

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

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



TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS DE
MADRES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL APOYO HUANTA DANIEL ALCIDES
CARRION, 2021**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:

OBSTA. EUGENIA ARAMBURU ESPINO

OBSTA. URSULA ALARCON HUAMAN

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

HUANCABELICA – PERÚ

2022



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a las 10:10 horas del día veintiuno de noviembre del año dos mil veintidós, nos reunimos los miembros del Jurado Evaluador, designado con Resolución N°0625-2022-D-FCS-R-UNH, de fecha 15 de noviembre del 2022, conformado de la siguiente manera:

Presidente : Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES

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

DNI N°: 28271119

Secretario : Dra. LINA YUBANA CÁRDENAS PINEDA

<https://orcid.org/0000-0001-5715-7031>

DNI N°: 20059866

Vocal : Dra. CLARIS JHOVANA PÉREZ VENEGAS

<https://orcid.org/0000-0002-9114-3538>

DNI N°: 80078866

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: **CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL APOYO HUANTA DANIEL ALCIDES CARRION, 2021**, aprobada mediante Resolución N°633-2022-D-FCS-R-UNH, donde se fija fecha y hora para el mencionado acto.

Sustentante(s):

ARAMBURU ESPINO, EUGENIA

DNI N°: 40327078

ALARCON HUAMAN, URSULA

DNI N°: 70112119

Asesor:

Mg. ADA LIZBETH LARICO LOPEZ

<https://orcid.org/0000-0002-6742-0304>

DNI N°: 42101207

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 veintiuno días del mes de noviembre del 2022.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DOCENTE

PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Lina Yubana Cárdenas Pineda
DOCENTE
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
E.P. OBSTETRICIA
Dra. Claris Jhovana Pérez Venegas
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
Dra. Lina Yubana Cárdenas Pineda
B. DECANO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE
Mg. Zelmira Flor De La Cruz Ramos
B. SECRETARIO DOCENTE

TÍTULO

CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES
CON TRASTORNO HIPERTENSIVO ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL APOYO HUANTA DANIEL ALCIDES CARRION, 2021

AUTOR

OBSTA. EUGENIA ARAMBURU ESPINO

OBSTA. URSULA ALARCON HUAMAN

ASESOR

Mg. LARICO LOPEZ, ADA LIZBETH

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6742-0304>

DNI:42101207

DEDICATORIA

Por ser el pilar fundamental en mi vida, por hacer de mí una buena persona, quienes apostaron y dieron todo para poder ser lo que soy en estos momentos, con mucho cariño: Isac y Victoria.

A mis hermanos: Danny y Jhymi quienes incondicionalmente me brindaron su apoyo.

URSULA

A mis adorados hijos: André, Miguel, Mia y Sofía por ser mi fortaleza y motor cada día de mi vida y no permitirme caer ante un obstáculo.

A mis padres Raúl y Simona quienes me dieron la vida y que ahora son mis angelitos que me cuidan todos los días de mi vida, mi gratitud plena hacia ellos.

EUGENIA

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a Dios por darnos la vida, salud y fortaleza para seguir construyendo nuestros sueños y así lograr nuestras metas propuestas.

A la Escuela Profesional de Obstetricia y a los docentes por las enseñanzas, paciencia y las orientaciones impartidas durante nuestra formación como especialistas, destinados al servicio de la sociedad.

A nuestra asesora por su valiosa colaboración, apoyo y orientación durante el desarrollo del presente trabajo.

Al director del Hospital de Apoyo de Huanta y a los profesionales de Obstetricia por brindarnos las facilidades necesarias para la investigación.

Finalmente, a todas aquellas personas, que de alguna u otra manera contribuyeron con su valioso apoyo y colaboración para la culminación de la presente investigación.

Las autoras

INDICE

PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACION	ii
TÍTULO	iii
AUTOR	iv
ASESOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
INDICE	viii
INDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCION	xiii
CAPITULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Descripción y formulación del problema	14
1.2. Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general	16
1.2.2. Problemas específicos.....	16
1.3. Objetivos	17
1.2.3. Objetivo general.....	17
1.2.4. Objetivos específicos	17
1.4. Justificación	17
1.5. Limitaciones.....	18
CAPITULO II.....	19
MARCO TEORICO	19
2.1. Antecedentes	19
2.2. Bases teóricas	22
2.2.1. Trastornos hipertensivos.....	22
2.2.2. Complicaciones maternas	27
2.2.3. Complicaciones en recién nacidos.....	28
2.3. Definición de términos	30
2.4. Hipótesis.....	31
2.5. Variables	31

2.6. Operacionalización de variables	31
CAPITULO III.....	34
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	34
3.1. Ámbito temporal y espacial	34
3.2. Tipo de investigación	35
3.3. Nivel de investigación.....	35
3.4. Diseño de investigación	35
3.5. Población, muestra.....	36
3.5.1. Población	36
3.5.2. Muestra.....	36
3.6. Instrumento y técnica para recolección de datos	36
3.7. Técnicas y procesamiento de análisis de datos.....	36
CAPITULO IV	38
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS	38
4.1. Análisis de información	38
4.2. Discusión de los resultados	43
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
APÉNDICE	51

INDICE DE TABLAS

Tabla 01	Tipos de trastornos hipertensivos más frecuentes en madres atendidas en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión	40
Tabla 02	Tipos de trastornos hipertensivos más frecuentes en madres atendidas en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión	41
Tabla 03	Puntaje Apgar del recién nacido de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión	42
Tabla04	Morbilidad neonatal de recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión	43

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021. **Método.** Fue un estudio de nivel descriptivo, retrospectivo y observacional. Población conformada por 82 recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo; la muestra fue censal. El análisis documental fue la técnica y la ficha de recolección de datos el instrumento. **Resultados:** Se encontró dentro de los trastornos hipertensivos la hipertensión gestacional en un 59.8%, preeclampsia leve 32.9% y preeclampsia severa 7.3%. Para las características de los recién nacidos, según sexo el 52.4% fue femenino y 47.6% masculino. Según el peso, el 50% tuvo entre 2500gr a 3500gr, el 40.2% menor de 2500gr, el 8.5% entre 3550 a 4000gr y el 1.2% mayor a 4000gr. Según la edad gestacional por capurro, el 90.2% tuvieron entre 37 y 41semanas y el 9.8% menos de 37semanas. Para el puntaje apgar al primer minuto fue normal en el 84.1%, depresión moderada 14.6% y depresión severa 1.2% y para los 5 minutos; puntaje normal 98.8% y depresión severa 1.2%. Para la morbilidad neonatal se encontró; sufrimiento fetal 52.4%, RCIU 39%, prematuridad 7.3% y síndrome de dificultad respiratoria 2.4%. **Conclusiones:** Los trastornos hipertensivos presentes fueron: hipertensión gestacional, preeclampsia leve y preeclampsia severa. Los recién nacidos presentaron como características ser del sexo femenino, con un peso entre 2500gr a 3500gr, con una edad gestacional por Capurro entre las 37 y 41semanas. El puntaje Apgar al primer minuto fue normal seguido de depresión moderada y a los 5 minutos se observó puntaje normal. Dentro de la morbilidad neonatal hallamos; sufrimiento fetal, RCIU, prematuridad y síndrome de dificultad respiratoria.

Palabras clave: trastorno hipertensivo, hipertensión gestacional, preeclampsia, recién nacido

ABSTRACT

Objective: To determine the characteristics of newborns of mothers with hypertensive disorder treated at Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021. **Method.** The design was descriptive, observational and retrospective. The population consisted of 82 newborns of mothers with hypertensive disorder. The sample was census. The technique was documentary analysis and the instrument was the data collection form. **Results:** Gestational hypertension was found within 59.8% of hypertensive disorders, mild preeclampsia 32.9% and severe preeclampsia 7.3%. For the characteristics of the newborns, according to sex, 52.4% were female and 47.6% male. According to weight, 50% had between 2500gr and 3500gr, 40.2% less than 2500gr, 8.5% between 3550 and 4000gr and 1.2% greater than 4000gr. According to gestational age per capurro, 90.2% were between 37 and 41 weeks and 9.8% less than 37 weeks; For the Apgar score at the first minute, it was normal in 84.1%, moderate depression in 14.6% and severe depression in 1.2%, and for 5 minutes; normal score 98.8% and severe depression 1.2%; For neonatal morbidity it was found; fetal distress 52.4%, IUGR 39%, prematurity 7.3% and respiratory distress syndrome 2.4%. **Conclusions:** The hypertensive disorders present were gestational hypertension, mild preeclampsia and severe preeclampsia. The characteristics of the newborns were female, weighing between 2500g and 3500g, with a gestational age for Capurro between 37 and 41 weeks. The Apgar score at the first minute was normal followed by moderate depression and at 5 minutes a normal score was observed. Within neonatal morbidity we find; fetal distress, IUGR, prematurity and respiratory distress syndrome.

Keywords: hypertensive disorder, gestational hypertension, preeclampsia, newborn

INTRODUCCION

Los trastornos hipertensivos pueden estar presentes en el embarazo o post parto, se identifican por el aumento de sus valores en la presión arterial (1,2).

Sigue siendo una patología que cobra vidas maternas en países desarrollados y en vías de desarrollo. Su incidencia mayormente fluctúa entre el 2 y 15%.

Los trastornos hipertensivos, ocasionan morbilidad y mortalidad materna, así como perinatal. Su etiología de estos trastornos aún no está definida del todo.

Hay factores de riesgo que pueden dar inicio a estas patologías como gestaciones múltiples, edad materna que supere los 40 años, el aumento de peso excesivo que desencadene obesidad y la diabetes gestacional.

Las complicaciones maternas pueden acarrear la presencia de cuadros severos de Coagulación intravascular diseminada y muerte materna.

También existen complicaciones perinatales como la RCIU, la prematuridad, nacer con depresión, con bajo peso y requerir de la UCIN.

La presente tesis 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 Capitulo describe los resultados encontrados.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción y formulación del problema

Los trastornos hipertensivos pueden estar presentes en el embarazo o post parto, estos se identifican por el aumento de sus valores en la presión arterial es decir el signo de la hipertensión (1,2).

Los trastornos hipertensivos, entres estos la preeclampsia y eclampsia causan muertes maternas en un 75%; en países desarrollados son la primera causa de defunciones maternas y en países en vías de desarrollo son la tercera causa (1,3). Las muertes maternas están representadas en Asia y África, por la décima parte los trastornos hipertensivos y en América Latina por una cuarta parte (4). En Cuba, está considerada entre las cinco primeras causas de muerte materna (5).

La incidencia, puede aumentar con la presencia de la edad avanzada por parte de la mujer embarazada. Esta patología en su cuadro agudo complica el embarazo entre un 2 y 15 %; y en su cuadro crónico entre 15 y 30 % (5). En Ecuador representa el 27.53 % de las muertes maternas la preeclampsia y eclampsia (2). En Paraguay existe una prevalencia de 6,7% de trastornos hipertensivos (6). En el Perú el “Instituto Nacional Materno Perinatal” reportó que la preeclampsia, fue la primera causa de muerte materna con un

28,7%; y los Trastornos hipertensivos; fueron la primera causa de morbilidad materna en un 56,6% (7). La morbilidad asociada con el trastorno hipertensivo en el embarazo fue del 7,74% en el norte de China (8).

Los trastornos hipertensivos, ocasionan disfunción orgánica, lo cual condiciona a una elevada morbi-mortalidad materna/perinatal (9). Puede ser el origen de alteraciones futuras tanto vasculares como metabólicas y puede ocasionar hasta 11 veces más el riesgo de padecer hipertensión crónica. Tienen doble riesgo de accidentes cerebrovasculares las mujeres con historia previa de preeclampsia/eclampsia; aumentando la frecuencia de arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Asimismo, ocasiona hasta 10 veces más el riesgo de padecer enfermedad renal (10). La incidencia de trastornos hipertensivos es mayor en gestaciones múltiples (11). La edad materna de más de 40 años, el aumento excesivo de peso y la obesidad preconcepcional y durante el embarazo están asociados con riesgo de hipertensión materna (12).

China, reporta que la mortalidad perinatal fue del 3,59%; la misma que disminuyó al aumentar las semanas gestacionales de 24 a 37 + 6 semanas (8).

Las mujeres que tienen preeclampsia presentan insuficiencia útero-placentaria, que repercute sobre el peso del recién nacido ocasionando restricción del crecimiento fetal, y muerte fetal (13)(5). También pueden existir complicaciones a medio y largo plazo en relación al desarrollo neurológico, problemas cardiovasculares o diabetes mellitus en niños de madres con trastorno hipertensivo (11). Las complicaciones dependen del cuadro materno (14). Se ha evidenciado recién nacidos PEG, bajo puntaje de Apgar, policitemia y enterocolitis necrotizante (15); en mayores de 32semanas se encontró riesgo de asfixia perinatal, hipomagnesemia y trombocitopenia y en menores de 32 semanas se halló taquipnea transitoria, hemorragia intraventricular grado I y II (16). Estos resultados neonatales evidencian que requieren UCIN el 80,2 %, nacen prematuros el 47,3 %, seguido del síndrome de dificultad respiratoria (17).

Por todo lo expuesto, y teniendo un sondeo estadístico vemos que, en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, durante el año 2021 los trastornos hipertensivos tuvieron una incidencia de 10%, lo cual condiciono a un incremento de necesidad de UCIN y la presencia de algunas complicaciones que estuvieron presentes en los recién nacidos. Por lo que las investigadoras decidimos realizar el siguiente tema:

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los tipos de trastorno hipertensivos más frecuentes en madres atendidas en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021?
- ¿Cuál es la característica del recién nacido según sexo, edad gestacional por Capurro y peso al nacer de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021?
- ¿Cuál es el puntaje Apgar del recién nacido de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021?
- ¿Cuál es la morbilidad neonatal de recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Conocer los tipos de trastornos hipertensivos más frecuentes en madres atendidas en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.
- Identificar las características del recién nacido según sexo, edad gestacional por Capurro y peso al nacer de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.
- Identificar el puntaje Apgar del recién nacido de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.
- Identificar la morbilidad neonatal de recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.

1.4. Justificación

Un problema en la salud materna perinatal son los trastornos hipertensivos, por sus complicaciones inmediatas y posteriores en la vida del recién nacido.

A nivel mundial y en el Perú, sigue siendo una causa de muerte materna las enfermedades hipertensivas en el embarazo; que requieren seguir siendo estudiadas en sus contextos.

El ajetreo diario de la vida, los estilos de vida no adecuados han condicionado a la presencia del aumento en la incidencia de trastornos hipertensivos en la mujer durante su etapa gestacional, que ha con llevado al estado a un mayor

gasto en su manejo, tratamiento y recuperación tanto en la madre como en el neonato.

Con la presente investigación se conocerá las morbilidades neonatales del hijo de madre con trastorno hipertensivo; ello permitirá proponer estrategias para la prevención de las complicaciones en el neonato a través de actividades que promuevan la intervención en algunos factores de riesgos posibles de intervenir desde una adecuada atención preconcepcional y atención materna para contribuir en la disminución de secuelas o patologías en el feto y recién nacido.

Servirá de base para ampliar nuestro conocimiento científico.

1.5. Limitaciones

Por ser un estudio retrospectivo, se requirió del acopio de datos de las historias clínicas de las madres que realizaron trastorno hipertensivo y de sus recién nacidos, debido a ello se tuvo la limitación en la claridad de las notas, notas incompletas y diagnósticos registrados no legibles en los documentos; los mismos que fueron excluidos del trabajo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

García, et al (5); en su investigación “Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario «Santa Clara», 2015-2016”; tuvo como objetivo describir el comportamiento de esta patología en gestantes; fue una investigación descriptiva y transversal, que estuvo constituida por una muestra de 52 gestantes. Resultados: se evidencio HTA crónica 40.3 %, HTA gestacional 23.1 %, preeclampsia leve 15.4 %, HTA crónica más preeclampsia 13.5 % y eclampsia en un 1.9%. Prevalcieron los RN con peso entre 2500 a 4199g en un 75%, seguido de 1500 a 2499g de peso en un 17.3 %, y 1000 a 1499g en un 1.9 %. Hubo preponderancia de recién nacidos con Apgar normal del 94.2 %; depresión neonatal severa en un 3.8 % y depresión neonatal leve en un 1.9%.

Gutiérrez, et al (18); en su investigación “Patología hipertensiva durante el embarazo y el producto de la concepción”; tuvo como objetivo describir las características de gestantes con trastornos hipertensivos; fue un estudio de nivel descriptivo, transversal. Resultados: el 98.2% de los recién nacidos nacieron vivos, solo existió muertes neonatales en dos casos. Se encontró que el peso y la talla fueron adecuados para la edad gestacional en el 66.4%; el

Apgar al minuto fue de puntaje 8 el mismo que mejor a los cinco minutos hasta 9.

Salazar, et al (19); en su investigación “Caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo”; tuvo por objetivo describir la incidencia de y las características maternas y complicaciones de gestantes que presentaron trastornos hipertensivos; fue un estudio prospectivo. Resultados: las complicaciones que se presentaron fueron parto pretérmino, y parto intervenido. En el recién nacido el 26,8% tuvo un peso de menos de 2.500 g; el 51,2% entre 2.500 y 3.499 g; y el 22,1% de más de 3.500 g. El 14,6% presento síndrome de dificultad respiratoria, el 8,9% oligoamnios, el 3,5%, RCIU, y muerte perinatal el 1,1%.

Balestena, et al (20); en su investigación “Influencia de la hipertensión originada por el embarazo en el parto y el recién nacido”; tuvo por objetivo evaluar la repercusión de la hipertensión en la gestación, parto y RN; fue una investigación longitudinal, prospectiva, y analítica, la muestra estuvo conformada por 130 gestantes divididas en dos grupos: las que presentaron diagnóstico de preeclampsia (n = 31) y las que no presentaron la enfermedad (n = 93). Resultados: en el 22.58% se presentó prematuridad, en el 54.84% se evidencio los neonatos con bajo peso y el 38.71% presento puntaje Apgar bajo a los 5mint.

González, et al (21); en su investigación “Hijo de madre con síndrome de HELLP: características y papel de la prematuridad, bajo peso y leucopenia en su evolución”; tuvo por objetivo conocer las características de los RN de madres con síndrome de HELLP y su evolución. Métodos: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo; se trabajó con una muestra de 33 recién nacidos. Resultados: según la fecha de término de la gestación, el 84,8% nacieron antes de la semana 37 y el 33,3% antes de la semana 32. El 6.1% fueron mortinatos y 12.9% fallecieron después de haber nacido. Según el peso 7 neonatos pesaron menos de 1500g y 4 de ellos menos de 1000g. El 41,9% tenían RCIU, el 64,5% requirieron de reanimación neonatal y el 45,2%

presentaron leucopenia. Conclusión: La prematuridad, leucopenia, bajo peso y reanimación neonatal fueron causas de mortalidad neonatal.

Sánchez, et al (22); en su investigación “Perfil perinatal asociado a los estados hipertensivos del embarazo”; tuvo por objetivo describir el perfil de los RN de madres con estados hipertensivos. Métodos: la muestra fue de 84 recién nacidos. Resultados: el trastorno hipertensivo más frecuente fue la preeclampsia con un 47,6%; seguido de la hipertensión crónica en un 36,9%, la hipertensión crónica agregada a la preeclampsia se presentó en un 9,5% y la hipertensión gestacional en el 6%. Según el sexo del recién nacido el 49,4% fue masculino y un 50,6% femenino. La EG media fue de 37,1±2,6 semanas, siendo la menor 31semanas y la mayor de 41semanas, con una mediana de 38semanas. El peso medio fue de 2.782,7±453,7g, con un rango de 2.990g, siendo el peso más bajo 1.170 g y el más alto 4.160g. El normo peso se dio en el 56%, bajo peso 35,7%, macrosomía 3,6% y muy bajo peso 2,4%. La media de Apgar al minuto fue 8,6±1,7, con un rango de 8, siendo el puntaje mínimo 2 y el máximo 10. A los 5 mint. la media fue 9,7±1,1 con un rango de 8, siendo el más bajo 2 y el más elevado 10.

González, et al. (23); en su investigación “Resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos, Hospital Regional Santa Teresa, 2015”; tuvo por objetivo describir las características epidemiológica y clínicas de los RN de madres con trastorno hipertensivo. Métodos: observacional, descriptivo, con un tamaño de muestra de 186. Resultados: La preeclampsia-eclampsia fue el más frecuente con un 65.1%. El RN en un 53.2% fue de sexo masculino, el Apgar tuvo un puntaje normal en un 94.1%, el 84.4% de los nacidos presentaron un peso entre 2500 y 3999gr. El síndrome de HELLP; fue la complicación materna más frecuente con un 3.8% y la complicación perinatal fue el síndrome de distrés respiratorio en un 10.2%.

Entrena D (24); en su investigación “Caracterización de los recién nacidos de madres con hipertensión arterial durante el embarazo, atendidas en el Hospital DR. ÁNGEL LARRALDE”; tuvo por objetivo analizar las características de los RN de madres con hipertensión arterial. Métodos: descriptiva,

observacional, transversal y retrospectiva. La muestra de tipo conformada por 234. Resultados: según la EG el 66,24% nacieron a término, tuvieron peso adecuado el 72,65%, fueron del sexo masculino 55,98%, no presentaron depresión al nacer 85,9%, ameritó maniobras de RCP el 7,26% y nacieron por cesárea 75,64%.

Xiquitá y Recinos (25); en su investigación “Bajo peso al nacer relacionado con hipertensión arterial materna”; tuvo por objetivo determinar la asociación entre los RN con bajo peso al nacer y los diferentes tipos de hipertensión arterial materna. Método: estudio de casos 60 y controles 120. Resultados: la hipertensión arterial materna más frecuente fue la preeclampsia en un 28% y la Hipertensión Crónica con Preeclampsia sobreagregada fue el menos frecuente con un 12%. La preeclampsia se asoció en un 14% con los RN con bajo peso y los RN con adecuado peso en un 56% a HTA transitoria.

Vargas, et al (26); en su investigación “Complicaciones en neonatos hijos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo atendidos en el Hospital Universitario de Guayaquil, Ecuador.”; tuvo por objetivo determinar las complicaciones de los RN de madres con trastornos hipertensivos. Métodos: estudio retrospectivo y transversal. Resultados: se presentaron: la hipertensión gestacional en un 10.4%, preeclampsia leve con un 42.9%, preeclampsia severa con un 35.9% y eclampsia con un 2.7%. El 18% de los RN tuvo un peso menor de 2500g, con respecto al Apgar el 81% fue de 8 al minuto. Dentro de las complicaciones predominó la depresión neonatal con el 55% y pequeño para la edad gestacional 44.7%, 32% prematuros y 23% tuvieron síndrome de dificultad respiratoria.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Trastornos hipertensivos

El trastorno hipertensivo es “una enfermedad, caracterizada por un aumento de la presión arterial”, que a menudo se acompaña de daño funcional a los órganos maternos como el corazón, el hígado, los

riñones y el cerebro (8). Se asocian con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y síndrome metabólico en el futuro (27). También puede afectar al feto y recién nacido, causando retardo en el crecimiento intrauterino, parto prematuro, y muerte fetal (8).

Epidemiología

En los Estados Unidos, los trastornos hipertensivos del periodo de gestación ocurren en 1 de cada 9 embarazos. Esta incidencia está aumentando debido a factores de riesgo en MEF, como la obesidad, la diabetes que son resultados de una mala alimentación (28). La morbilidad asociada con trastorno hipertensivo en el embarazo fue de 7,74% en el norte de China (8). En Cuba, esta condición complica los embarazos en 2 - 15 % en su forma aguda y 15 – 305 en las formas crónicas (5). En Ecuador representa el 27,53 % de todas las muertes maternas (2). En Paraguay la prevalencia es de 6,7% (6). En Lima – Perú fue la primera causa de morbilidad materna atendida con un 56,6% (7).

Fisiopatología

Se caracteriza por una respuesta materna inmune anormal como resultado de la implantación del producto, manifestada a través de la activación de la cascada de la coagulación y alteraciones en la función endotelial, manifestadas por aumento de la agregación plaquetaria y resistencia vascular periférica (29). Aunque todavía sigue en estudio, uno de los puntos centrales de la fisiopatología es la disfunción placentaria (14). Es probable que esta disfunción sea causada por defectos en la invasión del trofoblasto que conducen a defectos en la remodelación de las arterias espirales maternas con reducción de la perfusión uteroplacentaria (15,16) e isquemia placentaria (10).

Clasificación de los trastornos hipertensivos

El Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define la hipertensión en mujeres embarazadas como “presión arterial igual o mayor a 140/90 mm Hg en 2 o más ocasiones con al menos 4 horas de diferencia” (12). Existen varias clasificaciones y según la National Heart, Lung and Blood Institute, se desprende la siguiente (4-6) (10,12):

1. Hipertensión crónica

Se estima que alrededor del 3% al 5% de los embarazos están afectados por hipertensión crónica (12).

La hipertensión crónica se define como “presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, que persiste hasta 12 semanas después del parto” (10–12,30).

El mayor riesgo es el desarrollo de preeclampsia severa. También está asociado a morbilidad materna/fetal. El riesgo de desarrollar eclampsia aumenta 10 veces, la muerte fetal aumenta 3 veces y la probabilidad de parto prematuro aumenta 2,5 veces (31).

2. Hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta

La hipertensión crónica ocurre en 1% a 5% de las mujeres embarazadas, y 20% a 50% de estas mujeres desarrollan preeclampsia superpuesta. El riesgo aumenta en mujeres de raza negra, obesas, fumadoras, con presión diastólica superior a 100mmHg, con hipertensión crónica durante más de 4 años y con antecedentes de preeclampsia durante un embarazo anterior. Se presenta un compromiso de órganos diana (desarrolla proteinuria o trombocitopenia, aumento de los niveles de transaminasas, insuficiencia renal, o edema pulmonar). La presencia de trombocitopenia de inicio reciente o un aumento en los niveles de enzimas hepáticas suele ser el primer signo de

preeclampsia superpuesta en este grupo (12) y la aparición de proteinuria superior a 0,3g/24 h (10).

La hipertensión crónica combinada con preeclampsia es un pronóstico de deterioro materno-fetal. La gestante con enfermedad renal crónica son diagnosticadas antes del aumento rápido de la presión arterial y la proteinuria (30).

3. Hipertensión gestacional

Se define como “presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg después de 20 semanas de gestación en una mujer normotensa al inicio del estudio, sin proteinuria, con retorno a la normalidad, en el posparto” (10,12).

La hipertensión gestacional puede corresponder a:

- Preeclampsia en etapa temprana cuando la proteinuria aún no se ha manifestado.
- Hipertensión transitoria cuando solo hay hipertensión que se resuelve dentro de las 12sem posterior al parto.
- Hipertensión crónica si persiste >12sem después del parto (30)

4. Preeclampsia

Se define como “hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria superior a 0,3 g/24 h” (10).

Se considera preeclampsia grave cuando “existe una PA sistólica ≥ 160 mmHg y/o una PA diastólica ≥ 110 mmHg con proteinuria, o si existe hipertensión asociada a proteinuria grave (≥ 2 g en orina de 24 h) y cuando se acompañe de algún signo o síntoma de afectación multiorgánica” (30).

Se cree que la preeclampsia es el resultado de dos procesos patológicos:

- 1) Enfermedad materna (vascular, renal o metabólica) o predisposición cardiovascular; y
- 2) Causas fetales en forma de factores placentarios;

Los mecanismos de estas interacciones son desconocidos. Se ha planteado la hipótesis de que los diferentes efectos de ambos factores pueden dar lugar a dos fenotipos distintos de preeclampsia; el de inicio temprano asociado con malformación placentaria y crecimiento fetal restringido, y el de inicio tardío que parece ser independiente de la placenta (31).

Eclampsia

Es la aparición de convulsiones en mujeres embarazadas con preeclampsia (30). Las convulsiones por preeclampsia no puede ser atribuible a: accidente vascular cerebral (AVC), tumoraciones, infecciosas, metabólicas, etc. (11).

Síndrome de HELLP

Forma más complicada de la preeclampsia. Se define por criterios analíticos:

- anemia hemolítica
- elevación de enzimas hepáticas
- plaquetopenia: Elevación de las transaminasas, Trombocitopenia ($< 100.000/dl$) y Hemólisis (11).

Tratamiento farmacológico de los trastornos hipertensivos

Una consideración importante al elegir un fármaco antihipertensivo es el riesgo de teratogenicidad. Esto se considera en mujeres con hipertensión crónica; siendo el riesgo máximo hasta las 13 semanas de gestación (31)

Para niveles menos severos de presión arterial alta, puede usar:

- alfa metil dopa
- bloqueadores de los canales de calcio y
- Bloqueador beta

Hay estudios que indican que no parece haber riesgo fetal ni neonatal con la metildopa. En niños expuestos a la metildopa como en aquellos del grupo placebo, se evidencio que el peso al nacer, y el desarrollo del primer año fueron similares.

El labetalol es un fármaco común de primera o segunda línea con bloqueadores beta 1 y beta 2, propiedades bloqueadoras de los receptores adrenérgicos alfa 1 y efectos vasodilatadores directos. Los efectos adversos de los agonistas alfa-2 centrales incluyen depresión y trastornos del sueño, lo que provoca fatiga y depresión en algunos pacientes. El uso de atenolol es controvertido, ya que algunos de los primeros estudios mostraron una asociación significativa con menor peso al nacer.

Los bloqueadores de los canales del calcio (BCC) han demostrado en ratas preñadas un aumento de la prevalencia de defectos digitales y de las extremidades. La nifedipina de acción corta (liberación inmediata) y formulaciones de acción prolongada se usa comúnmente para el tratamiento de crisis de hipertensión severa. Efectos secundarios maternos de BCC incluyen taquicardia, palpitaciones, edema periférico, dolor de cabeza y enrojecimiento facial (31).

2.2.2. Complicaciones maternas

El riesgo de complicaciones graves en pacientes con preeclampsia y eclampsia aumenta entre 3 y 25 veces para:

- insuficiencia renal,
- edema pulmonar,
- desprendimiento de placenta,
- neumonía por aspiración,
- insuficiencia hepática,
- coagulación intravascular diseminada (CID) y
- accidente cerebrovascular (8).

Las causas de muerte materna de HELLP, incluyen: accidente cerebrovascular hemorrágico, paro cardíaco y respiratorio, CID, síndrome de dificultad respiratoria, insuficiencia renal, hemorragia hepática y encefalopatía hipóxico-isquémica (8).

2.2.3. Complicaciones en recién nacidos

Los trastornos hipertensivos en el embarazo por ser un grupo de enfermedades de la placenta, afecta el desarrollo fetal ocasionando restricción del crecimiento fetal, sufrimiento intrauterino fetal, parto prematuro, muerte intrauterina y muerte fetal (8).

- *Parto prematuro:* Solo el 19,7 % es la tasa de supervivencia de los RN entre las 24 y 28 semanas de gestación; mientras que la tasa de supervivencia es del 79,8 % para los RN entre las 32 y 34 semanas de gestación (8).
- *Pequeño para la edad gestacional:* Estudios demuestran que uno de los efectos más notorios en madres con hipertensión fue el aumento de RN pequeños para la edad gestacional (15).
- *Apgar:* La prueba más utilizada para evaluar la vitalidad del RN es el APGAR, que se aplica inmediatamente después del nacimiento y nuevamente a los 5' (32). Los RN de madres hipertensas tuvieron un bajo puntaje de Apgar a los 5' (14,15). El suministro de oxígeno reducido crónicamente al feto conduce a un flujo sanguíneo pulmonar reducido, alterando así la actividad fisiológica de este órgano y dando lugar a una nueva entidad de movimiento respiratorio fetal. Por lo tanto, el cambio resultante en el pH fetal con asfixia da como resultado puntajes de Apgar más bajos a los 5' (33).
- *Bajo peso al nacer:* se considera recién nacido con bajo peso al nacer a aquellos que presentan un peso $< 2.500\text{ g}$ y $< 1.500\text{ g}$ (15,34); causado por la disminución del flujo uteroplacentario, que posiblemente puede afectar el crecimiento fetal (33).

- *Restricción de crecimiento intrauterino:* se considera a los RN cuyo peso está por debajo del percentil 10 correspondiente a la edad gestacional (33). El 60,9% de los RN de bajo peso presentaron RCIU asimétrico (35). A esto le sigue un mayor riesgo de hipoglucemia y alteración de la termorregulación (14). Las causas maternas corresponden a condiciones o factores que no se limitan a la disminución del flujo fetoplacentario y/o disminución del suministro de oxígeno (36).
- *Anemia:* cuando la severidad de la vasculopatía placentaria aumenta se produce resistencia a la eritropoyetina dando origen a la anemia.
- *Neutropenia:* Se ve en el 50 a 60% de los niños con RCIU, la mayoría de los cuales también tienen antecedentes maternos de preeclampsia. Es secundaria a la disminución de la producción por la presencia de un inhibidor en la sangre del cordón umbilical. Se recupera espontáneamente dentro de los 3 días posteriores al nacimiento.
- *Trombocitopenia:* Usualmente en insuficiencia placentaria y RCIU severa. Esto es secundario a la disminución de la producción, secuestro y destrucción de trombos placentarios; suele recuperarse naturalmente (14).
- *Oligoamnios:* Se refiere a pequeñas cantidades de líquido amniótico, menos de 500 ml. La hipertensión, se relaciona con oligoamnios severo. El Oligoamnios se asocia con sufrimiento fetal crónico debido al retraso del crecimiento intrauterino. Tiene efectos desfavorables en el peso al nacer (33).
- *Problemas del sistema nervioso central:* Algunos estudios encuentran que el 4,8% de los RN a término nacidos de mujeres con PE tienen encefalopatía moderada o grave. Sugieren que es causado por una respuesta inflamatoria fetal

secundaria al estrés oxidativo generado por la PE. Esto también puede implicar una vasoconstricción cerebral, un fenómeno que va más allá de los efectos que puede producir el propio trabajo de parto (37).

- *Sepsis y otros problemas primordialmente infecciosos:* Aunque se ha propuesto una asociación entre la PE y el riesgo de sepsis neonatal, los estudios han encontrado un mayor riesgo de desarrollar sepsis en niños de madres con preeclampsia. Esto es consistente con la fisiopatología de la PE (disminución del volumen plasmático, activación de la cascada de la coagulación con formación de microtrombos, aumento del tono vascular causado por hipersensibilidad vascular a los vasoconstrictores circulantes, vasoconstricción e hipoxia fetal secundaria) (37).
- *Síndrome de dificultad respiratoria:* Los estudios han encontrado que los bebés de muy bajo peso al nacer de madres con PE tienen una mayor frecuencia de disnea. La enfermedad de la membrana hialina también aumenta significativamente entre los hijos de madres con PE (37).

2.3. Definición de términos

- **Trastorno hipertensivo:** Se caracteriza por un aumento de la presión arterial, que conllevan diversas complicaciones maternas y fetales (38).
- **Hipertensión crónica:** hipertensión arterial (HTA) antes de la semana 20, y continúa en el período de postparto (38).
- **Preeclampsia:** se caracteriza por presentar presión alta más una de las siguientes alteraciones: proteinuria de 0,3 g/24 horas, o lesión renal aguda con niveles de creatinina $>1,1$ mg/dl, alteración de la función hepática, dolor en el cuadrante superior derecho o dolor epigástrico que persiste y no hay procedencia, alteraciones neurológicas, trastornos visuales, patología hematológica, cefalea de reciente aparición (38).

- **Hipertensión gestacional:** presión arterial 140/90 mmHg después de las 20 semanas de gestación (38).
- **Hipertensión crónica con preeclampsia superpuesta:** La preeclampsia sobreañadida a una hipertensión crónica, es de un mal pronóstico materno-fetal. El diagnóstico se debe dar ante la aparición de uno o más de los signos o síntomas de afectación multiorgánica (38,39).
- **Eclampsia:** Aparición de convulsiones (39).
- **Síndrome de HELLP:** se diagnostica cuando aparece:
 Hemólisis: LDH x2 veces el límite superior de normalidad.
 GOT o GPT x2 veces el límite superior de normalidad.
 Plaquetas < 100.000/ μ l (39)
- **Recién nacido:** Producto de la concepción hasta los 28 días de nacido (40)
- **Gestación:** Estado **fisiológico** de la mujer, el mismo que se inicia con la fecundación y termina con el parto (40)

2.4. Hipótesis

Por ser descriptivo, no requiere del planteamiento de hipótesis.

2.5. Variables

Univariable: Características del recién nacido de madres con trastorno hipertensivo

2.6. Operacionalización de variables

Univariable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	ITEM	Valor
Características del recién nacido de madres con trastorno hipertensivo	Son rasgos, cualidades de un individuo que destaca la situación de haber sido expuesta o haber padecido la patología o enfermedad.	Datos recopilados de la madre con trastorno hipertensivo del recién nacido a través de la ficha de recolección de las historias clínicas e historia perinatal.	Trastorno hipertensivo en el embarazo	Clasificación del trastorno hipertensivo en el embarazo	- Hipertensión gestacional - Preeclampsia leve - Preeclampsia severa - Hipertensión crónica - Hipertensión crónica con preeclampsia agregada	1 2 3 4 5
			Características del recién nacido	Sexo del RN	- Femenino - Masculino	1 2
				Edad gestacional del recién nacido por Capurro	< 37semanas - Entre 37 y 41 semanas <= 42semanas	1 2 3
				Peso del RN al nacer	- Menor de 2500gr 2500gr a 3500 gr 3500gr a 4000 gr - Mayor de 4000 gr	1 2 3 4
				Apgar del recién nacido	Apgar al 1minuto	0-3 depresión severa (1) 4-6 depresión moderada (2) 7-10 normal (3)
					Apgar a los 5minutos	0-3 depresión severa (1) 4-6 depresión moderada (2) 7-10 normal (3)

				Morbilidad neonatal	• Prematuridad • Asfixia neonatal • Sepsis neonatal • Depresión neonatal • Sufrimiento fetal • Sd. de dificultad respiratoria • Enfermedad de membrana Hialina • RCIU • Trastorno metabólico • Trastorno hematológico • Otros	Si (1)- No(2) Si (1)- No(2) Si (1)- No(2) Si (1)- No(2) Si (1)- No(2) Si (1)- No(2) Si (1)- No(2) Si (1)- No(2) Si (1)- No(2) Si (1)- No(2)
--	--	--	--	---------------------	---	--

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Ámbito temporal y espacial

El distrito de Huanta es capital de la Provincia de Huanta, y se encuentra ubicado en la parte noroeste de la región Ayacucho, entre los paralelos por el norte 11°47'2" y por el sur 12°50'20", su longitud al oeste del meridiano de Greenwich es de 73°45'6" hasta 74°38'10". La ciudad de Huanta capital del distrito, está situada entre:

- Latitud Sur: 12°56'06"
- Longitud Oeste: 74°14'42"

El Hospital de Apoyo Huanta “Daniel Alcides Carrión”, fue fundada el 08 de marzo de 1959, con un material rustico.

Ubicación del Hospital

El Hospital de Apoyo Huanta se encuentra ubicado al Nor-este del Distrito de Huanta y pertenece al:

- Departamento : Ayacucho
- Provincia : Huanta
- Distrito : Huanta
- Dirección : Av. Mariscal Castilla N° 616 - 618

El Hospital de Apoyo Huanta, es un hospital referencial que depende técnica, funcional y normativamente del Ministerio de Salud. Tiene por finalidad contribuir a mejorar el nivel de vida de la población, su organigrama estructural muestra su organización y sus niveles respectivos.

3.2. Tipo de investigación

La investigación fue observacional, prospectivo, y transversal. Es observacional porque no existe intervención de ningún tipo por parte del investigador. Es retrospectivo porque los datos se obtienen de registros preexistentes y transversal porque la variable fue medida en una sola ocasión (41,42)

3.3. Nivel de investigación

El presente trabajo de investigación fue de nivel descriptivo; describe fenómenos sociales o clínicos en una circunstancia temporal y geográfica determinada (41)

3.4. Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue descriptiva simple, porque pretende conocer la dinámica de la enfermedad en la población, de manera que son observacionales. Puede ser diagramado de la siguiente forma (42):

M O

Donde:

M: recién nacido de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión

O: características de los recién nacidos

3.5. Población, muestra

3.5.1. Población

La población estuvo constituida por los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidas en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, durante el periodo 2021, siendo 82 en total.

3.5.2. Muestra

La muestra fue censal; porque se aplicó el instrumento a los 82 recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Recién nacido de madre con trastorno hipertensivo atendido en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión.

Criterios de exclusión:

- Recién nacido de gestación múltiple.
- Recién nacido referido de otros establecimientos.
- Historia clínica de recién nacido incompleta.

3.6. Instrumento y técnica para recolección de datos

- Técnica: La técnica que se aplicó fue el análisis documentario de las historias clínicas.
- Instrumento: El instrumento de medición que se utilizó fue la Ficha de recolección de datos, la misma que se estructuró para registrar las características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo.

3.7. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Primero. Se envió una solicitud dirigida al director del Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión para contar con el permiso correspondiente.

Segundo. Se solicito el permiso respectivo en el área de capacitación para acceder a las historias clínicas.

Tercero. Se coordino las horas de ingreso a la oficina de admisión para sacar las historias clínicas.

Cuarto. Se aplico Ficha de recolección de datos respetando los criterios de inclusión y exclusión.

Quinto. Para el procesamiento y análisis de los datos se elaboró la base de datos a través del instrumento empleando el programa Excel 2013, luego se exporto la base de datos al paquete estadístico SPSS 25V para la tabulación de los resultados.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis de información

En el presente estudio, se investigó; las características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021; la muestra estuvo conformada por 82.

Tabla 1. Tipos de trastornos hipertensivos más frecuentes en madres atendidas en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión

Tipos de trastornos hipertensivos	Frecuencia N	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Hipertensión gestacional	49	59.8	59.8
Preeclampsia leve	27	32.9	92.7
Preeclampsia severa	6	7.3	100.0

Fuente: Ficha características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en el hospital apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.

En la tabla N°1: Para los tipos de trastornos hipertensivos más frecuentes se encontró, hipertensión gestacional 59,8%(49), preeclampsia leve 32,9%(27) y preeclampsia severa 7,3%(6).

Tabla 2. Características del recién nacido según sexo, edad gestacional por Capurro y peso al nacer de madres con trastorno hipertensivo atendidas en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión

Características del recién nacido	Frecuencia N	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
Sexo			
Femenino	43	52.4	52.4
Masculino	39	47.6	100.0
Peso			
Menor de 2500gr	33	40.2	40.2
2500gr a 3500gr	41	50.0	90.2
3500gr a 4000gr	7	8.5	98.8
>4000gr	1	1.2	100.0
Edad por capurro			
< 37semanas	8	9.8	9.8
entre 37 y 41 semanas	74	90.2	100.0

Fuente: Ficha características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en el hospital apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.

En la tabla N°2: Para las características de los recién nacidos se encontró, según sexo; femenino 52,4%(43) y masculino 47,6%(39).

Según el peso del recién nacido; el 50%(41) tuvo entre 2500gr a 3500gr, el 40,2%(33) menor de 2500gr, el 8,5%(7) entre 3550 a 4000gr y el 1,2%(1) fue mayor a 4000gr.

Según la edad gestacional por capurro, el 90,2%(74) tuvieron entre 37 y 41semanas y el 9,8%(8) tuvieron menos de 37semanas.

Tabla 3. Puntaje Apgar del recién nacido de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión

Puntaje Apgar	Frecuencia N	Porcentaje %	Porcentaje acumulado
1minuto			
7-10 normal	69	84.1	84.1
4-6 depresión moderada	12	14.6	98.8
0-3 depresión severa	1	1.2	100.0
5minutos			
7-10 normal	81	98.8	98.8
0-3 depresión severa	1	1.2	100.0

Fuente: Ficha características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en el hospital apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.

En la tabla N°3: Para el puntaje apgar de los recién nacidos al primer minuto de vida se encontró, puntaje normal 84,1%(69), depresión moderada 14,6%(12) y depresión severa 1,2%(1).

Para el puntaje pagar a los 5minutos de vida se encontró; puntaje normal 98,8%(81) y depresión severa 1,2%(1).

Tabla 4. Morbilidad neonatal de recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión

Morbilidad neonatal	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Sufrimiento fetal	43	52.4
RCIU	32	39.0
Prematuridad	6	7.3
Sd. de dificultad respiratoria	2	2.4

Fuente: Ficha características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo en el embarazo atendidas en el hospital apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.

En la tabla N°4: Para la morbilidad neonatal se encontró; sufrimiento fetal 52,4%(43), RCIU 39%(32), prematuridad 7,3%(6) y síndrome de dificultad respiratoria 2,4%(2).

4.2. Discusión de los resultados

Para los tipos de trastornos hipertensivos se encontró, hipertensión gestacional 59.8%, preeclampsia leve 32.9% y preeclampsia severa 7.3%; **estos hallazgos coinciden con lo hallado por Vargas, et al (26)** quienes encontraron que los trastornos hipertensivos fueron: hipertensión gestacional, preeclampsia leve y preeclampsia severa. Por lo tanto, podemos decir que las mujeres gestantes presentan con mayor frecuencia estos tipos de trastornos hipertensivos.

Para las características de los recién nacidos se encontró, según sexo el 52,4% fue femenino y 47,6% masculino; **estos hallazgos no coinciden con lo hallado por Sánchez, et al (22), González, et al. (23) y Entrena (24);** quienes encontraron que el sexo del recién nacido en mayor porcentaje se presentó en el sexo masculino. Probablemente esto se deba a que las investigaciones trabajaron con muestras mayores a la de nuestro estudio.

Según el peso del recién nacido; el 50% tuvo entre 2500gr a 3500gr, el 40,2% menor de 2500gr, el 8,5% entre 3550 a 4000gr y el 1,2% fue mayor a 4000gr; **estos hallazgos coinciden con lo hallado por García, et al (5), Salazar, et al (19), Sánchez, et al (22) y González, et al. (23);** quienes encontraron como predominio los recién nacidos con peso entre 2500 a 4000g seguido de los recién nacidos con peso menor a 2500gr. Por lo que podemos concluir, que el peso del recién nacido de madres con trastorno hipertensivo no se ve afectado por la patología.

Según la edad gestacional por capurro, el 90,2% tuvieron entre 37 y 41semanas y el 9,8% tuvieron menos de 37semanas; **estos hallazgos coinciden con lo hallado por Sánchez, et al (22) y Entrena D (24),** quienes encontraron que los recién nacidos tuvieron una edad gestacional a término. Por lo que podemos concluir, que la edad gestacional del recién nacido no se ve afectado por los trastornos hipertensivos.

Para el puntaje apgar de los recién nacidos al primer minuto de vida se encontró, puntaje normal 84,1%, depresión moderada 14,6% y depresión

severa 1,2%. Para el puntaje pagar a los 5 minutos de vida se encontró; puntaje normal 98,8% y depresión severa 1,2%; **estos hallazgos coinciden con lo encontrado por García, et al (5); Gutiérrez, et al (18), Sánchez, et al (22); González, et al. (23); Vargas, et al (26);** quienes encontraron que hubo predominio de recién nacidos con Apgar normal. Por lo tanto, podemos decir que los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo en su mayoría no presentaron depresión al nacer.

Para la morbilidad neonatal se encontró; sufrimiento fetal 52,4%, RCIU 39%, prematuridad 7,3% y síndrome de dificultad respiratoria 2,4%; **estos hallazgos coinciden con lo hallado por Salazar, et al (19), Balestena, et al (20), González, et al (21) y Vargas, et al (26);** quienes encontraron resultados similares. Por lo tanto, podemos decir que los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo en su mayoría presentan síndrome de dificultad respiratoria, prematuridad y RCIU.

CONCLUSIONES

1. Los trastornos hipertensivos presentes en las mujeres gestantes fueron, hipertensión gestacional, preeclampsia leve y preeclampsia severa.
2. Las características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo fueron, sexo femenino, con un peso entre 2500gr a 3500gr, con una edad gestacional por Capurro entre las 37 y 41semanas.
3. El puntaje Apgar de los recién nacidos al primer minuto fue normal seguido de depresión moderada y el puntaje apgar a los 5 minutos fue de puntaje normal.
4. La morbilidad neonatal fue; sufrimiento fetal, RCIU, prematuridad y síndrome de dificultad respiratoria.

RECOMENDACIONES

Al sector salud:

- Realizar una captación precoz de gestantes para contribuir con un diagnóstico oportuno de la hipertensión gestacional y preeclampsia.
- Concientizar a la gestante, familia y comunidad sobre las complicaciones que acarrea un embarazo con hipertensión.
- Monitorizar de manera continua la ganancia de peso del producto de la concepción a través de la ecografía.
- Detectar de manera precoz y oportuna factores de riesgo que conlleven a la presencia de preeclampsia en el embarazo.

A la Universidad Nacional de Huancavelica

- Realizar estudios de relación o asociación para determinar qué factores influyen en resultados perinatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez Sosa E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Rev Cuba Obstet Ginecol. agosto de 2000;26(2):99-114.
2. Ministerio de salud publica. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guia de practica clinica. [Internet]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
3. Organizacion mundial de la salud. Mortalidad materna [Internet]. [citado 19 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
4. Organizacion mundial de la salud. RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA Consecuencias y medidas.
5. García BM, Toneut CM, Balbeito NB, Arechavaleta NM, Arechavaleta AM, Toneut RM. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario «Santa Clara» (2015-2016). Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 29 de septiembre de 2017 [citado 19 de julio de 2022];43(2). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/207>
6. Ortiz JDC, Sánchez ME, Espínola BB, Sandoval IB. Prevalencia de los trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes controladas en hospital regional de Caacupé. Periodo 2015-2021. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip. 10 de noviembre de 2021;5(5):10431-41.
7. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal. La preeclampsia, problema de salud pública | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 12 de julio de 2021 [citado 23 de julio de 2022]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147>
8. Lyu X, Zhang W, Zhang J, Wei Y, Guo X, Cui S, et al. Morbidity and maternal and infant outcomes of hypertensive disorder in pregnancy in China in 2018. J Clin Hypertens. 31 de marzo de 2021;23(6):1194-204.
9. Saltó VNMD. Factores epidemiológicos de la hipertensión en el embarazo. RECIAMUC. 9 de febrero de 2021;5(1):4-13.
10. Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, Valenzuela Rodríguez G, Larrauri Vigna CA, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín MG. Hipertensión en el embaraz. Rev Peru Ginecol Obstet. abril de 2018;64(2):191-6.
11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de Asistencia Práctica Trastornos hipertensivos en la gestación. Disponible en:

<https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n4/GAP-Trastornos%20hipertensivos%20gestacion.pdf>

12. Khedagi AM, Bello NA. Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Cardiol Clin.* febrero de 2021;39(1):77-90.
13. Manual MSD. Preeclampsia y eclampsia. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/polihidramnios>
14. Tapia M. Lorena. RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE CON SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO (PREECLAMPSIA). Disponible en: http://www.neopuertomontt.com/guiasneo/Guias_San_Jose/GuiasSanJose_7.pdf
15. Jonusas SF, Cernadas JMC. Efectos de la hipertensión arterial durante el embarazo sobre el peso al nacer, el retardo del crecimiento intrauterino y la evolución neonatal. Estudio caso-control apareado. *An Esp Pediatr.* 1999;50:5.
16. Romero-Maldonado S, Blaz-Rodríguez U, Ascencio-Mujica M, Villalobos-Alcazar G, López-Barrera MD. Riesgo de morbilidad en el hijo de madre con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. Estudio de cohorte comparativa. *Perinatol Reprod Hum.* 2003;17(3):13.
17. Buelvas-Ochoa YM, Bula-Romero J, Cuadrado-Banda CJ. Resultados maternos y neonatales en mujeres con trastornos hipertensivos en embarazos lejos del término. *Rev Colomb Enferm.*
18. Gutiérrez EJB, Ledezma N, Sevilla G, Alas-Pineda C, Bejarano S. Patología hipertensiva durante el embarazo y el producto de la concepción. *Cienc Tecnol Salud.* 15 de diciembre de 2021;8(2):134-46.
19. Salazar JÁ, Triana JC, Prieto FE. Caracterización de los trastornos hipertensivos del embarazo. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* diciembre de 2004;55(4):279-86.
20. Balestena Sánchez JM, Barrios Eriza MM, Balestena Justiniani A. Influencia de la hipertensión originada por el embarazo en el parto y el recién nacido. *Rev Cienc Médicas Pinar Río.* febrero de 2014;18(1):24-32.
21. González Álvarez CE, González García LG, Carrera García L, Díaz Zabala M, Suárez Rodríguez M, Arias Llorente RP, et al. Hijo de madre con síndrome de HELLP: características y papel de la prematuridad, bajo peso y leucopenia en su evolución. *Bol Méd Hosp Infant México.* 1 de septiembre de 2015;72(5):318-24.
22. Sánchez López MI, Llabata Carabal P, Garrigós Almerich E, Sánchez López MI, Llabata Carabal P, Garrigós Almerich E. Perfil perinatal asociado a los estados hipertensivos del embarazo. *Enferm Nefrológica.* septiembre de 2018;21(3):285-91.

23. González AII, Fajardo JJC, Izcoa AR, Reyes VGA, Rivera GAV, Lizardo JPC, et al. RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO, HOSPITAL REGIONAL SANTA TERESA, 2015. REV MED HONDUR. 2016;84:5.
24. Entrena P D. CARACTERIZACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS HIJOS DE MADRE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO. UNIDAD DE NEONATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. ENERO 2012- DICIEMBRE 2014 [Internet]. UNIVERSIDAD DE CARABOBO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO POSTGRADO DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA; Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/3280/dentrenapdf?sequence=4>
25. Xiquitá Argueta TN, Recinos Gómez SE. Bajo peso al nacer relacionado con hipertensión arterial materna. [Internet] [masters]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2014 [citado 23 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/1762/>
26. Vargas-Vera RM, Placencia-Ibadango MV, Vargas-Silva KS, Toapanta-Orbea LS, Villalobos-Inciarte NE, Looor-Goya MA, et al. Complicaciones en neonatos hijos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo. Ginecol Obstet México. 2021;89(7):509-15.
27. Hauspurg A, Countouris ME, Catov JM. Hypertensive Disorders of Pregnancy and Future Maternal Health: How Can the Evidence Guide Postpartum Management? Curr Hypertens Rep. 27 de noviembre de 2019;21(12):96.
28. Wilkerson RG, Ogunbodede AC. Hypertensive Disorders of Pregnancy. Emerg Med Clin North Am. 1 de mayo de 2019;37(2):301-16.
29. LOPEZ, Nidia – SAHE, MALAMUD, Julio – ROSARIO, NORES FIERRO, José – CÓRDOBA, PAPA, Sara Inés – MENDOZA, Inés S. Estados hipertensivos y embarazo. :21.
30. ELSEVIER. Trastornos hipertensivos del embarazo. Prog Obstet Ginecol. 1 de julio de 2007;50(7):446-55.
31. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 2016;54:91-111.
32. Gutiérrez Padilla José Alfonso, Eusebio Angulo Castellanos, Héctor Adrián García Hernández, Elisa García Morales, Horacio Padilla Muñoz, Daniel Pérez Rulfo Ibarra, et al. Manual de neonatología [Internet]. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatalogia_2019_con_forros.pdf

33. María Gabriela Ulanowicz, Karina Elizabeth Parra, Gisela Verónica Rozas, Dra. Lourdes Tisiana Monzón. Hipertensión gestacional. consideraciones generales, efectos sobre la madre y el producto de la concepción [Internet]. [citado 29 de julio de 2022]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista152/6_152.htm
34. Agrawal A, Wenger NK. Hypertension During Pregnancy. Curr Hypertens Rep. 27 de agosto de 2020;22(9):64.
35. Álvarez Ponce VA, Alonso Uría RM, Ballesté López I, Muñiz Rizo M. El bajo peso al nacer y su relación con la hipertensión arterial en el embarazo. Rev Cuba Obstet Ginecol. marzo de 2011;37(1):23-31.
36. Rybertt T, Azua E, Rybertt F. RETARDO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO: CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de julio de 2016;27(4):509-13.
37. Diaz Martinez L. El pronóstico de los hijos de madres con preeclampsia. Parte 1: Efectos a corto plazo. Arch Argent Pediatr. 1 de octubre de 2011;109(05):423-8.
38. Salas Ramírez B, Montero Brenes F, Alfaro Murillo G. Trastornos hipertensivos del embarazo: comparación entre la guía de la Caja Costarricense del Seguro Social del 2009 y las recomendaciones de la Asociación de Ginecología Obstetricia del 2019. Rev Medica Sinerg. 1 de julio de 2020;5(7):e532.
39. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. HIPERTENSIÓN Y GESTACIÓN. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertensi%C3%B3n%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>
40. Gómez-Gómez M, Danglot-Banck C, Aceves-Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. :8.
41. Supo J. Seminarios de Investigacion Cientifica: Metodologia De La Investigacion Para Las Ciencias De La Salud. Bioestadístico, EIRL; 2014. 350 p.
42. Sampieri RH. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN: LAS RUTAS CUANTITATIVA, CUALITATIVA Y MIXTA. McGraw-Hill Interamericana; 2018. 753 p.

APÉNDICE

APENDICE N°1

Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INVESTIGACIÓN: CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL APOYO HUANTA DANIEL ALCIDES CARRION, 2021

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos.

N° de ficha: _____ N° de HC: _____
Fecha del llenado: ____/____/2022 Hora del llenado: ____: ____ horas

MARQUE CON UNA X LA ALTERNATIVA QUE REGISTRA EN LA HC DE LOS RN DE MADRES CON TRANSTORNO HIPERTENSIVO

I. CLASIFICACION DEL TRANSTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO

Edad de la gestante	1. Hipertensión gestacional 2. Preeclampsia leve 3. Preeclampsia severa 4. Hipertensión crónica 5. Hipertensión crónica con preeclampsia agregada
----------------------------	---

II. CARACTERISTICAS GENERALES DEL RECIEN NACIDO

Sexo del RN	1. Femenino 2. Masculino
Edad gestacional del recién nacido por capurro	1. < 37semanas 2. Entre 37 y 41 semanas 3. <= 42semanas
Peso del RN al nacer	1. Menor de 2500gr 2. 2500gr a 3500 gr 3. 3500gr a 4000 gr 4. Mayor de 4000 gr

III. APGAR DEL RECIEN NACIDO

PUNTAJE APGAR	0-3puntos	4-6puntos	7-10puntos
1minuto			
5minutos			

IV. MORBILIDAD NEONATAL

Morbilidad neonatal	1. Prematuridad 2. Asfixia neonatal 3. Sepsis neonatal 4. Depresión neonatal 5. Sufrimiento fetal 6. Sd. de dificultad respiratoria 7. Enfermedad de membrana Hialina 8. RCIU 9. Trastorno metabólico 10. Trastorno hematológico 11. Otros
----------------------------	--

APENDICE N°2

Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIEN NACIDOS DE MADRES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL APOYO HUANTA DANIEL ALCIDES CARRION, 2021.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
¿Cuáles son las características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021?	OBJETIVO GENERAL Determinar las características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021. OBJETIVOS ESPECIFICOS • Conocer los tipos de trastornos hipertensivos más frecuentes en madres atendidas en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021. • Identificar las características del recién nacido según sexo, edad gestacional por Capurro y peso al nacer de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021. • Identificar el puntaje Apgar del recién nacido de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021. • Identificar la morbilidad neonatal de recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidos en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, 2021.	Univariable Características de los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo	Tipo de investigación La presente investigación es de tipo observacional, retrospectivo, de corte transversal, y descriptivo. Nivel de investigación Es de nivel descriptivo. Diseño de la investigación El diseño de la investigación descriptiva simple, puede ser diagramado de la siguiente forma: M O M: recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo O: características de los recién nacidos	Población La población estuvo constituida por los recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo atendidas en el Hospital Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, durante el periodo 2021, siendo 82 en total. Muestra La muestra fue censal; porque se aplicó el instrumento a los 82 recién nacidos de madres con trastorno hipertensivo Técnicas e instrumentos de recolección de datos. Técnica: la técnica que se aplicó para la recolección de datos fue análisis documentario. Instrumento: el instrumento de medición fue la ficha de recolección de datos.

APENDICE N^a3

Evidencias fotográficas



Recolectando los datos de las fuentes



Lugar de ejecución del trabajo