

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



**TESIS
ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA. CENTRO DE
SALUD PACHACÚTEC. CAJAMARCA. 2020**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Villena Saldaña Karla Jackelin

Asesor:

Dra. Obsta. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz

**CAJAMARCA, PERÚ
2021**

Copyright © 2021 by Karla
Jackelin Villena Saldaña
Derechos reservados

DEDICADO A:

Dios por ser el principal y el más grande amor, por ser el motor de mi vida y la fortaleza en mis debilidades.

Mis padres Carlos y Carmen por sus consejos, motivación y apoyo constante; por sacarme adelante a pesar de las dificultades, por la comprensión y su amor incondicional durante mi vida.

Mis hermanas Issela y Milagros por su amistad y por ser mi motivación para seguir adelante y lograr mis metas trazadas.

Mi Mamita Marina por ser mi segunda madre y estar conmigo durante los años académicos en la universidad.

Karla

SE AGRADECE A:

Mi Alma Mater, Universidad Nacional de Cajamarca, por los conocimientos brindados y las gratas experiencias, es y será siempre un motivo de orgullo.

Todos mis maestros de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia que representaron algo importante en mi formación académica.

Mi asesora Dra. Obsta. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz por su valioso tiempo y apoyo en la realización de este trabajo.

Al Centro de Salud Pachacútec, y personal de salud que labora por permitirme realizar el presente trabajo de investigación.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE GENERAL	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema.....	4
1.3 Objetivos.....	5
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Teorías sobre el tema.....	11
2.3 Hipótesis.....	22
2.4 Variables.....	22
CAPÍTULO III	24
DISEÑO METODOLÓGICO.....	24
3.1 Tipo y Diseño de estudio.....	24
3.2 Área de estudio.....	24
3.3 Población.....	25
3.4 Muestra y muestreo	25
3.5 Unidad de análisis	25
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	25
3.7 Aspectos éticos.	26
3.8 Técnicas de recolección de datos.....	26
3.9 Procedimientos	26
3.10 Descripción del instrumento.....	28

3.11 Procesamiento y análisis de datos	28
CAPÍTULO IV.....	30
Análisis y discusión de resultados	30
CONCLUSIONES.....	39
RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Identificar las características socioeconómicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec.	34
Tabla 2. Identificar las características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec.	36
Tabla 3. Indagar los estilos de vida en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec.	37
Tabla 4. Describir los casos de preeclampsia en gestantes atendidas en C.S Pachacútec 2020.	39
Tabla 5. Establecer la asociación entre los estilos de vida y preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca 2020.	49

RESUMEN

Objetivo: Establecer la asociación entre los estilos de vida y preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec - 2020. **Material y métodos:** El presente estudio fue diseñado como una investigación no experimental, cuantitativo, correlacional de corte transversal, de tipo descriptivo y prospectivo, realizado en una muestra de 86 gestantes. **Resultados:** La mayoría de gestantes pertenecen al grupo etáreo de 25-29 años, el 46,5% tiene estudios superiores universitarios, 72,1% son convivientes, y el 70% de procedencia urbana; se encontró que el mayor porcentaje de gestantes fueron segundigestas, y el 80% fueron embarazadas pretérmino. También, tuvieron un estilo de vida saludable y adecuado, siendo los más significativos una alimentación saludable y un manejo de estrés y autovaloración estable. **Conclusión:** No se encontró relación significativa entre las variables estilos de vida y preeclampsia.

Palabras clave: Estilos de vida, signos y síntomas de alarma, preeclampsia.

ABSTRACT

Objective: To establish the association between lifestyles and pre-eclampsia in pregnant women treated at the Centro de Salud Pachacútec 2020. **Material and methods:** The present study was designed as a non-experimental, quantitative, correlational cross-sectional, descriptive and prospective investigation, carried out in a sample of 86 pregnant women. **Results:** The majority of pregnant women belong to the age group of 25-29 years, 46.5% have higher university studies, 72.1% are cohabiting, and 70% of urban origin; It was found that the highest percentage of pregnant women were second pregnant, and 80% were preterm pregnant. Also, they had a healthy and adequate lifestyle, the most significant being a healthy diet and stable stress management and self-assessment. **Conclusion:** No significant relationship was found between the variables of lifestyle and pre-eclampsia.

Key words: Lifestyles, warning signs and symptoms, pre-eclampsia.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día fallecen en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones concernientes con el embarazo o parto, una de las causas lo constituyen los trastornos hipertensivos, entre ellos, la preeclampsia (PE) **(1)**, siendo en el Perú la segunda causa de mortalidad materna.**(2)**

Un modelo para abordar la mortalidad materna, fue propuesto por Thaddeus y Maine en 1994, ellos utilizaron el concepto de las “demoras” entre la aparición de una complicación, tratamiento y resolución adecuados, para vincular factores tan diversos como la distancia, autonomía de las mujeres y asistencia médica. En relación a ello, juega un papel muy importante, los estilos de vida de cada gestante, relacionando la alimentación, actividad física, manejo psicosocial y responsabilidad materna.**(3)**

En la presente investigación se encontró que la mayoría de gestantes pertenecen al grupo etáreo de 25-29 años, con estudios superiores universitarios, de estado civil convivientes, y de procedencia urbana; así como, el mayor porcentaje de gestantes fueron segundigestas, y embarazadas pretérmino. También, tuvieron un estilo de vida saludable y adecuado, siendo los más significativos una alimentación saludable y un manejo de estrés y autovaloración estable.

Desde esa perspectiva, es que se creyó conveniente realizar la presente investigación con el objetivo de determinar los estilos de vida de cada gestante atendida en el Centro de Salud Pachacútec, relacionándolo a la preeclampsia.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: Correspondiente al problema, que comprende el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: Comprende el marco teórico e incluye antecedentes, bases teóricas, hipótesis y variables.

CAPÍTULO III: Pertenece a este capítulo el diseño metodológico el mismo que incluye el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de la muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, consideraciones éticas, técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV: Correspondiente al análisis y discusión de los resultados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La preeclampsia es un síndrome heterogéneo, multisistémico, de severidad variable, representada por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez luego de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en el puerperio. Aun cuando a menudo se acompaña de proteinuria de inicio reciente, la hipertensión y otros signos o síntomas de PE, pueden presentarse en algunas mujeres con ausencia de proteinuria (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que existen cada año más de 166 mil muertes por PE. Su incidencia es del 5 al 10% de embarazos, pero la mortalidad es 5 a 9 veces mayor que en los países en vías de desarrollo. La incidencia en morbilidad materno-fetal se considera a nivel mundial de 1–10%, según las estadísticas de los distintos países, las complicaciones son especialmente serias en la PE.

En América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos son responsables de casi el 26% de las muertes maternas (MM), mientras que en África y Asia constituyen el 9% de muertes (5).

En el Perú, hasta la semana epidemiológica 53 (del 27 de diciembre al 02 de enero) del año 2020, fueron notificadas 429 muertes maternas directas e indirectas al sistema de vigilancia epidemiológica, representa un incremento en 42,1% (+127) en comparación al año 2019. Las regiones donde ocurrió el mayor número de MM fueron Lima Metropolitana (59) y Loreto (38). Se identificó que la

mayoría de ellas fueron ocasionadas por causas directas 55,7%, siendo los trastornos hipertensivos 21,5% y las hemorragias 18,1% (6).

Cajamarca se encuentra en el lugar 7 en MM a nivel nacional. En la semana epidemiológica 53 del año 2020, se notificaron 21 muertes maternas directas e indirectas, muestra una tendencia de aumento en 8, relacionado al año anterior (6). La principal causa de Muerte Materna directa es por hipertensión inducida por la gestación, siendo casi la mitad de las defunciones 45,83%, y la segunda, las hemorragias uterinas 10,42% (7).

Durante el embarazo, los estilos de vida, en sus diferentes dimensiones, son muy importantes, por ser una etapa vulnerable tanto desde el punto físico como psicológico, razón por la cual debe existir una correcta alimentación, siendo necesario los nutrientes adecuados que faciliten el desarrollo y crecimiento óptimo del individuo; no menos importante es la actividad física, para la prevención del sobrepeso y obesidad, enfermedades cardiovasculares; además, la gestante debe aprender a ser responsable con su salud, manejar el estrés y de ser posible llegar a la autorrealización.

En el Centro de Salud Pachacútec se atiende un porcentaje significativo de gestantes con trastornos hipertensivos; sin embargo, no se indaga sobre su estilo de vida, a pesar que es muy importante para el bienestar de la madre y el niño por nacer, motivo por el cual, se realizó la presente investigación con el objetivo de establecer la asociación entre estilos de vida y preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. 2020.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre estilos de vida y preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca - 2020?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los estilos de vida y preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca - 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar las características socioeconómicas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca – 2020.

Determinar las características obstétricas de la gestante atendidas en el Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca – 2020.

Indagar los estilos de vida en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca – 2020.

Describir los casos de preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca – 2020.

1.4 Justificación de la investigación

La muerte materna es causada por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. La mayoría de complicaciones surgen en el embarazo y pueden ser prevenidos o tratados. La preeclampsia es una de ellas que debe detectarse y prevenirla antes de existir complicaciones potencialmente mortales.

Se sabe que los estilos de vida de una gestante constituyen el comportamiento diario, por lo que, de ellos depende el riesgo a los que se expone y condiciona la posibilidad de enfermar. El estilo de vida de la gestante es producto de los cambios propios de la etapa y contexto en el que vive.

En este sentido la presente investigación, se realiza porque en el Centro de Salud Pachacútec, se ha identificado que existe un porcentaje elevado de gestantes con diagnóstico de PE; sin embargo, no se hace un estudio minucioso

para encontrar la causa de dicha enfermedad; es por ello el interés de realizar el presente estudio.

Desde esta perspectiva, y ante la ausencia de trabajos de investigación sobre el tema, la finalidad de haber realizado esta investigación, fue identificar el estilo de vida de cada gestante que acude a su control prenatal (CPN), diagnosticada con PE y que es atendida en el Centro de Salud Pachacútec, para poder asociar hábitos con enfermedad; si existiera relación alguna, realizar campañas de promoción sobre estilos de vida saludable, para prevenir la PE. Así como, elaborar un programa que contribuya a mejorar el bienestar biopsicosocial de la futura madre, niño por nacer y familia.

Asimismo, el trabajo dejará antecedentes importantes al ser de gran utilidad para futuras investigaciones semejantes a éste, los cuales buscarán establecer con más nitidez las consecuencias de esta común y frecuente patología; además, así poder aportar con un mejor entendimiento acerca de las EHE y estilo de vida, que es cada vez más de mayor preocupación en el país, sobre todo en gestantes que aún no culminan su periodo prenatal.

Esta entidad clínica es un gran reto para los consultorios de Gineco-Obstetricia de los distintos centros de salud del Perú, donde los obstetras tienen la oportunidad de intervenir para prevenirla; así también, poder realizar un buen diagnóstico y por consiguiente mejor tratamiento, teniendo en consideración que el estilo de vida asociada pueden influir en el desarrollo de patologías en la madre como en el bebé, por lo que este tema remarca su gran importancia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Castillo N, Saquicela N. (Ecuador, 2019), realizaron un trabajo de investigación en el cual determinaron la influencia de los hábitos alimenticios en la PE, identificaron gestantes con edades comprendidas entre 20 a 29 años (56.7%) y un grupo de adolescentes de 15 a 19 años (10%). Los hábitos alimenticios más predominantes son los no saludables en mujeres gestantes con o sin preeclampsia, con un 58,3% (n=35); además, existe asociación significativa entre estos y el diagnóstico de PE con un valor de $P=0,01$ con una razón de prevalencia, $RP=0,62(0,85-6,03)$ (8).

Rivera G, Salvatierra L. (Ecuador, 2019), en su estudio concluyeron que las gestantes mantienen un inadecuado estilo de vida siendo más prevalente la dieta además de carecer apoyo social y familiar; razón por la cual existe incumplimiento de un adecuado autocuidado que promueve a producir PE y otros problemas de salud (9).

Montaño M. (Ecuador, 2016), realizó un estudio en el cual identificó factores asociados a preclamsia, estos fueron antecedente previo a preclamsia (OR-17), índice de masa corporal elevado (OR: 9,6), raza predominante mestiza (Or: 6,4); antecedente familiar de hipertensión arterial (OR: 5,2), falta de CPN y multiparidad (OR: 2,5). La incidencia de PE fue 4,11% y requirieron parto por cesárea el 69.3% de gestantes (10).

Vega E, Torres M, Patiño V. et al (México, 2016), en su artículo de investigación concluyeron que la PE es una enfermedad del embarazo multifactorial y una de las principales causas de muertes maternas en México, con impacto significativo en los centros de salud. Se demuestra que en gestantes que sufren PE aumenta su vulnerabilidad y riesgo a fallecer, al vivir en crisis, pues se ve desordenada y alterada su vida cotidiana, no solo en los aspectos biológicos al sentir malestares físicos y corporales, sino también en la parte psicológica. Se observó la capacidad de autoorganización para mantener un equilibrio en su entorno y vida cotidiana. Se confirmó que las redes de apoyo familiar y social son liberadoras de bienestar y esencial para fortalecer el cuidado (11).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Castañeda J. (Lima, 2019), en su estudio obtuvo como resultados que, de las gestantes diagnosticadas con PE, el 59,1% fue sin criterio de severidad, mientras el 40,9% si presentó criterios de severidad. Los factores metabólicos que se tuvieron relación con PE fueron diabetes gestacional ($P=0,005$, $OR=3,744$, $IC=1,487- 9,423$), $IMC \geq 25\text{kg}/\text{m}^2$ al inicio de gestación ($P=0,006$, $OR=2,019$, $IC=1,220- 3,340$) y diabetes pregestacional ($P=0,022$, $OR=4,304$, $IC=1,238-14,966$); también, se encontró asociación con otros factores como antecedente de: PE ($P=0,007$, $OR=3,027$, $IC=1,346-6,809$), HTA ($P=0,019$; $OR=3,394$, $IC=1,222-9,422$) y de familiar con HTA ($P=0,000$, $OR=6,062$, $IC=2,470-14,876$); no se halla relación en el análisis multivariado con gestante añosa ($P=0,140$) a pesar de que si hubo nexo en el análisis bivariado, se toma en consideración como variable confusora (12).

Condocori A. (Cusco, 2019), en su investigación identificó que los factores asociados a enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE) en el Hospital Regional de Cusco fueron: edad materna menor a 25 años, altitud de su residencia mayor a 3 000 msnm, antecedente en gestación anterior de EHE, antecedentes familiares de EHE, primiparidad, tener obesidad pre gestacional y diabetes mellitus (13).

Mormontoy H. (Lima, 2018), en su investigación encontró como resultados que los factores asociados a PE son: edad mayor a 34 años (AOR= 1,47; IC95%= 1,33- 1,62), IMC pregestacional $\geq 25\text{kg/m}^2$ (AOR= 1,36, IC95%= 1,26-1,48 para sobrepeso y

AOR= 1.52, IC95%= 1,38-1,69 para obesidad), nuliparidad (AOR= 1,75; IC95%= 1,51-2,02) y gestación múltiple (AOR= 2,23, IC95%= 1,72-2,88), por lo cual es importante identificarlos para un diagnóstico y tratamiento oportuno (14).

Huachillo K. (Lima, 2016), en su estudio determinó que las adolescentes no evitan comer entre comidas en el 93,3%. Con respecto a la comida chatarra se observó que solo el 10,2% de gestantes evitan consumir refrigerios chatarra. Además, se pudo determinar que el 67,63% tienen estilo de vida no saludable y 32,36% estilo de vida saludable (15).

Vera J. (Trujillo, 2016), en su estudio concluyó que existe relación entre el nivel de conocimiento y PE con una significancia del 5% ($P=0,023$). Por lo tanto, es importante que durante la atención primaria de gestantes, se considere un buen y adecuado CPN, donde incluya una correcta toma de presión arterial (16).

2.1.3. Antecedentes locales

Vergara P. (2019), en su investigación los resultados sociodemográficos mostraron que el 45,9% de gestantes con diagnóstico de PE tenían entre 25 a 34 años, 80% convivían con su pareja, 25,9% con secundaria completa y 84% eran amas de casa. Al caracterizar obstétricamente a las gestantes, se identificó que la mayoría tuvo 2 o más gestaciones, al menos dos hijos nacidos a término, no referían haber tenido alguna pérdida y, tuvieron 6 o más controles. Un porcentaje disminuido refirió hijos nacidos pretérmino y haber presentado al menos un aborto. Se concluyó, con $(p) > 0,05$, que la ansiedad estado, depresión rasgo-estado, la disfunción familiar y violencia basada en género, no mostraron asociación significativa con la PE; mientras que con $p=0,010$, se halló que la ansiedad rasgo, fue el único estresor que mostró asociación significativa con la patología mencionada. Concluyendo que no se encontró asociación significativa entre los estresores psicosociales y PE (17).

Hernández (2020), en su trabajo de investigación encontró que la mayoría de gestantes tuvo entre 25-29 años con 30,5%, el 26,2% expresó tener estudios superiores universitarios, 78,7% dijo ser conviviente, de ocupación su casa con 62,8%

y procedentes de zona rural con 54,3%; 51,8% eran primigestas, asistieron tempranamente a su atención prenatal (APN) en el 57,3% y el 28,7% tuvo dos atenciones prenatales. En el 53,7% de gestantes se evidenció un alto nivel de conocimientos sobre signos y síntomas de alarma de la PE, siendo los signos y síntomas mayormente reconocidos como ominosos la oliguria en 92,1% y pérdida de la visión en 91,5%, seguido de los escotomas visuales, el tipo de actitud predominante fue la indiferente con 64,6% (18).

Teorías sobre el tema

1. PREECLAMPSIA

1.1 Definición

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) actualmente define a la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Suele presentarse generalmente luego de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo. Pero algunas mujeres presentan la hipertensión y signos multisistémicos que generalmente señalan la severidad de la PES en ausencia de proteinuria, y las últimas guías para la hipertensión en el embarazo de ACOG establecen que el comité de trabajo ha eliminado la dependencia del diagnóstico de PE en la proteinuria. En ausencia de proteinuria, la PE se diagnostica como hipertensión asociada a trombocitopenia (cuenta de plaquetas menor de 100 000/ μ L), disfunción hepática (las transaminasas hepáticas en sangres pueden elevarse dos veces su nivel), aparición de insuficiencia renal (creatinina elevada en sangre mayor de 1,1 mg/dL o el doble de creatinina sanguínea sin presencia de alguna enfermedad renal), edema pulmonar o trastornos cerebrales o visuales de novo. Esto significa que la PE se puede asociar -sin proteinuria- con sintomatología como trastornos visuales, cefalea, dolor epigástrico, y desarrollo rápido e inesperado de la enfermedad. Sin embargo, muchas mujeres no presentan la hipertensión definida como presión arterial > 140/90 mm Hg, pero

que pueden tener solo aumentos leves de la presión arterial base a 120-130/85 mm Hg y desarrollan repentinamente eclampsia o síndrome HELLP (19).

La definición de PE actualmente es la propuesta por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (ISSHP), que define como la presión arterial sistólica a ≥ 140 mm Hg y/o la presión arterial diastólica a ≥ 90 mm Hg en al menos dos medidas con 4 horas de diferencia en gestantes previamente con presión normal y después de las 20 semanas de gestación puede estar acompañada por proteinuria (es decir, ≥ 30 mg/mol de proteína) o en ausencia de proteinuria (20).

1.2 Etiología y Fisiopatología de la Preeclampsia

A pesar de investigación actualmente, la fisiopatología de la PE, aún sigue siendo desconocida. La hipertensión y proteinuria implican al endotelio como el blanco de la enfermedad. La hipertensión de la PE se caracteriza por vasoconstricción periférica y disminución de la elasticidad arterial (19).

Implantación anormal y vasculogénesis

Uno de los mecanismos primordiales en la patogenia de la PE es el de la insuficiencia placentaria ocasionada por regeneración defectuosa de la vasculatura materna de perfusión en el espacio intervelloso. En un embarazo normal, el citotrofoblasto fetal irrumpe las arterias uterinas espirales maternas sustituyendo el endotelio, y las células se diferencian en citotrofoblastos endotelioides. Dicho proceso complicado resulta en la mutación de vasos sanguíneos de pequeño diámetro y alta resistencia vascular en vasos de baja resistencia y elevada capacitancia, asegurando así una repartición adecuada de la sangre materna a la unidad útero-placentaria en perfeccionamiento. En la paciente predestinada a desarrollar PE, defectos en este proceso de transformación vascular aún no del todo comprendidos conducen a una entrega inadecuada de sangre a la unidad útero-placentaria en desarrollo e incrementa el grado de hipoxemia y estrés oxidativo del retículo endoplásmico (21).

Los mecanismos puntuales comprometidos de la invasión trofoblástica y remodelación vascular defectuosas no están del todo claros; sin embargo, recientes investigaciones permiten entender mejor los mecanismos antes mencionados. También, algunos investigadores han mostrado evidencia que la señalización NOTCH (NOTCH es una proteína transmembrana que sirve como receptor de señales extracelulares y que participa en varias rutas de señalización con el cometido principal de intervenir los destinos de la célula) es importante en el proceso de invasión del trofoblasto y remodelación vascular. La carencia de NOTCH2 se relacionaría con disminución del diámetro vascular y afectaría la perfusión placentaria. Además, ellos demostraron en modelos de PE que los citotrofblastos endovasculares y perivasculares carecían de JAG1 (que es un ligando del NOTCH2) (21).

Distintos estudios proponen que la inestabilidad en los genes del sistema inmune que codifican las moléculas del complejo de histocompatibilidad y de los aceptantes de las células asesinas naturales logra afectar la placentación. Así, algunos tipos de composiciones entre moléculas del complejo de histocompatibilidad y genes de aceptantes de las células asesinas naturales se aglutinan con el riesgo de desarrollar preeclampsia, aborto recurrente y restricción del crecimiento fetal (21).

Daño en los podocitos

La proteinuria referente a la PE se ocasiona por el edema de la célula endotelial y disrupción del endotelio fenestrado en el podocito renal. Estudios en humanos han demostrado que la expresión de proteínas podocito-específicas está afectada severamente en la PE. Se ha identificado expresión disminuida de las proteínas podocito-específicas nefrina, proteína glomerular epitelial 1 (GLEPP-1) y ezrina en secciones de tejido renal en mujeres con PE en comparación con pacientes, que tienen presión normal o con hipertensión crónica pregestacional. Se ha identificado la expresión disminuida de nefrina y sinaptopodina en tejido renal de pacientes que fallecieron debido a dificultades de la PE, al comparar

con pacientes con presión normal que fallecieron por otras causas no concernientes a PE. La detección de podocitos y productos podocitarios en orina

(podocituria), sugiere que la patología relacionada al podocito es más seria de lo anticipada.

La identificación de podocina por métodos de coloración es más sensible y concreta en el diagnóstico de PE al momento del parto, que el uso de sinaptopodina, nefrina y pococalixina. La podocituria aparece precedentemente del inicio de proteinuria, y el número de podocitos se correlaciona claramente con el grado de proteinuria, lo que sugiere una relación causa-efecto entre la continua disminución de podocitos y el inicio, severidad de la proteinuria (21).

Remodelación anómala de las arterias espirales

En los embarazos normales, las células citotrofoblastos de la placenta en progreso migran a través de la decidua y parte del miometrio para irrumpir tanto el endotelio como la única media muscular de las arterias espirales maternas, las ramas posteriores de la arteria uterina, proporcionan sangre al feto/placenta en desarrollo (20).

Como efecto, estos vasos se transforman de pequeñas arteriolas musculares a grandes vasos de capacitancia de baja firmeza, lo que facilita considerablemente el flujo de sangre a la placenta en comparación con otras áreas del útero. La regeneración de las arterias espirales posiblemente comienza a fines del primer trimestre y se completa entre las 18 y 20 semanas de embarazo, aunque no está clara la edad gestacional exacta en la que finaliza la invasión de estas arterias por el trofoblasto (20).

Finalmente, en la PE, las células citotrofoblastas se infiltran en la porción decidual de las arterias espirales, pero no logran penetrar en el segmento miometrial (20).

1.3 Factores de riesgo

Según la Guía de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y

Perinatología; menciona factores de riesgo moderados primer embarazo, edad

menor a 18 años o mayor a 40, un intervalo intergenésico mayor a 10 años, IMC mayor a 35kg/m² en la primera consulta, embarazo múltiple y antecedente familiar de PE (22).

También, menciona factores de alto riesgo, entre ellos trastorno hipertensivo en embarazo anterior, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico, diabetes tipo 1 o 2, hipertensión crónica (22).

Una variedad de factores de riesgo se ha asociado con una mayor probabilidad de preeclampsia. No obstante, es importante recordar que la mayoría de los casos de preeclampsia ocurren en mujeres sanas nulíparas sin factores de riesgo obvios (20).

1.4 Clasificación

La preeclampsia se clasifica en preeclampsia leve, preeclampsia severa y eclampsia (23).

Preeclampsia leve o sin criterios de severidad: Muestra una presión arterial \geq de 140/90 mm Hg pero menor a 160/110 mm Hg, con proteinuria cualitativa de 1+ (ácido sulfosalicílico) o 2+ (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa \geq 300 mg en orina de 24 horas, y que no muestra daño en otro órgano blanco (20,23).

Preeclampsia severa o con criterios de severidad: Muestra una presión arterial \geq a 160/110 mm Hg, relacionada con uno de los siguientes criterios clínicos:

Desperfecto de la función hepática, con concentraciones de enzimas hepáticas (TGO) dos veces el valor normal, severa persistencia de dolor en el cuadrante superior derecho o en epigastrio que no se controla con medicinas.

Trombocitopenia $<$ 100, 000/mm³

Creatinina $>$ 1.1 mg/dl

Edema pulmonar

Trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales.

Disfunción útero-placentaria (como restricción del crecimiento fetal, análisis anormal de la forma de onda Doppler de la arteria umbilical o muerte fetal) (20,23).

1.5 Signos y síntomas de alarma en la preeclampsia

Aproximadamente, el 25% de mujeres afectadas desarrollan uno o más de los siguientes síntomas no específicos, que caracterizan el espectro peligroso de la enfermedad y representan la necesidad de evaluación urgente y posible parto:

Cefalea persistente y/o severa, así como, otros síntomas cerebrovasculares de la PE, es poco conocido. El edema cerebral y cambios isquémicos/hemorrágicos en los hemisferios posteriores observados en la tomografía computarizada y resonancia magnética ayudan a explicar, pero no tienen en cuenta los hallazgos clínicos (20).

Anomalías visuales (escotomas, fotofobia, visión borrosa o ceguera temporal), son causados, al menos en parte, por espasmo arteriolar retiniano. También, puede ocurrir diplopía o amaurosis fugaz (ceguera de uno o ambos ojos). Las alteraciones visuales en la PE, también pueden ser manifestaciones del Síndrome de Leucoencefalopatía reversible Posterior (PRES) (20).

Tinnitus (zumbido de oídos), se produce por la estimulación anormal de grupos neuronales en áreas occipitales y temporales, zonas preferentemente afectadas por edema en los casos de PRES. La afectación cerebral en la PE involucra no solo edema cerebral sino también neuroinflamación, lo que agrava y perpetúa el edema cerebral; adicionalmente, existe una disminución del umbral convulsivo por la internalización de los receptores inhibitorios y disminución de los receptores ácido d-amino-butírico (GABA) (24).

Oliguria, la contracción del espacio intravascular secundario al vasoespasmo estimula un empeoramiento de la retención renal de agua y sodio. La oliguria en la PE con características graves es resultado del vasoespasmo intrarrenal y una reducción del 25% en la tasa de filtración glomerular. Oliguria transitoria (menor de 100 mL durante 4 horas) es común en el parto o las primeras 24 horas del postparto (20).

1.6 Prevención

Las cuales se deben efectuar en pacientes de alto riesgo, se recomienda la administración oral de 75 a 150 mg de ácido acetil salicílico todos los días a partir de las 12 semanas hasta las 34 semanas de gestación. Si la gestante llega a hacer PE severa antes de las 34 semanas: suspender la aspirina (idealmente 5 a 10 días antes de la culminación del embarazo) (23).

Administración de calcio, se recomienda la ingesta de 1,5 a 2 gr de calcio por día a partir de las 14 semanas de gestación (23).

2. ESTILOS DE VIDA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconoce los estilos de vida como un conjunto de diversos factores protectores y riesgo, los cuales influyen de una forma positiva o negativa; es decir, que los estilos de vida es el hábito de vida o forma de vida, así como, el conjunto de conductas que desarrolla un sujeto, unificante y cohesionante respectivamente único y tendiente a un fin tanto en aspectos perceptivos, cognoscitivo, afectivo, comunicativo, pragmático e interpersonal, causado por la interacción entre factores genéticos, educativos, sociales, económicos y medioambientales; que ciertas veces son saludables y otras son perjudiciales para la salud en diferentes áreas de la vida (25).

Los estilos de vida han sido considerados factores precisos y situaciones del estado de salud de una persona. La carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, define a los estilos de vida saludable como componentes característicos

de intervención para promover la salud. “La salud se crea y se vive en el marco de la vida diaria, en los centros de enseñanza, trabajo y recreo” (26).

2.1. Estilo de vida saludable

Según la OMS los estilos de vida saludables como una forma de vida que reduce el riesgo de padecer alguna enfermedad o fallecer a temprana edad, mejorando la salud y permitiendo disfrutar más aspectos de la vida, porque estar sano no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también, física, mental y bienestar social (27).

Un estilo de vida saludable se refiere a una serie de comportamientos que disminuyen el riesgo de padecer alguna enfermedad, por ejemplo, el control de tensiones y emociones negativas, alimentación saludable en cantidad y calidad, práctica de actividad física, descanso, recreación (28).

2.2. Estilo de vida no saludable

Son comportamientos, prácticas y conductas que adoptan las personas que sitúan en riesgo su estado de salud, afectando a su calidad de vida. Entre los estilos de vida no saludables se tiene: malos hábitos alimenticios, sedentarismo, estrés, consumo de sustancias nocivas, entre distintos comportamientos no saludables que pueden ser transformados para el beneficio de la salud, ya que al contrario podrían provocar daño en la salud de la gestante a corto, mediano y largo plazo (29).

2.3. Nutrición

La apropiada alimentación de la mujer durante la gestación es de importante, tanto para ella y para el niño por nacer. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional y durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante el embarazo y sobre la salud de la madre y niño (30).

La alimentación es un proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir nutrientes necesarios para

sobrevivir. Estos nutrientes son los que luego se transforman en energía y proveen al organismo vivo que sea de aquellos elementos que requiere vivir (31).

La alimentación se entiende como la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una adecuada nutrición (dieta suficiente y equilibrada variada con el ejercicio físico regular) es un componente primordial de la buena salud. Por otro lado, una inadecuada nutrición puede disminuir la inmunidad, acrecentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (31).

Alimentación saludable: La alimentación saludable es esencial durante el embarazo, es una alimentación variada, preferentemente en estado natural o con procesamiento mínimo, que aporta energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana, permitiéndole tener una mejor calidad de vida en todas las edades (32).

Alimentación no saludable: Exceso de alimentos o equilibrio inadecuado entre los distintos alimentos que pueden contribuir a la malnutrición y riesgos de sufrir ECNT (Enfermedades Crónicas no Transmisibles). Los malos hábitos alimentarios son acciones adquiridas a través de la vida por ejemplo por las costumbres familiares (26).

2.4. Actividad Física

La actividad física incluye todo movimiento del cuerpo originado por los músculos esqueléticos que dan como efecto el gasto de energía que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo. Así, al hablar de actividad física se debe valorar las actividades que la gestante realiza durante las 24 horas del día (actividades como, tareas del hogar, ocio o tiempo libre y transporte). Está comprobado que las personas que realizan 30 minutos diarios de ejercicio durante la semana proporcionan beneficios importantes a la salud (28).

Últimamente, el sedentarismo aumenta en las mujeres, de ese modo la mayoría de gestantes son sedentarias o cuando se quedan embarazadas disminuyen su

actividad física. Y no hay porque tener miedo, el ejercicio físico moderado durante el embarazo puede brindar muchos beneficios: previene o trata diabetes gestacional, disminuye la presión arterial, ayuda aliviar dolores y mejora el estado de ánimo (33).

Actividad física continua: Realizar ejercicios constantes, abarca una extensa variedad de prácticas habituales, con diferente intensidad (caminar, subir escaleras, andar en bicicleta, limpiar la casa, el jardín, etc.), que tienen beneficios para la salud de cada individuo.

Actividad física discontinua: Cuando la persona no realiza ejercicio constante o es sedentaria.

2.5. Autovaloración y manejo de estrés

La autovaloración describe a la conocimiento o juicio que el individuo hace de sí mismo. Junto con los ideales, metas y propósitos, se trata de formaciones psicológicas de importancia en el desarrollo del ser humano, porque posibilitan su autorregulación al convertirse en directrices para la conducción de vida de las personas en determinado contexto sociocultural (35).

Durante el embarazo se crean estados de tensión y ansiedad, en perspectiva de que el embarazo es un factor que demanda una cadena de adaptaciones que logran ser desequilibrantes, durante esta etapa se exterioriza angustia al cambio de vida, ésta es determinada por Laplanche, como la reacción de un individuo, cuando se encuentra en una situación traumática, se puede decir, que es sometido a una afluencia de evitaciones de origen externo o interno siendo incapaz de controlar (36).

Un dato significativo es tener en cuenta que la primera gestación, tiene el carácter de un acontecimiento único al que se enfrenta la mujer sin experiencia propia alguna; en el segundo y tercer embarazo, simbolizan habitualmente una sobrecarga biológica y social moderada; desde el cuarto embarazo en adelante, la multiparidad elevada conlleva una sobrecarga severa (36).

Autovaloración y manejo de estrés estable: Existe un conocimiento de sí mismo, expresado en tranquilidad y solución de conflictos en diferentes situaciones; adecuado nivel de realización individual.

Autovaloración y manejo de estrés no estable: Ante las diferentes situaciones se dificulta, para lograr soluciones y no tiene un conocimiento propio adecuado conocimiento de mismo.

2.6. Obstétricas

La responsabilidad de nuestra salud involucra escoger/decidir sobre opciones saludables/correctas en lugar de aquellas que rodean un riesgo para la salud. Significa reconocer que tenemos poseemos habilidad para cambiar los riesgos inherentes en nuestra herencia y ambiente social, la perspectiva de la salud y luego un esfuerzo concertado dirigido a cambiar/modificar nuestros hábitos negativos arraigados(34)

Conducta adecuada: No solo es tener el conocimiento sobre comportamientos saludables, sino aplicar dichos comportamientos. Lo más importante es implementar una acción positiva de prevención, reconociendo los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.

Conducta no adecuada: La persona no conoce los comportamientos saludables, los signos y síntomas de alarma en el embarazo y su importancia.

2.2. Hipótesis

Hi: Existe relación significativa entre los estilos de vida y preeclampsia en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca – 2020.

Ho: No existe relación significativa entre los estilos de vida y preeclampsia en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec en Cajamarca – 2020.

2.3. Variables

Variable 1:

Estilos de vida

Variable 2:

Preeclampsia

2.4.1 Operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES		INDICADORES	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Variable 1: Estilos de vida	La OMS define los estilos de vida saludables como una forma de vida que disminuye el riesgo de padecer alguna enfermedad o fallecer a temprana edad, mejorando la salud y permitiendo disfrutar más aspectos de la vida, porque estar sano no es sólo la ausencia de enfermedad, es también física, mental y bienestar social de la gestante.	Conductas y hábitos que tiene cada gestante para satisfacer sus necesidades	Alimentación	No Saludable	8 – 18 puntos	1-8	Ordinal	Técnica: Entrevista
				Saludable	19 – 32 puntos			
			Actividad física	Discontinua	5 – 8 puntos	9-13		
				Continua	9 – 20 puntos			
			Autovaloración y manejo de estrés	No estable	8 – 17 puntos	14-21		
				Estable	18 – 32 puntos			
			Obstétricas	No adecuada	5 – 10 puntos	22-26		
				Adecuada	11 – 20 puntos			
Variable 2: Preeclampsia	Que define como la presión arterial sistólica a ≥ 140 mm Hg y/o la presión arterial diastólica a ≥ 90 mm Hg en al menos dos ocasiones medidas con 4 horas de diferencia en mujeres previamente normotensas y está acompañada por una o más de las siguientes condiciones de nuevo inicio en o después de las 20 semanas de gestación y proteinuria o sin presencia de proteinuria.	Gestante que tiene síntomas relacionados a la preeclampsia con criterios de severidad y sin criterios de severidad	PES sin criterios de severidad		PA $\geq 140/90$ mm Hg Proteinuria: hasta 2g/24h Con o sin edema	1-3	Intervalo	Instrumento: Encuesta
			PES con criterios de severidad		PA $\geq 160/110$ mm Hg Oliguria: diuresis < 500 mL/24h Cefalea intensa y/o alteraciones visuales Creatinina sérica elevada ($\geq 1,2$ mg/dL)	4-11		
			No diagnosticada con preeclampsia		No presenta signos y síntomas de PES	12		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y Diseño de estudio

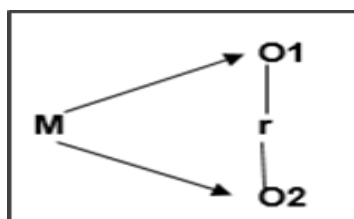
El presente estudio fue diseñado como una investigación no experimental, cuantitativo, correlacional de corte transversal.

No experimental, la investigación se realizó sin manipular las variables, observando las situaciones para analizarlos (35).

Cuantitativo, porque se trabajó de forma secuencial utilizando recolección de datos para medir las variables y probar la hipótesis, teniendo en cuenta investigaciones previas (35).

Correlacional, porque su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existen entre dos variables en una muestra en particular (35).

De corte transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento, con el propósito de describir variables y analizar su interrelación en un momento dado (35).



3.2 Área de estudio

El estudio se llevó en el Centro de Salud Pachacútec, ubicado distrito de Cajamarca. De categoría I-4, pertenece a la Microred Pachacútec, Red Cajamarca, DISA Cajamarca.

El Centro de Salud Pachacútec, se ubica al oeste de la ciudad de Cajamarca, funciona en la Av. Perú nº 900, en las inmediaciones del cerro Santa Apolonia, distante

aproximadamente a 10 minutos de la Plaza de Armas de Cajamarca, utilizando vía terrestre.

Las áreas del Establecimiento de Salud son las siguientes: Triage diferenciado, admisión, tópico de emergencia, consultorios de obstetricia, enfermería, psicología, medicina, farmacia y laboratorio; sala de dilatación, parto y puerperio.

3.3 Población

La población estuvo constituida por las gestantes a partir del tercer trimestre atendidas en el servicio de CPN en el Centro de Salud Pachacútec, durante los meses de julio a setiembre del año 2021, siendo 86 gestantes.

3.4 Muestra y muestreo

El presente estudio utilizó una muestra no probabilística, lo que significa, que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación y su propósito (35).

3.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada gestante mayor a 28 semanas que se atendía en el Centro de Salud Pachacútec.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1 Criterios de inclusión

Gestante que desea participar voluntariamente

Gestantes con edad gestacional mayor a 28 semanas que acude a su control al Centro de Salud Pachacútec.

3.6.2 Criterios de exclusión

Gestante con hipertensión crónica

3.7 Aspectos éticos.

Confidencialidad: el investigador mantuvo el anonimato de los participantes en el contexto de la investigación; también, procuró no invadir los espacios privados de las personas para observar comportamientos y recabar datos (36).

La no coacción: no se obligó a las gestantes a participar en el estudio de investigación (36).

Consentimiento informado: se informó a cada participante del estudio, contando con su libre consentimiento, quienes estuvieron en conocimiento de los eventuales riesgos y posibles consecuencias. Respetando su dignidad y manteniendo un trato respetuoso con cada gestante (36).

3.8. Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada en la investigación fue la entrevista, teniendo como instrumento una encuesta, para la recolección de datos, la cual estuvo estructurada en: sociodemográficos-obstétricos; estilos de vida y casos de preeclampsia.

3.9. Procedimientos

La investigación se realizó teniendo en cuenta los siguientes pasos:

Primeramente, se informó a la máxima autoridad del Centro de Salud Pachacútec, sobre la investigación, solicitando el permiso correspondiente, para la obtención de la muestra.

Luego se conversó con los/las obstetras que laboran en el consultorio de Obstetricia, informándoles sobre la investigación, a quienes se solicitó el permiso correspondiente para poder entrevistar a las gestantes y obtener información a partir de su carnet perinatal e historia clínica.

Posteriormente, se visitó el servicio de APN con el propósito de entrevistar a las gestantes, previa información y consentimiento informado verbalmente, para luego aplicar la encuesta y obtener información sobre estilos de vida de cada gestante.

Finalmente, con los datos obtenidos se sistematizó en tablas estadísticas, para ser analizadas.

3.10 Descripción del instrumento

La encuesta tuvo como instrumento un cuestionario, estructurado de la siguiente manera:

1. Recolección de datos sociodemográficos y obstétricos, como edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, número de gestación, paridad y edad gestacional.
2. Cuestionario de Perfil de Estilos de Vida (PEPS-I), modificado y basado en preguntar sobre el modo de vida de la gestante en relación a sus hábitos personales, constituido por 26 ítems y con las opciones de respuesta:

1= nunca

2= a veces

3= frecuentemente

4= rutinariamente

3. Finalmente, la tercera parte estuvo enfocada a recopilar si padecían de preeclampsia teniendo en cuenta los signos y síntomas característicos, siendo la fuente de datos su carnet y/o historia clínica de cada gestante entrevistada.

3.11. Procesamiento y análisis de datos:

Para el procesamiento de los datos estos fueron siendo vaciados a la base de datos Excel semanalmente, en el cual se podía verificar si las encuestas tenían toda la información solicitada. Se utilizó el programa SPSS para Windows versión 26.

Los datos fueron resumidos y organizados en tablas simples y de contingencia, analizando los mismos con indicadores estadísticos como frecuencia.

Validez

Para la validez del instrumento se realizó mediante el método de juicio de expertos, para ello se contó con 3 profesionales obstetras, dos de ellas con doctorado y una con

maestría, también se tuvo en cuenta que una de las profesionales trabajará en un centro de salud similar en el que se realizó la investigación.

Confiabilidad del instrumento

Para identificar la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto, esta contaba con entrevistar a 20 gestantes; obteniendo los datos deseados se procedió a codificar y vaciar dichos datos a Excel para proceder un análisis con Alfa de Combrach, por consistencia interna, cuyo valor encontrado fue de 0.86, esto indicó que el instrumento era confiable y pudo ser utilizado en dicha investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Características socioeconómicas de las gestantes atendidas en el C.S. Pachacútec.

Edad	N°	%
15 a 19 años	8	9.3
20 a 24 años	20	23.3
25 a 29 años	23	26.7
30 a 34 años	20	23.3
35 a 39 años	10	11.6
De 40 años a más	5	5.8
Estado civil		
Soltera	2	2.3
Casada	22	25.6
Conviviente	62	72.1
Nivel de instrucción		
Primaria incompleta	1	1.2
Primaria completa	9	10.5
Secundaria incompleta	16	18.6
Secundaria completa	20	23.3
Superior	40	46.5
Procedencia		
Zona rural	25	29.1
Zona urbana	61	70.9
Total	86	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Las características sociodemográficas mostradas en la presente tabla señalan que el 73,3% de gestantes en el Centro de Salud Pachacútec, tuvo edades entre los 20 y 34 años, correspondiente al grupo de edad óptimo para el embarazo; sin embargo, el 9,3% pertenece al grupo de 15-19 años y el 17,4% recae en el grupo de mujeres entre los 35->40 años; estos últimos considerados como factores de riesgo por implicancias negativas, tanto en la salud materna como en la del feto/neonato.

Estos resultados son similares con los de Castillo y Saquicela (2019), quienes reportan

que el 56,7% de gestantes se encontraban entre los 20-29 años, seguido del 10% de gestantes con edad entre 15 a 19 años (8); por su parte Vergara (2019), encontró que el 45,9% de las embarazadas correspondía a la edad entre 25-34 años (17).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar componentes de riesgo a lo largo de la vida; en el caso de la mujer es de vital importancia durante el período fértil. Este período se caracteriza en la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse (37).

Una gestación antes de los 20 años y después de los 35 años, se relaciona a mayor riesgo materno perinatal, como patologías propias de la gestación y con más frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia mayor probabilidad de muerte materno-perinatal (37).

También, se puede observar que el 72,1% de gestantes manifestaron ser convivientes, solamente el 25,6% dijeron ser casadas y el 2,3% solteras.

Datos similares fueron encontrados por Vergara (2019), quien menciona que la mayoría de sus participantes fueron convivientes 80% (17); siendo también coincidentes con Hernández (2020), quien identificó que el 78,7% dijo ser conviviente (18).

El estado civil juega un papel muy importante en la medida en que las mujeres cuenten con una pareja que le acompañe durante la etapa del embarazo, motivando el autocuidado y ayude a la identificación de signos de alarma del embarazo, sobre todo si son relacionados a la preeclampsia.

Otra característica sociodemográfica es el grado de instrucción, evidenciándose que la mayoría de gestantes tiene estudios superiores con 46,5%, seguido de aquellas que tienen secundaria completa 23,3%.

Estos datos son diferentes a los encontrados por; Vergara (2019) reportó que 25,9% tuvieron secundaria completa (17). Sin embargo, coinciden con los datos reportados por Hernández (2020) quien encontró que el 48,2% de gestantes tenía estudios superiores (18).

El grado de instrucción es un determinante social de salud muy importante ya que, a mayor nivel educativo, mayor posibilidad de estilos de vida y conocimiento sobre el cuidado durante el embarazo, reconociendo a tiempo los signos y síntomas de alarma de preeclampsia, lo que les permitirá solicitar ayuda al reconocer inmediatamente alguno de ellos y así obtener un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes atendidas en el C.S. Pachacútec.

Número de gestaciones	N°	%
Primigesta	27	31.4
Segundigesta	32	37.2
Multigesta	27	31.4
Paridad		
Nulípara	27	31.4
Primípara	32	37.2
Múltipara	27	31.4
Edad gestacional		
A término	17	19.8
Pretérmino	69	80.2
Total	86	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En el presente cuadro se analizan las principales características obstétricas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, determinando que el 37,2% eran segundigestas, seguido por el 31,4% correspondiente a primigestas, dato similar al número de multigestas.

En cuanto a la paridad, el 37,2% fue primípara y el 31,4% nulípara, similar al porcentaje de múltipara. También, se identificó la edad gestacional siendo el 80,2% pretérmino y el 19,8% a término.

Resultados diferentes fueron informados por Vergara (2019), obtuvo que la mayoría de embarazadas tenían dos o más gestaciones (17); Hernández (2020), por su parte también encontró una cifra mayor de primigestas con 51,8% (18).

Mormontoy (2018), en su estudio asocia el riesgo de preeclampsia con la nuliparidad, por lo cual es importante identificarlos para un diagnóstico y tratamiento oportuno (14).

Tabla 3. Indagar los estilos de vida en las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec.

Dimensión alimentación	N°	%
No saludable	23	26.7
Saludable	63	73.3
Dimensión Actividad Física		
Discontinua	39	45.3
Continua	47	54.7
Dimensión Autovaloración y Manejo de Estrés		
No estable	1	1.2
Estable	85	98.8
Dimensión Obstétrica		
No adecuada	37	43.0
Adecuada	49	57.0
Total	86	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la tabla se puede visualizar los estilos de vida de las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, el cual está dividido en 4 dimensiones: alimentación, actividad física, autovaloración y manejo de estrés, y Obstétrica.

En la alimentación el 73,3% tiene una alimentación saludable y 26,7% no saludable.

Resultados que no coinciden con los de Castillo y Saquicela (2019), determinaron que los hábitos alimenticios más predominantes son los no saludables en mujeres con o sin preeclampsia con un 58,3% (8); Huachillo (2016), encontró que la mayoría de gestantes consumían comida chatarra, siendo sólo el 10,2%, aquellas que evitan comer comidas chatarras (12).

La mujer embarazada debe proporcionar nutrientes a su organismo y al bebé, mediante una dieta adecuada en calidad y cantidad, que garantice una digestión, absorción y transporte normal hacia la circulación materna (38).

Se observa que, en la actividad física, el 54,7% practica actividad continua y 45,3% discontinua.

Son distinguidas las varias ventajas que contribuye a la salud, la práctica de una actividad física de forma continua. No obstante, es importante en todas las etapas de la vida, cuando llega la gestación surgen algunas incertidumbres sobre la ventaja de realizar ejercicio físico; así como, el tipo de actividad, periodicidad, intensidad y continuación (39).

La actividad física se ha reconocido como un componente importante para un embarazo saludable en las mujeres sin tener en cuenta el peso. Las pautas actuales de actividad física proponen para los adultos, incluidas las mujeres embarazadas, deben estar activos con un ejercicio de intensidad moderada, durante 30 minutos y casi diario. Tanto, el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos y el ACOG, recomiendan que las gestantes practiquen ejercicio, con el objetivo de cuidar su condición física durante todo el embarazo (39).

En la autovaloración y manejo de estrés el 98,8% de las gestantes, tiene un manejo estable y el otro 1,2% no estable.

Practicar la relajación puede ser una estrategia positiva de afrontamiento del estrés propio de la gestación, una etapa de cambios tanto físicos como emocionales que requiere adaptaciones rápidas(40).

El embarazo es un periodo de grandes modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo (41).

Finalmente, se puede observar que, en la dimensión obstétrica, existe un 57% de embarazadas que tiene una adecuada responsabilidad y 43% no adecuada.

Similares resultados se encontró con Hernández (2020), que el 53,7% de gestantes

evidenció un alto nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma de la preeclampsia (18). Durante el embarazo es importante mantener la comunicación de obstetra-paciente, para poder monitorear a tiempo complicaciones e identificar los signos de alarma durante el embarazo.

Tabla 4. Describir los casos de preeclampsia en gestantes atendidas en C.S Pachacútec 2020.

Preeclampsia	N°	%
Sí, sin signos de severidad	12	14,0
Sí, con signos de severidad	4	4,7
No	70	81,4
Signos y síntomas de alarma		
PA \geq 160/110 mm Hg	1	25,0
Cefalea intensa y/o alteraciones visuales	2	50,0
Tinnitus (zumbido de oído)	1	25,0
Total	4	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se pueden visualizar los siguientes datos, el 81,4% de gestantes no tuvo preeclampsia, 14% de embarazadas tuvo preeclampsia sin signos y síntomas de alarma y solamente el 4,7% tenía preeclampsia con signos y síntomas de alarma.

El ACOG, define actualmente a la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo (19).

Los signos y síntomas de alarma presentes fueron en un 50% de gestantes manifestó sentir cefalea intensa y alteraciones visuales, por otro lado, el 25% presentó Presión arterial \geq 160/110 mm Hg; finalmente, el 25% manifestó tinnitus.

Investigar sobre cada uno de los signos y síntomas de alarma de la preeclampsia de forma individual cobra relevancia para saber sobre cuáles se debe incidir en la consejería y realizar otras investigaciones que brinden luces, del porqué son considerados como normales.

El reconocimiento de los escotomas como un signo ominoso, por parte de las gestantes, es muy importante sobre todo si se encuentra asociado a una cefalea intensa y de naturaleza opresiva, porque permitirá solicitar ayuda de forma inmediata y recibir la atención necesaria a partir de ese instante, ya que, aunque la gestante no lo sepa, son signos premonitores de una eclampsia.

Tabla 5. Establecer la asociación entre los estilos de vida y preeclampsia en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. 2020.

Dimensión Alimentación	Preeclamsia						Total	
	Sí, sin datos de		Sí, con datos de		No		Nº	%
	severidad		severidad					
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
No saludable	0	0,0	1	25,0	22	31,4	23	26,7
Saludable	12	100,0	3	75,0	48	68,6	63	73,3
X2= 5,171		p= 0,075		p>0,05				
Dimensión Actividad física								
Discontinua	5	41,7	2	50,0	32	45,7	39	45,3
Continua	7	58,3	2	50,0	38	54,3	47	54,7
X2= 0,104		p= 0,949		p>0,05				
Dimensión Autovaloración y Manejo de Estrés								
No estable	0	0,0	0	0,0	1	1,4	1	1,2
Estable	12	100,0	4	100,0	69	98,6	85	98,8
X2= 0,231		p= 0,891		p>0,05				
Dimensión Obstétrica								
No adecuada	3	25,0	1	25,0	33	47,1	37	43,0
Adecuada	9	75,0	3	75,0	37	52,9	49	57,0
Total	12	100,0	4	100,0	70	100,0	86	100,0
X2= 2,605		p= 0,272		p>0,05				

En la tabla 5 se puede evidenciar, 75% de gestantes con alimentación saludable, que fueron diagnosticadas con preeclampsia con criterios de severidad y el 25% tuvo una alimentación no saludable. Estadísticamente, no existe relación entre la variable Alimentación de la variable Estilos de Vida y Preeclampsia, según lo señala el coeficiente de correlación $p=0,075$.

Resultados diferentes fueron encontrados por Rivera y Salvatierra (2016), quien en su estudio concluyó que las gestantes mantienen un inadecuado estilo de vida siendo más prevalente la dieta razón por la cual existe incumplimiento de alimentación saludable que promueve a producir preeclampsia (9); asimismo Castillo y Saquicela (2019), encontraron que los hábitos alimenticios más predominantes son los no saludables en mujeres gestantes con o sin preeclampsia, con un 58,3% (n=35); además, existe asociación significativa entre estos y el diagnóstico de preeclampsia con un valor de $P=0,01$. (8)

Se observa que las gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad, el 58,3% realiza actividad física continua y 41,7% realiza ejercicio físico discontinuamente. Estadísticamente, no existe relación entre la dimensión Actividad Física de la variable Estilos de Vida y Preeclampsia, según lo señala el coeficiente de correlación $p=0,949$.

También, se puede evidenciar en la tabla que el 98,6% de las gestantes tiene un estable manejo de estrés y autovaloración, y solo el 1,2% no tiene un manejo estable. Estadísticamente, no existe relación entre la dimensión Autovaloración y Manejo de Estrés de la variable Estilos de Vida y Preeclampsia, según lo señala el coeficiente de correlación $p=0,891$.

Estos datos refieren con Rivera y Salvatierra (2016), quienes identificaron que las gestantes mantienen un inadecuado estilo de vida siendo uno de ellos carecer apoyo social y familiar razón por la cual existe incumplimiento de autocuidado, que promueve a producir preeclampsia y otros problemas de salud (9).

Datos similares fueron encontrados por Vergara (2019), quien concluyó que no se encontró asociación significativa entre los estresores psicosociales y preeclampsia (17). Finalmente, el 57% de gestantes tiene una adecuada preocupación por el bienestar de su salud y conoce los signos y síntomas de alarma; sin embargo, existe un 43% que no toma mucha importancia por su bienestar materno y los signos premonitorios de la preeclampsia. Estadísticamente, no existe relación entre la dimensión Obstétrica de la variable Estilos de Vida y Preeclampsia, según lo señala el coeficiente de correlación

p=0,272.

Estos resultados revelan que, contrariamente a lo que se esperaba, se encontró que la mayoría de gestantes tiene estilos de vida adecuados y no se relacionan con la preeclampsia. Lo que causa especial atención es que el manejo de estrés y autovaloración es significativo en las embarazadas, por el contrario, la alimentación es la que más relación y asociación tiene con las mujeres preeclámpicas.

CONCLUSIONES

Al culminar la presente investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. El mayor porcentaje de gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec pertenecen al grupo etáreo de 25-29 años, el 46,5% tiene estudios superiores universitarios, 72,1% son convivientes, y el 70% de procedencia urbana.
2. Como características obstétricas sobresalientes se encontró que el mayor porcentaje de gestantes fueron segundigestas y el 80% pretérmino.
3. La mayoría de gestantes tuvo un estilo de vida saludable y adecuado, siendo los más significativos una alimentación saludable y un manejo de estrés y autovaloración estable.
4. Los signos y síntomas de alarma más identificados fueron cefalea intensa y/o alteraciones visuales, seguido de Presión Arterial $\geq 160/110$ mm Hg.
5. En el presente estudio, no se encontró asociación significativa los estilos de vida y preeclampsia, corroborando de esta manera la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

Al finalizar la presente investigación, luego de señalar y analizar los resultados de la investigación, se sugiere las siguientes recomendaciones:

1. A los/las obstetras, reforzar a indagar sobre la alimentación y nutrición de cada gestante, para poder identificar factores de riesgo a una edad gestacional adecuada y evitar así complicaciones maternas.
2. A los/las obstetras brindar a la gestante información de calidad y detallada sobre cada signo y síntoma de alarma durante el embarazo; durante cada atención prenatal; enfocando la importancia del reconocimiento oportuno de estos, fortaleciendo puntos débiles y educando a la gestante para que tome conciencia sobre las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo y haciendo énfasis en que se debe acudir inmediatamente a un establecimiento de salud de presentarse alguna señal de alarma.
3. A los futuros tesisistas, seguir investigando acerca del tema, identificando factores, relacionados a los que influyen en la preeclampsia y los estilos de vida

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Mortalidad materna. Organización Mundial de la Salud. [citado 9 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Situación Epidemiológica de la Mortalidad Materna en el Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de la Salud. 2020.
3. Cordero Muñoz L, Luna Florez A, Vattuone ME. Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna. Banco Interamericano de Desarrollo. 2010.
4. Alex Edixson Calle Niño. Guía Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos Hipertensivos del embarazo: Preeclampsia. Hospital Cayetano Heredia. [citado 24 de octubre de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_326-2019-HCH-DG.pdf
5. Ñaupari Silvia. Influencia de los hábitos alimentarios sobre preeclampsia en gestantes que asisten al Instituto Nacional materno Perinatal 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015 [citado 8 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4704/%C3%91aupari_ss.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú. Perú . 2020;39.
7. Oficina de Epidemiología & Salud Ambiental. Análisis de Situación de salud Año 2019.pdf. Hospital Regional de Cajamarca; 2020.
8. Castillo N., Saquicela N. Influencia de los hábitos alimenticios en la preeclampsia en gestantes que acuden al Centro de Salud N°1 Pumapungo, Cuenca 2018. Ecuador. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Enfermería. 2019.60.

9. Quito R, Maribel G, Rojas S, Katherine L. TEMA: Autocuidado en pacientes con preeclampsia que asisten a consulta externa del Hospital General Guasmo Sur de la ciudad de Guayaquil. Universidad católica de Santiago de Guayaquil. 2019 :84.
10. Condo-Baque CA, Barreto-Pincay GM, Montañó-Parrales GM, Borbor-Sánchez LX, Manrique-Regalado GL, García-Sigcha AJ. Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 - junio del 2017. Dominio Las Ciencias. 22 de agosto de 2018 [citado 17 de noviembre de 2021];4(3):278. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/810>
11. Vega-Morales EG, Torres-Lagunas MA, Patiño-Vera V, Ventura-Ramos C, Vinalay-Carrillo I. Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México. Enfermería Universidad. Enero de 2016 [citado 26 de julio de 2021];13(1):12-24. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/101>
12. Castañeda-Campos JL, Arango-Ochante PM, De-La-Cruz-Vargas JA. Factores metabólicos asociados al diagnóstico de preeclampsia en gestantes del hospital Sergio E. Bernal de enero a diciembre del año 2018. Revista Perú Investigación Materno Perinatal. 28 de noviembre de 2019 [citado 26 de julio de 2021];8(3):38-48. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/162>
13. Condori A., Factores Asociados a Enfermedad Hipertensiva del Embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Cusco, 2010-2015. Universidad Nacional de San Antonio de Abad del Cusco. 2019 [citado 17 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/3575/253T2019002_0_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Soto E., Factores Asociados a Preeclampsia Hospital María Auxiliadora Lima, Perú 2010-2015. Universidad San Martín de Porres.2018:70.

15. Huachillo K, Mávila J. Relación de Estilos de Vida y la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo en Adolescentes del Hospital Hipólito Unanue 2016. Perú. Universidad Norbert Wiener.2016:118.
16. Quispe V, Ticlia B. Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado y su Relación con la Preeclampsia en las Gestantes del Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo. Perú. Universidad Cesar Vallejo. 2016 :55.
17. Vergara P., Estresores Psicosociales y su Asociación con el Desarrollo de Preeclampsia. Hospital Regional Docente De Cajamarca 2019. Universidad Nacional de Cajamarca. 2019:71.
18. Hernández M., Conocimiento y Actitud Sobre Signos y Síntomas de Alarma de la Preeclampsia en Gestantes. Hospital II-E Simón Bolívar. Universidad Nacional de Cajamarca. 2020: 66.
19. Pacheco-Romero J. Introduction to the Preeclampsia Symposium. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017; 63:1-9.
20. RD_326-2019-HCH-DG.pdf [Internet]. [citado 25 de octubre de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_326-2019-HCH-DG.pdf
21. Carbajal G, Martín L. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia: update. Revista Perú Ginecología Obstetricia. Octubre de 2014 [citado 25 de octubre de 2021];60(4):321-32. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322014000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Guevara E., Sánchez A., at. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018; Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018 2:1-536
23. Manejo de la preeclampsia / eclampsia en el Instituto Nacional Materno Perinatal | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 3 de enero de 2019 [citado 25 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/42>

24. Lacunza Paredes RO, Santis Moya F, Jiménez Espinoza ML, Vera Del Carpio C. Epidemiología y manifestaciones neurológicas asociadas a eclampsia en un hospital de referencia del Perú. Serie de casos. Revista Perú Ginecología Obstetricia. Abril de 2018 [citado 10 de noviembre de 2021];64(2):163-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322018000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Paz M. Estilos de Vida Asociados a los Niveles de Hemoglobina y la Ganancia de Peso en gestantes Atendidas en el Centro de Salud de Ampliación Paucarpata. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. 2018 [citado 26 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6881/NUpamogfn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Guía de promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). [citado 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.incap.int/index.php/es/guia-promocion-estilo-vida-ecnt>
27. Montoya - Lifestyle and Good Health.pdf [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>
28. Arce S.; Puma L. Estilos de vida en Estudiantes del Séptimo y Octavo Semestre del Área de Biomédicas, Ingenierías y Sociales de la Universidad Nacional del Altiplano. 2014 [citado 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/1796/Arce_Soncco_Evelin_Melissa_Puma_Ticono_Lourdes_Ver%c3%b3nica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Munguia EGA, Mendoza DMR. Factores Sociodemográficos y Estilos de Vida en Estudiantes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza - 2013. Universidad Ricardo Palma. 2013 :109.
30. Mosteiro M., Recomendaciones en nutrición para los Equipos de Salud. Nutrición y Embarazo. 2012 [citado 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/A2a-Nutric.y-embarazo-Recomendaciones.pdf>

31. Loayza D.; Muñoz J., Estilos de Vida y Estado Nutricional en los Estudiantes de la Institución Educativa América Huancavelica-2017. 2017 [citado 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1376/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200099.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Aguilar L., Guía Técnica: Consejería Nutricional en el marco de la Atención Integral de la Salud de la Gestante y Puérpera. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Perú. 2016:1-60.
33. Sánchez A., Guía de Alimentación de Embarazadas. Medicadiet.pdf. 2015 [citado 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.seedo.es/images/site/Guia_Alimentacion_Embazaradas_Medicadiet.pdf
34. EL CONCEPTO DE SALUD: Responsabilidad Individual- © 2000 Edgar Lopategui. [citado 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
35. Cuevas A., Covarrubias M., La Autovaloración del Desarrollo en Estudiantes Universitarios a través de la Narrativa. [citado 19 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://integracion-academica.org/28-volumen-6-numero-18-2018/216-la-autovaloracion-del-desarrollo-en-estudiantes-universitarios-a-traves-de-la-narrativa>
36. Romero RMD, Figueroa VDA, García RS. Estrés y Embarazo. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 1999. 44.1 :6.
37. Hernández R, Fernández C, Baptista P, Méndez S, Mendoza CP. Metodología de la Investigación. México, D.F.: McGraw-Hill; 2014.6: 1-634
38. Código de ética de Investigación Científica y Tecnológica. [citado 20 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.utic.edu.py/investigacion/index.php/reglamentos/codigo-de-etica-de-investigacion-cientifica-y-tecnologica>
39. Donoso E, Carvajal JA, Vera C, Poblete JA. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista Médica Chile.

Febrero de 2014 [citado 20 de noviembre de 2021];142(2):168-74. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

40. Tarquino S., Jordán M., Guía Alimentaria para la Mujer durante el Período de Embarazo y Lactancia. Ministerio de Salud. 2013 :1-72.
41. Aguilar Cordero MJ, Sánchez López AM, Rodríguez Blanque R, Noack Segovia JP, Pozo Cano MD, López-Contreras G, et al. Actividad física en embarazadas y su influencia en parámetros materno-fetales: revisión sistemática. Nutrición Hospital. Octubre de 2014 [citado 21 de noviembre de 2021];30(4):719-26. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112014001100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
42. Björn MBN, Jesús SN, Morales MIC. Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. Clin Health. 1 de julio de 2013 [citado 21 de noviembre de 2021];24(2):77-83. Disponible en:
<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/cl2013a9>
43. Marín D., Bullones A., Carmona m., Influencia de los factores Psicológicos del Embarazo, Parto y Puerperio. Un estudio Longitudinal. Investigación. 2008. 37: 1-20.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ENTREVISTA SOBRE ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES EN CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC.

N° de Ficha: _____

La presente entrevista realizada por Karla Jackelin Villena Saldaña servirá en la realización de una investigación para obtener el grado de Obstetra. Será aplicada a las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. Tiene como finalidad obtener información acerca de sus estilos de vida y la posible relación con preeclampsia, Al finalizar la entrevista se agradecerá la participación a las gestantes del Centro de Salud Pachacútec por el apoyo brindado.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

1. Edad:
- | | | |
|----------------|----------------|--------------------|
| a) 15 a 19 () | c) 25 a 29 () | e) 35 a 39 () |
| b) 20 a 24 () | d) 30 a 34 () | f) mayor de 40 () |

2. Estado civil:
- | | | |
|----------------|--------------------|--------------|
| a) Soltera () | c) Conviviente () | e) Viuda () |
| b) Casada () | d) Divorciada () | |

3. Grado de instrucción:
- | | | |
|----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| a) Sin instrucción () | c) Primaria completa () | e) Secundaria completa () |
| b) Primaria incompleta () | d) Secundaria incompleta () | f) Superior () |

4. Domicilio: _____

5. Lugar de Procedencia: _____

6. G__ P__

7. EDAD GESTACIONAL:

II. ESTILOS DE VIDA DE LAS GESTANTES:

4. CUESTIONARIO MODIFICADO DE PERFIL DE VIDA (PEPS-I) (Pender 1996)

El presente cuestionario está basado en preguntar sobre el modo de vida de la gestante en relación a sus hábitos personales, factores obstétricos. No hay respuesta correcta o incorrecta, sólo es su forma de vivir.

Las opciones para valorar las respuestas son las siguientes:

1 = nunca

2 = a veces

3 = frecuentemente

4 = rutinariamente

1	Toma Ud. algún alimento al levantarse por las mañanas	1	2	3	4
2	Selecciona las comidas según la cantidad de calorías	1	2	3	4
3	Lee artículos sobre cómo cuidar su salud	1	2	3	4
4	Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas	1	2	3	4
5	Incluye en su dieta alimentos que contienen fibra	1	2	3	4
6	Incluye en su dieta alimentos ácidos	1	2	3	4
7	Consumo alimentos salados	1	2	3	4
8	Consumo alimentos tres veces al día	1	2	3	4
9	Realiza ejercicio físico al menos 3 veces por semana	1	2	3	4
10	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
11	Asiste a programas educativos sobre cuidados del embarazo	1	2	3	4
12	Realiza ejercicios para relajar sus músculos	1	2	3	4
13	Realiza técnicas de meditación	1	2	3	4
14	Se quiere así misma	1	2	3	4
15	Se siente feliz y contenta	1	2	3	4
16	Es consciente de sus capacidades y dificultades	1	2	3	4
17	Cuenta a personas cercanas sus preocupaciones y problemas más personales	1	2	3	4
18	El aislamiento, hace que se sienta estresada	1	2	3	4
19	Tiene miedo salir a la calle y contagiarse	1	2	3	4
20	Es consiente de lo que le importa en la vida	1	2	3	4
21	Le gusta expresar y que le expresen cariño personas cercanas a usted	1	2	3	4
22	Relata al obstetra algún síntoma de alarma, que afecte su embarazo	1	2	3	4
23	Conoce los signos y síntomas de alarma durante el embarazo	1	2	3	4
24	Le pregunta a su obstetra sobre los cuidados de su salud y embarazo	1	2	3	4
25	Conoce el nivel de colesterol en su sangre	1	2	3	4
26	Conoce el valor de su presión arterial	1	2	3	4

III. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PREECLAMPSIA:

5. Para la obtención de los siguientes datos, se verificó el carnet perinatal y la historia clínica; con previo permiso del centro de salud

1	PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD	PA \geq 140/90 mm Hg	SI	NO
		Proteinuria: hasta 2g/24h	SI	NO
		Presencia de edema	SI	NO
2	PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD	PA \geq 160/110 mm Hg	SI	NO
		Oliguria: diuresis < 500mL/24h	SI	NO
		Cefalea intensa y/o alteraciones visuales	SI	NO
		Tinnitus (zumbido de oído)	SI	NO
		Creatinina sérica elevada (\geq 1,2 mg/dL)	SI	NO
		Trombocitopenia	SI	NO
		Hemólisis	SI	NO
3	NO PRESENTA PREECLAMPSIA	Enzimas hepáticas elevadas	SI	NO

Gracias por su colaboración

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA
APLICAR TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN

DRA. INGRID ALCALDE GAMARRA,
JEFA DEL CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC

Yo, *Karla Jackelin Villena Saldaña*, egresada de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca, identificada con DNI N° 72910619, domiciliada en el *Jr. Santa Sarita N.º 217* de la ciudad de Cajamarca, con teléfono 076775112, Celular N.º 942654452, ante usted me presento y expongo:

Que, para obtener Título Profesional, necesito realizar proyecto de tesis, razón por la cual presento ante usted mi proyecto de Tesis titulado: "ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA. CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC. CAJAMARCA.2020", teniendo como público objetivo, gestantes que se atienden en el C.S. Pachacútec.

En tal sentido, solicito aprobación y autorización para ejecución del proyecto de tesis. Así mismo me comprometo a cumplir con las buenas prácticas de investigación, las recomendaciones de los comités revisores y con el de la ejecución según corresponda.

Se adjunta:

- Resolución de Aprobación de Proyecto de Tesis

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi petición por ser justicia.

Dra. Ingrid S. Alcalde Gamarra
MÉDICO GENERAL
C.M.P. 9403

Cajamarca, 02 de julio de 2021

Atentamente

[Firma]

Firma

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL
OBSTETRICIA

[Firma]
DRA. OBST. REBECA BEATRIZ AGUILAR QUIROZ
DIRECTORA

ANEXO 3

CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	<i>Gloria Briones A.</i>											
2. PROFESIÓN	<i>Obstetra</i>											
TÍTULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	<i>Maestría en Ciencias</i>											
ESPECIALIDAD	<i>Obstetricia</i>											
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	<i>28 años</i>											
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	<i>M. U. C.</i>											
CARGO	<i>J. Docente</i>											
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: "ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES EN CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC. 2020"												
4. NOMBRE DEL TESISISTA: VILLENAL SALDAÑA KARLA JACKELIN												
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Establecer la asociación entre estilos de vida y preeclampsia en gestantes atendidas. Centro de Salud Pachacútec. 2020											
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: La presente entrevista se realizará a las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, para recoger información acerca de los estilos de vida que practican, además se recolectará información de las historias clínicas relacionadas a la sintomatología de la Preeclampsia; estará dividido en tres partes: la primera parte son datos sociodemográficos, la segunda y tercera parte es la información de las variables. Las preguntas están enumeradas de forma secuencial.												
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.												
Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	✓		✓				✓	✓		✓	<i>Sugiero cambiar a los 2-14 años.</i>	
2												
3	✓		✓				✓	✓		✓		
4	✓		✓				✓	✓		✓		
Aspectos Generales										Sí	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										✓		<i>Sugiero reemplazar las preguntas</i>
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										✓		<i>cantidad de antecedentes sobre el tema.</i>
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										✓		
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:												
APLICABLE <input type="checkbox"/>			APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input checked="" type="checkbox"/>					NO APLICABLE <input type="checkbox"/>				
Fecha: <i>25/09/11</i>	Firma: <i>Gloria Briones</i>	E mail: <i>gloria1612@live.com</i>	Teléfono: <i>971 428617</i>									



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participacion para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Elena Soledad Ugaz Burga.											
2. PROFESIÓN	OBSTETRIZ											
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	DOCTOR EN CIENCIAS.											
ESPECIALIDAD	ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA											
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	27 AÑOS.											
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	UNC.											
CARGO	DOCENTE											
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: "ESTILOS DE VIDA Y PREECLAMPSIA EN GESTANTES EN CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC. 2020"												
4. NOMBRE DEL TESISISTA: VILLENA SALDAÑA KARLA JACKELIN												
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Establecer la asociación entre estilos de vida y preeclampsia en gestantes atendidas. Centro de Salud Pachacútec. 2020											
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: La presente entrevista se realizará a las gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, para recoger información acerca de los estilos de vida que practican, además se recolectará información de las historias clínicas relacionadas a la sintomatología de la Preeclampsia; estará dividido en tres partes: la primera parte son datos sociodemográficos, la segunda y tercera parte es la información de las variables. Las preguntas están enumeradas de forma secuencial.												
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.												
Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		

1		X		X	X		X		X			
2	X		X			X	X		X			
3	X		X			X	X		X			
4											Falta interpretación y validación actual.	
5. Aspectos Generales										Sí	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario												
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación												
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial												
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir												
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento: APLICABLE <input type="checkbox"/> APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input checked="" type="checkbox"/> NO APLICABLE <input type="checkbox"/>												
Fecha:	9/25/09/19		Firma:					E mail:	semisol@hotmail.com		Teléfono:	976654440
Elaborado por Corral Y (2009)												

