



Universidad Nacional

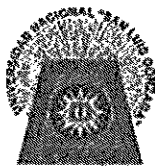
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando den crédito y licencia a las nuevas creaciones bajo los mismos términos. Esta licencia suele ser comparada con las licencias copyleft de software libre y de código abierto. Todas las nuevas obras basadas en la suya portarán la misma licencia, así que cualesquiera obras derivadas permitirán también uso comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>



UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

FACULTAD DE OBSTETRICIA

UNIDAD DE INVESTIGACION



N° 0068-UI-FO-UNICA-2026

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

La que suscribe deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

Paridad como Factor de riesgo relacionado a preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025

Presentado por:

Bach. **SANCHEZ ESPINO, DAYANA TERESA**

Autor del proyecto de tesis del nivel **PREGRADO** de la Facultad de **Obstetricia**. Habiendo obtenido un resultado del **11%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO

Según Reglamento de Evaluación de Originalidad de los Documentos de investigación, aprobado mediante Resolución Rectoral N° 1668-R-UNICA-2020.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

El Informe Final de Tesis, se encuentra dentro de los parámetros de similitud que establece el Reglamento de Evaluación de la Originalidad de los documentos de investigación, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga."

Ica, 22 de abril del 2026.

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACION

Dra. CARMEN LUGCA CHAUCA SAAVEDRA
DIRECTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE OBSTETRICIA



**Paridad como Factor de riesgo relacionado a preeclampsia en
pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025**

Línea de Investigación:
Salud pública y conservación del medio ambiente

INFORME FINAL DE TESIS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

Autor:

Bach. SANCHEZ ESPINO, DAYANA TERESA

Ica, Perú

2026

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado, en primer lugar, a mi familia, quienes han sido mi principal soporte a lo largo de todo este proceso. Su comprensión, cariño y acompañamiento permanente me brindaron la fortaleza necesaria para continuar cuando el camino se volvió exigente.

Asimismo, me dedico este logro a mí misma, por la constancia demostrada, por no abandonar mis metas ante las dificultades y por mantener la confianza en mis capacidades aun en los momentos de incertidumbre. Cada esfuerzo realizado hoy se refleja en este resultado.

Agradecimiento

A Dios, por acompañarme en cada etapa de este camino, otorgándome la fortaleza necesaria para afrontar los retos, la serenidad para continuar y la oportunidad de culminar una etapa trascendental en mi desarrollo profesional.

A mi familia, por su apoyo permanente, su comprensión en los momentos de mayor exigencia y por convertirse en mi principal fuente de motivación. Su respaldo, confianza y esfuerzo han sido pilares fundamentales para alcanzar esta meta.

A mis docentes, por su orientación académica, su disposición para enseñar y su valioso aporte en mi formación profesional y personal, demostrando siempre compromiso, responsabilidad y vocación de servicio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. ESTRATEGIA METODOLOGICA.....	6
III. RESULTADOS.....	17
IV. DISCUSIÓN	26
V. CONCLUSIONES	30
VI. RECOMENDACIONES	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
VIII. ANEXOS	38

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Distribución de las gestantes según diagnóstico de preeclampsia.....	9
Tabla 02. Distribución de las gestantes según grupo de edad	9
Tabla 03. Distribución de las gestantes según índice de masa corporal	10
Tabla 04. Distribución de las gestantes según paridad	10
Tabla 05. Distribución de las gestantes según hipertensión arterial pregestacional	11
Tabla 06. Tabla cruzada Paridad*Diagnóstico de preeclampsia.....	12
Tabla 07. Prueba de Chi Cuadrado.....	13
Tabla 08. Tabla cruzada grupo de edad*Diagnostico de preeclampsia	13
Tabla 09. Tabla cruzada clasificación de IMC*Diagnostico de preeclampsia	14
Tabla 10. Tabla cruzada Hipertensión arterial pregestacional*Diagnóstico de preeclampsia ..	15

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la paridad y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2025. Se desarrolló una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, analítico, retrospectivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 83 gestantes, seleccionadas mediante muestreo censal, cuyas historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión establecidos. La recolección de datos se realizó mediante una ficha estructurada que incluyó variables clínicas y obstétricas, tales como diagnóstico de preeclampsia, paridad, grupo de edad, índice de masa corporal e hipertensión arterial pregestacional. Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes, y estadística inferencial mediante la prueba de chi cuadrado, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Los resultados mostraron que el 53,0 % de las gestantes presentó diagnóstico de preeclampsia. En relación con la paridad, el 54,2 % de las gestantes correspondió al grupo de multíparas, seguido de primíparas (27,7 %), nulíparas (13,3 %) y gran multíparas (4,8 %). Al analizar la asociación entre paridad y preeclampsia, no se encontró relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 5,987$; $p = 0,112$). Respecto al índice de masa corporal, se evidenció una alta frecuencia de obesidad (59,0 %) y sobrepeso (39,8 %). Asimismo, el 57,8 % de las gestantes presentó antecedente de hipertensión arterial pregestacional.

Se concluye que, en la población estudiada, la paridad no se asocia de manera significativa con la preeclampsia; sin embargo, se identificó una elevada presencia de factores clínicos relevantes, como el exceso de peso y la hipertensión arterial pregestacional, los cuales deben ser considerados en la vigilancia prenatal.

Palabras claves: Preeclampsia; Paridad; Gestantes; Índice de masa corporal; Hipertensión arterial pregestacional; Salud materna.

ABSTRACT

This study aimed to determine the association between parity and preeclampsia among pregnant women attended at the Hospital Santa María del Socorro during 2025. A quantitative, observational, analytical, retrospective, and cross-sectional design was applied. The study population consisted of 83 pregnant women selected through census sampling, whose medical records met the established inclusion criteria. Data were collected using a structured data collection form that included clinical and obstetric variables such as diagnosis of preeclampsia, parity, age group, body mass index, and pregestational hypertension. Descriptive statistics were used to summarize the data through frequencies and percentages. Inferential analysis was performed using the chi-square test, with a significance level of $p < 0.05$.

The results showed that 53.0% of the pregnant women were diagnosed with preeclampsia. Regarding parity, 54.2% were multiparous, followed by primiparous women (27.7%), nulliparous women (13.3%), and grand multiparous women (4.8%). The association between parity and preeclampsia was not statistically significant ($\chi^2 = 5.987$; $p = 0.112$). With respect to nutritional status, a high prevalence of obesity (59.0%) and overweight (39.8%) was observed. In addition, 57.8% of the participants had a history of pregestational hypertension.

It is concluded that, in the study population, parity was not significantly associated with preeclampsia. However, a high frequency of relevant clinical factors such as excess body weight and pregestational hypertension was identified, highlighting the importance of strengthening prenatal surveillance and preventive strategies in maternal healthcare services.

Keywords:

Preeclampsia; Parity; Pregnant women; Body mass index; Pregestational hypertension; Maternal health.

I. INTRODUCCIÓN

La preeclampsia constituye uno de los principales trastornos hipertensivos del embarazo y representa una causa relevante de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, especialmente en países de ingresos medios y bajos, donde las brechas en el acceso oportuno a servicios de salud y en el control prenatal siguen condicionando la detección tardía de esta patología. Este síndrome, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación, responde a una etiología multifactorial en la que interactúan condiciones biológicas, reproductivas y sociales.

Entre los factores reproductivos, la paridad ha sido señalada como una variable de especial interés clínico y epidemiológico, debido a que tanto la primigestación como los antecedentes obstétricos pueden modificar la respuesta materna a los cambios fisiológicos del embarazo, influyendo en el desarrollo de alteraciones endoteliales y placentarias que preceden a la preeclampsia.

La evidencia **internacional** ha demostrado que determinadas características maternas se asocian significativamente con la aparición de preeclampsia. En un estudio realizado en hospitales públicos de la región de Amhara, Etiopía, Demissie y colaboradores identificaron que variables relacionadas con las condiciones sociodemográficas y el seguimiento prenatal se asociaron de manera significativa con la presencia de esta enfermedad, evidenciando además diferencias relevantes entre mujeres con y sin antecedentes obstétricos, lo que refuerza el papel de los factores reproductivos dentro del perfil de riesgo materno (14). De forma similar, García y Picado, en un estudio desarrollado en Nicaragua, reportaron que las mujeres primigestas presentaron mayor frecuencia de preeclampsia, junto con otras condiciones maternas como obesidad y diabetes gestacional, lo que permite reconocer a la paridad como un componente relevante dentro del conjunto de factores predisponentes (13). Asimismo, Orellana, en El Salvador, encontró que las gestantes primigrávidas mostraron una mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia en comparación con las multíparas, destacando además la influencia de factores sociales y del acompañamiento durante la gestación (11).

En el contexto **nacional**, los hallazgos son concordantes con la evidencia internacional. Hernández, en Colombia, evidenció que la historia obstétrica, particularmente los antecedentes relacionados con embarazos previos, se asoció significativamente con la aparición de preeclampsia severa, junto con otros factores como hipertensión arterial crónica, sobrepeso y controles prenatales insuficientes, resaltando la necesidad de identificar tempranamente a las gestantes con mayor vulnerabilidad obstétrica (9). De manera similar, Paredes, en un estudio realizado en el Hospital San Vicente de Paúl, reportó la presencia de diversos factores de riesgo maternos asociados a la preeclampsia, dentro de los cuales los antecedentes reproductivos constituyeron un componente importante para la caracterización del perfil clínico de las gestantes afectadas (10).

A nivel local, la realidad asistencial del establecimiento donde se desarrollará el presente estudio evidencia una creciente demanda de atención obstétrica por trastornos hipertensivos del embarazo, situación que constituye un reto para el personal de salud en la identificación temprana de gestantes con factores de riesgo modificables y no modificables. En este contexto, resulta pertinente desarrollar la presente investigación en el **Hospital Santa María del Socorro**, con el propósito de analizar específicamente la paridad como factor de riesgo relacionado con la preeclampsia en las pacientes atendidas durante el año 2025, considerando que la caracterización precisa de este factor permitirá fortalecer las estrategias de prevención, seguimiento prenatal diferenciado y toma de decisiones clínicas oportunas.

Por lo expuesto, el presente estudio se justifica en la necesidad de generar evidencia local actualizada que permita establecer la relación entre la paridad y la presencia de preeclampsia, tomando como referencia los hallazgos internacionales y nacionales previamente descritos, con la finalidad de contribuir a la mejora de la atención materna y a la reducción de complicaciones obstétricas en la población atendida.

El **Capítulo I, Introducción**, constituye el eje fundamental que da sustento conceptual y contextual a la presente investigación. En este apartado se expone de manera detallada el sentido, la pertinencia y la relevancia El **Capítulo I: Introducción** constituye la base conceptual y contextual de la presente investigación. En este apartado se expone de manera organizada la finalidad, pertinencia y relevancia social del estudio, sustentadas en referentes teóricos y evidencias provenientes de investigaciones nacionales e internacionales que permiten comprender la situación actual de las variables en estudio. Asimismo, se plantea de forma clara el problema de investigación, identificando vacíos de información y limitaciones detectadas en estudios previos. De igual manera, se presentan los principales antecedentes académicos, cuya revisión permitió fundamentar la necesidad del trabajo y delimitar el aporte científico esperado. Finalmente, se formulan el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis que orientan el desarrollo del estudio.

El **Capítulo II: Estrategia metodológica** describe de manera detallada y sistemática el enfoque metodológico que respalda la investigación. En este capítulo se precisa el tipo, nivel y diseño de estudio, justificando su adecuación al problema planteado. También se expone el procedimiento seguido para la selección de la población y la muestra, así como el tipo de muestreo y los criterios de inclusión y exclusión considerados. Del mismo modo, se detallan las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos, resaltando su proceso de validación y confiabilidad, lo cual garantiza la consistencia y calidad de la información obtenida. Asimismo, se incorporan los aspectos éticos aplicados durante el desarrollo de la investigación, orientados a la protección de los participantes.

El **Capítulo III: Resultados** presenta de forma clara, objetiva y ordenada la información obtenida a partir del procesamiento estadístico de los datos recolectados. Los hallazgos se muestran

mediante tablas y figuras que facilitan su comprensión, permitiendo identificar tendencias, características de la población y relaciones entre las variables. Además, se incluyen los análisis descriptivos e inferenciales necesarios para responder a los objetivos planteados.

El **Capítulo IV: Discusión** aborda el análisis crítico de los resultados, los cuales son comparados con los antecedentes y marcos teóricos revisados en el capítulo inicial. Este contraste permite reconocer coincidencias, discrepancias y aportes relevantes al conocimiento existente. Asimismo, se proponen posibles interpretaciones de los resultados considerando aspectos teóricos, metodológicos y contextuales que influyen en el fenómeno estudiado, destacando su importancia académica y su aplicabilidad práctica.

El **Capítulo V: Conclusiones** reúne de manera sintética los principales hallazgos de la investigación, en correspondencia con los objetivos y las hipótesis formuladas. Las conclusiones se presentan de forma coherente, resaltando su relevancia para la población estudiada y para el ámbito de la salud pública, así como los aportes teóricos y prácticos derivados del estudio.

El **Capítulo VI: Recomendaciones** formula propuestas orientadas a la mejora de la práctica profesional, la gestión institucional y el diseño de futuras intervenciones, a partir de los resultados y conclusiones obtenidas. Estas sugerencias están dirigidas a los profesionales de la salud, a las autoridades competentes y a futuros investigadores interesados en profundizar la temática abordada.

El **Capítulo VII: Referencias bibliográficas** compila todas las fuentes utilizadas durante la elaboración del trabajo, tales como artículos científicos, libros, tesis e informes institucionales, las cuales se presentan conforme a la normativa de citación establecida, garantizando la rigurosidad académica del estudio.

Finalmente, el **Capítulo VIII: Anexos** contiene los documentos complementarios que respaldan el desarrollo metodológico de la investigación, entre ellos los instrumentos de recolección de datos, el consentimiento informado, la matriz de operacionalización de variables, la base de datos y la matriz de consistencia, los cuales fortalecen la transparencia y confiabilidad del proceso investigativo.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Tipo, nivel y diseño de la Investigación

2.1.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo **básico**, con **enfoque cuantitativo**, debido a que se orienta a la generación de conocimiento científico sobre la relación entre la paridad como factor de riesgo y la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2025.

Asimismo, el estudio es de carácter **observacional, retrospectivo y transversal**, dado que la información será obtenida a partir de la revisión de historias clínicas ya existentes, correspondientes a un periodo previamente ocurrido, y recopiladas en un solo momento.

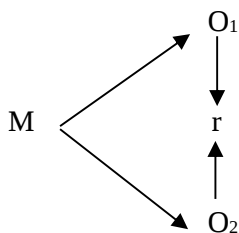
2.1.2. Nivel de Investigación

La investigación corresponde al nivel **descriptivo – correlacional**, ya que, en una primera instancia, permitirá describir las características obstétricas de las gestantes y, posteriormente, establecer la relación existente entre la paridad y la presencia de preeclampsia.

2.1.3. Diseño de Investigación

El diseño de la investigación es **no experimental, transeccional – correlacional**, debido a que las variables no serán manipuladas y serán analizadas tal como se presentan en la realidad, en un único momento de observación, con la finalidad de determinar la relación entre la variable independiente y la variable dependiente.

El esquema del modelo para este diseño de investigación es:



Donde:

M: Muestra de estudio pacientes atendidas en el Hospital “Santa María del Socorro, 2025

Ox: Representa la observación de la variable independiente Paridad como factor de riesgo.

Oy: Representa la observación de la variable dependiente Preeclampsia en pacientes atendidas.

r: Representa la relación entre paridad como factor de riesgo y preeclampsia

2.2. Población, muestra y muestreo

2.2.1. Población

La población estará conformada por todas las pacientes gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Santa María del Socorro, durante el periodo comprendido entre enero y junio del año 2025, registradas en las historias clínicas institucionales.

2.2.2. Muestra

La muestra estará conformada por las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, durante el periodo enero a junio de 2025, cuyas historias clínicas cumplan con los criterios de inclusión establecidos para el estudio.

Debido a que se trabajará con información secundaria proveniente de historias clínicas y con un número accesible de registros, se empleará un muestreo de tipo censal, considerándose a todas las historias clínicas elegibles durante el periodo de estudio

2.2.3. Muestreo

El tipo de muestreo será **no probabilístico, de tipo censal**, puesto que se incluirán todas las historias clínicas que cumplan los criterios de selección durante el periodo establecido

2.3. Criterios de Inclusión y Exclusión

2.3.1. Criterios de Inclusión

Se incluyeron en el estudio:

- Gestantes con embarazo confirmado.
- Gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Santa María del Socorro durante el periodo enero a junio de 2025.
- Gestantes con registro completo de paridad en la historia clínica.
- Gestantes con información completa sobre el diagnóstico de preeclampsia o ausencia de la misma.

2.3.2. Criterios de Exclusión

Se excluyeron del estudio:

- Gestantes con registros incompletos en las variables de interés.
- Gestantes con información inconsistente o ilegible en la historia clínica.
- Gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica previa al embarazo, cuando no sea posible diferenciarla de la preeclampsia.
- Gestantes con embarazo múltiple, cuando el registro clínico no permita un adecuado control de la variable paridad

2.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

2.4.1. Técnicas de recolección de datos

La presente investigación empleará la técnica de revisión documentaria, debido a que la información será obtenida a partir de fuentes secundarias, específicamente de las historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el periodo enero–junio de 2025.

Mediante esta técnica se recopilarán los datos clínicos y obstétricos necesarios para el análisis de la relación entre la paridad como factor de riesgo y la preeclampsia, garantizando que la información sea registrada de manera objetiva, sistemática y uniforme.

La revisión de las historias clínicas permitirá identificar, verificar y registrar información correspondiente a:

- diagnóstico de preeclampsia,
- características obstétricas relacionadas con la paridad,
- variables clínicas complementarias consideradas en el instrumento.

2.4.2. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de datos será una ficha de recolección de datos, elaborada y adaptada para el presente estudio, en función de los objetivos de investigación.

Nombre del instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autor de la adaptación: Dayana Sánchez Espino

Lugar de aplicación: Hospital Santa María del Socorro – Ica, Perú.

Administración: Aplicación indirecta, mediante revisión de historias clínicas.

Tiempo aproximado de aplicación: Entre 3 a 5 minutos por historia clínica.

Número de ítems: 05 ítems.

Descripción del instrumento

El instrumento de recolección de información se encuentra conformada de la siguiente manera:

Primera sección: Datos relacionados con la preeclampsia

Incluye información sobre:

- Presencia o ausencia de preeclampsia,
- Clasificación clínica del diagnóstico consignado en la historia clínica.

Segunda sección: Datos relacionados con la paridad como factor de riesgo

Incluye información sobre:

- Número de partos previos,
- Clasificación de la gestante como nulípara, primípara, multípara o gran multípara,

- Antecedentes clínicos relevantes consignados en el registro médico.

Este instrumento permite recoger información precisa y pertinente para el análisis de la relación entre las variables de estudio.

Validez y confiabilidad

La validez de contenido del instrumento se realizará mediante el juicio de expertos, conformado por tres profesionales con experiencia en el área de gineco-obstetricia y en investigación científica, quienes evaluarán la claridad, pertinencia y coherencia de cada ítem con las variables y objetivos del estudio.

Los aportes y sugerencias emitidos por los expertos serán considerados para la mejora final del instrumento antes de su aplicación.

Confiabilidad del instrumento

Debido a que la ficha de recolección de datos se basa en el registro objetivo de información clínica contenida en las historias clínicas y no en escalas de medición por ítems tipo Likert, **no corresponde el cálculo de coeficientes de consistencia interna como el alfa de Cronbach.**

La confiabilidad del instrumento se garantizará mediante:

- El uso de definiciones operacionales claras,
- La aplicación estandarizada de la ficha,
- La verificación cruzada de los registros durante el proceso de digitación de datos.

2.5. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos

El procesamiento y análisis de los datos se realizará mediante el uso de los programas estadísticos **IBM SPSS** y **Microsoft Excel**.

El análisis se desarrollará en las siguientes etapas:

2.5.1. Organización y codificación de datos

La información recolectada será revisada, depurada y codificada en una base de datos elaborada en Microsoft Excel, asignando códigos numéricos a cada categoría de las variables, para su posterior exportación al software estadístico SPSS.

2.5.2. Análisis descriptivo

Se empleará estadística descriptiva para caracterizar a la población de estudio, mediante:

- Frecuencias absolutas y relativas (porcentajes),
- Tablas de distribución,
- Gráficos estadísticos.

Este análisis permitirá describir la distribución de la paridad y la presencia de preeclampsia en las gestantes atendidas en el hospital.

2.5.3. Análisis inferencial

Para determinar la relación entre la paridad como factor de riesgo y la preeclampsia, se aplicará una prueba de asociación estadística acorde con la naturaleza de las variables cualitativas ordinales, empleándose la **prueba de chi cuadrado de independencia**, con un nivel de significancia de 0,05.

2.5.4. Interpretación de resultados

Los resultados obtenidos serán interpretados de acuerdo con los objetivos planteados y las hipótesis formuladas, contrastándolos con los antecedentes nacionales e internacionales revisados en el marco teórico, permitiendo establecer conclusiones claras sobre la relación entre la paridad y la preeclampsia en la población estudiada.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados de la Variable 1: Preeclampsia

Tabla 1

Distribución de las gestantes según diagnóstico de preeclampsia

Diagnóstico de preeclampsia	n	%
Sí	44	53,0
No	39	47,0
Total	83	100,0

Fuente: Software IBM SPSS

Interpretación:

En la muestra estudiada de 83 gestantes, se observa que 44 gestantes (53,0 %) presentaron diagnóstico de preeclampsia, mientras que 39 gestantes (47,0 %) no presentaron dicha condición.

Estos resultados muestran que más de la mitad de las gestantes evaluadas presentó preeclampsia, evidenciando una frecuencia elevada de esta patología en la población de estudio. Asimismo, se aprecia que la diferencia entre gestantes con y sin preeclampsia es moderada, lo que resalta la importancia de identificar factores asociados que permitan explicar su presencia, como la paridad.

Tabla 2

Distribución de las gestantes según grupo de edad

Grupo de edad	n	%
Menor de 20	4	4,8
20 a 35	55	66,3
Mayor de 35	24	28,9
Total	83	100,0

Fuente: Software IBM SPSS.

Interpretación:

En la muestra de 83 gestantes, se observa que el mayor porcentaje se concentra en el grupo de edad de 20 a 35 años, seguido del grupo de mayores de 35 años, mientras que el menor porcentaje corresponde a las gestantes menores de 20 años.

Estos resultados indican que la población estudiada se encuentra predominantemente dentro del grupo etario considerado de mayor frecuencia reproductiva, lo cual permite caracterizar el perfil etario de las gestantes atendidas durante el periodo de estudio.

Tabla 3

Distribución de las gestantes según índice de masa corporal

Clasificación de IMC	n	%
Bajo peso	0	0
Normopeso	1	1,2
Sobrepeso	33	39,8
Obesidad	49	59
Total	83	100,0

Fuente: Software IBM SPSS.

Interpretación:

En la muestra estudiada conformada por 83 gestantes, se observa que 49 gestantes (59,0 %) presentaron obesidad, constituyendo el grupo con mayor frecuencia. Asimismo, 33 gestantes (39,8 %) presentaron sobrepeso, mientras que solo 1 gestante (1,2 %) presentó normopeso. No se registraron gestantes con bajo peso.

Estos resultados evidencian que la mayoría de las gestantes evaluadas presenta exceso de peso (sobrepeso u obesidad), lo que permite caracterizar un perfil nutricional predominantemente desfavorable en la población estudiada durante el periodo de investigación. Este hallazgo resulta relevante debido a la implicancia del estado nutricional materno en la aparición de complicaciones durante el embarazo, como la preeclampsia.

Tabla 4

Distribución de las gestantes según paridad

Paridad	n	%
Nulípara	11	13,3
Primípara	23	27,7
Multípara	45	54,2
Gran múltipara	4	4,8
Total	83	100,0

Fuente: Software IBM SPSS

Interpretación:

En la muestra estudiada conformada por 83 gestantes, se observó que 45 gestantes (54,2 %) fueron multíparas, constituyendo el grupo con mayor frecuencia. En segundo lugar, se encontraron las primíparas con 23 gestantes (27,7 %), seguidas de las nulíparas con 11 gestantes (13,3 %). Finalmente, el grupo de gran multíparas estuvo conformado por 4 gestantes (4,8 %).

Estos resultados muestran que la mayor proporción de gestantes atendidas corresponde al grupo de multíparas, lo que permite caracterizar a la población de estudio según su antecedente reproductivo.

Tabla 5**Distribución de las gestantes según hipertensión arterial pregestacional**

Hipertensión arterial pregestacional	n	%
Sí	35	42,2
No	48	57,8
Total	83	100,0

Fuente: Software IBM SPSS

Interpretación:

En la muestra estudiada conformada por 83 gestantes, se observó que 48 gestantes (57,8 %) presentaron hipertensión arterial pregestacional, mientras que 35 gestantes (42,2 %) no presentaron dicho antecedente.

Estos resultados evidencian que más de la mitad de las gestantes evaluadas presentaba hipertensión arterial antes del embarazo, lo que permite caracterizar a la población de estudio con una alta proporción de gestantes con antecedente hipertensivo, situación relevante debido a su reconocida asociación con complicaciones obstétricas, entre ellas la preeclampsia.

3.3. Análisis Inferencial

3.3.1. Prueba de normalidad

Tabla 6

Paridad según diagnóstico de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital

Santa María del Socorro, 2025

Tabla cruzada Paridad*Diagnóstico de preeclampsia					
			Diagnóstico de preeclampsia		Total
			Si	No	
Paridad	Nulípara	Recuento	5	6	11
		% dentro de Paridad	45,5%	54,5%	100,0%
	Primípara	Recuento	9	14	23
		% dentro de Paridad	39,1%	60,9%	100,0%
	Multípara	Recuento	26	19	45
		% dentro de Paridad	57,8%	42,2%	100,0%
	Gran multípara	Recuento	4	0	4
		% dentro de Paridad	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento		44	39	83
	% dentro de Paridad		53,0%	47,0%	100,0%

Fuente: Software IBM SPSS

Interpretación:

En la Tabla 6 se presenta la distribución de la paridad según el diagnóstico de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2025.

Se observa que, del total de gestantes nulíparas, el 45,5 % presentó preeclampsia, mientras que el 54,5 % no presentó dicha condición. En el grupo de primíparas, el 39,1 % presentó preeclampsia y el 60,9 % no la presentó. En las gestantes multíparas, el 57,8 % presentó diagnóstico de preeclampsia y el 42,2 % no presentó esta complicación. Asimismo, en el grupo de gran multíparas, el 100,0 % presentó preeclampsia.

En términos generales, se evidencia una mayor proporción de casos de preeclampsia en las gestantes multíparas y gran multíparas, en comparación con las nulíparas y primíparas, lo que sugiere que la paridad podría estar asociada al diagnóstico de preeclampsia en la población estudiada.

Tabla 7**Prueba de Chi cuadrado**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,987 ^a	3	0,112
Razón de verosimilitud	7,524	3	0,057
Asociación lineal por lineal	3,545	1	0,060
N	83		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,88.

Fuente: Software IBM SPSS

Interpretación:

Para determinar la relación entre la paridad y el diagnóstico de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2025, se aplicó la prueba de chi-cuadrado de Pearson.

Los resultados muestran un valor de $\chi^2 = 5,987$, con 3 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de $p = 0,112$. Dado que el valor de p es mayor que el nivel de significancia establecido ($p < 0,05$), se concluye que no existe una relación estadísticamente significativa entre la paridad y el diagnóstico de preeclampsia en la población de estudio. En consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa, indicando que la paridad no se comporta como un factor de riesgo asociado a la preeclampsia en las gestantes evaluadas.

Tabla 8**Tabla cruzada grupo de edad*Diagnostico de preeclampsia**

			Diagnóstico de preeclampsia		
			Si	No	Total
Grupo de edad	Menor de 20	Recuento	2	2	4
		% dentro de Grupo de edad	50,0%	50,0%	100,0%
	20 a 35	Recuento	29	26	55
		% dentro de Grupo de edad	52,7%	47,3%	100,0%
	Mayor de 35	Recuento	13	11	24
		% dentro de Grupo de edad	54,2%	45,8%	100,0%
Total	Recuento	44	39	83	
	% dentro de Grupo de edad	53,0%	47,0%	100,0%	

Fuente: Software IBM SPSS

Interpretación:

En la muestra estudiada conformada por 83 gestantes, se observa que, en el grupo de edad menor de 20 años, el 50,0 % presentó diagnóstico de preeclampsia y el 50,0 % no presentó dicha condición. En el grupo de gestantes de 20 a 35 años, el 52,7 % presentó preeclampsia, mientras que el 47,3 % no la presentó. Asimismo, en el grupo de mayores de 35 años, el 54,2 % presentó diagnóstico de preeclampsia y el 45,8 % no presentó esta complicación.

De manera general, se evidencia que el porcentaje de gestantes con preeclampsia es ligeramente mayor en el grupo de mayores de 35 años, seguido del grupo de 20 a 35 años; sin embargo, las diferencias observadas entre los grupos etarios son reducidas, mostrando una distribución relativamente similar del diagnóstico de preeclampsia según la edad.

Tabla 9**Tabla cruzada clasificación de IMC*Diagnostico de preeclampsia**

			Diagnóstico de preeclampsia		
			Si	No	Total
Clasificación de IMC	Normopeso	Recuento	0	1	1
		% dentro de Clasificación de IMC	0,0%	100,0%	100,0%
	Sobrepeso	Recuento	26	7	33
		% dentro de Clasificación de IMC	78,8%	21,2%	100,0%
	Obesidad	Recuento	18	31	49
		% dentro de Clasificación de IMC	36,7%	63,3%	100,0%
Total	Recuento		44	39	83
	% dentro de Clasificación de IMC		53,0%	47,0%	100,0%

Fuente: Software IBM SPSS

Interpretación:

En la muestra estudiada conformada por 83 gestantes, se observa que, en el grupo de gestantes con normopeso, ninguna presentó diagnóstico de preeclampsia (0,0 %), mientras que el 100,0 % no presentó dicha condición; sin embargo, este resultado corresponde únicamente a una gestante. En el grupo de gestantes con sobrepeso, el 78,8 % presentó diagnóstico de preeclampsia y el 21,2 % no la presentó. Por su parte, en las gestantes con obesidad, el 36,7 % presentó preeclampsia y el 63,3 % no presentó esta complicación.

En términos generales, se evidencia que la mayor proporción de preeclampsia se observa en el grupo de gestantes con sobrepeso, mientras que en el grupo de gestantes con obesidad la mayoría no presentó preeclampsia. Cabe señalar que la categoría de normopeso estuvo representada por un solo caso, lo que limita la interpretación comparativa entre los grupos.

Tabla 10

Tabla cruzada Hipertensión arterial pregestacional*Diagnóstico de preeclampsia

			Diagnóstico de preeclampsia		Total
			Si	No	
Hipertensión arterial pregestacional	No	Recuento	15	20	35
		% dentro de Hipertensión arterial pregestacional	42,9%	57,1%	100,0%
	Si	Recuento	29	19	48
		% dentro de Hipertensión arterial pregestacional	60,4%	39,6%	100,0%
	Total	Recuento	44	39	83
		% dentro de Hipertensión arterial pregestacional	53,0%	47,0%	100,0%

Fuente: Software IBM SPSS

Interpretación:

En la muestra estudiada de 83 gestantes, se observa que, entre aquellas que no presentaron hipertensión arterial pregestacional, el 42,9 % presentó diagnóstico de preeclampsia y el 57,1 % no presentó dicha complicación. En contraste, en el grupo de gestantes que sí presentaron hipertensión arterial pregestacional, el 60,4 % presentó preeclampsia, mientras que el 39,6 % no la presentó.

De manera general, se evidencia una mayor proporción de preeclampsia en las gestantes con antecedente de hipertensión arterial pregestacional, en comparación con aquellas que no presentaron este antecedente, lo que sugiere una mayor presencia de la complicación en este grupo.

3.3.2. Prueba de Hipótesis

Para determinar si existe una relación significativa entre la paridad y el diagnóstico de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2025, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado de independencia. Este análisis permite evaluar si existe asociación entre dos variables categóricas, en este caso, la paridad y la presencia de preeclampsia, o si ambas variables se comportan de manera independiente.

- **Hipótesis nula (H_0):**

No existe relación estadísticamente significativa entre la paridad y el diagnóstico de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025.

- **Hipótesis alterna (H_1):**

Existe relación estadísticamente significativa entre la paridad y el diagnóstico de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025.

Nivel de significancia

Se estableció un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.

Estadístico de la prueba

Chi-cuadrado de Pearson, debido a que las variables son categóricas.

Regla de decisión

Al analizar los factores por dimensiones se obtuvo que:

- Si: $p < 0,05 \rightarrow$ se rechaza la hipótesis nula
- Si: $p \geq 0,05 \rightarrow$ no se rechaza la hipótesis nula

Resultado de la prueba

- $\chi^2 = 5,987$
- $gl = 3$
- $p = 0,112$

Decisión Estadística

$p = 0,112 > 0,05 \rightarrow$ no se rechaza la hipótesis nula

Conclusión de prueba de hipótesis

De acuerdo con los resultados de la prueba de chi-cuadrado de Pearson ($\chi^2 = 5,987$; $gl = 3$; $p = 0,112$), y considerando un nivel de significancia de 0,05, se concluye que **no existe relación estadísticamente significativa entre la paridad y el diagnóstico de preeclampsia** en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante

el año 2025. En consecuencia, **se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.**

IV. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la paridad y el diagnóstico de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2025. A partir del análisis inferencial mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson, se evidenció que no existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($\chi^2 = 5,987$; $gl = 3$; $p = 0,112$). Este hallazgo permite señalar que, en la población estudiada, la paridad no se comportó como un factor de riesgo asociado a la presencia de preeclampsia.

Desde el punto de vista clínico y epidemiológico, la preeclampsia constituye una de las principales complicaciones del embarazo, por su impacto tanto en la morbilidad materna como perinatal. Organismos internacionales como la World Health Organization han reconocido a la preeclampsia como una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, especialmente en países de ingresos bajos y medios. En este contexto, resulta fundamental la identificación de factores de riesgo que permitan establecer estrategias de prevención y detección temprana.

Tradicionalmente, la paridad ha sido considerada un factor de riesgo relevante, especialmente en nulíparas, quienes presentan mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia debido a mecanismos inmunológicos y de adaptación vascular materna frente al primer embarazo. Sin embargo, los resultados del presente estudio no muestran diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de paridad y la presencia de preeclampsia, lo que sugiere que, en esta población, otros factores podrían tener un mayor peso en la aparición de esta patología.

En el análisis descriptivo se observó que la mayor proporción de casos de preeclampsia se presentó en las gestantes multíparas y gran multíparas; no obstante, esta diferencia no fue suficiente para demostrar una relación estadísticamente significativa. Este comportamiento podría explicarse por la distribución particular de la muestra, en la cual el grupo de multíparas representó el mayor porcentaje de gestantes atendidas. Asimismo, el reducido número de gran multíparas limitó la capacidad estadística de la prueba, tal como se evidenció en la advertencia de celdas con frecuencias esperadas menores a cinco.

Los resultados obtenidos difieren parcialmente de lo reportado en diversos estudios nacionales e internacionales, en los que se señala una mayor frecuencia de preeclampsia en nulíparas. No obstante, también existen investigaciones que no han encontrado asociaciones significativas entre la paridad y la preeclampsia, lo que refuerza la hipótesis de que la influencia de este factor puede variar según las características sociodemográficas, clínicas y obstétricas de cada población.

Por otro lado, los hallazgos descriptivos de este estudio permiten identificar un perfil clínico de alto riesgo en la población evaluada. Se evidenció una elevada proporción de gestantes con sobrepeso y obesidad, alcanzando un 98,8 % de la muestra con algún grado de exceso de peso, lo

que constituye un aspecto de gran relevancia. La obesidad ha sido ampliamente descrita como un factor predisponente para trastornos hipertensivos del embarazo, debido a su relación con procesos inflamatorios crónicos, resistencia a la insulina y disfunción endotelial.

Asimismo, se observó que más de la mitad de las gestantes presentaban hipertensión arterial pregestacional. Al analizar la distribución del diagnóstico de preeclampsia según este antecedente, se evidenció una mayor proporción de preeclampsia en las gestantes con hipertensión previa al embarazo en comparación con aquellas que no la presentaban. Este hallazgo coincide con la literatura científica, que reconoce a la hipertensión crónica como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia.

Desde un enfoque fisiopatológico, la preeclampsia se caracteriza por una alteración en la placentación y por una respuesta endotelial anormal, que se manifiesta clínicamente con hipertensión arterial y daño multiorgánico. La presencia previa de hipertensión arterial puede potenciar estos mecanismos, favoreciendo una evolución desfavorable durante la gestación. Por tanto, aunque el objetivo principal del estudio se centró en la paridad, los resultados descriptivos ponen en evidencia la necesidad de considerar el contexto clínico integral de las gestantes atendidas.

En relación con la edad materna, se observó que la mayor proporción de gestantes se concentró en el grupo de 20 a 35 años, seguido por las mayores de 35 años. Al analizar la distribución del diagnóstico de preeclampsia según grupo etario, se encontró que las diferencias entre los grupos fueron mínimas, con una ligera mayor proporción en el grupo de mayores de 35 años. Este comportamiento es concordante con reportes que señalan un incremento del riesgo de complicaciones hipertensivas en edades maternas extremas, especialmente en gestantes de edad avanzada.

No obstante, en el presente estudio, la edad no fue evaluada como variable principal de asociación, por lo que estos resultados deben interpretarse únicamente como un aporte descriptivo para la caracterización de la población. Sin embargo, permiten contextualizar los hallazgos y refuerzan la necesidad de un abordaje integral del riesgo obstétrico.

En cuanto al índice de masa corporal, los resultados mostraron una alta proporción de preeclampsia en el grupo de gestantes con sobrepeso, seguido por el grupo de obesidad. Si bien el mayor número absoluto de gestantes correspondió a la categoría de obesidad, el porcentaje de preeclampsia fue mayor en el grupo con sobrepeso. Este comportamiento podría deberse a múltiples factores, entre ellos el tamaño muestral por categoría y la coexistencia de otros factores de riesgo, como la hipertensión arterial pregestacional.

Estos resultados evidencian que el estado nutricional materno constituye un componente fundamental en la evaluación del riesgo de complicaciones durante el embarazo. Diversos estudios han demostrado que la obesidad se asocia a un mayor riesgo de trastornos hipertensivos,

diabetes gestacional, parto por cesárea y complicaciones perinatales, lo que refuerza la necesidad de intervenciones preventivas desde la etapa preconcepcional.

En relación con el principal hallazgo del estudio, la ausencia de asociación estadísticamente significativa entre paridad y preeclampsia podría explicarse, además, por la naturaleza retrospectiva de la investigación y por el uso de fuentes secundarias de información, como las historias clínicas. Este tipo de diseño limita la disponibilidad de variables potencialmente confusoras, tales como antecedentes familiares de hipertensión, intervalos intergenésicos, nivel socioeconómico, acceso a control prenatal oportuno y adherencia a tratamientos, los cuales podrían influir en la aparición de preeclampsia.

Asimismo, el tamaño de muestra, si bien permitió realizar el análisis estadístico correspondiente, pudo no haber sido suficiente para detectar diferencias pequeñas entre los grupos de paridad. La baja frecuencia observada en el grupo de gran múltiparas constituye una limitación importante, ya que reduce la potencia estadística de la prueba de chi-cuadrado y afecta la estabilidad de las estimaciones.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta información relevante para la práctica clínica local, al evidenciar que, en la población atendida durante el periodo de estudio, la paridad no se comportó como un factor determinante para el diagnóstico de preeclampsia. En cambio, los resultados descriptivos resaltan la elevada frecuencia de factores clínicos modificables, como el exceso de peso y la hipertensión arterial previa, los cuales deberían ser priorizados en los programas de prevención y control prenatal.

Desde el punto de vista de la obstetricia, estos hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer las estrategias de detección temprana de gestantes con factores de riesgo cardiovasculares, así como de promover intervenciones orientadas a la mejora del estado nutricional antes y durante el embarazo. El control adecuado de la presión arterial y la vigilancia estrecha de las gestantes con antecedentes hipertensivos constituyen medidas fundamentales para reducir la incidencia de complicaciones maternas y perinatales.

Finalmente, se recomienda que futuras investigaciones incluyan un mayor tamaño muestral y un diseño prospectivo, que permita incorporar variables adicionales relacionadas con estilos de vida, antecedentes familiares, calidad del control prenatal y factores psicosociales. Ello permitiría un análisis multivariado que identifique de manera más precisa los factores asociados a la preeclampsia y su interacción con la paridad.

En conclusión, los resultados del presente estudio indican que no existe una relación estadísticamente significativa entre la paridad y el diagnóstico de preeclampsia en las gestantes atendidas durante el año 2025. No obstante, se evidenció una alta frecuencia de sobrepeso, obesidad e hipertensión arterial pregestacional, factores que podrían desempeñar un rol más relevante en la aparición de esta complicación obstétrica. Estos hallazgos constituyen un aporte

para la toma de decisiones en salud materna y para el fortalecimiento de las acciones preventivas en el ámbito de la atención obstétrica.

V. CONCLUSIONES

1. **Conclusión general**

En el presente estudio se concluye que **no existe relación estadísticamente significativa entre la paridad y el diagnóstico de preeclampsia** en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2025, de acuerdo con la prueba de chi-cuadrado de Pearson ($\chi^2 = 5,987$; gl = 3; p = 0,112). En consecuencia, la paridad no se comportó como un factor de riesgo asociado al diagnóstico de preeclampsia en la población evaluada.

2. **Conclusión específica 1: paridad y preeclampsia**

A pesar de que, de manera descriptiva, se observó una mayor proporción de casos de preeclampsia en las gestantes multíparas y granmultíparas, dichas diferencias no alcanzaron significancia estadística, lo que indica que la distribución de la preeclampsia es similar entre los diferentes grupos de paridad en la muestra estudiada.

3. **Conclusión específica 2: frecuencia de preeclampsia**

Se determinó que la frecuencia de preeclampsia en la población estudiada fue elevada, alcanzando el 53,0 % del total de gestantes evaluadas, lo que evidencia que esta complicación obstétrica constituye un problema de salud relevante en el grupo de estudio y justifica la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, detección temprana y seguimiento clínico durante el control prenatal.

4. **Conclusión específica 3: perfil etario de las gestantes**

La mayor proporción de gestantes se concentró en el grupo de edad de 20 a 35 años. Asimismo, al analizar el diagnóstico de preeclampsia según grupo etario, se observó una distribución similar entre los diferentes grupos de edad, con una ligera mayor proporción en las gestantes mayores de 35 años, lo que permite caracterizar a la población atendida, aunque sin establecer una relación causal en el presente estudio.

5. **Conclusión específica 4: índice de masa corporal**

Se concluye que existe una elevada prevalencia de exceso de peso en las gestantes estudiadas, ya que el 98,8 % presentó sobrepeso u obesidad. Además, el mayor porcentaje de preeclampsia se observó en el grupo de gestantes con sobrepeso, seguido por el grupo con obesidad, lo que evidencia un perfil nutricional desfavorable en la población evaluada.

y resalta la importancia del control del estado nutricional como parte de la atención integral de la gestante.

6. Conclusión específica 5: hipertensión arterial pregestacional

Se concluye que más de la mitad de las gestantes presentaron hipertensión arterial pregestacional. Asimismo, la proporción de preeclampsia fue mayor en las gestantes con este antecedente, en comparación con aquellas sin hipertensión previa, lo que permite identificar a este grupo como un perfil clínico de mayor vulnerabilidad dentro de la población atendida.

7. Conclusión metodológica

La ausencia de asociación estadísticamente significativa entre la paridad y la preeclampsia puede estar influenciada por el reducido número de gestantes en algunas categorías, especialmente en el grupo de gran multíparas, así como por la presencia de celdas con frecuencias esperadas menores a cinco, lo que constituye una limitación para la potencia de la prueba estadística utilizada.

8. Conclusión final integradora

En conjunto, los resultados del estudio permiten concluir que, en la población evaluada, la paridad no representa un factor de riesgo asociado al diagnóstico de preeclampsia; sin embargo, se identificó una alta frecuencia de condiciones clínicas relevantes, como el exceso de peso y la hipertensión arterial pregestacional, las cuales deben ser consideradas prioritarias en las estrategias de prevención, vigilancia y manejo durante el control prenatal, con el fin de reducir la ocurrencia de complicaciones maternas y perinatales.

VI. RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la detección temprana de la preeclampsia

Se recomienda reforzar el tamizaje sistemático de la preeclampsia desde el primer control prenatal en las gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, priorizando la identificación oportuna de signos de alarma, control periódico de la presión arterial y evaluación clínica continua, con el fin de disminuir complicaciones maternas y perinatales.

2. Priorizar el seguimiento de gestantes con hipertensión arterial pregestacional

Se recomienda implementar un seguimiento diferenciado y más estrecho en las gestantes con antecedente de hipertensión arterial pregestacional, considerando controles más frecuentes, monitoreo riguroso de la presión arterial y referencia oportuna al nivel especializado cuando se identifiquen alteraciones, debido a la mayor proporción de preeclampsia observada en este grupo.

3. Fortalecer las intervenciones sobre el estado nutricional

Se recomienda desarrollar e intensificar estrategias de consejería nutricional dirigidas a las gestantes con sobrepeso y obesidad, promoviendo hábitos alimentarios saludables y control del aumento de peso durante la gestación, debido a la elevada prevalencia de exceso de peso identificada en la población estudiada y su relación con un perfil de mayor riesgo obstétrico.

4. Mantener la vigilancia integral en todos los grupos de paridad

Aunque no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la paridad y la preeclampsia, se recomienda no descuidar la vigilancia clínica en ningún grupo de paridad, asegurando que tanto nulíparas, primíparas, multíparas y gran multíparas reciban el mismo nivel de evaluación y seguimiento durante el control prenatal.

5. Reforzar la educación sanitaria a las gestantes

Se recomienda fortalecer las actividades educativas dirigidas a las gestantes, enfocadas en el reconocimiento de signos y síntomas de alarma de la preeclampsia, tales como cefalea persistente, alteraciones visuales, edema súbito y dolor epigástrico, fomentando la búsqueda oportuna de atención de salud.

6. Optimizar el registro clínico y la calidad de la información

Se recomienda mejorar la estandarización y el llenado adecuado de las historias clínicas, especialmente en las variables relacionadas con antecedentes obstétricos, índice de masa corporal y antecedentes de hipertensión arterial, a fin de garantizar información completa y confiable que facilite la vigilancia clínica y futuras investigaciones.

7. Desarrollar nuevas investigaciones con mayor tamaño muestral

Se recomienda realizar estudios posteriores con una muestra más amplia y con una distribución más equilibrada entre los grupos de paridad, para aumentar la potencia estadística y reducir el número de celdas con frecuencias esperadas bajas, lo que permitirá evaluar con mayor precisión la relación entre paridad y preeclampsia.

8. Incorporar otras variables clínicas y sociodemográficas en futuras investigaciones

Se recomienda que futuras investigaciones incluyan variables adicionales como nivel educativo, número de controles prenatales, intervalo intergenésico, antecedentes familiares de hipertensión y preeclampsia, así como condiciones metabólicas, con la finalidad de obtener un análisis más integral de los factores asociados a la preeclampsia en la población local.

9. Utilizar los resultados como insumo para la mejora de la atención prenatal

Se recomienda que los resultados obtenidos en el presente estudio sean considerados por los responsables de la gestión y del área materna para fortalecer la planificación de actividades preventivas, el enfoque de riesgo y la organización del control prenatal, orientados a la reducción de la morbilidad materna asociada a la preeclampsia.

II. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harris K, Xu L, Woodward M, De Kat A, Zhou X, Shang J, et al. Early pregnancy maternal blood pressure and risk of preeclampsia: Does the association differ by parity? Evidence from 14,086 women across 7 countries. *Pregnancy Hypertens.* 2024;37:101136.
2. Wang R, Du LY, Di JY, Duan Y, Lian WN, Liu L, et al. Trends and adverse pregnancy outcomes associated with preeclampsia: a multi-centre cross-sectional study in Hebei, China. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025;25:528.
3. Al-Fattah AN, Mahindra MP, Yusrika MU, et al. Comparison of first trimester preeclampsia combined screening performances with various approaches in the Indonesian population. *J Perinatol.* 2025;45(9):1191–7.
4. Agrawal S, Raghupathy R, Shah S, et al. Impact of maternal parity on perinatal outcomes among women with hypertensive disorders of pregnancy in India: A prospective cohort. *Indian J Med Res.* 2023;157(6):580–8.
5. Johnson T, Silver R, Medley N, et al. Parity and related obstetric factors as predictors of preeclampsia in a diverse cohort of pregnant women in the United States. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2022;4(2):100499.
6. Hernández-Cuevas CS. Factores de riesgo asociados a preeclampsia severa en las pacientes obstétricas atendidas en la Unidad de Servicios en Salud USS Simón Bolívar E.S.E [tesis]. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque; 2022.
7. Paredes A. Análisis de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl, 2020 [tesis]. [Lugar]: [Universidad]; 2021.
8. Orellana A. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en pacientes del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional “Nuestra Señora de Fátima”, Cojutepeque, El Salvador: enero–junio 2018 [tesis]. El Salvador: Universidad [nombre]; 2020.
9. García A, Picado B. Principales factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Bautista, Nicaragua: periodo 2017–2018 [tesis]. Nicaragua: Universidad [nombre]; 2020.
10. Demissie M, et al. Factores de riesgo de preeclampsia entre mujeres gestantes hospitalizadas en el área de partos en hospitales públicos de la región de Amhara, Etiopía [tesis]. Etiopía: Universidad [nombre]; 2022.
11. Bastidas L. Factores asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2021 [tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023.
12. Ávalos C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2021 [tesis]. Ica, Perú: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2022.

13. Encina R. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia, Piura, 2020–2021 [tesis]. Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura; 2022.
14. Bendeزú M. Asociación entre los factores de riesgo y la preeclampsia de inicio tardío en gestantes atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica, 2020 [tesis]. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2021.
15. Yonz Buendía J. Características clínicas y epidemiológicas de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Regional de Ica, 2021 [tesis]. Ica, Perú: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2021.
16. Garayar L. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Ica, 2022 [tesis]. Ica, Perú: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2022.
17. Organización Panamericana de la Salud. Día de Concientización sobre la Preeclampsia [Internet]. Washington, D.C: OPS / OMS; 2019 [updated 01 de agosto 2019; cited 01 de setiembre 2022]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia#:~:text=La%20preeclampsia%20es%20un%20trastorno,y%20muer%20materna%20y%20neonatal.>
18. Staff AC. The two-stage placental model of preeclampsia: an update. *Journal of reproductive immunology*. 2019;134:1-10.
19. Guevara R, Meza S. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2014;60(4): 385-393.
20. Duley L. The Global Impact of Pre-eclampsia and Eclampsia. *Seminars in Perinatology*. 2009;33(3):130-7.
21. English FA, Kenny LC, McCarthy FP. Risk factors and effective management of preeclampsia. Vol. 8, *Integrated Blood Pressure Control*. Dove Medical Press Ltd.; 2015. p. 7–12
22. HOEDJES M, BERKS D, VOGEL I, FRANX A, Visser W, Duvekot JJ, et al. Symptoms of post-traumatic stress after preeclampsia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. septiembre de 2011;32(3):126-34.
23. Bendeزú Quispe KG. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia de inicio tardío en gestantes atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2020. [Tesis de especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
24. Encina Lozano KJV. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en pacientes del Hospital III José Cayetano Heredia Piura en el periodo 2020 - 2021. [Tesis de titulación]. Piura-Perú: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Ciencias de la Salud; 2022.

25. Hernández C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia severa en las pacientes obstétricas atendidas en la unidad de servicios en salud USS Simón Bolívar E. S. E. Bogotá, Colombia, marzo, 2022 :75-10.
26. Paredes M. Análisis de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital San Vicente de Paúl en el año 2020. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2022.
27. Orellana W. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en las pacientes del Área de Gineco - Obstetricia, en el Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima Cojutepeque, El Salvador, de enero a junio del 2018. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, 2020.
28. Flores J. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en gestantes de un Hospital de Puno. Universidad Señor de Sipán; Perú. 2022.
29. García Almanza ÁA, Picado Treminio YA. Factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Bautista durante el periodo 2017-2018. [Tesis de grado]. Managua-Nicaragua: Universidad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina; 2019.
30. Demissie, M., Molla, G., Tayachew, A. y Getachew, F. (2022). Risk factors of preeclampsia among pregnant women admitted at labor ward of public hospitals, low income country of Ethiopia; case control study. *Pregnancy Hypertension*, 27, 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.12.002>
31. Vargas, V., Acosta, G. y Moreno, M. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 471 - 476. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262012000600013>.
32. Bastidas, B. (2023). Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Departamento Gineco Obstétrico. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Enero a junio 2021. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/6341/BASTIDAS%20QUISPECAHUANA%20BENJAMIN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Avalos, Z. (2023). Factores de riesgo asociados a preeclampsia en gestantes del Hospital San Juan de Dios-Pisco, año 2021. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/4671/T-TPMCAVALOS%20ORTIZ%20ZOILA%20MILAGROS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Garayar-Peceros Humberto Lorenzo, Garayar-Tasayco Harry, Gonzáles-Tipiana Ismael Rolando (2024), Factores de riesgo de preeclampsia en pacientes atendidas en el servicio

de ginecología y obstetricia del hospital regional de Ica, 2022, publicada en revista indexada Rev méd panacea 2024;13(3):109-116 DOI: <https://doi.org/10.35563/rmp.v13i3.615>

35. Yonz B. (2022) Características clínicas y epidemiológicas en gestantes con preeclampsia atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Ica en el período de enero diciembre del año 2021.
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/a3fea667-4edb-4d95-922d-e3325331050b/content>
36. Suárez J.; Gutiérrez M.; Cairo M.; Marín V.; Rodríguez Y.; Veitía L. Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2014; 40(4): 368-377.
37. Gutiérrez J.; Machado M.; Cairo V.; Marín Y.; Rodríguez L.; Veitía M. Preeclampsia anterior como factor de riesgo en el embarazo actual. Rev. Cubana Obstet Ginecol. 2014; 40(4): 368-377.
38. Valdés M.; Hernández J.; Factores de riesgo para preeclampsia. Cuba Rev. Cub Med Mil. 2014; 43(3):307-316.
39. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Rev Peru Ginecol Obst. 2014; 60(4): 309-320 32. Organización Mundial de la Salud. Muerte Materna; setiembre, 2016. 56
40. Guevara Ríos, E. (2015). Manejo de la preeclampsia / eclampsia en el instituto nacional materno perinatal. Rev Perú Investig Matern Perinat 2015;4(1):38-45.

VIII. ANEXOS

8.1. Matriz de Consistencia

[illegible]

P.E.3. ¿Cuál es la relación entre la multiparidad y la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025? P.E.4. ¿Cuál es la relación entre la gran multiparidad y la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025?	O.E.3 Determinar la relación entre la multiparidad y la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025 O.E.4 Determinar la relación entre la gran multiparidad y la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025.	H.E.3. Existe relación entre la multiparidad y la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025 H.E.4. Existe relación entre la gran multiparidad y la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025	Preeclampsia en pacientes atendidas	Clasificación de la preeclampsia	Tipo de diagnostico	Preeclampsia leve Preeclampsia severa Hipertensión crónica asociada al embarazo	Donde: M = Muestra de estudio pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025. O_x = Representa la observación de la variable independiente Paridad como factor de riesgo O_y = Representa la observación de la variable preeclampsia atendidas. r = Representa la relación entre paridad como factor de riesgo y pacientes gestantes atendidas.	
--	---	--	--	---	----------------------------	--	--	--

8.2. Matriz de Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICION
Paridad como factor de riesgo (V.I)	Número de partos previos que ha tenido la gestante antes del embarazo actual, registrado en la historia clínica.	Antecedentes obstétricos	Números de partos previos	- Nulípara (0 partos) - Primipara (1 parto) - Multipara (2 a 4 partos) - Gran multipara (5 a más partos)	Ordinal
Preeclampsia en pacientes atendidas (V.D.)	Diagnóstico clínico consignado en la historia clínica durante la atención hospitalaria.	Clasificación de la preeclampsia	Tipo de diagnostico	Preeclampsia leve Preeclampsia severa hipertensión crónica asociada al embarazo.	Nominal

8.3. Instrumentos de recolección de datos

8.3.1 Instrumentos de recolección de información.

TITULO: Paridad como Factor de riesgo asociado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (INSTRUMENTO)

Ficha de recolección de datos N°:

Fecha:

N° de historia clínica:

Datos Clínicos y Obstétricos

1. **Preeclampsia** según criterios diagnósticos indicados en la historia clínica (Hipertensión arterial, edema, proteinuria)
SI ()
NO ()
2. Edad _____
 - a).- Menor de 20 años ()
 - b).- 20 a 35 años ()
 - c).- Mayor de 35 años ()
3. Índice de masa corporal (IMC)
 - a) Normopeso= 18,5-24,9 ()
 - b) Peso insuficiente= Menor de 18.5 ()
 - c) Sobre peso= 25 a más ()
 - d).- Obeso = 30 a más ()
4. Paridad
 - a) Nulipara ()
 - b) Primipara ()
 - c) Multipara ()
 - b) Gran múltipara ()
5. Hipertensión arterial pregestacional (PA > 140/90 mmHg)
 - a) SI ()
 - b) NO ()

8.3.2. Validación de Instrumentos por Expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a) teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado:

PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO RELACIONADO
A PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, 2025

- Apellidos y nombres del experto: CAHUANA MUÑOZ BETTY MARISEL
- Grado académico: MAGISTER
- Registro del Colegio profesional: 3698
- Cargo donde labora: OBSTETRA
- Institución donde labora: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO
- Autor del instrumento: SANCHEZ ESPINO DAYANA TERESA

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. La estructura del instrumento es adecuada	✓		
3. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
5. Los ítems son claros y entendibles	✓		
6. EL número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

Opinión de Aplicabilidad: No Aplicable ().

Aplicable (X).

Ica, de del 2026

Firma del juez experto:

DNI del juez experto:

Registro del colegio profesional:

Registro de especialista:

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO
BETTY MARISEL CAHUANA MUÑOZ
OBSTETRA
COP 3698
511 E-01



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a) teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado:

PARIIDAD COMO FACTOR DE RIESGO RELACIONADO
A PREECLAMPSIA EN PACIENTES ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, 2025

- Apellidos y nombres del experto: SEDANO MIRAVAL ENKA ZORAIDA
- Grado académico: MAGISTER
- Registro del Colegio profesional: 15596
- Cargo donde labora: OBSTETRA
- Institución donde labora: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO
- Autor del instrumento: SANCHEZ ESPINO DAYANA TERESA

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. La estructura del instrumento es adecuada	✓		
3. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
5. Los ítems son claros y entendibles	✓		
6. EL número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

Opinión de Aplicabilidad: No Aplicable (). Aplicable (X).

Ica, de del 2026

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

Firma del juez experto: _____

DNI del juez experto: 21520828

Registro del colegio profesional: 15596

Registro de especialista: 856-E-01



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a) teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta correspondiente al proyecto de investigación titulado:

PARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO RELACIONADO
A PREECLAMPSIA EN PACIENTES IDENTIFICADAS EN EL
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, 2025

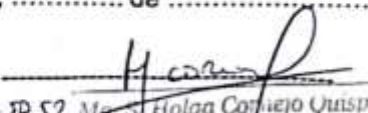
- Apellidos y nombres del experto: CORNEJO QUISPE SIRIO HOLGA
- Grado académico: MAGISTER
- Registro del Colegio profesional: 2927
- Cargo donde labora: OBSTETRA
- Institución donde labora: HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO
- Autor del instrumento: SANCHEZ ESPINO DAYANA TERESA

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. La estructura del instrumento es adecuada	✓		
3. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	✓		
4. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
5. Los ítems son claros y entendibles	✓		
6. EL número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

Opinión de Aplicabilidad: No Aplicable (). Aplicable (X).

Ica, de del 2026

Firma del juez experto: 
DNI del juez experto: 2156 50 52 Mg. S. Holga Cornejo Quispe
Registro del colegio profesional: 2927 OBSTRA ESPECIALISTA
Registro de especialista: (RNE) 1611-E-2019 N° 2927 - RNE 1611 - F. 01

8.3. 3. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL” SAN LUIS GONZAGA”

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



**“Paridad como Factor de riesgo relacionado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el
Hospital Santa María del Socorro, 2025”**

Bach. Dayana Sánchez Espino

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Con DNI _____, a través del presente documento manifiesto estar informado sobre la naturaleza, los riesgos, beneficios, procedimientos y confidencialidad, que se realizarán en el desarrollo de la investigación, dando mi consentimiento voluntario para ser participe en la investigación. Asimismo, estoy consciente de que en la investigación titulada **“Paridad como Factor de riesgo relacionado a la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025”** ejecutada por el Bachiller Dayana Sánchez Espino, egresado de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga; no percibiré beneficio económico alguno; pero sí me informará de los resultados de la investigación.

Fecha: ____ de _____ del 2025

Nombres y apellidos del paciente o encuestado: _____

8.4. Evidencias

Base_preclampsia_2025.sav 2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

84 : Paridad

	Preclampsia	Edad	Edad_categoria	IMC_categoria	Paridad	HTApreestacional	var	var	var
1	2,00	36,00	3,00	3,00	3,00	,00			
2	2,00	31,00	2,00	4,00	2,00	,00			
3	2,00	38,00	3,00	4,00	3,00	1,00			
4	2,00	30,00	2,00	4,00	2,00	,00			
5	2,00	26,00	2,00	4,00	1,00	1,00			
6	2,00	34,00	2,00	1,00	1,00	1,00			
7	2,00	35,00	3,00	4,00	2,00	,00			
8	2,00	38,00	3,00	4,00	3,00	1,00			
9	2,00	28,00	2,00	4,00	1,00	,00			
10	1,00	38,00	3,00	4,00	3,00	1,00			
11	2,00	26,00	2,00	4,00	3,00	,00			
12	2,00	19,00	1,00	4,00	2,00	,00			
13	1,00	20,00	2,00	3,00	1,00	,00			
14	2,00	32,00	2,00	3,00	1,00	1,00			
15	2,00	21,00	1,00	4,00	2,00	,00			
16	2,00	29,00	2,00	4,00	3,00	1,00			
17	1,00	21,00	2,00	4,00	3,00	,00			
18	1,00	19,00	1,00	4,00	1,00	1,00			
19	1,00	30,00	2,00	4,00	2,00	1,00			
20	2,00	21,00	2,00	4,00	3,00	1,00			
21	2,00	27,00	2,00	4,00	1,00	,00			
22	1,00	24,00	2,00	4,00	1,00	1,00			
23	1,00	29,00	2,00	3,00	3,00	,00			
24	1,00	32,00	2,00	3,00	3,00	1,00			
25	1,00	34,00	2,00	3,00	4,00	1,00			
26	1,00	23,00	2,00	3,00	2,00	1,00			

4

Vista de datos Vista de variables

Base_preclampsia_2025.sav 2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

84 : Paridad

	Preclampsia	Edad	Edad_categoria	IMC_categoria	Paridad	HTApregestacional	var	var
25	1,00	34,00	2,00	3,00	4,00	1,00		
26	1,00	23,00	2,00	3,00	2,00	1,00		
27	1,00	28,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
28	1,00	36,00	3,00	3,00	3,00	1,00		
29	2,00	32,00	2,00	3,00	3,00	,00		
30	1,00	31,00	2,00	3,00	3,00	,00		
31	1,00	25,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
32	1,00	37,00	3,00	3,00	3,00	1,00		
33	1,00	25,00	2,00	3,00	1,00	,00		
34	1,00	28,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
35	1,00	29,00	2,00	3,00	3,00	,00		
36	1,00	36,00	3,00	3,00	4,00	1,00		
37	2,00	28,00	2,00	4,00	2,00	1,00		
38	2,00	26,00	2,00	4,00	3,00	,00		
39	2,00	28,00	2,00	4,00	3,00	1,00		
40	1,00	24,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
41	1,00	31,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
42	1,00	36,00	3,00	4,00	3,00	1,00		
43	1,00	36,00	1,00	4,00	3,00	1,00		
44	1,00	38,00	3,00	3,00	3,00	,00		
45	1,00	34,00	2,00	4,00	2,00	,00		
46	2,00	25,00	2,00	3,00	2,00	1,00		
47	2,00	25,00	2,00	3,00	2,00	1,00		
48	1,00	34,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
49	1,00	32,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
50	1,00	28,00	2,00	3,00	3,00	1,00		

Vista de datos Vista de variables

Base_preclampsia_2025.sav 2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

84 : Paridad

	Preclampsia	Edad	Edad_categoria	IMC_categoria	Paridad	HTApregestacional	var	var
49	1,00	32,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
50	1,00	28,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
51	1,00	30,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
52	2,00	25,00	2,00	3,00	1,00	1,00		
53	1,00	21,00	2,00	3,00	1,00	1,00		
54	1,00	36,00	2,00	4,00	4,00	1,00		
55	2,00	40,00	3,00	4,00	2,00	,00		
56	2,00	35,00	2,00	4,00	3,00	,00		
57	2,00	37,00	3,00	4,00	3,00	1,00		
58	2,00	30,00	2,00	4,00	2,00	1,00		
59	2,00	32,00	2,00	4,00	2,00	1,00		
60	2,00	31,00	2,00	4,00	2,00	1,00		
61	1,00	34,00	2,00	4,00	2,00	,00		
62	2,00	28,00	2,00	4,00	3,00	,00		
63	2,00	35,00	2,00	4,00	3,00	,00		
64	2,00	42,00	3,00	4,00	3,00	1,00		
65	2,00	39,00	3,00	4,00	3,00	,00		
66	1,00	25,00	2,00	4,00	2,00	,00		
67	1,00	39,00	3,00	4,00	4,00	1,00		
68	1,00	36,00	3,00	4,00	3,00	,00		
69	1,00	32,00	2,00	3,00	3,00	1,00		
70	2,00	34,00	2,00	3,00	2,00	1,00		
71	1,00	21,00	2,00	3,00	2,00	1,00		
72	1,00	38,00	3,00	3,00	3,00	1,00		
73	2,00	25,00	2,00	4,00	2,00	,00		
74	2,00	40,00	3,00	4,00	3,00	,00		

1

Vista de datos Vista de variables

Base_preclampsia_2025.sav 2.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos								
Archivo <u>E</u> ditar <u>V</u> er <u>D</u> atos <u>T</u> ransformar <u>A</u> nalizar <u>G</u> ráficos <u>U</u> tilidades <u>A</u> mpliaciones <u>V</u> entana <u>A</u> yuda								
84 : Paridad								
	Preclampsia	Edad	Edad_categoria	IMC_categoria	Paridad	HTApregestacional	var	var
70	2,00	34,00	2,00	3,00	2,00	1,00		
71	1,00	21,00	2,00	3,00	2,00	1,00		
72	1,00	38,00	3,00	3,00	3,00	1,00		
73	2,00	25,00	2,00	4,00	2,00	,00		
74	2,00	40,00	3,00	4,00	3,00	,00		
75	2,00	38,00	3,00	4,00	3,00	1,00		
76	1,00	39,00	3,00	4,00	3,00	,00		
77	1,00	32,00	2,00	4,00	3,00	1,00		
78	1,00	38,00	3,00	3,00	2,00	1,00		
79	1,00	32,00	2,00	4,00	2,00	,00		
80	1,00	36,00	3,00	4,00	2,00	,00		
81	2,00	38,00	3,00	4,00	3,00	,00		
82	2,00	34,00	2,00	4,00	3,00	,00		
83	1,00	36,00	3,00	4,00	3,00	,00		
84								
85								
86								
87								
88								
89								
90								
91								
92								
93								
94								
95								
1								
Vista de datos Vista de variables								

*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Paridad * Diagnostico de preclampsia	83	100,0%	0	0,0%	83	100,0%

Tabla cruzada Paridad*Diagnostico de preclampsia

			Diagnostico de preclampsia		Total
			Si	No	
Paridad	Nulipara	Recuento	5	6	11
		% dentro de Paridad	45,5%	54,5%	100,0%
Primipara	Recuento	9	14	23	
		% dentro de Paridad	39,1%	60,9%	100,0%
Multipara	Recuento	26	19	45	
		% dentro de Paridad	57,8%	42,2%	100,0%
Gran multipara	Recuento	4	0	4	
		% dentro de Paridad	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	44	39	83
		% dentro de Paridad	53,0%	47,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,987 ^a	3	,112
Razón de verosimilitud	7,524	3	,057
Asociación lineal por lineal	3,545	1	,060
N de casos válidos	83		

a. 2 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5.























UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO



RESOLUCIÓN DECANAL N°0137-2025-UNICA-F-Obst.

Ica, 01 de julio de 2025

VISTO:

El Oficio N°039-2025-UNICA-Fac.Obs./C.I, recepcionado el 27/06/2025; la Unidad de Investigación de la Facultad, solicita aprobación del proyecto de tesis titulado: **Paridad como factor de riesgo relacionado a preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025**, cuyo autor es el bachiller en Obstetricia **DAYANA TERESA SANCHEZ ESPINO**; y



CONSIDERANDO:

Que, la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", desarrolla sus actividades dentro de la autonomía de gobierno, académica, administrativa y económica, que le autoriza en su artículo 18° de la Constitución Política del Estado, así conforme al artículo 8° de la Ley Universitaria N°30220;

Que, con Resolución Rectoral N°046-R-UNICA-2013, de fecha 15 de enero del 2013, **se crea la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"**; de conformidad con el artículo 21° inciso r) del Estatuto Universitario y en concordancia con el artículo 48° inciso b) del Reglamento General de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga";

Que, mediante Resolución Rectoral N°273-R-UNICA-2013, de fecha 04 de marzo de 2013, se autoriza el **funcionamiento**; entre otras Facultades, a la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga";

Que, con Oficio N°00621-2024-SUNEDU-DS-DIRGRATU-URGT, de fecha 03/10/2024, la Unidad de Registro de Grados y Títulos de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria-SUNEDU, remite el proveído N°0000000108-2024-SUNEDU-DS0-DIRGRATU-URGT, de fecha 03/10/2024; mediante el cual se concluyó que corresponde declarar procedente la solicitud de **registro de datos de autoridades**, formulada por la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. De conformidad con lo establecido en el numeral 6.2 del artículo 6° del Texto Único Ordenado de la Ley N°27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, la Jefatura de la Unidad de Registro de Grados y Títulos de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria – Sunedu, manifiesta su conformidad con los fundamentos y conclusiones expuestos en dicho informe, disponiendo registrar a las autoridades y comunicar dicho acto a la administrada; conforme al siguiente detalle: Rector (titular) **DANTE FERMIN CALDERON HUAMANI**, (...);

Que, con Resolución Rectoral N°1587-R-UNICA-2024, de fecha 28 de setiembre de 2024, se **nombra a la Dra. ROSA ELVIRA RUIZ REYES como Decana de la Facultad de Obstetricia** de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", para el periodo comprendido del 30 de setiembre de 2024 al 29 de setiembre de 2028;

Que, de conformidad a lo establecido en los Incisos 70.2 y 70.3 del artículo 70° de la Ley Universitaria N°30220, **son atribuciones del Decano** dirigir administrativa y académicamente la Facultad, a través de los directores de los Departamentos Académicos, de las Escuelas Profesionales y las Unidades de Posgrado;

Que, el artículo 45 de la Ley Universitaria N°30220 sobre obtención de grados y títulos, establece que: La obtención de grados y títulos se realiza de acuerdo a las exigencias académicas que cada universidad establezca en sus respectivas normas internas. Los requisitos mínimos son los siguientes: **45.2 Título Profesional**: requiere del grado de Bachiller y la **aprobación de una tesis** o trabajo de suficiencia profesional;

Que, el artículo 80° del Estatuto Universitario, aprobado con R. R. N°860-R-UNICA-2020 de fecha 16/7/2020 y sus modificatorias mediante, R.R. N°924-R-UNICA-2020 – del 04/8/2020, R.R. N°1497-R-

UNICA-2020 – del 09/11/2020, R.R. N°1589-R-UNICA-2020 – del 28/11/2020, R.R. N°158-R-UNICA-2021 – del 11/2/2021, R.R. N°736-R-UNICA-2021 – del 28/4/2021, R.R. N°2731-R-UNICA-2021 – del 05/10/2021; señala que: “La Universidad cuenta con **líneas de investigación** bajo las cuales se rigen las diversas investigaciones conducentes a la obtención de grado académico y **título profesional**...;

Que, el artículo 28 del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad, aprobado con R.R. N°048-R-UNICA-2021, de fecha 25/1/2021, establece que: **La tesis para el título profesional debe ser inédita y es de propiedad del autor**...;

Que, el artículo 29 del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad, establece que: **El tema de la tesis a elegirse, es de libre iniciativa del bachiller. La tesis será elaborada y sustentada de manera individual por un (1) bachiller**;

Que, el numeral 9 del artículo 32 del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad señala que: “**La aprobación del proyecto deberá ser comunicada por el asesor al comité de investigación, señalando la fecha y hora de su aprobación. Esta aprobación deberá ser formalizada mediante Resolución Decanal en un plazo de setenta y dos (72) horas**”;

Que, con Resolución Decanal N°0061-2025-UNICA-F-Obst, de fecha 24/02/2025, se designa a la Dra. Carmen Luisa Chauca Saavedra, como directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia...;

Que, mediante Constancia de aprobación de proyecto de tesis, emitida por: Mtro. José Ángel Llanto Canchos, en calidad de asesor del proyecto de tesis titulado: **Paridad como factor de riesgo relacionado a preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025**, cuyo autor es el bachiller en Obstetricia **DAYANA TERESA SANCHEZ ESPINO**, con el resultado **(17%)** del sistema antiplagio **FAVORABLE**, siendo las 14:30 horas del 05 de junio de 2025, el asesor del proyecto de tesis lo ha declarado **APROBADO** y se encuentra expedito para que continúe con el trámite respectivo;

Que, con documento de visto, la Unidad de Investigación solicita aprobación del proyecto de tesis titulado: **Paridad como factor de riesgo relacionado a preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025**, cuyo autor es el bachiller en Obstetricia **DAYANA TERESA SANCHEZ ESPINO**;

Por lo que, estando al numeral 9 del artículo 32 del Reglamento de Grados Académicos y Títulos Profesionales de la Universidad, y en uso de las atribuciones conferidas a la Señora Decana por la Ley Universitaria N°30220;

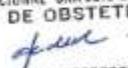
SE RESUELVE:

Artículo 1°. Aprobar, el proyecto de tesis titulado: **Paridad como factor de riesgo relacionado a preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025**, cuyo autor es el bachiller en Obstetricia **DAYANA TERESA SANCHEZ ESPINO**.

Artículo 2°. Reconocer como asesor del proyecto de tesis al docente ordinario **Mtro. José Ángel Llanto Canchos**.

Artículo 3°. Notificar la presente Resolución Decanal al autor del proyecto de tesis, al asesor, Unidad de Investigación y demás dependencias de la Facultad para su conocimiento y fines pertinentes.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. ROSA ELVIRA RUIZ REYES
DECANA



Ica, 11 de diciembre del 2025

MEMORANDO N° 329 -2025-HSMSI-ACAP/J-UADI

PARA : M.C. CARLOS HUGO GUERRERO CHACALTANA
Jefe del Departamento de Gineco-Obstétrica

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A LOS TESISISTAS recolección de Datos.

REF : Exp. 830

Me dirijo a usted, para comunicarle que la tesista de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga" Facultad de Obstetricia, **SANCHEZ ESPINO DAYANA TERESA**, cuenta con la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María Del Socorro, de Ica, para aplicar su instrumento de investigación (con la modalidad de recopilación de datos mediante Historia Clínica) de la Tesis; **"Paridad como Factor de riesgo relacionado a preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025"**, se le de facilidades correspondientes.

Asimismo, se indica que este documento no tiene valor oficial para ser presentado externamente, ya que solo es referencial para que la tesista extraiga información, que será sometida a consideración del Comité de Ética e investigación del Hospital, quien validara los datos (Informe Final) al 100% al término de la investigación con la finalidad que se expida la constancia de conformidad de datos.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL SALUD ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO

CD. CARLOS HUGO GUERRERO CHACALTANA
Secretaría de Ginecología e Investigación

c.c. Archivo.

Tesista: Sánchez Espino Dayana Teresa
LHTJ-UADI



DECLARACIÓN JURADA DE LA INVESTIGADORA.

Yo, SANCHEZ ESPINO DAYANA TERESA, con DNI. 75975941, en calidad de Investigador(a) Principales del estudio titulado; "Paridad como Factor de riesgo relacionado a preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, 2025", aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Santa María del Socorro (CIEI-HSMS), mediante Constancia de Aprobación CIEI-HSMS N° -2025, en cumplimiento de la normativa vigente en ética en investigación y con pleno conocimiento de las responsabilidades que asumo, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD.

- Me comprometo a llevar a cabo una investigación original, evitando cualquier forma de plagio, falsificación o manipulación de datos.
- Asumo toda la responsabilidad sobre la veracidad, integridad y ética en la ejecución del estudio, así como en la interpretación de los resultados.
- Declaro que el estudio cumplirá con los principios de la Declaración de Helsinki, la normativa nacional vigente y las directrices establecidas por el CIEI-HSMS.

2. RESPONSABILIDAD ÉTICA Y CUMPLIMIENTO DE NORMATIVAS

- Garantizo que el estudio respetará los derechos, dignidad, confidencialidad y bienestar de los participantes.
- Declaro que la recolección de datos solo se realizará tras obtener los consentimientos informados correspondientes, cuando sea aplicable.
- Me comprometo a respetar la Ley N° 29733 de Protección de Datos Personales y asegurar el uso adecuado de la información obtenida.

3. INFORMES Y MONITOREO

- Me comprometo a presentar los informes de avances y el informe final de la investigación según los plazos establecidos por el CIEI-HSMS.
- En caso de detectar eventos adversos o riesgos éticos, informaré inmediatamente al CIEI-HSMS.
- Me comprometo a no modificar el protocolo aprobado sin autorización previa del CIEI-HSMS.

4. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD A LA INSTITUCIÓN

- Declaro que el Hospital Santa María del Socorro y el CIEI-HSMS no asumen ninguna responsabilidad legal, ética o académica derivada de la ejecución de la investigación.
- Asumo la total responsabilidad ante cualquier controversia ética, legal o científica que pudiera surgir como consecuencia de la investigación.

5. USO Y DISPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS.

- Me comprometo a que los resultados del estudio sean utilizados únicamente con fines científicos y académicos, respetando las normativas de publicación y divulgación ética.
- En caso de publicación en revistas indexadas, incluiré la mención correspondiente a la aprobación del CIEI-HSMS.

DECLARACIÓN FINAL

Ica, 11 de diciembre 2025

Firma:

Tesista: Sanchez Espino Dayana Teresa, Bajo juramento, ratifico que la información consignada en esta declaración es veraz y que cumpliré con todas las responsabilidades descritas.

Investigador(a) Principal
DNI. 75975941

Calle Castrovirreyna N°759
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Email: udocencia@hospitalsoorroica.gob.pe
Ica