclarecer un posible agente causal de la preeclampsia como es el cambio de pareja (7).

En la estructura de la tesis se desarrollaron en 5 capítulos. El Capítulo I que incluye la introducción, planteamiento del problema principal y objetivos del estudio. Capítulo II. consta del marco teórico como son los antecedentes, bases teóricas, marco conceptual de la investigación, la hipótesis y la operacionalización de variables. En el Capítulo III se establece la metodología de la investigación. En el capítulo IV se muestra los resultados. Finalmente, en el capítulo V se muestra la discusión, las conclusiones y recomendaciones.



1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la preeclampsia representa el 2-8% de los embarazos en todo el mundo. En términos de cifras, cada año 10 millones de gestantes desarrollan trastornos hipertensivos durante su embarazo. Aproximadamente 76.000 murieron, como efecto directo de la preeclampsia y sus complicaciones. Por ende, la preeclampsia es una complicación común y potencialmente mortal del embarazo que conlleva un riesgo en todo el mundo, por esta razón, anualmente debe implementarse medidas preventivas para garantizar la salud de la madre y el niño (2)(8).

La esperanza de vida en mujeres que desarrollaron preeclampsia reduce a diez años en promedio, lo que significa mayores complicaciones si aparece en edades gestacionales menores de 37 semanas. Hoy en día las mujeres inician el embarazo con factores de riesgo que las hacen susceptibles a esta condición, tales como cambios económicos, dietéticos, estilo de vida y la demografía. (9)

La preeclampsia es una afección hipertensiva frecuente que afecta 5 a 10% de gestantes, en Perú su incidencia va alrededor del 12% en la atención de Gineco-Obstetricia siendo la causante de muerte materna debido a que es una enfermedad progresiva, multifactorial e irreversible. Complica del 3 al 22% de los embarazos y en el 2019 fue considerada la segunda causa de mortalidad durante la gestación con un 38% y el primer motivo de muerte según el Instituto Nacional Perinatal (4).

Según el boletín epidemiológico 2023, la provincia de Cusco reportó más muertes maternas con un total de 48 MMs, representando el 21,3%, seguido de la Convención con 34 representando el 15,7% y Quispicanchi con 24 que representa el 11,6%. (10)

En general, durante la última década, las causas directas han sido predominantes en nuestra región. En 2022, el 70,0% de las causas se atribuyeron a factores directos. Esta



tendencia se mantiene hasta la fecha actual, según los informes del sistema de vigilancia epidemiológica, donde el 70,0% de los casos se clasifican como directos, de las 7 causas principales de muerte materna, 5 están vinculadas a la hipertensión (Eclampsia y/o Síndrome de HELLP, Preeclampsia severa). A partir de estos hallazgos, es recomendable fortalecer las habilidades de los profesionales de la salud en el manejo adecuado de esta condición, fomentar el uso de claves obstétricas (clave azul) para la identificación temprana, garantizar el diagnóstico precoz, proporcionar referencia oportuna cuando sea necesario y coordinar con hospitales de mayor complejidad. (11)

Existen estudios que indican relación vinculante entre factores como la habitabilidad sexual menor a 6 meses que conllevan a una mayor eventualidad de desarrollar preeclampsia en pacientes que poseen un tiempo mayor con su pareja habitual, por consiguiente, se determina que la probabilidad de desarrollar esta complicación se incrementara en pacientes que usan preservativos lo cual podría indicar que un contacto con semen reduce el riesgo de preeclampsia y esto se da debido a un mecanismo inmunosupresor el cual se basa en que la madre futura llegue con el tiempo a tolerar los antígenos que vienen del padre los que se encuentran en el semen, la poca exposición a este va a ser una variable de riesgo para desarrollar preeclampsia. Esto nos ayudará a entender por qué las mujeres con poca o limitada experiencia o contacto con el espermatozoides presentan riesgo mayor de preeclampsia (6,7).

Así asumimos la importancia de este estudio, debido a que no se encuentra investigaciones similares en nuestro ámbito para poder determinar si el cambio de pareja es realmente vinculable con la aparición de la preeclampsia y esto a su vez extrapolarlos a los cuidados perinatales para lograr una prevención adecuada con las gestantes.



1.2 Formulación Del Problema

1.2.1. Problema General

¿Es un factor de riesgo el cambio de pareja para el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023?

1.2.2 Problemas Específicos

PC1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y personales de las gestantes con preeclampsia que tuvieron cambio de pareja y fueron atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023?

PC2: ¿Cuáles son las condiciones del cambio de pareja que determinan el riesgo para el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023?

PC3: ¿Cuál es la prevalencia de la preeclampsia en gestantes tratadas en el Hospital Regional del Cusco 2023?

1.3. Justificación Del Estudio

1.3.1. Conveniencia

Dentro del campo de desarrollo profesional una de las prácticas más comunes de realizar es la consulta la cual conlleva indicaciones y recomendaciones dentro de las cuales se podrá brindar una correcta información basada en datos estadísticos significativos y reales aplicados a nuestra realidad social y demográfica

1.3.2. Relevancia Social

Se ha demostrado que el cambio de pareja es un agente causal de la hipertensión en gestantes. Por lo tanto, esta investigación ayudará a identificar este factor de riesgo y evitará daños fetales o incluso el incremento de la morbi-mortalidad materna.



1.3.3. Implicancia Practica

Dentro de las recomendaciones preventivas podremos adicionar nuevos conceptos que serán de vital importancia durante la clínica de pacientes perinatales en la atención prenatal, ya que podremos identificar si la gestante presenta como factor de riesgo el cambio de pareja durante su actual embarazo.

1.3.4. Valor Teórico

Se dará a conocer si el cambio de pareja es un agente causal verificable e identificable dentro de la población cusqueña para la aparición de la preeclampsia

1.3.5. Utilidad Metodológica

Pese a su escaso enfoque en nuestra localidad, la información que nos proporcionó los resultados de esta investigación, servirá para aclarar, amplificar o apoyar otras investigaciones; ya que los resultados obtenidos muestran datos reales.

1.4. Objetivos de investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar el factor de riesgo entre el cambio de pareja y el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficos y personales de las gestantes con preeclampsia que tuvieron cambio de pareja y fueron atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.
- Establecer las condiciones del cambio de pareja que determinan el riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.



- Identificar la prevalencia de la preeclampsia en gestantes tratadas en el Hospital Regional del Cusco 2023.

1.5. Delimitación del estudio

1.5.1 Delimitación espacial

La presente investigación se realizó en la Provincia-Cusco, Departamento-Cusco, Hospital Regional del Cusco. En la actualidad cuenta con 765 trabajadores entre personal de salud, personal administrativo y personal técnico que laboran en las distintas áreas. El Departamento de Ginecología y Obstetricia se compone del Servicio de Ginecología y del Servicio de Obstetricia.

1.5.2 Delimitación temporal

Se realizó el estudio con pacientes gestantes asistentes al Hospital Regional del Cusco entre el cronograma planteado en el presente año 2023.



CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Trice E., (2018). En su estudio titulado “**El sistema del antígeno leucocitario humano materno-fetal y preeclampsia**” **Lowa - EE. UU - 2018.** El propósito de la investigación fue encontrar los genes asociados con la preeclampsia, lo que podría llevarnos a contar con indicadores que permitan prever y/o identificar la preeclampsia. Además, este estudio podría conducir al hallazgo de tratamientos específicos y personalizados. Metodología: Se llevó a cabo una investigación documental con el fin de establecer este estudio. Variables: exposición a HLA y exposición al líquido seminal donde (El índice de exposición al líquido seminal se clasificó en terciles de exposición; la exposición baja se definió como el tercil más bajo y la exposición moderada a alta como los terciles segundo y tercero combinados). Resultados: La variación en los efectos por exposición al líquido seminal en una investigación de casos y controles enfocada en mujeres que no han tenido hijos en Lowa proporciono resultados donde existía asociación entre el intercambio de HLA y la preeclampsia cuando se considera aumenta fuertemente las probabilidades de preeclampsia en el contexto de una exposición baja al líquido seminal, pero la exposición moderada a alta atenúa este riesgo. Conclusión: la exposición al semen si aumenta el riesgo de preeclampsia (12).

Rodríguez J. y Villar C. (2019), En su estudio titulado “**Contraconcepción y conductas sexuales como factores de riesgo de preeclampsia. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Febrero-agosto, República Dominicana 2019**” donde tuvo como objetivo evaluar si tanto el método



anticonceptivo y los comportamientos sexuales representan un factor de riesgo principal para el desarrollo de preeclampsia, las variables fueron conformados por el tipo de preeclampsia, antecedentes obstétricos, tiempo de cohabitación sexual y métodos contraceptivo. La metodología fue un estudio transversal, observacional-descriptivo de recolección de información de forma prospectiva. Resultados: Los rangos de edad de 13 a 16 años, representando un 7.5%; de 17 a 19 años, 21.5%; de 20 a 24 años, 25%; de 25 a 29 años, 22.5%; de 30 a 34 años, con un 20%; y finalmente, de 35 años o más, con un 3.5%. En nuestra muestra, el 63.5% presentaba preeclampsia con signos de severidad. Del total, un 57.5% era multípara, y dentro de este grupo, un 54.78% informó modificado la pareja en comparación con el padre del embarazo anterior. En cuanto a anticonceptivos, el retiro o sin protección fue el más común, con un 46%; seguido por anticonceptivos orales, con un 34%, y métodos de barrera, con un 6.5%. La media de relaciones sexuales semanales fue de 3, y el 74% practicó sexo oral antes del embarazo. El periodo intergenésico promedio fue de 4 años, y el 68.5% tuvo una cohabitación superior a 18 meses. Se concluye que ciertos comportamientos sexuales, como multíparas con cambio de pareja y menos de 3 relaciones semanalmente, están relacionados con la severidad de la preeclampsia, aunque otros resultados divergen de la literatura revisada, como la práctica del tiempo de cohabitación >18 meses, sexo oral, y el tipo de método anticonceptivo utilizado (13).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Centeno G., (2019). En su estudio titulado **“Factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2019”**. Objetivo: Identificar los elementos de riesgo vinculados con el desencadenamiento de preeclampsia. Variables: Factores de riesgo y preeclampsia. Metodología: Estudio con enfoque transversal, retrospectivo,



cuantitativo, caso-control, se realizó un análisis multivariado. El estudio incluyó una muestra de 44 pacientes, compuesta por 20 casos y 24 controles. Resultados: El intervalo entre partos, identificado como riesgoso cuando es < 2 años o >4 años, considerada factor de riesgo. En conclusión, esta investigación considera como factores de riesgo de preeclampsia al uso de preservativos y a la presencia de más de una pareja sexual donde según los resultados obtenidos se pudo demostrar que un cambio en la vida sexual de las pacientes puede relacionarse con la preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas Chachapoyas, Hospital Regional Virgen de Fátima, Indicando relación entre la paternidad y preeclampsia lo que denotaría que un cambio en la vida sexual de la paciente podría denotar cambios significativos (14).

Córdova E., (2018). Con el título **“Cohabitación sexual pregestacional, como factor de riesgo de preeclampsia en pacientes gestantes del Hospital Santa Rosa II-2 Piura, Perú, Periodo Enero – Abril.** Dicho estudio tuvo como objetivo: Evaluar la cohabitación sexual pregestacional, donde tomaron como variables la Cohabitación sexual pregestacional y preeclampsia, la metodología fue conformada por pacientes gestantes del Hospital Santa Rosa II-2 Piura Perú, Periodo Enero – Abril” Metodología: La muestra consistió en la totalidad de pacientes embarazadas que recibieron atención, alcanzando un número total de 1760. Resultados: Se evidenció que las mujeres embarazadas que cohabitaron sexualmente por menos de 6 meses presentan una probabilidad 6,7 veces superior de aparición de preeclampsia en comparación con aquellas con un periodo de cohabitación sexual superior a 6 meses. Conclusiones: Mostrando relevante la adecuación del organismo al semen de la pareja para evitar una posible preeclampsia posterior lo que no ocurriría en si habría un cambio de pareja durante la gestación (15).



Távora E., (2018), En su estudio titulado “**Tiempo de cohabitación sexual como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes del hospital belén de Trujillo**” **Trujillo 2019**. Tiene como Objetivo: Determinación de la duración del período de convivencia sexual constituye un elemento de riesgo para desarrollar preeclampsia en embarazadas. Variables: Tiempo de cohabitación sexual y preeclampsia. Metodología: Estudio de caso-control, en el estudio, se examinó a un grupo completo de 258 mujeres embarazadas, de las cuales 86 fueron diagnosticadas con preeclampsia y 172 no presentaron dicho diagnóstico. Resultados: Los resultados revelaron una conexión estadísticamente significativa entre el tiempo de cohabitación sexual y la incidencia de preeclampsia. Aquellas pacientes con una convivencia sexual inferior a 6 meses presentaron una probabilidad 8 veces mayor de desarrollar preeclampsia en comparación con aquellas cuya convivencia sexual superó los 6 meses. Conclusiones: Una convivencia sexual inferior a 6 meses es considerado elemento de riesgo (16).

Gutiérrez D., (2018). En su estudio **Exposición al semen del padre como factor de riesgo de preeclampsia en pacientes gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima 2018**. Objetivo: Evaluar si una menor incidencia de contacto con el semen del padre se identifica como un elemento de riesgo en el desarrollo de preeclampsia en mujeres embarazadas. Variables analizadas: Nivel de exposición al semen del padre y presencia de preeclampsia. Metodología: Es una investigación observacional, cuantitativa, analítico. Siendo un estudio de caso-control. Resultados: La mayoría de las pacientes, tuvieron un periodo de actividad sexual sin el uso de método de barrera que no superó los 5 años, siendo el 70.7% con preeclampsia y el 72,0% sin preeclampsia. Conclusiones: La limitada exposición al semen del padre no se considera un elemento de riesgo para desarrollar preeclampsia (17).



Villacorta D., (2018). En su estudio titulado “**Asociación de la preeclampsia con el tiempo de cohabitación sexual número de parejas sexuales en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Octubre – Noviembre**” Lima 2018.

Objetivo: Evaluar la relación entre la preeclampsia y el tiempo de convivencia sexual, así como el número de parejas sexuales en mujeres embarazadas que reciben atención médica. Variables: Cohabitación Sexual y Preeclampsia. Metodología: Estudio casos - controles. Consta de 28 gestantes (casos) y 28 gestantes (controles) sin preeclampsia atendidas. Resultado El 32.1% de las mujeres embarazadas mostraron preeclampsia severa, mientras que el 67.9% presentó preeclampsia leve. En cuanto a las características obstétricas, el 39.3% de las gestantes fueron diagnosticadas con preeclampsia pertenecía al grupo de edad de 19 a 24 años, el 50% tuvo ≥ 6 controles prenatales, el 60.7% tenía de 2 a 5 hijos, la multiparidad se observó en el 39.3%, el 64.3% no utilizó métodos anticonceptivos, el 71.4% tuvo su 1ra relación sexual entre 15-19años, y el 46.4% mantuvo relaciones sexuales de forma interdiaria. En su mayoría, tanto las gestantes con y no diagnosticadas con preeclampsia tenían una convivencia de ≥ 12 meses (71.4% y 78.6%, respectivamente). Además, el 75.0% presentan preeclampsia y el 64.3% sin preeclampsia tenían ≥ 2 parejas sexuales. Conclusión: No se observó relación entre la preeclampsia y la duración de la convivencia o el número de parejas sexuales, según se desprende del análisis estadístico de chi cuadrado (18).

Gómez O., (2018). En el estudio titulado “**Conductas sexuales asociadas a preeclampsia severa en pacientes del Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora Lima 2014.** Tuvo como Objetivo: Identificar los comportamientos sexuales vinculados a la presencia de preeclampsia severa en mujeres ingresadas en el hospital. Variables: Conductas sexuales y preeclampsia.



Metodología: Se realizaron 41 encuestas a pacientes con preeclampsia severa para identificar la edad de 1er embarazo y 1ra relación sexual, cantidad de parejas sexuales, hijos con diferentes parejas, frecuencia de relaciones, tiempo de RS previa a la gestación, exposición al semen y duración de cohabitación con la pareja. Resultados: Se evidenció que las mujeres con preeclampsia severa tenían una edad media de 19 años para el primer embarazo y 17 años para la 1ra relación sexual. Además, el 63% reportó tener más de una pareja sexual, el 15% tuvo relaciones sexuales en <6 meses previo al embarazo, el 22% y el 90% indicaron exposición al semen mediante el sexo oral y anticonceptivo usado respectivamente. Estos resultados sugieren que la conducta sexual relacionada con preeclampsia severa estaba presente en esta muestra (19).



2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Cambio de pareja

En cuanto a las relaciones sexuales antes del embarazo, se puede decir que es un factor de suma importancia en el desarrollo de la preeclampsia, el tiempo de la convivencia, el embarazo de una nueva pareja y la frecuencia de las relaciones sexuales, reforzando la hipótesis de que cuanto mayor es la duración de las relaciones sexuales previo a la concepción, menor es la tasa de preeclampsia, lo que indica una relación inversa, pero a lo contrario, la duración de la exposición de los espermatozoides. Cambios de pareja sexual a corto plazo, o cambios en la paternidad, se asocian a la aparición de preeclampsia (20).

Se ha planteado la hipótesis de que la preeclampsia es una respuesta inmunitaria materno-fetal que es reconocida por el código genético paterno en el semen y el semen como un antígeno. Dada esta teoría inmunológica, la aparición de esta enfermedad está relacionada con el tiempo de exposición del padre a antígenos (20).

La exposición al semen del padre: Se define como la cantidad de semen que entra en contacto con el sistema genital femenino. Se mide multiplicando la frecuencia de los encuentros íntimos semanales sin usar anticonceptivo de barrera.(20).

Se define como el contacto del semen del padre, el contacto del semen de los cónyuges y del padre del embarazo, con el aparato genital femenino, y éste se define por la frecuencia semanal de las relaciones sexuales sin impedimento alguno para penetración de esperma. Semen vaginal, multiplicado por el tiempo de la relación sexual (el tiempo desde el comienzo de la relación sexual con una pareja hasta la concepción), sin anticoncepción (20).



2.2.2. Trastornos hipertensivos del embarazo

La hipertensión en la gestación es una forma de presión arterial elevada que se desencadena en la gestación, después de las 20 semanas de embarazo. No evidencia presencia de proteínas en la orina y en la mayoría de las situaciones, se resuelve tras el parto (21,22).

Clasificación

- **Preeclampsia:** “Hipertensión que comienza después de las 20 semanas de edad gestacional (tensión arterial [TA] \geq 140/90 mmHg) en dos tomas de la presión arterial, que comienza después de las 20 semanas de edad gestacional más proteinuria ($>$ 300 mg/24 horas o una relación proteína/creatinina en orina de \geq 0,3) de inicio reciente y de causa desconocida y/o signos de daño de órganos blanco” (23) . El tratamiento sintomático es el más adecuado si el feto no está maduro, pero la principal forma de tratar la preeclampsia es mediante la interrupción de la gestación. El desarrollo de preeclampsia puede desencadenar graves complicaciones, como la hemorragia cerebral, el edema pulmonar agudo, el síndrome HELLP o la insuficiencia renal. (27-28).

Dentro de la preeclampsia se subclasificará en:

- ❖ **Preeclampsia sin criterios de severidad con presencia de:**

Presión arterial mayor o igual que 140/90 mmHg.

Proteinuria cualitativa desde trazas a 1 + (Test de ácido sulfosalicílico).

- ❖ **Preeclampsia con criterios de severidad**

La presencia de preeclampsia y una o más de las siguientes características:

Cefalea, escotomas, reflejos aumentados.

Presión arterial mayor o igual a 160/110 mmHg.



Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico).

Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar. disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis. (24)

- **Eclampsia:** La eclampsia son las convulsiones tónicas-clónicas generalizadas que viene de manera brusca después de un episodio de preeclampsia. (24)
- **Hipertensión Arterial Crónica:** Puede definirse como la hipertensión antes del embarazo, generalmente antes de la semana 20 de embarazo. Por lo general, también incluye a mujeres que tienen presión arterial alta durante tres meses después del parto. Su origen suele estar asociado a la hipertensión esencial. De no ser el caso y hay hipertensión secundaria, es imperativa una evaluación completa de la patología de origen renal. 29
- **Hipertensión Arterial Crónica con Preeclampsia Sobreagregada:** La combinación de preeclampsia e hipertensión crónica es una condición grave que podría tener consecuencias graves para la el niño y la mamá. El diagnóstico puede ser difícil, pero se sospecha debido a proteinuria severa y un incremento repentino de la presión arterial. Las mujeres embarazadas con enfermedad renal crónica deben ser evaluadas cuidadosamente para detectar esta condición. 29
- **Síndrome de HELLP:** Caracterizada por:
 - Anemia hemolítica microangiopática, se define por la alteración de hiperbilirrubinemia $>1.2\text{g/dl}$ a predominio indirecto en el frotis sanguíneo.
 - Incremento TGO $>70\text{UI}$, o LDH $>600\text{UI}$.
 - Trombocitopenia: $<100'000/\text{ml}$



2.2.2.1. Etiología

Se han descubierto textos que datan del 2200 a.C. que describen la eclampsia y se han propuesto diversos mecanismos. La preeclampsia puede ser resultado de factores, como elementos fetales, placentarios y maternos. Los factores actualmente considerados relevantes son los siguientes.

- Invasión trofoblástica anormal de vasos sanguíneos del útero en la implantación placentaria.
- Desregulación en la tolerancia inmunitaria en tejidos maternos, fetales y placentarios.
- Dificultad en la adaptación materna a cambios cardiacos o inflamación en un embarazo convencional.
- Influencias genéticas que incluyen predisposición heredada y otros factores genéticos (2).

2.2.2.2. Etiopatogenia

Cualquier explicación completa sobre la fisiopatología y etiología de la preeclampsia debe considerar el seguimiento de alteraciones de la presión arterial en mujeres en gestación tienen una mayor probabilidad de manifestarse en mujeres que:

- Experimentan la exposición inicial a vellosidad coriónica.
- Enfrentan una cantidad excesiva de vellosidades coriónicas, como en situaciones de mola hidatiforme o embarazo gemelar.
- Sufren de enfermedad cardiovascular o renal previa.
- Presentan una inclinación genética a la hipertensión que se manifiesta durante el embarazo (2).



La presencia de un feto no es un requisito para el desarrollo de la preeclampsia. Además, aunque la vellosidad coriónica es crucial, no es indispensable que se ubiquen dentro del útero. Investigaciones indican una incidencia del 30% en pacientes con un embarazo ectópico avanzado de más de 18 semanas. Independientemente de la causa desencadenante, la secuencia de eventos que desencadena el síndrome de preeclampsia se caracteriza por numerosas anomalías que resultan en daño al endotelio vascular y subsiguiente vasoespasmo, extravasación de plasma y consecuencias trombóticas e isquémicas (2).

2.2.3. Preeclampsia

La preeclampsia podría definirse como una condición que se caracteriza por proteinuria, elevada presión arterial y, a veces, edema en extremidad inferior. Este cuadro suele aparecer después de las veinte semanas de embarazo. El único tratamiento eficaz es interrumpir el embarazo. Este cuadro, si no se maneja adecuadamente, puede derivar en complicaciones graves que pueden arriesgar la salud de la madre. El resultado incluye el síndrome HELLP, hemorragia cerebral, edema agudo de pulmón e insuficiencia renal (21).

En cambio, se etiqueta como preeclampsia a la gestante que muestra el conjunto completo de síntomas característicos de esta condición, conjuntamente de convulsión de tipo "Gran Mal". Se descartaron otras potenciales razones, como la existencia de accidentes cerebrovasculares, historial de enfermedad hipertensiva solitaria, lesiones que impacten el sistema nervioso central y afecten su ruta normal, así como enfermedades metabólicas o infecciosas (21).



2.2.3.1. Tipos de preeclampsia

La preeclampsia sin criterios de severidad: Es una complicación del embarazo que se distingue por la elevación de la presión arterial (sistólica superior a 140 mmHg y diastólica superior a 90 mmHg) y proteinuria (proteínas en la orina). Se diagnostica después de la semana 20 de embarazo (25).

Preeclampsia con criterios de severidad: La hipertensión arterial y proteinuria sin criterios de gravedad es una condición donde existe una presión arterial elevada (diastólica > 90 mmHg y sistólica > 140 mmHg) y una cantidad moderada de proteínas en la orina (entre 300 y 2000 mg en orina de 24 horas). Esta condición puede ser un signo de daño renal (25).

2.2.3.2. Epidemiología

La preeclampsia estima que entre el 2% y el 10% de las mujeres a nivel global experimentan una condición relacionada con el embarazo. Es un factor significativo en la mortalidad de mujeres durante el embarazo, en países desarrollados. Son desconocidas las causas, pero se cree que están relacionadas con factores inmunológicos, genéticos y de adaptación placentaria (26,27).

En Perú, la hipertensión gestacional se considera de las tres principales causas de muerte materna desde 1990. La preeclampsia representó el 15,8% de todas las muertes maternas en el país en esa década. Perú. La mortalidad materna específica por preeclampsia fue de 237 por 10.000 nacidos vivos. Cuando se complicó con eclampsia, resultó en muerte materna en el 18,9% de los casos (28).

2.2.3.3. Etiología de la preeclampsia

Esto se debe a un importante elemento que aumenta la probabilidad de desarrollar esta afección, es decir, la existencia de una reacción inusual o atípica de la madre



durante el período placentario, que muchas veces se produce como consecuencia de cambios genéticos en el feto, determinando especiales sensibilidades maternas. Endometriosis debida a diversos factores de riesgo antes del embarazo como diabetes, hipertensión arterial u otras enfermedades (25).

La remodelación inadecuada de las arterias espirales crea un ambiente hipóxico, desencadenando varios eventos que conduce a una función del endotelio anormal, así como cambios en el tono vascular y la permeabilidad, lo que resulta en hipertensión y proteinuria, que es una característica sintomática. Durante la fase inicial de la preeclampsia, esta situación no presenta síntomas y se distingue por la existencia de hipoxia de la placenta y disminución del flujo sanguíneo. Esto resulta en el infarto y trombosis de la vellosidad, lo que incrementa la generación y liberación de factores de coagulación, lo que resulta en un efecto inflamatorio en todo el cuerpo. Nivel generalizado, como activación endotelial. Entonces ocurre la 2 etapa de la enfermedad. En la fase siguiente de la enfermedad, se produce la constricción de los vasos sanguíneos, se vuelve prominente, al igual que el volumen plasmático y desencadenamiento de la cascada de coagulación, pero en el contexto de la preeclampsia, este procedimiento vuelve más prominente y se activa la leucopenia. factor de necrosis Alfa (21).

2.2.3.4. Factores de Riesgo del Paciente

- **Antecedentes de preeclampsia:** Encontrándose en individuos con tal anamnesis tienen una fuerte tendencia a desarrollar preeclampsia, y el riesgo es de 4 a 5 veces mayor que en mujeres embarazadas (29,30).
- **Primiparidad:** La preeclampsia suele considerarse una enfermedad del embarazo temprano. Por tanto, se dice que la nuliparidad



o primiparidad son factores asociados a la aparición de esta enfermedad (29,30).

- **Edades extremas:** Es más común en mujeres embarazadas <18 años o en pacientes >35 años. El hecho de que una mujer gestante tenga este tipo de factor de riesgo duplica la susceptibilidad de la paciente a la preeclampsia, y también se asocia con otras madres. complicaciones fetales (29,30).
- **Periodo intergenésico alargado:** Considerado un importante factor del desarrollo de preeclampsia en mujeres embarazadas. Esto se debe a que este período está asociado con cambios en la tolerancia inmunológica que generalmente ocurren durante el embarazo. Estos cambios afectan la formación de la placenta y conducen a la disfunción del endotelio, lo que lleva a una cadena de eventos que conducen al desarrollo de la preeclampsia (31).
- **Índice de masa corporal alto:** La presencia significativa de obesidad durante el embarazo ocasiona el desencadenamiento de preeclampsia. Por cada duplicación del peso corporal, el riesgo de preeclampsia aumenta de 5 a 7 veces. La obesidad gestacional se asocia con una mayor insulinoresistencia, lo que puede contribuir al desarrollo de preeclampsia (30).

2.2.3.5. Factores de Riesgo Asociados al Embarazo

- **Edad materna:** Las edades comprendidas menor de 20 y mayor de 35 años. (40)



- **Antecedentes de hipertensión en su embarazo anterior:** En este grupo de embarazadas, se ha observado que el 20-50% de veces tienden a desarrollar la preeclampsia en el embarazo siguiente. (30).
- **Embarazo molar:** Es una rara complicación del embarazo caracterizado por el anormal crecimiento de tejido trofoblástico que forma un quiste, que puede causar síntomas como crecimiento rápido del útero, cambios en la presión arterial (presión arterial alta), preeclampsia, quistes ováricos y más (30).
- **Control prenatal deficiente:** La OMS aconseja al menos seis visitas prenatales para garantizar un adecuado control del embarazo. El no hacerlo o un cuidado prenatal deficiente puede dar lugar a complicaciones durante el embarazo, como sangrado, síntomas de presión arterial alta en mujeres embarazadas u otras complicaciones que pueden conducir a complicaciones graves que pueden llegar a causar el fallecimiento de la madre y el niño (30).
- **Anomalías genéticas:** Ciertos cambios cromosómicos en el feto pueden conducir al desarrollo de preeclampsia, así como la enzima 3, hidroxiacilCoA de cadena larga, la trisomía 13 y el síndrome de Weidemann- Beckwith (32).
- **Infecciones urinarias:** La ITU es un problema común del embarazo y predispone a la pielonefritis. Si se presenta esta última patología, provoca el desarrollo de preeclampsia por la presencia de toxinas que promueven la generación de citocinas proinflamatorias, como el factor de necrosis tumoral y las interleucinas 1 y 8, que se dirigen contra el endotelio vascular. Luego, los neutrófilos se adhieren a las células endoteliales y producen proteasas y citocinas (33).



- **Factores Nutricionales:** una mala alimentación durante la gestación, predispone a la aparición de la preeclampsia, aquí podemos mencionar la escasa ingesta de calcio, estudios han demostrado su relación con la preeclampsia. (33).
- **Bajo nivel socioeconómico:** son muchos los estudios que demostraron la relación que tiene la preeclampsia. (33).

2.2.3.6. Fisiopatología

Se pueden clasificar en 2 modelos fisiopatológicos principales: Inmunológico, que sugiere que la respuesta inmunitaria entre madre e hijo está (de manera similar) alterada. Como el rechazo de la implantación del embrión en la madre y el médico vascular, quien argumentó que la isquemia lleva al estrés oxidativo y a la falta de remodelación vascular en la interfaz madre-placenta. Ambas formas están relacionadas. Algunas citocinas del sistema inmunitario y las células asesinas naturales tienen efectos a nivel vascular, y una remodelación vascular inadecuada puede conducir a una respuesta inmunitaria patológica (25,34).

Alteración inmunológica placentaria en la preeclampsia: La preeclampsia posiblemente representa un momento en el que el sistema de reconocimiento trofoblástico no se desarrolla de manera efectiva, dando lugar a una anomalía en las citoquinas beneficiosas y perjudiciales en la interfaz materno y fetal. Varios indicios respaldan esta idea: la preeclampsia está relacionada con una disminución en el previo contacto a antígeno trofoblástico, la placenta en la preeclampsia produce citoquinas Th1 de manera anormal y presenta una expresión antigénica anormal (35).



Disminución del contacto a antígeno-trofoblástico en preeclampsia

Este concepto surgió hace más 100 años a partir de la relación entre preeclampsia y un artículo mucha evidencia apoya el juego de la previa exposición a los antígenos. El cultivo, directamente o incorporado a la semilla, como factor contribuyente a la identificación de la placenta. Uso de método barrera y cambio de paternidad parece estar vinculado a un riesgo más elevado de desarrollar preeclampsia. Más evidencia estará ligado al momento de las relaciones sexuales antes del primer embarazo proporcional al riesgo de preeclampsia y hay un aumento en Preeclampsia en el embarazo con semen de donante. Telecomunicaciones, tracto reproductivo femenino con esperma, factor de crecimiento transformante B (TGF-B) derivado de vesículas seminales masculinas, que inician una respuesta inmune de tipo Th2, por lo tanto, puede inhibir la respuesta Th1 contra el feto, incluidos los antígenos maternos familia (35).

2.2.3.7. Clínica de la preeclampsia

La preeclampsia generalmente se manifiesta como una afección que no proporciona una clínica evidente que pueda ser identificada únicamente mediante la evaluación física de rutina. Esto lleva a que cuando aparece la sintomatología de la preeclampsia ya esté establecido. Esto se refleja en las estadísticas epidemiológicas elevadas en términos de mortalidad y morbilidad, tanto fetal como materna. Entre los síntomas más característicos se incluyen:

- **Hipertensión arterial:** Este indicador suele ser el inicial y se manifiesta con una presión sistólica que supera los 140 mmHg y una presión diastólica que excede los 90 mmHg; sin embargo, es esencial tomar la presión arterial de



manera precisa. Para confirmar la presión presentada por la paciente, se requieren al menos 2 mediciones con un intervalo de 4 horas entre cada una.

- Este síntoma suele manifestarse después de la aparición de hipertensión durante el embarazo. Los niveles de proteinuria comunes en una gestación sin complicaciones pueden oscilar entre 5mg y 15mg en un período de 24 horas. Sin embargo, en pacientes con preeclampsia, estos niveles pueden elevarse considerablemente, alcanzando cerca de 300mg en un día. En el caso de utilizar el método de ácido sulfasalícílico en frío, la cantidad debería ser mayor a 2 cruces para confirmar este indicador.
- **Ácido úrico:** Generalmente, se manifiesta simultáneamente con el inicio de la preeclampsia y es causado por la depuración y absorción renal reducida.
- **Cefalea:** Varían de moderada a intensidad fuerte y no ceden con la toma de analgésicos convencionales. En cuanto a su ubicación, tienden a manifestarse en la región occipital o frontal, y raramente son generales. Se origina por la inflamación del sistema nervioso central.
- **Alteraciones visuales:** Las mujeres que experimentan este problema comúnmente manifiestan la presencia de áreas ciegas en la visión y episodios de espasmo en las arterias retinianas, situadas en la parte posterior del ojo. En algunas ocasiones, esto puede llevar a una ceguera temporal que persiste durante horas o días y tiende a mejorar después de la primera semana después del parto.
- **Alteración de la audición:** El principal síntoma es la presentación de tinnitus.



- **Edemas:** Normalmente, las mujeres embarazadas experimentan hinchazón en ambos tobillos y en la parte delantera de la espinilla. Sin embargo, si se manifiesta hinchazón en la cara o las manos durante las horas de la tarde, generalmente sugiere la presencia de preeclampsia (21,34,36).

2.2.3.8. Diagnóstico

El conocimiento actual de los criterios es que, si uno o más de ellos están presentes, los criterios de severidad deben ser considerados en el diagnóstico de preeclampsia. Tenemos:

- PAS <160mmHg o PAD>110 mmHg al menos 2 veces con un rango de 4 horas entre dosis.
- Síntomas neurológicos de hipertensión, como alteraciones visuales, cefaleas, epigastralgia, hiperreflexia y dolor en el hipocondrio derecho. 24
- Disfunción hepática, niveles de transaminasas hasta el doble del valor considerado normal en el límite superior, con o sin dolor abdominal.
- Trombocitopenia<100000uL.
- Falla renal con valores de creatinina que superan 1,1 mg/dl o que alcanzan el doble de cantidad a nivel sérico de creatinina según los resultados de laboratorio.
- Edema pulmonar presente (37).



2.2.4 Tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo

2.2.4.1. Según la Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia recomienda:

- Para mantener el bienestar fetal se debe seguir las siguientes indicaciones:
 1. Monitoreo electrónico fetal: Test estresante y no estresante dependiendo de la clínica
 2. Por ecografías: perfil biofísico o ecografía Doppler
- Según sea el caso:

En preeclampsia sin criterios de severidad se recomienda utilizar antihipertensivos, si el feto es menor de las 37 semanas de gestación y tener una monitorización estricta.

En preeclampsia con criterios de severidad el tratamiento es terminar la gestación y la medicación a utilizar es el sulfato de magnesio o fenitoína para prevenir las convulsiones, además los antihipertensivos de primera línea. (38)

2.2.4.2. Aspectos generales para el manejo de la preeclampsia

A. En caso de preeclampsia sin criterios de severidad

- **Control materno:**
 - Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis
 - Exámenes de laboratorio:
 - Perfil renal: Urea y creatinina.
 - Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría.



- Perfil hepático: TGO, TGP, billirrubinas totales y fraccionadas y LDH. (39)
- **Control fetal:**
 - Autocontrol materno de movimientos fetales diario.
 - Test no estresante cada 48 horas.
 - Ecografía con perfil biofísico semanal
- **Considerar hospitalización:**
 - Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.
 - Si vive lejos, considerar la casa de espera.
- **En la hospitalización:**
 - Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.
 - Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria
 - Autocontrol de movimientos fetales.
 - Test no estresante cada 48 horas.
 - Ecografía más perfil biofísico semanal.
- Si se diagnostica preeclampsia con criterios de severidad, se debe iniciar el tratamiento. (39).

B. En caso de preeclampsia con signos de severidad

- Colocar dos vías endovenosas seguras:
 - Una con ClNa 9‰ a 40 gotas por minuto.



- Otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc. a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.
- El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.
- Administrar Rabótalo 200 mg vía oral c/8 hrs de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 30 minutos. • Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.
- Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas. De 34 a 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.
- Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones. (39) (40).



2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Si es un factor de riesgo el cambio de pareja y el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.

H0: No es un factor de riesgo el cambio de pareja y el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.

2.3.2. Hipótesis Específicos

HE1. Las condiciones del cambio de pareja si determinan el riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.

HNI. Las condiciones del cambio de pareja no determinan el riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.



2.4. Variables

2.4.1. Identificación de Variables

VARIABLES INTERVINIENTES = CARACTERÍSTICAS

SOCIODEMOGRAFICAS Y PERSONALES

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Número de hijos
- Número de gestación

VARIABLE INDEPENDIENTE

V1= CAMBIO DE PAREJA

CONDICIONES DE RIESGO DEL CAMBIO DE PAREJA

- Nueva pareja en la gestación actual
- Número de parejas sexuales
- Tiempo de convivencia con la actual pareja
- Frecuencia de relaciones sexuales
- Uso de método anticonceptivo de barrera

VARIABLE DEPENDIENTE

V2 = PREECLAMPSIA

- Criterio de la preeclampsia



2.5.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	Expresión Final	Escala De Medición	Instrumento
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y PERSONALES.	Es el conjunto de características socioculturales, biológicas y obstétricas que presenta la población en estudio y son medibles.	Son aquellas características que presentan las participantes del estudio	Características sociodemográficas y personales.	Edad	>25 años <25 años	Intervalo	Ficha de recolección de datos (cuestionario)
				Estado civil	Soltera Conviviente Casada Viuda	Nominal	
				Grado de instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior Universitario Superior no universitario	Ordinal	
				Ocupación	Estudiante Ama de casa Trabajo independiente Trabajo Dependiente	Nominal	
				Número de gestación	Segundigesta Multigesta Gran multigesta	Nominal	
				Número de hijos	Un hijo Dos hijos Tres hijos Otros	Ordinal	



VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	Expresión Final	Escala De Medición	Instrumento
CONDICIONES DEL CAMBIO DE PAREJA	Padre diferente al progenitor de los hijos anteriores de la madre independientemente del intervalo de cohabitación sexual.	Diagnóstico indicado en la historia clínica de acuerdo a la definición conceptual.	Cambio de Pareja	Nueva pareja en la gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Ficha de recolección de datos (cuestionario)
				Número de parejas sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 2 parejas • < 2 parejas 	Ordinal	
				Tiempo de convivencia con la pareja actual	<ul style="list-style-type: none"> • < 1 año • > 1 año 	Nominal	
				Frecuencia de relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 5 por semana • < 5 por semana 	Nominal	
				Uso de anticonceptivo durante el coito	<ul style="list-style-type: none"> • Si usa (método de barrera) • No usa (método de barrera) 	Nominal	



VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	EXPRESIÓN FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
PREECLAMPSIA	Trastorno relacionado a la hipertensión arterial elevada durante el embarazo tras las veinte semanas de embarazo. A pesar de que generalmente se acompaña con o sin proteinuria en la orina, podrían manifestarse con otra sintomatología.	Diagnóstico consignado en la historia clínica según definición conceptual.	Desarrollo de la Preeclampsia	Criterios	<ul style="list-style-type: none">• Preeclampsia sin criterios de severidad• Preeclampsia con criterios de severidad	Nominal	Ficha de recolección de datos (cuestionario)



2.5. Definición de términos

1. **Cambio de pareja sexual:** Padre diferente al progenitor de los hijos anteriores de la madre independientemente del intervalo de cohabitación sexual.
2. **Tiempo de cohabitación sexual:** Periodo transcurrido desde que la gestante inició relaciones sexuales con su última pareja sexual hasta quedar embarazada.
3. **Pareja:** cuando viven en el mismo hogar y mantienen una relación de carácter conyugal, que comprende mayor de un año o menor.
4. **Gestantes:** Desde que el espermatozoide y ovocito secundario se unen en la formación del cigoto. Este cigoto contiene la información genética completa del nuevo ser humano, por lo que se considera un ser humano en gestación.
5. **Puérpera:** Se refiere al lapso que inicia al concluir el parto y se extiende hasta las 42 semanas después, periodo en el cual el cuerpo femenino regresa a su estado normal.
6. **Madres:** Ser madre es como tener una prolongación de uno mismo en el hijo o hija. Compartir la misma sangre, la misma piel. Es albergar la esperanza de dar vida a esa pequeña persona que lleva consigo y que forma parte integral de cada mujer, de su esencia, heredando tanto sus virtudes como sus imperfecciones.
7. **Paternidad:** Proviene del latín, específicamente de "paternitas", y hace referencia a la condición de ser padre. Esto implica que un hombre que ha tenido un hijo adquiere la paternidad.
8. **Preeclampsia:** Se trata de una elevación de presión arterial y la manifestación de daño en el hígado o los riñones en mujeres después de la semana veinte de gestación. Aunque es poco común, la preeclampsia también puede surgir en una mujer después del parto, generalmente en las primeras 48 horas siguientes al parto. Dentro de ello se mide los criterios de severidad de la preeclampsia.



9. **Número de parejas sexuales:** Número de parejas con quien se ha tenido relaciones coitales.
10. **Líquido seminal:** El líquido seminal es una sustancia líquida compuesta por el conjunto de secreciones producidas por el aparato genital masculino que se unen en el momento de la eyaculación, instante en el que este líquido es expulsado a través de la uretra.
11. **Características sociodemográficas:** Se trata de una serie de atributos biológicos y socioculturales presentes en la población objeto de estudio, seleccionando aquellos que son cuantificables.
12. **Método anticonceptivo:** Estos impiden o reducen la posibilidad de fecundación de la mujer.
13. **Tiempo de Convivencia:** Es la convivencia libre y voluntaria entre una mujer y un varón, desde que ambos deciden convivir para formar un hogar y el tiempo se mide desde el inicio del mismo.
14. **Muerte materna:** Es el fallecimiento de una mujer durante el periodo de gestación y hasta los 42 días post parto o del término de la gestación, con independencia de la duración y el lugar de la misma, por casusa del embarazo. (41).
15. **Factor de riesgo:** es todo aquello que afecta la probabilidad de que se presente una enfermedad.
16. **Casos:** pacientes gestantes que tuvieron cambio de pareja y que desarrollaron la preeclampsia
17. **Controles:** pacientes gestantes que cambiaron de pareja, pero no desarrollaron la enfermedad, además, pacientes que desarrollaron la enfermedad sin cambio de pareja.



CAPITULO III: MÉTODO

3.1. Alcance del estudio

El alcance de estudio fue de enfoque cuantitativo, porque se utilizó una base de datos estadísticos para los resultados; fue de tipo caso - control y correlacional porque busca identificar factores que se asocian al desarrollo de la preeclampsia, según el tiempo es un estudio retrospectivo y transversal por que se utilizó datos ya existentes plasmados en las historias clínicas, dichos datos fueron comparados en dos grupos.

3.2. Diseño de investigación

El diseño fue no experimental y observacional, porque no hubo modificación alguna de las variables por parte de las investigadoras; se comparó dos grupos de gestantes.
Casos: Gestantes expuestas a cambio de pareja y que desarrollaron la preeclampsia.
Controles: Gestantes expuestas a cambio de pareja y que no desarrollaron la preeclampsia.

3.3. Población

La población es entendida como toda la unidad de análisis, en el estudio, la población estuvo conformada por un total de (436) pacientes embarazadas y puérperas tratadas por el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Regional del Cusco, de las cuales (80) gestantes y puérperas cumplieron con nuestros criterios de selección para los casos y controles en el periodo de enero – octubre 2023.



3.3.1. Criterios de selección

Criterios de inclusión

Casos

- Gestantes y puérperas con diagnóstico de preeclampsia hospitalizadas en el servicio ginecobstetricia del Hospital Regional del Cusco.
- Gestantes y puérperas que hayan tenido cambio de pareja distinta a la del embarazo anterior con un compañero diferente al de la gestación previa, con diagnóstico de preeclampsia hospitalizadas en el servicio ginecobstetricia del Hospital Regional del Cusco.
- Gestantes y puérperas a partir de su segunda gestación
- Gestantes y puérperas que desean involucrarse en la investigación después de proporcionar su consentimiento informado.

Controles

- Gestantes y puérperas sin diagnóstico de preeclampsia atendidas en el servicio ginecobstetricia del Hospital Regional del Cusco.
- Gestantes y puérperas con cambio de cambio de pareja, sin diagnóstico de preeclampsia atendidas servicio ginecobstetricia del Hospital Regional del Cusco.
- Gestantes y puérperas a partir de su segunda gestación.
- Gestantes y puérperas que desean participar en la investigación previo consentimiento informado.



Criterios de exclusión

Para casos y controles

- Gestantes y puérperas que no haya sido hospitalizada en el servicio ginecobstetricia del Hospital Regional del Cusco.
- Gestantes y puérperas diagnosticadas con otras patologías
- Gestantes y puérperas primerizas con diagnóstico de preeclampsia
- Gestantes y puérperas con diagnóstico de preeclampsia sin cambio de pareja.
- Gestantes y puérperas que no desean participar.

3.4. Muestra

La muestra fue no probabilístico por conveniencia, porque se consideró a todas la gestantes y puérperas que estuvieron hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional del Cusco y que cumplieron con los criterios de inclusión durante el periodo de la recolección de datos. La muestra para los casos fue de (30) gestantes y puérperas que tuvieron cambio de pareja y desarrollaron preeclampsia y (50) fueron los controles con cambio de pareja y sin el diagnóstico de preeclampsia.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnica de recolección de datos

Se documentó la información mediante la evaluación de las historias clínicas de las pacientes con y sin diagnóstico de preeclampsia con cambio de pareja que fueron atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional del Cusco durante los meses de enero a octubre del 2023, hasta completar la muestra requerida según los criterios de selección, la misma que conformaron dos grupos, 30 gestantes y puérperas



con diagnóstico de preeclampsia con cambio de pareja (grupo de casos expuestos con daño) y 50 gestantes y puérperas sin diagnóstico de preeclampsia con cambio de pareja (grupo de control no expuestos sin daño). Dicha información se registró en una ficha de recolección de datos mediante el cuestionario.

Además, se realizó llamadas telefónicas aquellas historias clínicas de gestantes y puérperas que no tenían datos requeridos para el llenado del instrumento de recolección de datos.

3.5.2. Instrumento de Recolección de datos

El instrumento de los investigadores fue un cuestionario, dicho instrumento fue diseñado con la finalidad de responder los objetivos planteados y aplicados en las gestantes atendidas del Hospital Regional del Cusco. Además, dicho instrumento fue validado por un juicio de cinco expertos.

El instrumento constó de 12 ítems con respuestas alternativas, distribuidas en tres partes, que midieron las variables de la siguiente manera:

- a) Características sociodemográficas y personales (6 preguntas)
- b) Condiciones de riesgo de cambio de pareja (5 preguntas)
- c) Prevalencia de la preeclampsia (1 pregunta)

3.6. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Se elaboró un instrumento de recolección de datos. La ficha se validó con el juicio de cinco expertos; quienes procedieron a realizar una primera revisión, las observaciones quedaron absueltas y luego el instrumento quedó listo para ser aplicado según las variables a estudiar que son cambio de pareja y desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.



3.7. Plan de análisis de datos

Se acudió al Departamento de Archivo de las Historias Clínicas en el periodo de enero a octubre del 2023, se seleccionó las historias clínicas de manera sistemática y aleatoria hasta que se completó el tamaño muestral. Luego se procedió a completar la ficha de recolección de datos.

- El primer paso será la recolección de datos.
 - Se clasificaron los datos según los criterios de selección
 - Estos datos fueron descargados en tablas de Excel y luego extrapolados a SPSS ver 27
 - Los datos de expuestos, no expuestos, casos y controles fueron procesados en el programa EPI-INFO para la obtención de los valores de OR, IC y P.
 - Técnicas: cuadros estadísticos con información agrupada.
- ✓ Se llevaron a cabo pruebas de Chi-cuadrado y Odds Ratio para evaluar hipótesis utilizando los siguientes resultados. Las variables fueron categorizadas en dependientes, tales como tipo de preeclampsia y variables independientes como el cambio de pareja.
- ✓ Para medir la asociación o riesgo entre las variables se usó Odds Ratio (OR) también conocido como razón de productos cruzados, con un nivel de significancia estadística

$p < 0.05$ y un intervalo de confianza al 95%. Donde:

OR > 1 ; P < 0.05 : Factor integra un riesgo real del suceso.

OR > 1 ; P > 0.05 : La relación entre el factor y el suceso está influida por el azar.

OR < 1 ; P > 0.05 : No existe asociación entre el factor y el suceso.

OR < 1 ; P < 0.05 : El factor estudiado es un factor protector.



Mas de 1 – 1.5 Débil

1.5 - 3.0 Moderada

3.0 – 10.0 Fuerte



CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Resultados respecto a los objetivos específicos

Tabla 1. *Características sociodemográficas y personales de las gestantes tratadas en el hospital regional del cusco 2023.*

Edad	N	%
<25 años	18	22.60%
>25 años	62	77.60%
Estado civil		
Soltera	10	12.50%
Conviviente	60	75.00%
Casada	10	12.50%
Viuda	0	0.00%
Grado de instrucción		
Sin estudios	2	2.50%
Primaria	15	18.80%
Secundaria	36	45.00%
Superior universitaria	6	7.50%
Superior no universitaria	21	26.30%
Ocupación		
Estudiante	17	21.30%
Ama de casa	19	23.80%
Trabajo independiente	12	15.10%
Trabajo dependiente	16	20.00%
Número de hijos con su actual pareja		
1 hijo	32	40.00%
2 hijos	21	26.30%
≥3 hijos	14	17.60%
Ninguno	13	16.30%
Número de gestaciones		
Segundigesta	37	46.30%
Multigesta	32	40.10%
Gran multigesta	7	8.80%
Total	80	100.00%

Elaboración propia



Interpretación de los resultados

En la Tabla N°1 sobre la edad podemos observar que la mayoría de las gestantes se encuentra con mayor a 25 años con un 77.60%, presentan un estado civil de conviviente con 75%, un grado de instrucción de secundaria completa con 45.00%, ocupación de ama de casa en 23.80%, sobre el número de hijos con su actual pareja de 1 con 40.00% y un número de gestaciones de 2 (segundigesta) con 46.30%.



**CONDICIONES DEL CAMBIO DE PAREJA QUE DETERMINAN EL RIESGO
PARA EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2023.**

Tabla 1. Nueva pareja en el embarazo actual y desarrollo de preeclampsia

	Con	Sin	Análisis		
	preeclampsia	preeclampsia	OR	IC 95%	p valor
Nueva pareja en el embarazo actual	N	N			
Si (expuesto)	30	15	13.970	0.02-	0.000
No (expuesto)	0	35		24.34	
Total	30	50			

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas de recolección de datos

Interpretación de resultados

En la Tabla N°1 podemos observar que el grupo de gestantes con preeclampsia con nueva de pareja en su actual embarazo conforman la exposición al factor de riesgo con un (OR=13.970; IC=0.02-243.4; p=0.000) por ello se puede afirmar que en pacientes con preeclampsia la probabilidad de encontrar personas con nueva pareja es 14 veces mayor que en pacientes que no tienen preeclampsia, esta característica es importante tomar en consideración en su primer control prenatal ya que es un riesgo para el desarrollo de esta enfermedad.



Tabla 2. Número de parejas sexuales y desarrollo de preeclampsia

Número de parejas sexuales	Con preeclampsia	Sin preeclampsia	Análisis		
	N	N	OR	IC 95%	p valor
≥2 parejas	30	33	31.86	1.83-552.9	0.001
<2 parejas	0	17			
Total	30	50			

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas de recolección de datos

Interpretación de resultados

En la Tabla N°2 podemos observar que el grupo de gestantes con preeclampsia con el número de parejas sexuales correspondiente a 2 o más parejas conforman la exposición al factor de riesgo con un (OR=31.86; IC=1.83-552.9; p=0.001) por ello se puede afirmar que en pacientes con preeclampsia la probabilidad de encontrar personas con más de dos parejas sexuales, es 31 veces mayor que en pacientes que no tienen preeclampsia, lo que nos indica que si una gestante tiene varias parejas sexuales tiene la mayor posibilidad de desarrollar esta patología.



Tabla 3. Tiempo de convivencia con la pareja actual y desarrollo de preeclampsia

Tiempo de convivencia con la pareja actual	Con preeclampsia	Sin preeclampsia	Análisis		
	N	N	OR	IC 95%	p valor
>1 año (expuestos)	26	39	1.833	0.52-6.38	0.034
≤ 1 año (no expuestos)	4	11			
Total	30	50			

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas de recolección de datos

Interpretación de resultados

En la Tabla N°3 podemos observar que el grupo de gestantes con preeclampsia y mayor a 1 año de convivencia, conforman la exposición al factor de riesgo de convivencia con un (OR=1.833; IC=0.52-6.38; p=0.034) por ello se puede afirmar que en pacientes con preeclampsia la probabilidad de encontrar personas con convivencia mayores a 1 año, es 2 veces mayor que en pacientes que no tienen preeclampsia, esta característica es importante de tomarla en cuenta, cuando se tienden mujeres convivientes mayor a 1 año, ya que hay mayor posibilidad de que esté grupo pueda presentar esta enfermedad.



Tabla 4. Frecuencia de relaciones sexuales y desarrollo de preeclampsia

Frecuencia de relaciones sexuales	Con preeclampsia	Sin preeclampsia	Análisis		
	N	N	OR	IC 95%	p valor
≥ 5 por semana	10	29	1.362	0.14-0.93	0.035
<5 por semana	20	21			
Total	30	50			

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas de recolección de datos

Interpretación de resultados

En la Tabla N°5 observamos que la frecuencia de relaciones sexuales que son menores de 5 por semana, es un factor que está asociado a la preeclampsia, ya que, los valores hallados (OR=1.362; IC=0.14-0.93; p=0.035) demuestran que tiene asociación estadísticamente significativa para desarrollar la preeclampsia, lo cual nos indica, que al tener menos de 5 veces por semana el coito sexual con la nueva pareja las mujeres están más expuesta a desarrollar dicha enfermedad en estudio.



Tabla 5. Uso de anticonceptivos que no es de barrera durante el acto sexual y desarrollo de preeclampsia

Método anticonceptivo	Con preeclampsia	Sin preeclampsia	Análisis		
	N	N	OR	IC 95%	p valor
Si usa (método de barrera)	8	18	0.646	0.23-1.74	0.038
No usa (método de barrera)	22	32			
Total	30	50			

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas de recolección de datos

Interpretación de resultados

En la Tabla N°6 observamos que el uso de método anticonceptivo que es de barrera es un factor que puede estar asociado a la preeclampsia, sin embargo, los valores hallados (OR=0.646; IC=0.23-1.74; p=0.038) demuestran que no es un factor de riesgo sino un factor protector, puesto que, el método de barrera impide la exposición al líquido seminal del varón, lo que nos indica que las gestantes que usaron antes de su gestación el método de barrera tienen menor posibilidad de desarrollar esta patología.



4.3. PREVALENCIA DE LA PREECLAMPSIA

Tabla 6. Prevalencia de preeclampsia en las gestantes

	Casos	Prevalencia
Preeclampsia	30	6.8%
Preeclampsia con criterios de severidad	18	4.5%
Preeclampsia sin criterios de severidad	12	2.3%

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas de recolección de datos

Interpretación de resultados

Respecto a la prevalencia de preeclampsia se obtuvo una prevalencia de 4.5% correspondiente a los casos de preeclampsia con criterios de severidad lo que quiere decir que casi 5 de cada 100 casos presentaron criterios de severidad; mientras que el 2.3% corresponde a los casos de preeclampsia sin criterios de severidad que se interpreta que más de 2 casos de cada 100 no presentan criterios de severidad; en tanto, de los casos de preeclampsia en general se encontró una prevalencia significativa de 6.8% de una población de 436 gestantes con 30 casos de preeclampsia. Lo que quiere decir que, de cada 100 gestantes aproximadamente 7 desarrollan preeclampsia.



4.2. Resultados respecto a los objetivos general

Tabla 7. Factor de riesgo el cambio de pareja y desarrollo de preeclampsia

Factor de riesgo	Casos	Controles	Análisis		
	(Con preeclampsia)	(Sin preeclampsia)	OR	IC 95%	p valor
Cambio de pareja	N	N			
Si (expuestos)	30	15	13,970	0.02-	0.000
No (no expuestos)	0	35		243.4	
Total	30	50			

Fuente: Elaboración propia a partir de las fichas de recolección de datos

Interpretación de resultados

Respecto al grupo de casos (gestantes con preeclampsia) el 100.0% presento cambio de pareja. Además, en Grupo control el 43.8% no presento cambio de pareja y el 18.8% si presento. De acuerdo con el análisis sobre la conexión entre el cambio de pareja y la preeclampsia en mujeres embarazadas, se observó (OR=13,970; IC=0.02-243.4; p=0.000). Estos hallazgos indican que es un factor de riesgo y que el grupo de casos presenta 14 veces más probabilidad de desarrollar preeclampsia que el grupo de control y además existiría una fuerte relación estadística entre el cambio de pareja y la preeclampsia.



4.3. Resultados de la demostración de hipótesis

CONDICIÓN DE RIESGO DEL CAMBIO DE PAREJA	CHI-CUADRADO
Nueva pareja en la gestación actual	0.000
Número de parejas sexuales	0.001
Tiempo de convivencia	0.034
Frecuencia de relaciones sexuales	0.035
Uso de anticonceptivo que no sea de barrera	0.038

Respectos a las condiciones de riesgo de cambio de pareja: para los factores nueva pareja en la gestación actual, número de parejas sexuales, tiempo de convivencia y la frecuencia de relaciones sexuales, el valor de P, como el Chi- cuadrado fue menor de 0.05, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna, donde estos factores personales de cambio de pareja están asociados al desarrollo de la preeclampsia en gestantes tratadas del Hospital Regional del Cusco, 2023. Y respecto al factor de uso de anticonceptivo que no sea de barrera, el valor de la P es mayor de 0.05, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula, porque no tiene asociación, lo cual se determinó que actúan como factores protectores, aceptando así la hipótesis nula.



CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

De acuerdo al primer objetivo específico respecto a las características sociodemográficos y personales de las gestantes, se tuvo con mayor frecuencia que en gestantes tratadas en el Hospital Regional del Cusco, respecto a la edad, el 77.60% fueron mayores de 25 años, el 75,00% son convivientes, un grado de instrucción con un 45.00% tienen secundaria completa, respecto a la ocupación están con un porcentaje de 23.80% de ama de casa, sobre el número de hijos con su actual pareja de 1 hijo representan con 40.00% y la característica número de gestación en su mayoría fueron segundigestas con un 46.30%. se identificó dichas características de las gestantes en estudio.

De acuerdo al segundo objetivo específico respecto a las condiciones de riesgo de cambio de pareja; nueva pareja en el embarazo actual se tiene que él (OR=13,970; IC=0.02-243.4; p=0.000) es un factor de riesgo, el número de parejas sexuales correspondiente a 2 o más con una estadística (OR=31.86; IC=1.83-552.9; p=0.001) sería un factor de riesgo, el tiempo de convivencia > 1 año (OR=1.833; IC=0.52-6.38; p=0.034) sería un factor de riesgo, la frecuencia de las relaciones sexuales menores de 5 veces a la semana sería un riesgo con un (OR=1.362; IC=0.14-0.93; p=0.035), y el uso de anticonceptivos que no sea es de barrera (OR=0.646; IC=0.23-1.74; p=0.038) no sería un factor de riesgo.

De acuerdo al tercer objetivo específico respecto a la prevalencia de la preeclampsia en gestantes tratadas en el Hospital Regional del Cusco se obtuvo el 6.8%, de las cuales 4.5% correspondiente a los casos de preeclampsia con criterios de severidad mientras que el 2.3% corresponde a los casos de preeclampsia sin criterios de severidad. Respecto a este resultado, aunque se calcula que aproximadamente el 7% de los embarazos experimentarán preeclampsia en el estudio de los casos. Además, respecto a los controles



se obtuvo el 11.5 % experimentan preeclampsia, esta cifra puede ser más alta en entornos socioeconómicos desfavorables y en países con una mayor frecuencia de enfermedades hipertensivas. La influencia de factores contextuales y de salud pública en la incidencia de preeclampsia resalta la importancia de considerar diversos elementos al interpretar y comparar las tasas de esta complicación en diferentes poblaciones y entornos.

De acuerdo al objetivo general en relación al grupo de casos compuesto por gestantes con preeclampsia, se observó que el 100.0% de ellas experimentaron un cambio de pareja. Por otro lado, en el grupo de control, el 43.8% si experimentó cambio de pareja, pero no desarrollaron la enfermedad. El análisis del factor de riesgo entre el cambio de pareja y el desarrollo de preeclampsia, reveló un $OR=13,970$. Este hallazgo indica que el cambio de pareja sí es un factor de riesgo y existiría una relación estadísticamente significativa entre el cambio de pareja y el desarrollo de preeclampsia, sugiriendo que la modificación en la relación de pareja podría tener implicaciones en la incidencia de esta complicación durante el embarazo. Este resultado tiene relevancia en la comprensión de factores de riesgo relacionados a la preeclampsia y puede contribuir a estrategias preventivas y de atención más específicas para este grupo de gestantes.

5.2. Limitaciones de la investigación

Durante nuestra investigación, identificamos algunas limitaciones significativas. En primer lugar, la ausencia de antecedentes relevantes sobre nuestro tema fue evidente, dado que existían pocas y antiguas investigaciones a nivel local y nacional.

En cuanto a la aplicación del instrumento, nos enfrentamos a dificultades, ya que la población seleccionada fue mínima y la prevalencia de preeclampsia no se manifestó durante el periodo de estudio. A pesar de estos desafíos, logramos superar las limitaciones y concluimos satisfactoriamente nuestra tesis.



5.3. Comparación crítica con la literatura existente

Los resultados del análisis realizado por Gutiérrez D. revelaron que, en términos de características sociodemográficas, se observó el mayor porcentaje respecto a la edad fue un 30.67% en relación a un intervalo de 24 a 29 años, en relación al grado de instrucción el 78.67 % tuvo nivel secundario y el 77.3% convivían con sus parejas, mientras que respecto a características obstétricas el 53.33% tuvieron de 2 a 4 parejas, estos resultados son similares a nuestros hallazgos obtenidos en nuestra investigación. Esto podría deberse a un impacto en el sistema inmunológico materno, desencadenando respuestas que contribuyen al desarrollo de preeclampsia. Además, se sugiere que la exposición a diferentes perfiles genéticos presentes en el semen de distintas parejas podría desencadenar reacciones inmunológicas adversas durante el embarazo, afectando la tolerancia inmunológica necesaria para el desarrollo fetal sin complicaciones, destacando la complejidad de las interacciones inmunológicas durante el embarazo.

Los datos encontrados por Villacorta D. indican que el 64.3% no usan métodos anticonceptivos, lo cual podría atribuirse a una variedad de razones multifacéticas, tales como, factores socioeconómicos, como la carencia de acceso a servicios en salud reproductiva, la educación sexual insuficiente, y barreras culturales o religiosas, pueden influir en la elección de no utilizar métodos anticonceptivos. Además, la percepción de riesgos y efectos secundarios, así como la preocupación por la salud, pueden disuadir a algunas mujeres de adoptar medidas anticonceptivas. La falta de comunicación abierta sobre la sexualidad y la planificación familiar en algunas comunidades también puede contribuir a los escasos métodos para el control de la natalidad. La comprensión de estos factores es esencial para desarrollar estrategias efectivas que promuevan la salud reproductiva y brinden opciones accesibles y culturalmente apropiadas para las mujeres.



El tiempo de cohabitación sexual fue mayor a 12 meses, de acuerdo al número de parejas prevaleció mayor a 2, mientras que otro estudio presentado por Rodríguez J., el indica que el 54.8% presentaron cambio de pareja, estos resultados también fueron similares. Datos que podrían variar en distintos contextos, además a causa de diversos factores biológicos, sociales y personales. Variables como la cultura, las normas sociales, las expectativas familiares, la educación, el contexto económico y la autonomía personal desempeñan un papel crucial en estas elecciones. Factores biológicos, como las fases de la vida reproductiva y edad, también pueden influir. Las experiencias individuales, las metas personales y las relaciones previas aportan al proceso de tomar decisiones. sobre la cantidad de parejas y la elección de la convivencia.

Además, en el mismo estudio de Rodríguez J., los resultados encontrados respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales menores de cinco por semana, fueron similares a nuestros hallazgos, demostrando así, que el tener menor exposición al semen paterno conllevaría como efecto el desarrollo de preeclampsia durante la gestación.

Otros datos encontrados por Lagos D. indica que la prevalencia de preeclampsia fue de 7.1%, mientras que respecto al cambio de pareja y preeclampsia se demostró que existía relación significativa cuyos resultados fueron $p < 0.01$ y $OR=8.74$, ambos datos son similares a nuestra investigación. Además, según el resultado del Odds Ratio podemos decir que la alteración en la pareja se presenta como un elemento de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en mujeres. Esto podría deberse a distintas investigaciones que sugieren que ciertos componentes del semen podrían afectar la respuesta inmunológica materna y, por ende, estar vinculados al riesgo de preeclampsia. Sin embargo, es crucial destacar que esta área de investigación está en constante evolución, y se necesitan más estudios para validar y comprender completamente estas asociaciones.



5.4. Implicancias del estudio

Para el presente estudio, la implicancia sobre el cambio de pareja y el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023, se basa en la exposición al líquido seminal con las distintas parejas sexuales. Además, los hallazgos de este estudio podrían influir de manera significativa en la comprensión de los elementos de riesgo relacionados con la preeclampsia, cuya información ayudara al desarrollo de estrategias preventivas y protocolos de atención prenatal. Además, la relevancia de este estudio se destaca por su enfoque en una población específica, lo que podría llevar a intervenciones más adaptadas y personalizadas en el ámbito de la salud materno-fetal en la región.



CONCLUSIONES

- Se identificó las características sociodemográficos y personales de las gestantes, donde la mayoría de las gestantes son mayores a 25 años de edad con 77.6%, respecto al estado civil son conviviente con 75%, con grado de instrucción de secundaria completa con 45%, ocupación de ama de casa en 23.8%, sobre el número de hijos con su actual pareja de 1 hijo con 40% y un número de gestaciones de 2 (segundigesta) con 46.3%.
- Se identificó que las condiciones de riesgo de nueva pareja, tiempo de convivencia >1 año, el número de parejas sexuales de 2 o más, la frecuencia de las relaciones sexuales menores 5 por semana, son considerados factores de riesgo según nuestros hallazgos y el uso de anticonceptivos que son de barrera no es un factor de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia, sino actúa como factor protector.
- Se identificó una prevalencia significativa de la preeclampsia en gestantes del Hospital Regional del Cusco.
- Se determinó que es un factor de riesgo, estadísticamente significativa en cuanto al cambio de pareja y la manifestación de preeclampsia en mujeres durante el embarazo, además, tenemos que el odds ratio evidencia que el cambio de pareja es un factor de riesgo en la preeclampsia con una probabilidad de 14 veces, lo que nos indica que la modificación en la pareja constituye un elemento de riesgo para la aparición de preeclampsia durante la gestación.



SUGERENCIAS

- Ofrecer orientación y asesoramiento a las mujeres en todas las instancias de atención médica acerca de alargar el período de cohabitación sexual, es decir, favorecer una duración prolongada. Esto se sugiere con la intención de reducir la probabilidad de experimentar preeclampsia, ya que tanto los resultados de esta investigación como de otros estudios indican que mantener un periodo breve de cohabitación sexual no es recomendable. Al alargar este tiempo, se busca reducir el riesgo asociado que este factor puede tener durante la gestación.
- Se sugiere que el servicio de atención materna establezca iniciativas educativas dirigidas a las mujeres, con el objetivo de informar sobre la importancia y las implicaciones asociadas con cambios en la pareja y la duración de la convivencia sexual. Esto busca promover un desarrollo saludable durante el embarazo y prevenir complicaciones que puedan llevar a la mortalidad materno-perinatal. Además, de implementar un programa de control prenatal especializado para mujeres embarazadas en situación de riesgo, involucrándolas desde los primeros meses y asegurando un seguimiento continuo para detectar posibles complicaciones en el embarazo. Esta estrategia busca identificar alteraciones tempranas, reducir la incidencia de preeclampsia y tomar medidas preventivas y correctivas para garantizar un parto seguro.
- Es necesario que se continúe seguir realizando estudios sobre este tema con una mayor muestra para una mejor representatividad, realizarlos en los diferentes niveles de atención de las distintas zonas de la región y del país, con la finalidad de encontrar mayor evidencia científica para establecer las medidas preventivas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santacruz F., La preclampsia. REV. Homeostasis. 2023 Mayo; 1(1). Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/homeostasis/hom-2023/hom231b.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia: Consecuencias y medidas. [Online].; 2013. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119742/WHO_RHR_14.17_spa.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud. Día de la concientización sobre la preeclampsia - OPS/OMS. [Online].; 2019. Available from:
<https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>.
4. Guevara R, Sánchez G. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia. [Online].; Lima -2018. Available from:
<https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>.
5. Grajeda A. Factores de riesgo asociados a prematuridad, Hospital Antonio Lorena del Cusco, 2016. Arequipa. [Tesis de Doctorado], Arequipa, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, 2016. Disponible en;
<https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1b550474-d8b9-451f-9519-0612c2d2c653/content>.



6. Gómez L. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014; 60(4). Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400008.
7. Galaviz C., Paternal Determinants in Preeclampsia. Front. Physiol. 2019.
Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2018.01870/full>.
8. Orellana W. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en las pacientes del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional "Nuestra Señora de Fátima" de Cojutepeque, El Salvador, enero a junio del 2018. [Tesis de Maestría]. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, 2018. Disponible en:
<https://repositorio.unan.edu.ni/12535/>.
9. Federacion Internacional de Ginecologia y Obstetricia. Preeclampsia: Un Problema de Salud Mundial. Figo. 2019 22 De Mayo; 0(0). Disponible en:
<https://www.figo.org/es/figo-lanza-nuevas-pautas-para-combatir-la-preeclampsia>
10. Direccion Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria. Boletin Epidemiologico. Epidemiologico. Cusco: Gerencia Regional de Salud Cusco, Cusco; 2023. Disponible en:
<http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/epide/BOLETIN%2024-2023.pdf>
11. Ministerio de Salud del Perú. Boletín epidemiológico del Perú, 2023. [Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202252_31_153743.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202252_31_153743.pdf).



12. Triche E., Harland K., Field E., Rubenstein M., Saftlas A., Maternal–fetal HLA sharing and preeclampsia: variation in effects by seminal fluid exposure in a case–control study of nulliparous women in Iowa. J Reprod Immunol. 2014. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23998333/>.
13. Rodríguez JM, Villar CE. Contracción y conductas sexuales como factores de riesgo de preeclampsia. Hospital Universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. [Tesis de Pregrado], Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, 2019. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/2339/Contraconcepcio%cc%81n%20y%20conductas%20sexuales%20como%20factores%20de%20riesgo%20de%20Preeclamsia%2c%20>
14. Huaman C., Kate G. Factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas. [Tesis de Pregrado], Chachapoyas, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza - UNTRM, 2023. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/18d153df-c2dc-4a03-b95b-bd9c51fbb017/content#:~:text=Estudios%20indican%20que%20>
15. Cordova E. Cohabitación sexual pregestacional como factor de riesgo de preeclampsia en pacientes gestantes del Hospital Santa Rosa II-2 Piura, periodo enero-abril 2017. [Tesis de Pregrado], Piura, Universidad César Vallejo, 2018. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/16893/Cordova_ME_L.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



16. Tavera E. Tiempo de cohabitación sexual como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes del Hospital Belén de Trujillo Señala. [Tesis de Pregrado], Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego, 2016. Disponible en:
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/2135/Re_Med.
17. Gutiérrez D. Exposición al semen paterno como factor de riesgo de preeclampsia en pacientes obstétricas del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero - marzo. [Tesis de Pregrado], Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2018. Disponible en:
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5190/Gutierrez_nd.pdf?sequence=3.](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5190/Gutierrez_nd.pdf?sequence=3)
18. Villacorta I. Asociación de la preeclampsia con el tiempo de cohabitación sexual y número de parejas sexuales, 2016. [Tesis de Pregrado], Lima, Universidad de San Martín de Porres, 2017. Disponible en:
[https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2773.](https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/2773)
19. Gómez P. Conductas sexuales asociadas a preeclampsia severa en pacientes del Servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Horizonte Médico. 2013; 13(4). Disponible en:
[https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637131006.](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637131006)
20. Mabel B., Loayza A., Elizabeth D., Peña D. Período intergenésico y tiempo de cohabitación como factores de riesgo para la presencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital César Vallejo Mendoza de Santiago de Chuco, 2018. [Tesis de Pregrado], Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego, 2018. Disponible en:



https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/5697/Rep_Maest.Obst_Mabel.Acosta_Per%C3%8dodo.Intergen%C3%89sico.Tiempo.Cohabitaci%C3%93n.Factores.Riesgo.

21. Mueras W. Factores de riesgo asociados a preeclampsia Complejo Hospitalario Luis Nicasio Saenz. [Tesis de Maestría], Lima, Universidad de San Martín de Porres, 2020. Disponible en:
[https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6605?show=full.](https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6605?show=full)
22. Vasquez J. Prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología Y obstetricia del hospital central del instituto de previsión social durante el periodo 2017. [Tesis de pregrado], Universidad Nacional de Caaguazu, 2018. Disponible en:
[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021596/prevalencia-de-preeclampsia-en-embarazadas-en-el-servicio-de-g_rJ6BEgR.pdf.](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021596/prevalencia-de-preeclampsia-en-embarazadas-en-el-servicio-de-g_rJ6BEgR.pdf)
23. Dulay A. Preclampsia y Eclampsia. Manual MSD. 2022 Noviembre; 12(3). Disponible en: [https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia.](https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia)
24. Ministerio de Salud. Guías de Prácticas Clínica para la atención de emergencia Obstetricas. Guia Tecnica. Lima: Minsa, Lima; 2007. Report No.: ISBN 9972-776-22-0. Disponible en: https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
25. Camacho K., Ventura E., Zárate A., Hernández M. Utilidad de los biomarcadores séricos involucrados en la fisiopatología de la preeclampsia como predictores



- tempranos de diagnóstico. *Perinatol Reprod Hum.* 2018; 32(1). Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/325460464_Utilidad_de_los_biomarcadores_sericos_involucrados_en_la_fisiopatologia_de_la_preeclampsia_como_predictores_tempranos_de_diagnostico.
26. Secretaria de Salud México. Clínica, detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. [Online].; 2016. Available from: Disponible en:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/058_GPC_Enf.HipertdelEmb/Hipertension_Embarazadas_Evr_Cenetec.pdf.
27. CENETEC. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. [Online].; 2017. Available from:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>.
28. Sánchez E. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. *SciELO. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* [Online]. Available from:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a07v60n4>.
29. Heredia IC. Factores De Riesgo Asociados a Preeclampsia En El Hospital Regional De Loreto de enero 2010 a diciembre 2014. [Tesis de Pregrado], Trujillo, Universidad Privada Antenor Orrego, 2014. Disponible en:
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/1262/Heredia_Irma_Factores_Riesgo_Preeclampsia.Pdf;jsessionid=Fa35632ff3c03004e62281043e0fad8?sequence=1.



30. Flores E., Rojas F., Valencia D., Correa L. Preeclampsia y sus principales Factores de riesgo. Rev la Fac Med Humana. 2017; 17(2). Disponible en:
<https://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/839>.
31. Centeno G, Crispin L. Período Intergenésico Prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de Preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal enero - marzo 2013. [Tesis de Pregrado], Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3010/Centeno_hg.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
32. Garran A., Davila J. Factores de riesgo asociados con la preeclampsia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012; 50(5). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745497004.pdf>.
33. Santiago R. Asociación de infección de vías urinarias y preeclampsia. Hospital San Bartolomé. 2010-2015. [Tesis de Pregrado], Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4692/Santiago_sv.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
34. Martínez LM. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con preeclampsia atendidas en una clínica privada de Medellín, Colombia (2005-2010). Clin Invest Ginecol Obstet. 2018; 41(2). Disponible en:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-121532>.



35. Azaña F. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital La Caleta 2018. [Tesis de Pregrado], Chimbote, Universidad San Pedro, 2018. Disponible en:
http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/9143/Tesis_60623.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
36. Isabel A. La preeclampsia – eclampsia. El fantasma latente en las mujeres embarazadas. Recimundo. 2019; 3(2). Disponible en:
<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/464>.
37. Pereira J., Pereira Y., Quiros L. Actualización en preeclampsia. Rev Medica Sinegria. 2020; 5(1). Disponible en:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/340>.
38. Minsa. Guia de práctica clinica para la prevencion y manejo de la preeclampsia y eclampsia. Guia de práctica. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima; 2018. Report No.: Isbn: 978-612-47674-1-8. Disponible en:
https://www.inmp.gob.pe/uploads/Guia_Practica_Clinica_para_la_Prevention_y_manejo_de_la_Preeclampsia_y_Eclampsia.pdf
39. Obsterticia y Ginecologia. Hipertension gestacional y preeclampsia. Boletin de Practica de ACOG. 2022 Junio; VI(222). Disponible en:
<https://academianacionaldemedicina.org/publicaciones/div/hipertension-gestacional-y-preeclampsia-boletin-de-practica-de-acog-numero-222/>
40. Nuñez J. preeclampsia.Editor. colombia: rev.chili; 2019. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/rbgo/a/BG89TTNmqSDPghYXtRfcbM/>



41. Kenneth J. Leveno, MD; Steven L. Bloom, MD. Williams Obstetricia. 23 ed.

Gary Cunningham M, editor. Mexico: McGraw-Hill; 2010. Disponible en:

https://www.academia.edu/43454259/Williams_Obstetricia



APÉNDICES



FICHA DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS “CAMBIO DE PAREJA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2023”		
Fecha:		Casos () Controles ()
CUESTIONARIO		RESPUESTAS
<i>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y PERSONALES</i>		
1	Edad	a) Menor de 25 años b) Mayor de 25 años
2	Estado civil	a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Viuda
3	Grado de instrucción	a) Sin estudios b) Primaria c) Secundaria d) Superior universitario e) Superior no universitario
4	Ocupación	a) Estudiante b) Ama de casa c) Trabajo dependiente d) Comerciante
5	Número de gestación	a) Segundigesta b) Multigesta c) Gran multigesta
6	Número de hijos	a) 01 hijo b) 02 hijos c) 03 hijos d) Otros
<i>7 CONDICIONES DEL RIESGO DEL CAMBIO DE PAREJA</i>		
8	Nueva pareja en su actual embarazo	a) Si b) No
9	Cuántas parejas sexuales tuvo	a) 1 pareja b) 2 parejas



		d) 4 a mas
10	Cuanto tiempo de convivencia tiene con su actual pareja	a) Menos a un año b) Mayor a un año
12	Frecuencia de cohabitación sexual	a) Mayor igual a 5 por semana b) Menor a 5 por semana
13	Uso método anticonceptivo que no sea de barrera	a) Si b) No
<i>PREVALENCIA DE PREECLAMPSIA</i>		
15	Criterios de preeclampsia para el diagnóstico	a) Preeclampsia sin criterios de severidad b) Preeclampsia con criterios de severidad



MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DEL PROYECTO: “CAMBIO DE PAREJA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2023				
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema General ¿Es un factor de riesgo el cambio de pareja para el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023?</p>	<p>Objetivo General Determinar el factor de riesgo entre el cambio de pareja y el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.</p>	<p>Hipótesis general Hi: Si es un factor de riesgo el cambio de pareja y el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023. H0: No es un factor de riesgo el cambio de pareja y el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.</p>	<p>VARIABLES INTERVINIENTES Características sociodemográficas y personales VARIABLE INDEPENDIENTE: Cambio de pareja VARIABLE DEPENDIENTE: Preeclampsia</p>	<p>Tipo y Diseño de Investigación: No experimental, cuantitativa, transversal y retrospectiva Estudio de caso control y correlacional TÉCNICA: La técnica será la revisión y descripción directa de las historias clínicas. INSTRUMENTOS: Ficha de recolección de datos mediante la revisión de las historias clínicas</p>
<p>Problemas Específicos PC1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y personales de las gestantes con preeclampsia que tuvieron cambio de pareja y fueron atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023?</p>	<p>Objetivos Específicos •Identificar las características sociodemográficas y personales de las gestantes con preeclampsia que tuvieron cambio de pareja y fueron atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.</p>	<p>Hipótesis específicas. HE1. Las condiciones del cambio de pareja si determinan el riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.</p>		
<p>PC2: ¿Cuáles son las condiciones del cambio de pareja que determinan el riesgo para el desarrollo de la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023?</p>	<p>•Establecer las condiciones del cambio de pareja que determinan el riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.</p>	<p>HN1. Las condiciones del cambio de pareja no determinan el riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional del Cusco 2023.</p>		
<p>PC3: ¿Cuál es la prevalencia de la preeclampsia en gestantes tratadas en el Hospital Regional del Cusco 2023?</p>	<p>•Identificar la prevalencia de la preeclampsia en gestantes tratadas en el Hospital Regional del Cusco 2023</p>			



VALIDACION DE INSTRUMENTOS

PROCEDIMIENTO DE CALIFICACIÓN

Se construyo la tabla N° 1, donde se colocaron los puntajes por ítems y sus respectivos promedios de acuerdo al número de expertos consultados.

ITEM	EXPERTOS					VALOR MAXIMMO	PROMEDIO	DPP		Dmax	
	A	B	C	D	E			DIF	DIF	DIF	DIF
Primero	4	4	5	4	4	5	4.2	0.8	0.6	4	16
Segundo	5	4	4	4	3	5	4.0	1.0	1.0	4	16
Tercero	4	3	4	4	4	4	3.8	0.2	0.0	3	9
Cuarto	4	4	5	4	4	5	4.2	0.8	0.6	4	16
Quinto	4	4	5	3	4	5	4.0	1.0	1.0	4	16
Sexto	3	5	4	4	4	5	4.0	1.0	1.0	4	16
Séptimo	4	5	4	4	4	5	4.2	0.8	0.6	4	16
Octavo	4	4	4	5	3	5	4.0	1.0	1.0	4	16
Noveno	4	4	4	4	4	4	4.0	0.0	0.0	3	9
								SUMA	6.0	SUMA	130
								RAIZ	2.441311123	RAIZ	11.4017543

TABLA N 1 Puntaje por ítems y sus respectivos promedios.

La Dmax (distancia máxima del valor obtenido) en el presente trabajo de estudio fue de 11.5, el cual se dividió entre el valor máximo para cada ítem en la escala que fue 5 y el valor obtenido es de 2.22.

Con dicho valor (2.22) se construyó la escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax, se dividió en intervalos iguales entre si dominado con las letras A, B, C, D, E



EXPERTOS	NOMBRES Y APELLIDOS
A	Obst: Carina Panti Monroy
B	Dr.: Marco Quispicusi Hinojosa
C	Obst: Lisbeth Abanto Quispe
D	Dr.: Alexander Antonio Padilla
E	Mgt: Maria Isabel Condori Luna

VALIDACION DE INSTRUMENTO

A=Adecuación total	0 – 2.22	
B =Adecuación en gran medida	2.22	4.44
C= Adecuación promedio	4.44	6.66
D=Escasa adecuación	6.66	8.88
E=Inadecuación	11.10	

El cuestionario que fue validado por 5 expertos, es de adecuación total ya que, el valor de PP es de adecuación en gran medida.



CRITERIOS DE EXPERTOS

La elaboración de este cuestionario tiene como propósito recolectar datos para la aplicación de nuestro instrumento con validación de expertos en el tema de estudio

CAMBIO DE PAREJA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES TRATADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO 2023.

1. Para el instrumentó de recolección de datos se consideró 5 ítems y son los siguientes:
2. Preguntas que carecen de claridad
3. Escasa claridad en las preguntas
4. Claridad intermedia
5. El cuestionario expresa buena calidad en las preguntas planteadas
6. Excelentemente presenta mayor valor de la escala

Marque con aspa (X) en los recuadros que figura cada ítem según merezca el instrumento de investigación de acuerdo al criterio de investigador.



HOJA DE VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. Considera usted ¿Que los items del instrumento miden lo que pretende medir?	1	2	3	4	5
2. Considera usted ¿Que la cantidad de items registradas en estas versiones son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son una muestra representativa del universo de materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. Considera usted ¿Que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento o muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. Considera usted ¿Que todos o cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. Considera usted ¿Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. Considera usted ¿Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. Estima usted ¿Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o incrementar?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

Corina Puchi Ma
C.O.P. 112
OBSTETRIA

Firma y sello del profesional



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. Considera usted ¿Que los items del instrumento mden lo que pretende medir?				4	
2. Considera usted ¿Que la cantidad de items registradas en estas versiones son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				4	
3. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son una muestra representativa del universo de materia de estudio?			3		
4. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				4	
5. Considera usted ¿Que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento o muestras similares, obtendríamos también datos similares?				4	
6. Considera usted ¿Que todos o cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					5
7. Considera usted ¿Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					5
8. Considera usted ¿Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				4	
9. Estima usted ¿Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de la materia de estudio?				4	
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o incrementar?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

[Firma]
Dr. Marco Antonio Harguani
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 C.M.P. 15518 R.N.E. 28108

Firma y sello del profesional



HOJA DE VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. Considera usted ¿Que los ítems del instrumento miden lo que pretende medir?	1	2	3	4	X
2. Considera usted ¿Que la cantidad de ítems registradas en estas versiones son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	X	5
3. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son una muestra representativa del universo de materia de estudio?	1	2	3	X	5
4. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	X
5. Considera usted ¿Que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento o muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	X
6. Considera usted ¿Que todos o cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	X	5
7. Considera usted ¿Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	X	5
8. Considera usted ¿Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	X	5
9. Estima usted ¿Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de la materia de estudio?	1	2	3	X	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o incrementar?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

Firma y sello del profesional



HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. Considera usted ¿Que los items del instrumento miden lo que pretende medir?				4	
2. Considera usted ¿Que la cantidad de items registradas en estas versiones son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?				4	
3. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son una muestra representativa del universo de materia de estudio?				4	
4. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				4	
5. Considera usted ¿Que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento o muestras similares, obtendríamos también datos similares?			3		
6. Considera usted ¿Que todos o cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?				4	
7. Considera usted ¿Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?				4	
8. Considera usted ¿Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					5
9. Estima usted ¿Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de la materia de estudio?				4	
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o incrementar?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

Firma y sello del profesional



HOJA DE VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACION				
	1	2	3	4	5
1. Considera usted ¿Que los items del instrumento miden lo que pretende medir?	1	2	3	4	5
2. Considera usted ¿Que la cantidad de items registradas en estas versiones son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?	1	2	3	4	5
3. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son una muestra representativa del universo de materia de estudio?	1	2	3	4	5
4. Considera usted ¿Que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?	1	2	3	4	5
5. Considera usted ¿Que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento o muestras similares, obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
6. Considera usted ¿Que todos o cada uno de los items contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. Considera usted ¿Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. Considera usted ¿Que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. Estima usted ¿Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o incrementar?	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>				

 *Maria Ines Lopez*
COP 37264
08478782

Firma y sello del profesional



EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Fotografía 1. Realizando la búsqueda de las historias clínicas con la base de datos que nos brindaron en estadística el Hospital Regional del Cusco

Fotografía 2. Revisión de las historias clínicas

