

“Año del fortalecimiento de la soberanía nacional”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



TESIS

**TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO
DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
“ERNESTO GERMAN GUZMAN GONZALES”
OXAPAMPA 2020.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNA

PRESENTADO POR:

Obsta. PEÑA MENDIZABAL DE RAMIREZ, Raquel

Obsta. ALANYA CAMPOS, Jenifer

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

EMERGENCIA Y ALTO RIESGO OBSTETRICGO

HUANCAVELICA – PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 9:35 horas del día diecisiete de junio del año dos mil veintidós, nos reunimos los miembros del Jurado Evaluador, designado con Resolución N° 239-2022-D-FCS-R-UNH, de fecha 30 de mayo de 2022, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dr. LEONARDO LEYVA YATACO
<https://orcid.org/0000-0003-2236-5062>
DNI N°: 09410828

Secretario : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
<https://orcid.org/0000-0003-1544-8863>
DNI N°: 42145123

Vocal : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN
<https://orcid.org/0000-0002-1903-1355>
DNI N°: 20108555

Con la finalidad de llevar a cabo el acto académico de sustentación de la tesis de segunda especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico, titulada: **TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL "ERNESTO GERMAN GUZMÁN GONZÁLEZ" OXAPAMPA 2020**; aprobada mediante Resolución N°251-2022-D-FCS-R-UNH, donde se fija fecha y hora para el mencionado acto.

Sustentante(s):
PEÑA MENDIZABAL DE RAMIREZ, RAQUEL
DNI N°: 41205409
ALANYA CAMPOS, JENIFER
DNI N°: 41719816

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a la sustentante que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **MAYORIA**.

Para constancia se expide la presente Acta, en la ciudad de Huancavelica a los diecisiete días del mes de junio del 2022.


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. Leonardo Leyva Yataco
Docente Asociado
PRESIDENTE


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
DOCENTE
SECRETARIO


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
DOCENTE
VOCAL


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Carmen Pineda
DECANA
V. B.° DECANO


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE
Dra. Zelmira Flor de la Cruz Ramos
V. B.° SECRETARIO DOCENTE

ASESORA:

Dra. Tula Susana Guerra Olivares

<https://orcid.org/0000-0002-4583-6384>

DNI 28271119

DEDICATORIA

A Dios por ser quien me cuida en cada paso que doy; a mi familia por ser ese pilar que me mantienen siempre firme, a todas las personas que me apoyaron brindándome conocimientos y consejos los cuales me ayudaron a crecer más en todos los aspectos.

Jenifer

A Dios por darme la fuerza para seguir adelante.

A mis padres por su apoyo incondicional día a día para lograr mis objetivos.

A mi mamita que desde el cielo me guía y me da fuerza a superar su perdida.

Raquel

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Huancavelica por darme la oportunidad de culminar mis estudios de segunda especialidad y fortalecer mis competencias a través de la especialización y así lograr un servicio de calidad a las usuarias del establecimiento de salud.

A mi asesora Dra. Tula Guerra Olivares, por su apoyo y dedicación en el presente trabajo.

Agradezco al director del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” de Oxapampa, por el apoyo en la obtención de la información para hacer realidad el presente estudio.

APÉNDICE

Acta de sustentacion.....	ii
Asesora.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Apéndice	vi
Apéndice de tablas	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción	xi
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Fundamentación del problema.....	13
1.2. Formulación del problema.....	14
1.3. Objetivos de la investigación.....	15
1.4. Justificación e importancia.....	16
1.5. Limitaciones.....	17
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes de la investigación.....	18
2.2. Bases teóricas.....	23
2.3. Definición de términos	33
2.4. Variables de Estudio	34
2.5. Operacionalización de variable	35
CAPÍTULO III	
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	37

3.1. Ámbito de estudio	37
3.2. Tipo de investigación	38
3.3. Nivel de investigación.....	38
3.4. Métodos de investigación.....	38
3.5. Diseño de investigación	38
3.6. Población, muestra y muestreo	39
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
3.8. Procedimiento de recolección de datos.....	40
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	40
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	41
4.1 Presentación e interpretación de datos	41
4.2 Discusión	47
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
APÉNDICE.....	54

APÉNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Proporción de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa 2020.	41
Tabla 2.	Características sociodemográficas de las gestantes con Trastornos Hipertensivos atendidas en el Hospital de Oxapampa 2020.	42
Tabla 3.	Antecedentes obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos, atendidas en el en el Hospital de Oxapampa 2020.	43
Tabla 4.	Tipo del trastorno hipertensivo y complicaciones del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital de Oxapampa 2020.	45
Tabla 5.	Tipo de parto de las gestantes con trastornos hipertensivos, atendidas en el en el Hospital de Oxapampa 2020.	46

RESUMEN

Objetivo. Determinar los trastornos Hipertensivos en el embarazo de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020. **Metodología,** estudio descriptivo, prospectivo, transversal, técnica análisis documental instrumento ficha de recolección de datos, población 12 gestantes muestra censal **Resultados.** La proporción de gestantes con trastornos hipertensivos fue del 7.8%, atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa durante el año 2020. Entre las características sociodemográficas de las gestantes en estudio, el 16.7% tuvieron menos de 19 años, el 58.3% entre 20 a 34 años y el 25.0% más de 35 años; el 25.0% presentó trastornos hipertensivos entre las 35 y 36 semanas y el 75.0% mayor a 37 semanas de gestación; el 100% convivientes; el 100% de zona urbana y el 91.7% con secundaria y el 08.3% con instrucción técnico superior. Los antecedentes obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” en el año 2020; el 25% fueron nulíparas, el 16.7% primíparas y el 58.3% Multíparas; el 100.0% con periodo intergenésico mayor a 24 meses; el 41.7% con IMC pregestacional normal, el 8.3% con IMC pregestacional de sobrepeso y el 50.0% con IMC pregestacional de obesidad; el 91.7% tuvieron ≥ 6 APN y el 8.3% con < 6 APN; el 91.7% no tuvieron antecedentes de HTA y el 8.3% con antecedentes de Hipertensión Arterial. Se determinó que 100% de gestantes con trastorno hipertensivo presentaron Eclampsia / Preeclampsia, de ellos el 16.7% presentaron Síndrome de HELLP, como complicación. El 100% de gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa durante el año 2020, tuvieron su parto por cesárea **Conclusiones.** La proporción de gestantes con trastornos hipertensivos fue el 7.8%, con edades entre 20 a 34 años, en el tercer trimestre, convivientes, con secundaria, multíparas, P.I. mayor de 24 meses con obesidad antes del embarazo. Los trastornos hipertensivos fueron Eclampsia / Preeclampsia y el 16.7% Síndrome de HELLP.

PALABRAS CLAVE: Trastornos hipertensivos y embarazo.

ABSTRACT

Goal. To determine the Hypertensive disorders in the Pregnancy of pregnant women treated at the Hospital "Ernesto German Guzmán Gonzales" Oxapampa 2020. Methodology, descriptive, prospective, cross-sectional study, documentary analysis technique, data collection instrument, population 12 pregnant women census sample Results. The proportion of pregnant women with hypertensive disorders was 7.8%, treated at the "Ernesto Germán Guzmán Gonzales" Hospital in Oxapampa during the year 2020. Among the sociodemographic characteristics of the pregnant women under study, 16.7% were under 19 years old, 58.3 % between 20 and 34 years old and 25.0% over 35 years old; 25.0% presented hypertensive disorders between 35 and 36 weeks and 75.0% greater than 37 weeks of gestation; 100% cohabitants; 100% from urban areas and 91.7% with secondary education and 08.3% with higher technical education. The obstetric history of pregnant women with hypertensive disorders treated at the "Ernesto Germán Guzmán Gonzales" Hospital in 2020; 25% were nulliparous, 16.7% primiparous and 58.3% multiparous; 100.0% with intergenetic period greater than 24 months; 41.7% with normal pre-pregnancy BMI, 8.3% with overweight pre-pregnancy BMI and 50.0% with obesity pre-pregnancy BMI; 91.7% had ≥ 6 ANC and 8.3% with < 6 ANC; 91.7% had no history of hypertension and 8.3% had a history of arterial hypertension. 83.3% of pregnant women presented Eclampsia / Preeclampsia and 16.7% HELLP syndrome. 100% of pregnant women with hypertensive disorders treated at the "Ernesto Germán Guzmán Gonzales" Hospital in Oxapampa during the year 2020, had their delivery by cesarean section Conclusions. The proportion of pregnant women with hypertensive disorders was 7.8%, aged between 20 to 34 years, in the third trimester, cohabiting, with secondary, multiparous, P.I. older than 24 months with obesity before pregnancy. Hypertensive disorders were Eclampsia / Preeclampsia and 16.7% HELLP syndrome.

KEYWORDS: Hypertensive disorders and pregnancy

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo afectan a alrededor del 10 % de las embarazadas de todo el mundo, este grupo de enfermedades y afecciones se incluye la preeclampsia y la eclampsia, la hipertensión gestacional y la hipertensión crónica. Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad aguda grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos (1).

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos, en África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que en América Latina, una cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con esas complicaciones. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se encuentran la preeclampsia y la eclampsia causas principales de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales (1).

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen un problema de salud, siendo la tercera causa de muerte materna en el mundo¹⁶, estos trastornos afectan el 7% a 10% de gestantes (2).

La mayoría de las muertes relacionadas con trastornos hipertensivos se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones por ello es importante fortalecer la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos apuntando al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, promoviendo las mejores prácticas clínicas posibles para el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia (1).

La preeclampsia (PE) se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación o dentro de las primeras 4 a 6 semanas después del parto. Se ha estimado que complica entre 2 y 8% de los embarazos a nivel mundial. En América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos son responsables de casi el 26% de las muertes maternas (3)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de preeclampsia oscila entre el 2 y 10% del total de embarazos, y su prevalencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo (2.4%) que en los países desarrollados (0.4%) (4).

Las mujeres con pre- eclampsia y eclampsia tienen de 3 a 25 veces mayor riesgo de sufrir complicaciones graves, tales como: el hematoma retro placentario y otras que pueden afectar cualquier órgano como expresión multisistémica de la pre eclampsia, en ellas se realizan con mayor frecuencia procedimientos especiales, están expuestas a mayor intervención obstétrica y la hipertensión se encuentra entre las principales causas de ingreso de pacientes obstétricas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (5).

Los trastornos hipertensivos de la mujer embarazada, las más frecuentes en la población en estudio son la preeclampsia y eclampsia, poniendo en riesgo la salud de la madre y del feto, por lo que se realizó el presente estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, cuyos resultados del informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

Los trastornos hipertensivos de la gestación agrupan una serie de procesos que tienen en común la existencia del signo de la hipertensión, constituyen un problema de salud, la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo, son también causa de muerte fetal y neonatal, así como del recién nacido (RN) con bajo peso al nacer, hipóxico, con Apgar bajo, pretérmino, etc. Afectando entre el 7% a 10% de gestantes (2, 6).

Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, sobresalen como las causas principales de morbilidad materna y perinatal, la preeclampsia y la eclampsia, por lo que la prioridad de la atención para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, tal es así que la OMS ha formulado recomendaciones basadas en datos de investigación con miras a promover las mejores prácticas clínicas posibles para el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia (1) .

La preeclampsia es un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década, como la edad gestacional mayor a 20 semanas, durante el parto o en las primeras seis semanas posteriores al parto, presión

arterial mayor de 140/90 mm Hg, tira reactiva con igual o mayor a una muestra aislada de orina con 30 mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 horas, entre otros. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la incidencia de preeclampsia oscila entre el 2 y 10% del total de embarazos, y su prevalencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo (2.4%) que en los países desarrollados (0.4%) (4).

En América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos son responsables de casi el 26% de las muertes maternas, siendo esta complicación muy costosa y atribuye de manera desproporcionada a los nacimientos prematuros (3).

La preeclampsia es una enfermedad del embarazo que afecta a la madre y al feto, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales, complica de 3 a 22% de los embarazos y es la segunda causa de muerte materna en el Perú, con 32%; aunque en la actualidad no existe una profilaxis validada para la preeclampsia, la estimación del riesgo para su desencadenamiento permite identificar a las pacientes susceptibles de seguimiento más estrecho durante el control prenatal ya que bibliografías han reportado su asociación a un amplio espectro de factores sociodemográficos y obstétricos con preeclampsia, entre los que se incluyen: alcoholismo, antecedente de preeclampsia en embarazos previos, edad menor de 20 años, mayor de 34 años, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia y el control prenatal (5,7).

En el tiempo de experiencia profesional hemos evidenciado gestantes con preeclampsia y eclampsia, lo que motivó la investigación, los resultados permitirán conocer la proporción de gestantes con esta patología y fortalecer las acciones de la atención prenatal para su detección y tratamiento oportuno.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1 Problema general

¿Cuáles son los trastornos Hipertensivos en el Embarazo de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020.

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con Trastornos Hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020?
- ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020?
- ¿Cuáles son los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020?
- ¿Cuál es el tipo de parto de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los trastornos hipertensivos en el embarazo de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las gestantes con Trastornos Hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020.
- Determinar los antecedentes obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020.
- Determinar los Tipos de trastornos hipertensivos del embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020.

- Determinar el tipo de parto de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020.

1.4. Justificación e importancia

Porque los trastornos hipertensivos, especialmente la preeclampsia y eclampsia en el embarazo, se desarrollan antes de la 33ª semana de gestación, en quienes padecen enfermedades previas, y en poblaciones pertenecientes a naciones subdesarrolladas y exponen a una mayor morbilidad materna y perinatal.

Porque la preeclampsia y eclampsia son patologías con una incidencia entre un 6 y 10% del total de embarazos del total de embarazos y según la estimación de la OMS más de 200.000 muertes maternas ocurren cada año en el mundo como consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia-eclampsia, en su mayor parte prevenibles; sin embargo, la incidencia es muy variable dependiendo de las características poblacionales por ejemplo Suecia registra uno de los índices más bajos 0,5% de las embarazadas, mientras que en algunos países africanos supera el 10%.

Porque en América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos son responsables de casi el 26% de las muertes maternas, siendo esta complicación muy costosa y atribuye de manera desproporcionada a los nacimientos prematuros (3).

Porque no existe una profilaxis validada para la preeclampsia, sin embargo la estimación del riesgo para su desencadenamiento permite identificar a las pacientes susceptibles de seguimiento más estrecho durante el control prenatal, así mismo referencias bibliográficas reportan su asociación a factores sociodemográficos y obstétricos como el alcoholismo, antecedente de preeclampsia en embarazos previos, edad menor de 20 años, mayor de 34 años, multiparidad, historia familiar de preeclampsia y el control prenatal, sustentaron la investigación (7).

Los resultados permitirán conocer la proporción de esta patología, así mismo fortalecer acciones de la atención prenatal, la identificación del riesgo y el monitoreo continuo orientado a la prevención durante el embarazo y puerperio

1.5. Limitaciones

Este estudio no tuvo restricciones y fue adecuado para ser realizado desde una perspectiva operativa, técnica y económica básica. Los datos obtenidos responden a la fidelidad y veracidad obtenida a través de las fichas de recolección de datos; así la población y muestra fue censal ya que representa todos los datos del año 2020. El informe consideró los recursos técnicos suficientes actuales (conocimiento, habilidades, experiencia) no se tuvo ningún obstáculo para logara el propósito de la investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes a nivel internacional.

Murillo y Orozco (8) en su tesis Trastornos hipertensivos en el embarazo en pacientes entre 12-21 años atendidas en un Centro Materno Infantil de la ciudad de Guayaquil 2017, con el Objetivo de: Determinar trastornos hipertensivos en el embarazo en pacientes que acuden a un centro de salud público de Guayaquil. Tipo de estudio descriptivo observacional. Universo se realiza sobre 120 pacientes gestantes que fueron diagnosticadas con Enfermedad hipertensiva del embarazo, de las cuales solo se tomaron 43 pacientes se encontraban dentro de los criterios del objeto de estudio. Método de recolección de datos. Revisión de historias clínicas de los ingresos durante los meses de estudio, la técnica se utilizó la observación indirecta (ficha de recolección de datos). Resultados. El tercer trimestre de embarazo se presentó la patología, con el 41, 86% en la semana 38, el 37,2% entre 32 y 37 semanas, con un y un 20,43% en las 26-31 semanas de gestación, lo que reafirma las definiciones y clasificaciones emitidas en los diferentes estudios a nivel mundial. Conclusiones. La Hipertensión en las gestantes se presentan en mujeres de escasos recursos económicos, la

mayoría de ellas presentaron sobre peso y obesidad al igual que enfermedades pre existentes como hipertensión, diabetes

López et al (9) en su tesis Factores de riesgo asociados con preeclampsia. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2012, con el objetivo de esta investigación fue determinar los principales factores de riesgo asociados con la preeclampsia leve y severa, y su fuerza de asociación en mujeres atendidas en un hospital. Método: se realizó un estudio de casos y controles, pareado 1:1, en mujeres egresadas de un servicio de ginecoobstetricia entre 2004 y 2007. Se incluyeron mujeres embarazadas con más de 20 semanas de gestación. Como casos se incluyeron pacientes con diagnóstico corroborado de preeclampsia leve o severa y como controles aquellas que tuvieron un parto normal sin patología durante el embarazo. Resultados: 42 casos y 42 controles, con una media de 27 años de edad. la mayoría, casada o en unión libre. Los factores de riesgo asociados fueron sobrepeso, obesidad, control prenatal irregular, periodo intergenésico corto o largo, antecedente de cesárea o preeclampsia en embarazo previo. Conclusiones: el mejor conocimiento de los factores de riesgo permitirá realizar medidas preventivas y disminuir la morbimortalidad materno-fetal debida a esta patología.

Díaz (10) en su estudio sobre pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo, 2020, en su tesis Doctoral, en la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el objetivo de describir clínicamente a las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo, al igual identificar los factores de riesgo, manifestaciones clínicas y las complicaciones obstétricas más prevalentes en estas pacientes. Se obtuvo la información mediante una revisión bibliográfica, utilizando fuentes de información primaria y secundaria para sustentar el estudio. Ciertos antecedentes obstétricos se deben tomar en cuenta al momento de evaluar a una paciente gestante, ya que aumentan el riesgo a desarrollar algún trastorno hipertensivo en el embarazo entre ellos se encuentra la nuliparidad, antecedentes familiares de algún trastorno hipertensivo del embarazo y no llevar un adecuado

control prenatal. Estos trastornos hipertensivos del embarazo pueden causar complicaciones obstétricas alarmantes, poniendo en riesgo la vida de la madre y el feto; entre las complicaciones más frecuentes se encuentra el Síndrome de HELLP, seguido por prematuridad y retraso de crecimiento intrauterino. Para hacer frente a las múltiples complicaciones que se pueden presentar en las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo, se debe promover la educación de las gestantes sobre la importancia de llevar un control prenatal adecuado y la identificación de signos de alarma durante el embarazo, para poder detectar y tratar oportunamente a estas pacientes

Vásquez (11) Trastornos hipertensivos durante el embarazo en el Servicio Gineco-Obstétrico del Hospital Universitario de Guayaquil entre 2014-2015, con el objetivo principal es identificar los factores de riesgo presente en los trastornos hipertensivos en el embarazo del servicio gineco – obstétrico del hospital universitario de Guayaquil en el periodo 2014 – 2015, teniendo en cuenta la información estadística de 60 pacientes para proporcionar información y estudios en el Sistema Nacional de Salud. La realización de una investigación descriptiva, donde se analizó la historia clínica de cada paciente con los diferentes tipos de trastornos hipertensivos durante el embarazo. Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión de los datos estadísticos con la historia de diagnóstico y evolución de la enfermedad, su incidencia en todo el mundo, la epidemiología, historia natural y los métodos complementarios de diagnóstico, con las estadísticas se procederá a examinar las medidas necesarias para reducir la tasa de complicaciones a través de protocolos de control y gestión adecuada con el fin de llegar a la conclusión que es necesario proporcionar información con respecto a los alimentos nutritivos para reducir los indicadores que se encuentran durante la creación de la prevención de la estrategia a través del Ministerio de Salud Pública y Hospitales implicados en la enfermedad

2.1.2. Antecedentes a nivel nacional

Romo (13) Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015, que arribó a los resultados: el mayor porcentaje de edad estuvo comprendido entre los 19 y 34 años (53,57%), fueron las nulíparas (57,86%), con EG > de 37 semanas (52,86%); recibiendo cuidados prenatales adecuados según la norma vigente (51,43%). Dentro de los antecedentes de aborto previo a la gestación, solo 06 casos presentaron un aborto anterior (4,29%), 08 casos tenían antecedentes familiares de hipertensión arterial (5,8%) y 08 pacientes presentaron antecedentes personales de preeclampsia (2,8%). Los síntomas más comunes fueron cefalea (60%), escotomas o visión borrosa (8,57%), epigastralgia y/o dolor en hipocondrio derecho (20%), acúfenos (2,8%). La vía de culminación de parto en su mayoría fue abdominal (94,2%) e inducido (5,7%). En el diagnóstico la mayoría de pacientes (81,43%), presentó hipertensión asociada a uno o más de los criterios de severidad. El pilar fundamental del manejo incluye en todas las pacientes el control de la presión arterial, cesárea de emergencia en un 94,29%, nifedipino (85,71%), sulfato de magnesio (10%). El pronóstico asociado a preeclampsia recurrente, sólo un 5,6%. Conclusiones: La mayoría de pacientes con preeclampsia, se consideraron dentro de los rangos normales y/o adecuados de las variables investigadas (edad, edad gestacional, paridad, número de atenciones prenatales, etc.); la cefalea fue el síntoma premonitorio predominante, el control de la presión arterial es fundamental en el manejo, solo se encontró un bajo porcentaje de preeclampsia recurrente en embarazos futuros.

De Jesús et al (14) Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia 2018, Objetivo: describir las características epidemiológicas, clínicas y antecedentes obstétricos de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia-eclampsia de la unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA). Métodos: estudio descriptivo transversal retrospectivo, se incluyeron 20 expedientes clínicos

de las pacientes entre 13 y 45 años de edad, con embarazo ≥ 20 semanas de gestación de la unidad de cuidados intensivos adultos, con diagnóstico confirmado de preeclampsia-eclampsia. Se aplicó un instrumento diseñado para el estudio. Resultados: edad promedio de 28.45 ± 6.57 años. El 55% presentó preeclampsia severa y síndrome de HELLP el 60%. Con estancia en la UCIA de 2.4 ± 1.43 días. Conclusiones: aunque los datos no fueron suficientes para documentar, la proporción de pacientes con hipertensión arterial y antecedentes de preeclampsia, así como, hipertensión arterial de comorbilidad fue superior a lo referido en un estudio con embarazadas en Colombia de 12.4%.

Morales et al (15) Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" Cuba 2015-2016
Objetivos: describir el comportamiento de los trastornos hipertensivos en las gestantes. Métodos: se realizó una investigación de tipo descriptiva transversal en el Policlínico "Santa Clara" en el periodo 2015-2016. La población de estudio estuvo constituida por la totalidad (210) las gestantes que pertenecen al policlínico "Santa Clara", para la selección de la muestra se empleó un muestreo no probabilístico por criterios, quedando finalmente constituida por 52 pacientes. Resultados: los trastornos hipertensivos del embarazo es una entidad frecuente en el área de salud con repercusión sobre las tasas de morbilidad materna en 20 pacientes (38,5 %), la morbilidad perinatal en 17 pacientes (32,7 %) y la mortalidad en 2 pacientes (3,8 %) Conclusiones: estos trastornos se presentan más en mujeres en las edades extremas de la vida reproductiva y con trastornos nutricionales. El hipercolesterolemia y la HTA crónica están entre las principales afecciones asociadas. Se presentó mayormente en nulíparas y primíparas con embarazos a término completos y hubo elevado índice de inducciones del parto y cesáreas. La morbilidad puerperal fue elevada con prevalencia de la anemia y también tuvo repercusión sobre el peso y estado de los recién nacidos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos de la gestación se agrupan una extensa gama de procesos que tienen de común la existencia del signo de la hipertensión, constituyen un problema de salud, la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo, son también causa de muerte fetal y neonatal, así como de recién nacido (RN) con bajo peso al nacer, hipóxico, con Apgar bajo, pretérmino, etcétera. Los Trastornos hipertensivos del embarazo son una de las complicaciones médicas más frecuente del embarazo, aproximadamente un 7 a 10 % de los embarazos se complican con hipertensión (11).

Se conocen 2 tipos principales de hipertensión durante el embarazo, la hipertensión que aparece por primera vez durante la gestación a partir de las 20 semanas, en el trabajo de parto o el puerperio y en la que la presión se normaliza después de terminar la gestación (11).

La presión arterial de las embarazadas sufre cambios durante el día (ritmo circadiano) y a través de todo el embarazo, comienza a disminuir a finales del primer trimestre, alcanza su nivel mínimo en el segundo trimestre y aumenta de nuevo al comenzar el tercero, para alcanzar su punto máximo al término del embarazo. El conocimiento de los patrones de Tensión Arterial normales durante el embarazo ha hecho que el criterio planteado por Worley de considerar hipertensión inducida por la gestación a una elevación de la TA sistólica de unos 30 mm Hg y de la TA diastólica de 15 mm Hg, ha sido considerada por Zuspan y otros como inconsistente. Es importante señalar que las tensiones diastólicas que excedan de 75 mm Hg en el segundo trimestre y 85 mm Hg en el tercer trimestre requieren una observación cuidadosa (11).

2.2.2. Definición de la Hipertensión Arterial

La HTA en el embarazo se define como una PA $\geq 140/90$ mm Hg, registrada al menos en 2 tomas en el mismo brazo, con un intervalo de 15 minutos entre ambas. Se considera proteinuria positiva la presencia de valores de ≥ 300 mg/24 horas o un dipstick $\geq 2+$, se considera que existe hipertensión cuando se encuentran cifras tensionales de 140/90 mm Hg o más en tomas consecutivas con un intervalo de 6 h, o en tres tomas aisladas después de permanecer en un ambiente tranquilo; sentada durante 5 min, sin fumar o ingerir café por lo menos 30 min antes, en pacientes con 18 años o más (16).

La OMS recomienda la toma de la TA en la posición sentada y utilizando el IV ruido de Korokoff, en nuestro país se recomienda la toma de la TA en la posición sentada o acostada en decúbito lateral izquierdo, colocando el manguito en el brazo derecha nivel de las aurículas y tomando como TA diastólica el IV ruido de Korokoff, por esta razón, en el control prenatal en todos los embarazos con FR y/o HTA, es conveniente valorar la presencia de proteínas en orina preferiblemente en una recolección de 24 horas. La HTA grave se define como una PAS ≥ 160 mm Hg y/o una PAD ≥ 110 mm Hg. Las embarazadas con HTA grave sistólica presentan un riesgo aumentado de ACV durante el embarazo. Como esta enfermedad es muy polimórfica en su presentación debe considerarse también HTA grave la presencia de uno o más de los siguientes parámetros asociado a cualquier tipo HTA: Proteinuria >5 g/24 horas; Deterioro significativo de la función renal; Oliguria; Síntomas clínicos de DOB (cefalea, alteraciones de la visión y/o epigastralgia); Edema pulmonar; Restricción del crecimiento Intrauterino; Oligoamnios; Signos de sufrimiento fetal en el monitoreo electrónico de la FCF; Eclampsia y Síndrome HELLP (16).

2.2.3. Evaluación diagnóstica

El estudio de todas las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo incluye medición seriada de cifras de Presión Arterial y un conjunto de

laboratorios que incluye entre otros: hemograma con recuento de plaquetas, creatinina, transaminasas, ácido úrico, lactato deshidrogenasa y tiempos de coagulación. El uso de pruebas serológicas adicionales para preeclampsia tales como el factor de crecimiento placentario, inhibina A, entre otros, no se recomienda de rutina sino en casos individuales bajo juicio del especialista; así mismo la evaluación de la proteinuria es una herramienta clave para poder clasificar los trastornos hipertensivos y se utilizan las siguientes pruebas: Tirillas en uroanálisis convencional: Útil para tamizaje, positiva cuando existe un valor por tirilla ≥ 1 gr/L (Frecuentemente descrito como ++), recolección de orina de 24 horas: Patrón de oro, positiva cuando existe un valor superior a ≥ 0.3 gr/día (o 300 mg/día), relación de proteína: creatinina en muestra de orina al azar: Positiva si ≥ 30 mg/mmol y puede ser útil la realización de un ecocardiograma de base en gestantes con hipertensión crónica con duración de la hipertensión >5 años (17)

2.2.4. Manejo de las emergencias hipertensivas.

La elevación de cifras tensionales $\geq 160/110$ mmHg en el embarazo se considera siempre una emergencia hipertensiva y el tratamiento farmacológico es obligado, se recomienda a favor del uso de labetalol y/o hidralazina como medicamentos de elección, siendo más utilizado el labetalol por su mayor disponibilidad. En aquellos casos en donde los anteriores no estén disponibles o no se cuente con un acceso venoso puede considerarse el uso de nifedipino de liberación inmediata, administrado siempre por vía oral y no sublingual ya que esta vía se ha relacionado con hipotensión y debe procurarse que durante el tratamiento no se reduzca la PAD más de 30 mmHg ni la presión arterial media más del 25%, para evitar hipoperfusión. En casos de preeclampsia con síntomas de severidad se recomienda el uso de sulfato de magnesio tanto para la prevención como para el manejo de crisis convulsivas (17).

2.2.5. Preeclampsia.

La preeclampsia es un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década, como la edad gestacional mayor a 20 semanas, durante el parto o en las primeras seis semanas posteriores al parto, presión arterial mayor de 140/90 mmHg, tira reactiva con igual o mayor a una muestra aislada de orina con 30 mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 horas, en ausencia de proteinuria, el diagnóstico de preeclampsia podría establecerse cuando la hipertensión gestacional se asocia con síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho con náusea o vómito, o bien trombocitopenia con alteraciones en las concentraciones de enzimas hepáticas (14).

2.2.6. Eclampsia.

Es la presencia de convulsiones asociadas a un trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia, hipertensión gestacional, preeclampsia sobreagregada), la gran mayoría ocurren en las primeras 24 horas post parto, sin embargo, se debe considerar eclampsia hasta por 8 días post parto.

2.2.7. Síndrome de Hellp

El síndrome HELLP es un trastorno severo del estado gestacional y puerperal relacionado con las formas graves de preeclampsia y eclampsia y algunos autores admiten la posibilidad de que esta noxa exista sin vínculo alguno con la preeclampsia.

2.2.8. Control del embarazo en gestantes con hipertensión arterial

2.2.8.1. Frecuencia de los controles

Dentro de las actividades del control prenatal del embarazo de bajo riesgo debe desarrollarse acciones que permitan diagnosticar una enfermedad hipertensiva del embarazo:

- Evaluación de riesgo
- Determinación de la P.A.
- Medición de peso

- Búsqueda de edema
- Examen de orina.
- Evaluación del crecimiento fetal.

Este control debe abarcar al 100% de la población de bajo riesgo y se propone un mínimo de 5 controles.

El primero antes de las 20 semanas, el segundo entre 22 y 24, el tercero entre 27 y 29, el cuarto entre 33 y 35 y el quinto entre 38 y 40; sin embargo si la paciente es de riesgo o presenta una patología hipertensiva del embarazo, la frecuencia de los controles aumentará si es necesaria la hospitalización e incluso la finalización del embarazo (18).

2.2.8.2. Evaluación del riesgo

Existe una serie de factores que marcan mayores probabilidades de que una embarazada sufra una patología hipertensiva del embarazo esos factores conforman el llamado grupo de riesgo, para la HTA en el embarazo: Edad menor de 15 años o mayor de 35 años, primigesta o intervalo intergenésico mayor de 5 años, primer embarazo con nuevo esposo, historia familiar de hipertensión, hija de paciente que tuvo preeclampsia-eclampsia, obesidad, enfermedad trofoblástica, embarazo múltiple, feto macrosómico, polihidramnios, bajo nivel socioeconómico, antecedentes personales de: Nefropatía Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial, patología hipertensiva en otros embarazos, desprendimiento normoplacentario, RCIU y óbito (18).

2.2.8.3. Determinación de la presión arterial

- **Condiciones de los equipos.**

Los equipos de mayor confiabilidad, seguridad y durabilidad son los esfigmomanómetros con columna de mercurio, los equipos automáticos tienen una gran variabilidad en el registro de la presión arterial, mientras que los esfigmomanómetros

anaeroides tienen el inconveniente que se descalibran en forma frecuente por lo que se recomienda su calibración rutinaria cada 3 meses (18).

- **Condiciones de registro.**

La técnica recomendada por el grupo de estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre trastornos hipertensivos del embarazo, deben estar a cargo de personal capacitados (18).

- **Medición del peso.**

El aumento de peso en el embarazo es casi lineal, registrándose un período de mayor aumento entre las 12 y 24 semanas. La variación de peso durante el embarazo es muy grande y oscila entre 6 y 16 Kg al término de la gestación. Aumentos bruscos y exagerados de peso materno pueden deberse a preeclampsia y deberán valorarse las cifras de presión arterial y buscar signos y síntomas ya descriptos. La primera manifestación sugestiva de una hipertensión proteinúrica gestacional es un exagerado aumento de peso, mayor de 2 kg por mes, también existe una gran variabilidad en las cifras de aumento de peso durante la gestación, pero puede aceptarse como signo de alarma un incremento rápido de peso, del orden de 3 o más kg por mes, durante el último trimestre del embarazo, en cambio en las primigrávidas la velocidad excesiva del aumento de peso, más que el aumento progresivo a lo largo del embarazo, ha sido relacionada con la aparición de preeclampsia; sin embargo, debe quedar claro, que el aumento excesivo de peso corporal es solo un signo de alarma y no constituye un elemento diagnóstico de preeclampsia (18).

- **Búsqueda de edema.**

El edema de miembros inferiores originado en la dificultad del retorno venoso es de los M.I. es común en el tercer trimestre del embarazo, la presencia de edema en el curso clínico de la preeclampsia ha sido muy controvertida en las últimas dos décadas. En el embarazo normal hay un incremento promedio de seis litros de agua, de los cuales aproximadamente 2.5 litros van al espacio intersticial. Estas cifras son mayores en las pacientes con preeclampsia y eclampsia, pero el rango de ambos grupos de pacientes normales y toxémicas, es tan grande que se sobrepone y hace difícil la individualización de una embarazada como toxémica fundamentándose en este signo. En cambio, la asociación de edema con proteinuria durante el último trimestre de la gestación aumenta siete veces la tasa de mortalidad perinatal. Por esta razón debe demostrarse la ausencia de proteinuria antes de catalogar como normal, la aparición de edema durante el último trimestre de la gestación (18).

- **Examen de orina**

Normalmente existe un bajo porcentaje de filtración de albúmina que sale en la orina; cuando estos niveles son mayores a 300 mg en orina de 24 horas o la proteinuria es mayor de 1 g/l se debe sospechar la presencia de patología hipertensiva del embarazo o daño renal de cualquier otra causa. La proteinuria es usualmente el signo de aparición más tardío en el curso clínico de la preeclampsia y por lo tanto, tiene una clara relación con la magnitud de la hipertensión arterial, la proteinuria aparece generalmente cuando la presión arterial diastólica llega a niveles entre 85 y 90 mmHg y se hace mayor cuanto mayor sea la hipertensión (18)

- **Evaluación de crecimiento fetal.**

La presencia de esta anomalía del crecimiento fetal puede aceptarse como una evidencia de sufrimiento fetal crónico, en la preeclampsia severa se ha encontrado hasta un 46% de retardo en el crecimiento intrauterino, que es más frecuente cuando el cuadro clínico se establece antes de la semana 37 de gestación. El retardo del crecimiento fetal es asimétrico en el 32% de los casos de toxemia, lo que constituye un riesgo mayor de complicaciones neonatales, así mismo, la medida adecuada de la altura uterina resulta muy útil para sospechar la presencia de retardo del crecimiento intrauterino; sin embargo, el diagnóstico de dicho retardo solo se puede hacer por ecografía (19).

2.2.9. Complicaciones de la Pre-Eclampsia-Eclampsia

La mayoría de las embarazadas afectadas por esta entidad tienen un desenlace materno-fetal bueno; sin embargo, una pequeña proporción de ellas presentan complicaciones de diferente severidad, constituyéndose algunas de ellas en urgencias médicas y eventualmente quirúrgicas, que pueden amenazar la vida de la madre y del feto (19).

2.2.10. Manejo de la Eclampsia

Las convulsiones eclámpicas amenazan la vida y deben ser consideradas como una urgencia vital, estas pueden producirse antes del parto, durante o después del mismo y pueden aparecer aún con niveles de hipertensión no consideradas graves. El manejo de la eclampsia requiere el control de las convulsiones y prevención de las recurrencias con sulfato de magnesio; el sulfato de magnesio está asociado con reducciones clínicamente significativas en la muerte materna, es accesible y su administración y control resultan relativamente sencillos se puede administrar por vía intramuscular cuando no se dispone de personal con experiencia en la administración intravenosa (20).

Al mismo tiempo, se realizará la corrección de la hipoxemia materna y/o acidosis, controlar la hipertensión arterial y las funciones vitales maternas, se solicitará pruebas hepáticas, pruebas renales, perfil de coagulación y hemoglobina; evaluar el bienestar fetal. Una vez estabilizada la paciente, se iniciará el proceso de parto, que en la mayoría de veces consiste de una cesárea de emergencia. En el posparto, la paciente continuará su hospitalización en la unidad de cuidados intensivos materna (20)

2.2.11. Manejo del síndrome de HELLP

El síndrome HELLP es un trastorno severo del estado gestacional y puerperal relacionado con las formas graves de preeclampsia y eclampsia. Algunos autores admiten la posibilidad de que esta noxa exista sin vínculo alguno con la preeclampsia. Se discute si se trata de un síndrome o debe ser identificado como una entidad con características clínicas propias . El síndrome de HELLP se complica muy frecuentemente con insuficiencia respiratoria, cardíaca, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, insuficiencia renal, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia posparto, disfunción hematológica y disfunción neurológica. La morbilidad materna extrema y mortalidad materna son muy altas (20).

2.2.12. Vía del parto.

En general se acepta que para el nacimiento del feto el parto sea por vía vaginal mejor que por cesárea. Para la elección de la vía de parto, habrá que tener en cuenta factores tales como la presentación, las condiciones cervicales, la edad gestacional, entre otros (20)

En las gestantes con preeclampsia severa se solicitará consulta preanestésica previa al parto. La anestesia regional (epidural, espinal o combinadas) consigue un buen control de la hipertensión y mejora el flujo sanguíneo útero-placentario, por lo que es la técnica de elección en estas pacientes, siempre que no existan contraindicaciones (20) .

2.2.13. Control posparto.

En el posparto se debe continuar el monitoreo de las funciones vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, control de la diuresis horaria, control hemático y bioquímico del recuento de plaquetas, urea, creatinina y transaminasas. Controlar estrictamente la administración de líquidos, por el riesgo incrementado de exacerbación de la hipertensión y de edema del pulmón en esta fase por aumento de la infusión de líquidos durante el periparto (prehidratación para anestesia, administración de varias medicaciones en perfusión continua) y la movilización de líquidos desde el espacio extravascular hacia el intravascular. La infusión total de líquidos debe limitarse durante la fase intraparto y posparto a 80 mL por hora o 1 mL/kg/hora; así mismo se continuará con los mismos fármacos antihipertensivos utilizados en el anteparto, ya sea por vía endovenosa u oral, dependiendo de la respuesta y el estado de la paciente. La hipertensión, después de una fase inicial de mejoría, puede empeorar entre el tercer y sexto día. La infusión de sulfato de magnesio se mantendrá por un periodo de 24 a 48 horas. En casos de normalización de la presión arterial y sin signos prodrómicos de eclampsia, se puede suspender a las 24 horas. Si transcurridas 48 horas persisten los signos o síntomas prodrómicos, se mantendrá el tratamiento 24 horas más (20).

2.2.14. Prevención de preeclampsia

En los últimos treinta años se han estudiado diferentes estrategias para tratar de prevenir los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, con base en terapias nutricionales, suplementos vitamínicos y fármacos. El ácido acetilsalicílico en dosis de 81 a 150 mg iniciando entre la semana 11-14 y manteniendo hasta la semana 36-37, se recomienda en pacientes con un factor de riesgo alto de preeclampsia o dos factores de riesgo moderado. La administración de calcio (1.5-2.0 g/día) puede ser útil para prevenir la preeclampsia de acuerdo con el resultado de un meta-análisis en población con ingesta baja de calcio¹⁶. Los antioxidantes como

vitamina C y E no son efectivos, así como tampoco hay beneficio con dieta baja en sal, reposo en cama o metformina (21).

2.3. Definición de términos

Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos de la gestación se agrupan una extensa gama de procesos que tienen de común la existencia del signo de la hipertensión, constituyen la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vía de desarrollo, son también causa de muerte fetal y neonatal.

Hipertensión arterial

La HTA en el embarazo se define como una PA $\geq 140/90$ mm Hg, registrada al menos en 2 tomas en el mismo brazo, con un intervalo de 15 minutos entre ambas.

Preeclampsia

La preeclampsia es un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos, como la edad gestacional mayor a 20 semanas, durante el parto o en las primeras seis semanas posteriores al parto, presión arterial mayor de 140/90 mmHg, tira reactiva con igual o mayor a una muestra aislada de orina con 30 mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 horas. En ausencia de proteinuria, la preeclampsia podría establecerse cuando la hipertensión gestacional se asocia con síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho con náusea o vómito, o bien trombocitopenia con alteraciones en las concentraciones de enzimas hepáticas.

Eclampsia

Es la presencia de convulsiones asociadas a un trastorno hipertensivo del embarazo (preeclampsia, hipertensión gestacional, preeclampsia sobreagregada), la gran mayoría ocurren en las primeras 24 horas post parto, sin embargo, se debe considerar eclampsia hasta por 8 días post parto.

2.4. Variables de Estudio

Identificación de Variable

Univariable:

Trastornos Hipertensivos en el embarazo.

Dimensiones:

- Características sociodemográficas de las gestantes con trastornos hipertensivos
- Antecedentes obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos
- Tipos de trastornos hipertensivos en las gestantes
- Culminación del parto en gestantes con trastornos hipertensivos

2.5. Operacionalización de variable

Variable independiente	Definición Conceptual	definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítems	Escala de valor
Trastornos Hipertensivos en el embarazo	Los trastornos hipertensivos agrupan varios procesos que tienen en común el signo de la hipertensión arterial durante el embarazo, los más frecuentes la preeclampsia y eclampsia.	Resultado de la aplicación del instrumento sobre los trastornos hipertensivos durante el embarazo y que se expresan en los mas frecuentes la incidencia de preeclampsia y eclampsia.	Características sociodemográficas de las gestantes con trastornos hipertensivos	Edad Materna	≤ a 19 años	Numeral
					De 20 a 34 años	
					≥ a 35 años	
				Edad gestacional al tiempo de diagnóstico del trastorno hipertensivo	1° trimestre: hasta 14 semanas	Nominal
					2° trimestre: ≥ 14 hasta 27 Sem	
					3° trimestre: ≥ a 28 semanas	
				Estado civil	Soltera	Ordinal
					Casada o conviviente	
				Nivel educativo	Primaria	Ordinal
			Secundaria			
			Superior técnico			
			Procedencia	Urbana, Rural.	Nominal	
				Paridad		Nulípara, Primípara, Multípara.
			Antecedentes Obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos	Periodo intergenésico	a. < 24 meses, b. ≥ 24 meses	
				APN	a. ≥ 6 APN b.< 6 APN	
IMC	Bajo peso: < a 18,5 kg/m ²	Ordinal				
	Normopeso: de 18,5 a 24,9 kg/m ²					
	Sobrepeso: de 25 a 29,9 kg/m ²					
	Obesidad: > a 30 kg/m ²					
	Hipertensión Arterial Crónica (PA por encima de	Si () No ()	Nominal			

			Antecedentes Personales Patológicos de las gestantes con trastornos hipertensivos	los valores normales que no se asocia a proteinuria y que se presenta antes de las veinte semanas)		
				Diabetes mellitus o gestacional	Si () No ()	
			Tipos de trastornos hipertensivos en las gestantes	Hipertensión gestacional	≥140/90 mm Hg	
					HTA Crónica	
					Eclampsia/ Preeclampsia	
					Síndrome de HELLP	
				Preeclampsia sobreagregada a HTA		
			Tipo de parto de gestantes con trastornos hipertensivos	Parto vaginal, Cesárea y Referida.	Si () No ()	

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Ámbito de estudio

La investigación se desarrollará en el distrito de Oxapampa, provincia de Oxapampa, departamento de Pasco. Oxapampa se encuentra ubicada en el margen derecho del río Chorobamba y en la parte central y oriental del departamento de Pasco, entre las coordenadas Geográficas 10°35'25" de latitud sur y 75°23'55" de longitud oeste del meridiano de Greenwich, la superficie del distrito de Oxapampa es de 982.04 km² (3.52 hab/km²), La cuenca de Oxapampa posee una extensión aproximada de 2508.78 km². Oxapampa se encuentra a 1814 m.s.n.m. variando las alturas de 1000 m.s.n.m. (Puente Paucartambo) hasta los 2300 m.s.n.m. (PNYCh) aproximadamente.

Con un clima Húmedo y semicálido y lluvioso, con temperaturas promedio de 15 °C a 25 °C y precipitaciones de 1500 a 2000 mm. Oxapampa pertenece a la región natural conocida como selva alta, pues se encuentra a una altitud aproximada de 1800 msnm. A 80 km del valle de Oxapampa y a unos 800 msnm, se encuentra el asentamiento de Pozuzo (22).

Esta investigación se desarrolló en gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales, a quienes se las caracterizó y describió los trastornos hipertensivos, las más frecuentes preeclampsias – eclampsia en la población en estudio

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal, porque exhibe el conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación de espacio y de tiempo dado sin introducir modificaciones (23,24)

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo, cuyo propósito fue describir situaciones y eventos, el cómo se manifiesta determinado fenómeno; es decir busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, etc, como en este caso buscó describir los Trastornos Hipertensivos en el embarazo de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020 (24).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se empleó el método inductivo porque se obtienen conclusiones de lo particular a lo general

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación.

3.5. Diseño de investigación

El diseño que corresponde al presente estudio es descriptivo simple; que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera (25,26).

Donde:

M O

M: Gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa en el año 2020.

O: Trastornos Hipertensivos

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

La población lo constituyó todas las gestantes con Trastornos Hipertensivos en el embarazo atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa durante el año 2020 y que fueron 12 gestantes, información recogida de las historias clínicas de las gestantes atendidas, cuyos resultados Teniendo en cuenta que la población es el conjunto de todos los casos a quienes se va inferir los resultados .

3.6.2. Muestra:

La Muestra del estudio fue censal, es decir todas las 12 gestantes con trastornos hipertensivos en el embarazo atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa durante el año 2020.

3.6.3. Criterios de selección

- **Criterios de Inclusión**

Gestantes con mayor a 20 semanas de gestación.

Gestantes que hayan sido diagnosticadas con una patología sobre trastornos hipertensivos: Preeclampsia, eclampsia, síndrome de Hellp.

Historias clínicas completas

- **Criterios de Exclusión**

Historia clínica incompleta.

Gestantes con trastornos que reporten patología concomitante.

Gestantes con embarazo múltiple.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica.

En la presente investigación se utilizó la técnica análisis documentario, que permitió analizar todas las 12 historias clínicas de las gestantes con trastornos hipertensivos en el embarazo atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa durante el año 2020.

3.7.2. Instrumento.

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos conteniendo la variable y subvariables e ítems elaborado por la investigadora, cuyos datos fueron ordenados e ingresados en una tabla en Excel y su correspondiente análisis.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos se realizará en el siguiente orden:

Primero: Se realiza el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, presentando la propuesta del proyecto de investigación.

Segundo: Se elaboró la ficha de recolección de datos partiendo de la tabla de operacionalización de variable.

Tercero: Se procedió a solicitar los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y registro en la ficha de recolección de datos.

Quinto: Con la debida autorización, se coordinó el horario de ingreso para recoger la información por el personal capacitado.

Sexto: Se codificó y tabuló los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico en el programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; con el aplicativo ofimático, cuyos datos se presentan en tablas de frecuencias absolutas, relativas con su correspondiente interpretación y análisis

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación e interpretación de datos

El presente trabajo de investigación sobre trastornos hipertensivos en el embarazo de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020, estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal cuyos resultados se expresan en las siguientes tablas.

Tabla 1. Proporción de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa 2020.

Total de gestantes atendidas 2020	Frecuencia N=154	Porcentaje 100%	Porcentaje acumulado
Gestantes sin trastornos Hipertensivos	142	92.2	92.2
Gestantes con trastornos hipertensivos	12	7.8	100.0
Total	154	100.0	

Fuente: ficha de recolección de datos sobre trastornos hipertensivos en el embarazo Oxapampa 2020.

En la tabla 1. Del total de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa durante el año 2020, que fueron 142(100%), el 7.8% (12) gestantes presentaron trastornos hipertensivos.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes con Trastornos Hipertensivos atendidas en el Hospital de Oxapampa 2020.

Características sociodemográficas	Frecuencia (n=12)	Porcentaje (h%=100%)	Porcentaje acumulado
Edad materna			
≤ a 19 años	02	16.7	16.7
De 20 a 34 años	07	58.3	75.0
De 35 años a mas	03	25.0	100.00
EG al diagnóstico de HTA			
De 35 a 36 semanas	03	25.0	25.0
≥ 37 semanas	09	75.0	100.0
Estado civil			
Conviviente	12	100.0	100.0
Procedencia			
Urbano	12	100.0	100.0
Nivel educativo de gestante			
Secundaria	11	91.7	90.7
Superior técnico	01	08.3	100.0

Fuente: ficha de recolección de datos sobre trastornos hipertensivos en el embarazo Oxapampa 2020.

En la tabla 2. Del total de gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa durante el año 2020, que fueron 12(100%), el 16.7% (02) gestantes con trastornos hipertensivos tuvieron menos de 19 años, el 58.3%(07) tuvieron entre 20 a 34 años y el 25.0%(03) gestantes tuvieron más de 35 años.

El 25.0% (03) gestantes presentó los trastornos hipertensivos entre las 35 y 36 semanas y el 75.0%(09) gestantes presentaron el trastorno hipertensivo \geq a 37 semanas de gestación.

El 100%(12) gestantes fueron convivientes

El 100%(12) gestantes fueron de procedencia de zona urbana

El 91.7% (11) gestantes tuvieron el nivel educativo de secundaria y el 08.3% (01) gestante tuvo instrucción superior técnico.

Tabla 3. Antecedentes obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos, atendidas en el Hospital de Oxapampa 2020.

Antecedentes obstétricos	Frecuencia n=12	Porcentaje h%=100	Porcentaje acumulado
Paridad			
Nulípara	03	25.0	25.0
Primípara	02	16.7	41.7
Multípara	07	58.3	100.0
Periodo intergenésico			
> 24 meses	12	100.0	100.0
IMC Pregestacional			
Normal(18.5 a 24.9kg)	05	41.7	41.7
Sobrepeso(25 a 29.9kg)	01	8.3	50.0
Obesidad (>30 kg)	06	50.0	100.0
APN			
≥ 6 APN	11	91.7	91.7
< 6 APN	01	8.3	8.3
Antecedentes de HTA en embarazo			
No	11	91.7	91.7
Si	01	8.3	8.3

Fuente: ficha de recolección de datos sobre trastornos hipertensivos en el embarazo Oxapampa 2020.

En la tabla 3. Del total de gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa durante el año 2020, que fueron 12(100%), el 25.0% (03) gestantes con trastornos hipertensivos fueron nulíparas, el 16.7%(02) fueron primíparas y el 58.3%(07) gestantes fueron Multíparas.

El 100.0% (12) gestantes con trastornos hipertensivos tuvieron un periodo intergenésico mayor o igual a 24 meses.

El 41.7% (02) gestantes con trastornos hipertensivos tuvieron un IMC pregestacional Normal (18.5 a 24.9kg), el 8.3% (01) gestantes tuvieron un IMC

pregestacional de sobrepeso (25 a 29.9kg) y el 50.0% (06) gestantes tuvieron un IMC pregestacional de obesidad (>30 kg).

El 91.7% (11) gestantes con trastornos hipertensivos tuvieron ≥ 6 Atenciones prenatales y el 8.3% (01) gestantes tuvieron < a 6 atenciones prenatales.

El 91.7% (11) gestantes no tuvieron antecedentes de HTA en embarazos anteriores y el 8.3% (01) gestantes tuvieron antecedentes de Hipertensión Arterial.

Tabla 4. Tipo del trastorno hipertensivo y complicación en gestantes atendidas en el Hospital de Oxapampa 2020.

Tipos de trastornos Hipertensivos	Frecuencia n=12	Porcentaje h%=100	Porcentaje acumulado
Preeclampsia /Eclampsia	12	100.0	100.0
Complicación de Preeclampsia /Eclampsia			
Síndrome de HELLP	02	16.7	16.70
Sin complicación	10	83.3	100.0
Total	12	100.0	

Fuente: ficha de recolección de datos sobre trastornos hipertensivos en el embarazo Oxapampa 2020.

En la tabla 4. Del total de gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa durante el año 2020, que fueron 12(100%), el 100% (12) gestantes presentaron Eclampsia / Preeclampsia.

El 16.7 (02) gestantes presentaron Síndrome de Hellp, como complicaciones Eclampsia / Preeclampsia y el 83.3% no presentaron complicaciones.

Tabla 5. Tipo de parto de las gestantes con trastornos hipertensivos, atendidas en el Hospital de Oxapampa 2020.

Tipo de parto de gestantes con HTA	Frecuencia n=12	Porcentaje h%= 100	Porcentaje acumulado
Parto por cesárea	12	100.0	100.0
Total	12	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre trastornos hipertensivos en el embarazo Oxapampa 2020.

En la tabla 5. Del total de gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa durante el año 2020, que fueron 12(100%), el 100% (12) gestantes trastornos hipertensivos tuvieron su parto por cesárea.

4.2 Discusión

La proporción de gestantes con trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán González” en el año 2020, fue del 7.8%, y el más frecuente fue en el 100% la Eclampsia / Preeclampsia; de ellos el 16.7% presentaron Síndrome de HELLP, resultados parecidos a lo hallado por González et al (12) en estudio similar encontró una prevalencia de gestantes con trastornos hipertensivos de 5.9%, de ellos el 65.1% presentó preeclampsia-eclampsia y el 3.7% hicieron síndrome HELLP; igualmente De Jesús et al (14) encontró que el trastorno hipertensivo más frecuente fue preeclampsia severa y síndrome de HELLP, los resultados reflejan una tendencia proporcional similar en los contextos estudiados, que siendo la segunda causa de muerte materna obliga estimar el riesgo y seguimiento estrecho a través de la Atención Prenatal adecuada y oportuna.

Entre las características sociodemográficas de las gestantes con trastornos hipertensivos, el 58.3% tuvieron edad entre 20 a 34 años; el 75.0% con gestación a término; el 100% convivientes; el 100% de zona urbana y el 91.7% con instrucción secundaria, resultado parecidos a lo encontrado por Murillo y Orozco (8) y Romo (13), en estudios similares hallaron que el 41.8% de gestantes con trastornos hipertensivos estuvieron en el tercer trimestre de embarazo, con escasos recursos económicos y el 53.57% estuvo comprendido entre los 19 y 34 años de edad, contrario a lo reportado por Morales et al (15) que concluye que estos trastornos hipertensivos se presentan más en mujeres en las edades extremas de la vida reproductiva y con trastornos nutricionales. Los resultados en ambos estudios muestran las características que pueden condicionar un riesgo para la patología estudiada y merece un seguimiento estrecho durante el control prenatal.

Entre los antecedentes obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán González” en el año 2020; el 58.3% fueron Multíparas; el 100.0% con periodo intergenésico mayor a 24 meses; el 58.3% con IMC pregestacional de sobrepeso y obesidad; el 91.7% con APN completa y el 8.3% con Hipertensión Arterial en embarazos anteriores,

resultado concordante con Murillo y Orozco (8), López et al (9) y Romo (13) que en estudios similares encontraron que la mayoría de las gestantes con trastornos hipertensivos presentaron sobre peso y obesidad, enfermedades pre existentes como hipertensión y diabetes, periodo intergenésico corto o largo, antecedente de cesárea, con cuidados prenatales adecuados, excepto para los indicadores de paridad que encontraron mayor proporción de gestantes con trastornos hipertensivos en nulíparas y con APN irregulares. Los resultados orientan a realizar una valoración precisa de las alteraciones fisiológicas en el embarazo, parto y puerperio y se incrementen las coberturas sobre métodos de planificación familiar como prevención de los trastornos hipertensivos.

El 100% de gestantes con Eclampsia / Preeclampsia y Síndrome de HELLP, atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa durante el año 2020, tuvieron su parto por cesárea, resultado similar a lo hallado por y Romo (13) González et al (12) que encontraron la vía de culminación de parto en su mayoría fue abdominal en 94,2% y 63.4% respectivamente, la similitud de los resultados refleja la conducta adecuada y oportuna por el profesional orientado a prevenir los riesgos de morbilidad y mortalidad materno y fetal.

CONCLUSIONES

1. Se determinó que la proporción de gestantes con trastornos hipertensivos fue del 7.8%, siendo la Preeclampsia, Eclampsia y Síndrome de Hellp.
2. Se determinó que las características sociodemográficas de las gestantes con trastornos hipertensivos, la mayoría tuvieron entre 20 a 34 años, con gestación a término; con instrucción secundaria y el 100% convivientes, procedentes de zona urbana.
3. Se determinó entre los antecedentes obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” en el año 2020; La mayoría fueron Multíparas, con IMC pregestacional de sobrepeso y obesidad, con APN completa, con Hipertensión Arterial en embarazos anteriores y el 100.0% con P.I. mayor a 24 meses.
4. Se determinó que 100% de gestantes con trastorno hipertensivo presentaron Eclampsia / Preeclampsia, de ellos el 16.7% presentaron Síndrome de HELLP, como complicación.
5. Se determinó que las gestantes con trastorno hipertensivo atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” en el 2020, el 100% presentaron Eclampsia / Preeclampsia, de ellos el 16.7% presentaron Síndrome de HELLP y el 83.3% gestantes no presentaron complicaciones.
6. Se determinó que el 100% de gestantes con Preeclampsia, Eclampsia y Síndrome de HELLP, atendidas en el Hospital “Ernesto Germán Guzmán Gonzáles” de Oxapampa en el 2020, tuvieron su parto por cesárea.

RECOMENDACIONES

A las autoridades de salud del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” de Oxapampa.

- Se sugiere promover la educación de las gestantes sobre la importancia de llevar un control prenatal adecuado y la identificación de signos de alarma durante el embarazo, para su detección, tratamiento oportuno y lograr buenos resultados materno-neonatales.

A las obstetras del Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” de Oxapampa.

- Fortalecer las actividades de la atención prenatal incidiendo en aspectos funcionales de prevención y profilaxis relacionados con esta patología y una alerta en la detección precoz de síntomas de alarma.

A las autoridades de la Universidad Nacional de Huancavelica

- Se recomienda realizar investigaciones sobre trastornos hipertensivos del embarazo cuyos resultados sean difundidos en las instituciones de salud de la región con la finalidad de sensibilizar y comprometer al profesional de la salud en la atención de las gestantes con esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. USAID, CHIP; OMS, PREEMPT. *Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia*. WHO/RHR/14.17. 2013.[fecha de acceso 16 mayo de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119742/1/WHO_RHR_14.17_spa.pdf.
2. DIAZ TAMARIZ, Cecilia Antonella. Características clínicas epidemiológicas de la Preeclampsia severa en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el período 2008–2009. 2011.
3. Wisner K. Gestational Hypertension and Preeclampsia. *MCN, Am J Matern Nurs*. 2019;44(3):170.
4. DE JESÚS-GARCÍA, Adolfo, et al. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Revista de Enfermería*
5. De La Fuente Villarreal D.,Gonzales Ramirez R.A., Guzmán López S. SÍNDROME HELLP. Artículo de revisión. *Medicina Universitaria*. Vol. 5. Número 19. Abril – junio 2003. 18. Caren G. Solomon, MD, MPH, Ellen W. Seely, MD. Hipertensión in Pregnancy. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. 35 (2006)157 – 171.
6. VÁSQUEZ LOZANO, María Margarita. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en el Servicio Gineco-Obstétrico del Hospital Universitario de Guayaquil entre 2014-2015. 2017. Tesis Doctoral. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina.
7. Morgan-Ortiz F, Calderón-Lara SA, Martínez-Félix JI, et al. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecol Obstet Mex*. 2010;78(03):153-159.
8. MURILLO MERO, Mauricio Darío; OROZCO VERA, Carlos Enrique. Trastornos hipertensivos en el embarazo en pacientes entre 12-21 años atendidas en un Centro Materno Infantil de la ciudad de Guayaquil. 2017.
9. López-Carbajal, Mario Joaquín, Manríquez-Moreno, María Esther, Gálvez-Camargo, Daniela, Ramírez-Jiménez, Evelia, Factores de riesgo asociados con preeclampsia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]*. 2012;50(5):471-476. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745497004>
10. DÍAZ MIRANDA, Cecilia Bernardette, Pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo. 2020. Tesis Doctoral. Universidad de San Carlos de Guatemala.

11. VÁSQUEZ LOZANO, María Margarita. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en el Servicio Gineco-Obstétrico del Hospital Universitario de Guayaquil entre 2014-2015. 2017. Tesis Doctoral. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina.
12. GONZÁLEZ, Allan Iván Izaguirre, et al. Trastornos hipertensivos del embarazo: clínica y epidemiología, Hospital regional Santa Teresa 2015. *Revista Médica Hondureña*, 2016, vol. 84, no 3-4, p. 101-106.
13. ROMO FLORES, Oscar. Características clínico epidemiológicas de la preeclampsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé 2015-2016. 2017.
14. De Jesús-García A, Jimenez-Baez MV, González-Ortiz DG, et al. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Rev Enferm IMSS*. 2018;26(4):256-262.
15. MORALES GARCÍA, Blaren, et al. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario " Santa Clara"(2015-2016). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 2017, vol. 43, no 2, p. 1-14.
16. Liliana S. Voto, Gustavo E. Vampa, Geraldine N. Voto PREECLAMPSIA. ECLAMPSIA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.097.pdf>
17. Yazmín Abuabara Turbay, Virgil Carballo Zárate (Colombia), Hipertensión en embarazo. RELAHTA , Foro Internacional de medicina interna- FIMI 2018
18. Roberto Caldeyro Barcia. Estados hipertensivos del embarazo CLAP/OMS/OPS. Programa especial de Salud Materno – Infantil y Población. Centro latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1317.pdf>
19. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP (OPSIOMS) Hospital de Clínicas, Piso 16 P.O. Box 627,11000 Montevideo, URUGUAY Rlfono +598 2 472929 e-mail calp.edu u Rlex 23023 cd W Fax +598 2 472593. <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/clap1317.pdf>
20. Guevara Ríos Enrique, Meza Santibáñez Luis. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2014 Oct [citado 2022 Mayo 18] ; 60(4):385-394.Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es.

21. Ana G. Múnera-Echeverri¹, Edison Muñoz-Ortiz³ y Jaime A. Ibarra-Burgos, Hipertensión arterial y embarazo. Servicio Cardiología no Invasiva, Hospital General de Medellín, Colombia
22. Wikipedia enciclopedia libre. Oxapampa.
https://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Oxapampa
23. Rojas Cairampoma, Marcelo , Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria [Internet], 2015; 16 (1) : 1 - 14. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63638739004>
24. Cajal Flores, Alberto, tipos de investigación científica 2020, Lifeder. Recuperado de
<https://www.lifeder.com/tipos-investigacion-cientifica/>
25. GALINDO, Eliseo Moreno. Metodología de investigación, pautas para hacer Tesis. 2013.
26. HERNÁNDEZ-SAMPIERI, Roberto; TORRES, Christian Paulina Mendoza. *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana, 2018.

APÉNDICE:

Apéndice 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL “ERNESTO GERMAN GUZMAN GONZALES” OXAPAMPA 2020.

Problema	Objetivos	Variable / Dimensiones	Metodología
¿Cuáles son los trastornos Hipertensivos en el Embarazo de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020?	<p>Objetivo general: Determinar los trastornos Hipertensivos en el Embarazo de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020.</p> <p>Objetivo específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características sociodemográficas de las gestantes con Trastornos Hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020. • Determinar los antecedentes obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020. • Determinar los Tipos de trastornos hipertensivos del embarazo de las gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020. • Determinar el tipo de parto de las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020. 	<p>Univariable Trastornos Hipertensivos en el embarazo</p> <p>Dimensión 1: Características sociodemográficas de las gestantes con trastornos hipertensivos</p> <p>Dimensión 2: Antecedentes Obstétricos de las gestantes con trastornos hipertensivos</p> <p>Dimensión 3: Tipos de trastornos hipertensivos en las gestantes</p> <p>Dimensión 4: Tipo de parto en gestantes con trastornos hipertensivos</p>	<p>Tipo de Investigación Descriptivo, retrospectivo y transversal</p> <p>Nivel de Investigación Descriptivo</p> <p>Diseño de Investigación Descriptivo simple</p> <p>M O Donde: M= Gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa en el año 2020. O = Trastornos hipertensivos</p> <p>Población: La población lo constituyeron todas las 12 gestantes con preeclampsia y eclampsia atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa en el año 2020.</p> <p>Muestra: Censal. Técnica: Análisis documental Instrumento: Ficha de recolección de datos.</p> <p>Técnicas de Procesamiento y Análisis de datos a. Estadística Descriptiva b. programas Estadísticos</p>

Apéndice 2: Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Unidad de Post Grado
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Título: Trastornos hipertensivos en el embarazo de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020.

N.º Hist. Clínica: N.º de Ficha:.....

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS DE LAS GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

1.Edad materna:

- a. \leq 19 años ()
- b. De 20 a 34 años ()
- c. \geq e 35 años ()

2.Edad gestacional al tiempo de diagnóstico del trastorno hipertensivo

- a. Primer trimestre: hasta 14 semanas ()
- b. Segundo trimestre: \geq 14 hasta 27 semanas ()
- c. Tercer trimestre: \geq a 28 semanas ()

3.Nivel educativo:

- a. Primaria ()
- b. Secundaria ()
- c. Superior Técnico ()
- d. Superior Universitario ()

4.Estado civil:

- a. Soltera ()
- b. Casada o conviviente ()

5.Procedencia:

- a. Urbana ()
- b. Rural ()

II. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

6.Paridad:

- a. Nulípara ()
- b. Primípara ()
- c. Multípara ()

7.Periodo intergenésico:

- a. $<$ 24 meses ()
- b. \geq 24 meses ()

8.Índice de Masa Corporal pregestacional (IMC):

- a. Talla Materna: Centímetros
- b. Peso Materno antes del embarazo o a inicio del embarazo:kg.
- c. Peso al final de embarazo:Kg

9. Atención pre natal APN :

- a. \geq 6 APN (1)
- b. $<$ 6 APN (2)

10.Antecedente de HTA

- a. Si ()

b. \geq ()

III. TIPOS DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO:

a. Diagnóstico de los trastornos hipertensivos

b. **Hipertensión gestacional:** Es la hipertensión arterial por encima de $\geq 140/90$ mm Hg en una paciente previamente normotensa, con aparición después de la semana 20 de gestación en la cual no se acompaña de proteinuria ni otras manifestaciones orgánicas ()

c. **HTA crónica:** cuando aparece una hipertensión diagnosticada antes de la concepción o durante las primeras 20 semanas de gestación, sin presencia de proteinuria. Esta HTA persistirá después de la semana 12 post parto ()

d. **Eclampsia / Preeclampsia:** Una hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación, en la cual presenta una presión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg, en paciente previamente normotensa ()

e. **Síndrome de HELLP** ()

f. **Preeclampsia sobre agregada a hipertensión crónica:** Todos los trastornos hipertensivos crónicos, cualquiera que sea la causa, predisponen a la preeclampsia y la eclampsia superpuesta ()

IV. TIPO DE PARTO:

a. Parto vaginal ()

b. Cesárea ()

c. Referida a otro EE.SS de mayor complejidad ()

Apéndice 3: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de investigación.

SEÑOR

Dr.....
..... **DIRECTOR DEL HOSPITAL “ERNESTO GERMAN GUZMÁN GONZALES” OXAPAMPA**

S.D.

Nosotras, PEÑA MENDIZABAL, Raquel con D.N.I. 41205409 y ALANYA CAMPOS, Jeniferd con D.N.I. N° 41719816, Obstetras de profesión, egresadas de la especialidad Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto nos presentamos y exponemos:

Que, deseando realizar una investigación sobre: Trastornos Hipertensivos en el embarazo de gestantes atendidas en el Hospital “Ernesto German Guzmán Gonzales” Oxapampa 2020; para lo cual solicitamos nos brinde la autorización pertinente para revisar las historias clínicas de las gestantes cuyo parto fue atendido en este Hospital con diagnóstico de Trastornos Hipertensivos, durante el año 2020; así mismo, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo con fines de investigación; por lo mencionado solicitamos nos expida la autorización para recoger la información indicada.

Por lo expuesto, pedimos a Ud., acceder a nuestra solicitud por ser de justicia.

Huancayo, 02 de Noviembre del 2021

.....
PEÑA MENDIZABAL, Raquel
D.N.I 41205409

.....
ALANYA CAMPOS, Jeniferd
D.N.I. 41719816