



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TESIS

**COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DE
LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL
EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO ENERO A JUNIO 2021**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA : YORKA ESTEFANI PANDURO CÓRDOVA

ASESORA : Obst. GISELA P. PAUTRAT ROBLES Mgr.

SAN JUAN BAUTISTA - PERU

2022

Iquitos - Perú

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Sede Tarapoto - Perú

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagnón 933

Universidad Científica del Perú

www.ucp.edu.pe

Contáctanos:

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

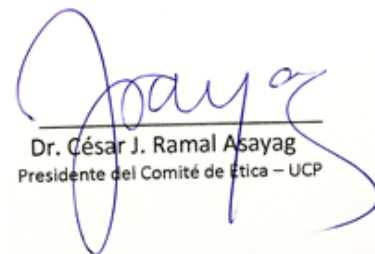
La Tesis titulada:

“COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO A JUNIO 2021”

De los alumnos: **YORKA ESTEFANI PANDURO CÓRDOVA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **7% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 24 de Mayo del 2022.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética - UCP

DEDICATORIA

Esta tesis dedico a Dios por guiarme por el buen camino, a mis padres y hermanas por su apoyo incondicional, a mi esposo por su amor, su comprensión y quien me motiva a seguir adelante y a mi hijo Stefano quien es el motor y motivo de vencer cada obstáculo. Para ellos muchas gracias.

YORKA ESTEFANI PANDURO CÓRDOVA.

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento muy especial a las siguientes personas:

Mis padres Miguel y Rosa

Mis hermanas María Angélica y Valeria

A mi esposo Jean Carlos

A mi hijo Jean Gared Stefano

A los obstetras, ginecólogos que son parte importante de mi formación profesional, en especial a la obst. Gisela Pautrat Robles, Dr. Robín Asio Macedo, Dr. Manuel Bautista Rivera y el Dr. Fredy Cabrera Olórtegui.

Por sus valiosos aportes y sugerencias durante toda la ejecución de la tesis.

YORKA ESTEFANI PANDURO CÓRDOVA.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con **Resolución Decanal N° 948-2021-UCP-FCS, del 06 de Octubre del 2021**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

 Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla	Presidente
 Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno	Miembro
 Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez	Miembro

Como Asesora: **Obst. Gisela Pautrat Robles, Mgr.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 10:00 a.m. horas, del día Viernes 17 de Junio del 2022, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de OBSTETRICIA, de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: **“COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, ENERO A JUNIO 2021”**.

Presentado por la sustentante: **YORKA ESTEFANI PANDURO CÓRDOVA**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **OBSTETRA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

..... *ABSUELTAS SATISFACTORIAMENTE*

El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

La Sustentación es: APROBADO POR UNANIMIDAD CON LA NOTA 18 (DIECIOCHO)

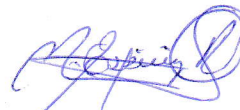
En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.



Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Presidente



Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno
Miembro

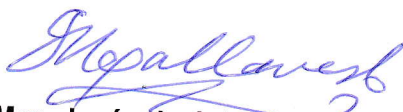


Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES
DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, ENERO A JUNIO 2021



Méd. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla
Presidente



Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno
Miembro



Obst. Natalik Beatriz Espinoza Ramírez
Miembro



Obst. Mgr. Gisela Palmela Pautrat Robles
Asesora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Caratula	i
Constancia de Antiplagio	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Acta de Sustentación	v
Hoja de Aprobación	vi
Índice de Contenidos	vii
Índice de Tablas	ix
Resumen	x
Abstract	xi
CAPITULO I. MARCO TEORICO	12
1.1. Antecedentes del estudio.	12
1.2. Bases Teóricas.	20
1.3. Definición de Términos Básicos	33
CAPITULO II. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
2.1. Descripción del Problema	34
2.2. Formulación del Problema	37
2.2.1. Problema General	37
2.2.2. Problema Especifico	37
2.3. Objetivos	38
2.3.1. Objetivo General	38
2.3.2. Objetivo Especifico	38
2.4. Hipótesis.	39
2.5. Variables.	40
2.5.1. Identificación de las variables	40
2.5.2. Operacionalización de las variables.	41
CAPITULO III. ASPECTOS METODOLOGICOS	46

3.1. Tipo y diseño de Investigación	46
3.2. Población y Muestra	46
3.3. Tipo de muestreo	47
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	47
3.5. Procesamiento y análisis de datos.	48
3.6. Protección de los derechos humanos	48
CAPITULO IV. RESULTADOS	49
CAPITULO V. DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
5.1. Discusiones	60
5.2. Conclusiones	64
5.3. Recomendaciones	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
ANEXOS	70
ANEXO 1 : Ficha de recolección de datos	70
ANEXO 2 : Escala de calificación para validación del instrumento De recolección de datos del proyecto de investigación	73
ANEXO 3 : Matriz de consistencia	74

ÍNDICE DE TABLAS

Nº	TÍTULOS	Pág.
01	Características sociodemográficas de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021	49
02	Características obstétricas de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021	51
03	Tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021	52
04	Complicaciones maternas y perinatales de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021	53
05	Complicaciones maternas identificadas en pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021	54
06	Complicaciones perinatales identificadas en pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021	55
07	Relación entre las complicaciones maternas y los trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021	56
08	Relación entre las complicaciones perinatales y los trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021	58

RESUMEN

Objetivo.

Determinar la relación entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.

Metodología.

Estudio de investigación de tipo no experimental. El diseño descriptivo, correlacional, corte transversal y retrospectivo.

La muestra conformada por 185 pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo.

Resultado.

En las características sociodemográficas se observa edades entre 20 a 34 años 62.7%, 65.4% nivel secundario, 85.9% convivientes, 50.8% de procedencia urbana y 85.9% ama de casa. En las características obstétricas, el 55.7% eran multíparas, 66.5% tenían entre 29 a 36 semanas de gestación, 50.8% tuvieron entre menos de 6 y ninguna atención prenatal, y 78.4% parto por cesárea. En los tipos de THE se observa 61.1% de preeclampsia con criterios de severidad, 21.1% preeclampsia sin criterios de severidad, 8.6% hipertensión gestacional, 7% de eclampsia y 2.2% de hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada. El 37% de las pacientes se complicaron durante el embarazo y post parto de las cuales 16.2% presentaron oligoamnios, 8.4 % y 8.1% DPP y síndrome de HELLP respectivamente, hemorragia puerperal 3.2% y el 1.1 falleció a causa del trastorno hipertensivo del embarazo. 73.5% de los neonatos se complicaron, 32.5% prematuros, 11.8% SDR, 10.1% BPN, 8.1% RCIU y depresión neonatal y el 3% fallecieron.

Conclusión. Existe relación significativa entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastornos hipertensivos.

Palabras claves: Trastornos hipertensivos del embarazo, complicaciones maternas, complicaciones perinatales

ABSTRACT

Objective.

To determine the relationship between perinatal maternal complications and the types of hypertensive disorder of pregnancy in patients treated at the Regional Hospital of Loreto from January to June 2021.

Methodology.

Non-experimental research study. The descriptive, correlational, cross-sectional and retrospective research design.

The sample made up of 185 patients diagnosed with hypertensive disorder.

Result

In the sociodemographic characteristics, ages between 20 to 34 years are observed 62.7%, 65.4% secondary level, 85.9% cohabitants, 50.8% of urban origin and 85.9% housewife. In obstetric characteristics, 55.7% were multiparous, 66.5% had between 29 and 36 weeks of gestation, 50.8% had between less than 6 and no prenatal care, and 78.4% delivered by cesarean section. In the types of THE, 61.1% of preeclampsia with severity criteria is observed, 21.1% preeclampsia without severity criteria, 8.6% gestational hypertension, 7% eclampsia and 2.2% chronic hypertension plus added preeclampsia. 37% of the patients had complications during pregnancy and postpartum, of which 16.2% had oligohydramnios, 8.4% and 8.1% PPD and HELLP syndrome, respectively, 3.2% puerperal hemorrhage and 1.1 died due to the hypertensive disorder of pregnancy. 73.5% of the neonates had complications, 32.5% premature, 11.8% RDS, 10.1% LBW, 8.1% IUGR and neonatal depression, and 3% died.

Conclusion.

There is a significant relationship between perinatal maternal complications and the types of hypertensive disorders.

Keywords: Hypertensive disorders of pregnancy, maternal complications, perinatal complication.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del estudio.

Internacionales.

Izaguirre A, Cordón J, Et al Honduras (2016) realizaron un estudio observacional descriptivo, con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo de la sala de labor y parto del Hospital Regional Santa Teresa, Comayagua, durante el año 2015. Se estimó un tamaño de muestra de 186 (51.5%, IC95%). Los resultados muestran que el 58.6% eran gestantes entre 19-35 años, 73.1% procedentes de área rural, 65.1% con más de cinco consultas prenatales. La vía de parto más frecuente vaginal en 63.4% y el trastorno hipertensivo más frecuente fue preeclampsia-eclampsia con 65.1%. El 53.2% de los recién nacidos fueron del género masculino, 94.1% presentaron puntaje de Apgar normal, 84.4% peso al nacer entre 2500 3999 gr. La complicación materna y perinatal más frecuente fue el síndrome de HELLP con 3.8% y síndrome de distres respiratorio 10.2%. (1)

Maccas R, Ecuador (2017) realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de identificar las dificultades y efectos que causan los trastornos hipertensivos en mujeres embarazadas y obtener datos estadísticos de esta patología a nivel mundial y local. Las deducciones obtenidas fueron las siguientes, a nivel mundial la pre eclampsia y eclampsia se ubica dentro de las tres primeras causas de muerte, las enfermedades hipertensivas más frecuentes del embarazo es la pre eclampsia/eclampsia porque puede producir daño en la futura madre, en el feto o recién nacido, teniendo como consecuencia la muerte, se identificaron las complicaciones que producen en la madre:

insuficiencia renal, hematoma/ruptura hepática, hemorragia cerebral, entre otras, y en el feto o recién nacido: retraso de crecimiento intrauterino, muerte fetal, prematuridad. (2)

Morales B, Moya C, Et al, Cuba (2017) realizaron una investigación de tipo descriptiva transversal, con el objetivo de describir el comportamiento de los trastornos hipertensivos en las gestantes en el Policlínico "Santa Clara" en el periodo 2015-2016 en los resultados se muestra que 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 %), 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. (3)

Romero J, Colombia (2017) realizó un estudio descriptivo transversal, cuyo objetivo fue caracterizar epidemiológicamente los resultados o desenlaces maternos y perinatales en gestantes añosas con diagnóstico de trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en Clínica de Maternidad Rafael Calvo durante el periodo comprendido entre 1 de agosto 2016 a 1 de agosto 2017. En los resultados se identificaron 110 pacientes mayores de 35 años con algún trastorno hipertensivo, la mediana de edad fue de 37 años, el trastorno hipertensivo asociado al embarazo más diagnosticado fue la preeclampsia con criterios de severidad (40.9%), seguido de hipertensión gestacional (34.6%), preeclampsia sin criterios de severidad (11.8%), HTA mas preeclampsia agregada (8.2%) e HTA

crónica (4.6%). La complicación materna más frecuente fue el Oligohidramnios con un 12.7% y la perinatal los recién nacidos pequeños para la edad gestacional con un 22.7% de la población. No se registraron muertes maternas, mientras que si se documentaron 3 óbitos fetales. Las mayores complicaciones se dieron en las maternas con diagnóstico de preeclampsia, indistintamente del grado de severidad. (4)

Mendoza M, Moreno L, Becerra C, Colombia (2017) realizaron un estudio observacional retrospectivo de corte transversal, con el objetivo describir las características clínicas y desenlaces materno-fetales de las pacientes con trastorno hipertensivo, atendidas en el Hospital Universitario de Santander (HUS) durante el primer semestre de 2017. Se analizaron 181 historias clínicas; la edad de las pacientes osciló entre 14 y 44 años; el 43,7% eran primigestas; el 40,3% tuvo un control prenatal inadecuado y el 27,5% tenía antecedente de trastorno hipertensivo en gestaciones previas. El 75,1% de las pacientes fueron clasificadas como preeclampsia, 18,2% con hipertensión gestacional, 4,4% con hipertensión más preeclampsia sobreagregada y 2,2% con hipertensión crónica. El 16,9% de las pacientes con preeclampsia debutaron antes de la semana 34, de las cuales el 91,3% tenían criterios de severidad; mientras que entre las demás, el 84% presentaron criterios de severidad. (5)

Nacional

Dávalos M, Piura (2018) realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, con el objetivo de determinar las complicaciones materno-perinatales de la preeclampsia en hospitalizadas de Gineco-Obstetricia del Hospital III José Cayetano Heredia EsSALUD –Piura Enero-Diciembre del 2017. Resultados: La edad comprendida entre los 20 a 24 años 23.6%, estudios secundarios 41.4% y procedían de la provincia de Piura 49.3%. Las características

obstétricas fueron: edad gestacional entre 37 a 41 semanas 50.7%, primigestas 41.4% y nulíparas 50.7%. Más de la mitad con 5 ó más controles prenatales, la vía de culminación del embarazo fue por cesárea 82.1%. En cuanto al tipo de preeclampsia, 71.4% presentó signos de severidad. Dentro de las complicaciones maternas durante el parto y puerperio, fue parto prematuro 45.7%, síndrome de HELLP 15.7% y hemorragia puerperal 12.9%. Entre las complicaciones neonatales, prematuridad 46.4%, bajo peso al nacer 37.9%. (6)

Coveñas C, Piura (2018) realizó un estudio observacional, con el objetivo de determinar las complicaciones maternas perinatales de la enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes atendidas en el hospital II – 2 de Sullana 2017. Se presentaron 696 casos de enfermedad hipertensiva del embarazo representado por el 15.3%. De los cuales el 58.5 % son gestantes preeclampsia con signos de severidad, preeclampsia sin signos de severidad 18.2%, eclampsia 2.4% y el HELLP con 1.7%. Las características socio demográficas y culturales son: el promedio de edad 26.77 años, en el rango de 18 a 22 años se presentaron en un 26.4%, 53.4 % provienen de zona rural, 71% de estado civil conviviente, 54.5% tienen superior no universitario. Las complicaciones más frecuentes fueron: hemorragia posparto con un 40 %, desprendimiento de placenta 19.6%. Dentro de las complicaciones neonatales el 20 % de los neonatos fallecieron, enfermedad de la membrana hialina 94 %, aspiración de líquido Meconial 56 % y la muerte intrauterina 13 %. (7)

Quispe K, Lima (2019) realizó una investigación no experimental, de tipo cuantitativo, diseño descriptivo simple de corte transversal y retrospectivo, con el objetivo de determinar los trastornos hipertensivos y sus complicaciones en el recién nacido de gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2015. Los resultados muestran que el 33.9% de gestantes presentaron preeclampsia severa; 67.8% fueron jóvenes adultas; 75.4% convivientes; 56.8% cursaron

secundaria completa y 79.7% fueron amas de casa. Dentro de las características obstétricas, 42.4% fueron nulípara, 19.5% recibieron atención prenatal incompleto; 15.3% tenían menor o igual a 36 semanas de gestación y 100% terminaron su gestación por cesárea. Entre las complicaciones en el recién nacido, 16.1% mostró bajo peso; 11.9% tuvieron una valoración del Apgar al primer minuto de 4 a 6; 28% nacieron con retardo de crecimiento intrauterino y 22% nacieron antes de término. (8)

Flores M, Lima (2019) realizó un estudio experimental con diseño descriptivo, correlacional retrospectivo y de corte transversal, cuyo objetivo fue establecer la relación de preeclampsia en adolescentes con las complicaciones perinatales en el Hospital San Juan de Lurigancho. 2017. Los resultados obtenidos fueron: El 5.1 % presentaron preeclampsia, 70% eran convivientes, 77.5% de educación secundaria, 80% de zona rural, 80% primigestas, 100% nulíparas y sin antecedentes personales de preeclampsia, 42.5% con controles prenatales adecuado y el 75% culminó su parto en cesárea. La complicación materna más frecuente fue parto pre término en 25%, hemorragia puerperal 22.5%, infección puerperal 12.5% y el 30 % no presentó ninguna complicación. La complicación perinatal más frecuente fue prematuridad 25%, bajo peso al nacer 17.5%, depresión neonatal 15%, síndrome de distres respiratorio 7.5 %, 2.5% trastornos metabólicos y RCIU, 30% no presentó ninguna complicación. (9)

Bartra M, Tarapoto (2020) realizó un estudio transversal, retrospectivo, observacional y analítica, con el objetivo de determinar la relación entre la preeclampsia y la morbilidad materno – perinatal en el hospital II-2 Tarapoto setiembre 2017 a diciembre 2018. En los resultados se demuestra que existe relación entre la preeclampsia y el desprendimiento prematuro de placenta con 2.8%, con el parto

prematureo 2.7%. No existe relación entre la preeclampsia y la muerte del recién nacido. (10)

Mamani F, Ica (2021) realizó una investigación no experimental u observacional; con el objetivo de determinar la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica en el año 2019. Los resultados obtenidos fueron que en el trastorno hipertensivo del embarazo se presentó en un 18.3% preeclampsia, 5% hipertensión crónica sobre agregada, hipertensión gestacional o transitoria y eclampsia respectivamente, las complicaciones obstétricas se presentaron en 33.3% mientras que el 66.7% no se observaron complicaciones; se presentó la amenaza de parto pretérmino 43.3%, desprendimiento prematuro de placenta 35%. En las complicaciones maternas en el parto, se presentó la hemorragia post parto 56.7%, de las cuales el 30% corresponde a la preeclampsia; en 1.7% otras patologías como desgarros de partes blandas y retención de restos placentarios. Se concluyó que no existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas. (11)

Locales.

Gallo Ch, Iquitos (2016) realizó un estudio de tipo caso control, con el objetivo de determinar los factores relacionados a hipertensión inducida del embarazo en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, de enero a diciembre. Los resultados muestran que el 56.9% fueron casos de hipertensión inducida en el embarazo, 29.3% fueron preeclampsia y el 13.8% eclampsia. Menos de 20 años de edad 36.2%; convivientes 50%, proceden de la zona urbana 55.2%, nivel de instrucción secundaria 70.7%, con antecedente familiar de Hipertensión Inducida de la Embarazo (HIE/PE); Pre-Eclampsia 8.6%, antecedente personal de HIE/PE 5.2%, nulíparas 37.9%, intervalo intergenésico de 2 a 5 años 87.9%, menos de 6 controles prenatales 60.3%, IMC normal 56.9% y

con una ganancia de peso óptima 60.0%; morbilidad durante el embarazo 60.3%, principalmente con anemia 50.0% e ITU 34.5%. Los factores asociados a hipertensión inducida del embarazo fueron menores de 20 años ($p=0.037$) y con menos de 6 controles prenatales ($p=0.041$). (12)

Rojas J, Iquitos (2017) realizó un estudio de tipo caso control, con el objetivo de determinar si la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo es un factor asociado para complicaciones obstétricas en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” 2016. En los resultados encontró: 62,8% tuvieron entre 20 a 34 años de edad; 62,8% convivientes; 69,2% tuvieron secundaria; 69,2% trabajadores del hogar; 64,1% de zona urbana. En las características obstétricas de las pacientes se encontraron: multíparas 43,6%; 56,4% edad gestacional de 37 a 41 semanas; el 57,7% tuvieron CPN adecuado; 74,4% parto por cesárea. Las complicaciones obstétricas que estuvieron asociadas a EHE fueron: parto pretérmino ($p=0,000$) y Oligohidramnios ($p=0,000$); desgarro perineal ($p=0,017$); hemorragia postparto ($p=0,012$) e infección de herida operatoria ($p=0,031$). (13)

Cáceres E, Iquitos (2019) realizó un estudio de tipo analítico, caso control y retrospectivo; con el objetivo de determinar los factores asociados a la mortalidad perinatal, en las gestantes atendidas en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas en el periodo Julio 2016 a junio 2017. Los resultados muestran que los factores de riesgo para mortalidad perinatal fueron de cuatro gestaciones a más; ausencia de control prenatal, edad gestacional de 28 a 36 semanas, preeclampsia, malaria, líquido amniótico y los factores del recién nacido fueron el sexo masculino, peso menor de 2,500, sepsis Neonatal, enfermedad Membrana Hialina y SALAM. (14)

Morey K, Iquitos (2021) realizó un estudio de tipo no experimental, diseño descriptivo, retrospectivo y correlacional; cuyo objetivo fue determinar la relación entre Preeclampsia y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, 2019. Los resultados fueron: En las características de las gestantes con Preeclampsia predominaron las edades entre 20 a 35 años, seguido de las convivientes, estudios secundarios, procedencia urbana y las que residieron en el distrito de Iquitos; El tipo de Preeclampsia que prevaleció en la muestra de estudio fue la Leve (20.1%), seguido del tipo severo (79.9%); El tipo de parto pretérmino que predominó fue el de tipo Vaginal. No se encontró relación significativa entre el tipo de parto Pretérmino con las características de las gestantes como; edad (0.744), estado civil (0.730), grado de instrucción (0.790) y procedencia (0.076) además del tipo de preeclampsia (0.335) sin embargo en la culminación de parto (0.000) se evidenció una asociación estadísticamente muy significativa. (15)

1.2 Bases teóricas.

1.2.1 Hipertensión en el embarazo.

El diagnóstico de hipertensión en el embarazo se realiza cuando en dos o más tomas separadas por 4 h, la paciente presenta una presión arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg y/o una PA diastólica ≥ 90 mmHg.

1.2.2 Clasificación.

Hipertensión crónica.

Hipertensión presente antes del inicio de la hipertensión diagnosticada después de la semana 20, pero que persiste a las 12 semanas tras el parto.

Preeclampsia-eclampsia.

Hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria. Excepcionalmente en casos de hídrops o enfermedad trofoblástica gestacional, la hipertensión puede aparecer antes de las 20 semanas.

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 horas).

También se catalogará de preeclampsia grave cualquier hipertensión que se acompañe de algún signo o síntoma de afectación multiorgánica:

- ✓ Oliguria < o igual 500 ml en orina de 24 horas
- ✓ Creatinina sérica > de 1.2 mg/dl
- ✓ Proteinuria > igual a 2gr en orina de 24 horas
- ✓ Alteraciones cerebrales o visuales
- ✓ Cefalea intensa, escotomas, visión borrosa
- ✓ Edema de pulmón o cianosis
- ✓ Dolor en epigastrio o hipocondrio derecho
- ✓ Alteraciones de las pruebas funcionales hepáticas
- ✓ Alteraciones hematológicas: trombocitopenia (< 100.000 uD
- ✓ CID, hemólisis
- ✓ Afectación placentaria con manifestaciones fetales

La eclampsia es la aparición, en una gestante con preeclampsia, de convulsiones tipo gran mal no atribuibles a otras causas (accidentes cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, lesiones del sistema nervioso central ocupantes de espacio, enfermedades infecciosas o enfermedades metabólicas).

Preeclampsia sobreañadida a hipertensión crónica.

El diagnóstico es difícil y se deberá sospechar siempre ante la aparición de uno o más de los signos o síntomas de afectación multiorgánica descritos antes en la preeclampsia. En gestantes con enfermedad renal crónica, el diagnóstico se realizará ante un incremento brusco de la hipertensión y de la proteinuria.

Hipertensión gestacional

Aparición de hipertensión sin proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Dentro de este grupo se incluyen un grupo heterogéneo de procesos cuyo diagnóstico se realizará, en la mayoría de ellos, de

forma retrospectiva. Así, una hipertensión gestacional puede corresponder a:

- Una preeclampsia en fase precoz en la que aún no haya aparecido la proteinuria.
- Una hipertensión transitoria en los casos en que sólo exista hipertensión que desaparezca dentro de las 12 semanas posparto.
- Una hipertensión crónica si persiste más allá de las 12 semanas posparto. (16)

1.2.3 Factores de incidencia y riesgo. (17) (18)

1. Las pacientes jóvenes y nulíparas son vulnerables a sufrir de preeclampsia, las mujeres mayores tienen un mayor riesgo de hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada.
2. Edad mayor de 35 años y menor de 20 años
3. Bajo nivel de instrucción
4. Diabetes
5. Preeclampsia previa
6. Hipertensión crónica
7. Índice de masa corporal mayor de 30
8. Embarazo gemelar actual
9. Predisposición genética: antecedente de hipertensión de madres o abuelas
10. Periodo intergenésico largo

1.2.4 Fisiopatología.

Un importante factor predisponente, es una respuesta materna anormal durante el periodo de placentación, pero no es la causa de la preeclampsia. Por lo tanto, la placentación anormal es una enfermedad independiente, producida por los genes fetales (paternos) que generan en la madre una respuesta inflamatoria exagerada, que

probablemente por una susceptibilidad particular del endotelio generada por factores de riesgo pre gestacionales como diabetes, hipertensión o enfermedades relacionadas con el endotelio desencadena el llamado síndrome materno de esta enfermedad. Una inadecuada remodelación de las arterias espiraladas genera un medio ambiente hipóxico que gatilla una compleja cascada de eventos que inducen una función endotelial anormal característica de la Preeclampsia. Esto modifica el tono y la permeabilidad vascular siendo la causa de la hipertensión y la proteinuria. La primera etapa de la enfermedad es asintomática, caracterizada por hipoperfusión e hipoxia placentaria generando trombosis e infarto en las vellosidades aumentando la producción y liberación de ciertos factores en la circulación materna que causan un estado de inflamación generalizada y activación del endotelio induciendo la segunda etapa de la enfermedad caracterizada por vasoconstricción, reducción del volumen plasmático y activación de la cascada de coagulación, siendo esta, la etapa sintomática o de diagnóstico clínico. El embarazo es un estado de inflamación sistémica con incremento de las citoquinas proinflamatorias y activación de la cascada de la coagulación, pero en la Preeclampsia este proceso inflamatorio se amplía incrementando la activación de granulocitos, monocitos y citoquinas pro-inflamatorias tales como la IL6 y el TNF- α si este proceso es causa o efecto de la enfermedad todavía no está claro. Las enfermedades que cursan con incremento de la inflamación como la diabetes gestacional aumentan el riesgo de desarrollar Preeclampsia y por lo tanto un tratamiento adecuado de esta patología reduce este riesgo. En el embarazo normal, antes de las 9 semanas de gestación, el trofoblasto invasor penetra las arterias espiraladas de la decidua materna formando tapones vasculares que actúan como una válvula que regula el flujo, siendo mínima la perfusión placentaria en esta etapa generando un medio ambiente hipóxico. Esta hipoxia inicial es considerada un importante mecanismo fisiológico porque aumenta la producción de

algunos factores angiogénicos favoreciendo la invasión trofoblástica. Luego de las 9 semanas comienza un proceso de recanalización que se completa a las 12 semanas, asociado a un aumento de la oxigenación. Este periodo es considerado un momento crítico para el crecimiento y la diferenciación del trofoblasto y es acompañado de un aumento de los marcadores de estrés oxidativo en la placenta. La remodelación de las arterias espiraladas por el citotrofoblasto invasor produce un efecto vasodilatador, que incluye un cambio en la túnica muscular con desaparición de las fibras musculares y reducción de la actividad adrenérgica, y también una mayor producción de prostaciclina y de óxido nítrico, aumentando así el flujo sanguíneo más de 10 veces. El resultado final es una circulación placentaria caracterizada por baja resistencia y alto flujo sanguíneo. Para producir estos cambios las células del citotrofoblasto invasor activan un intrincado programa de moléculas de adhesión cambiando su patrón epitelial (típico de sus células progenitoras) por un patrón típico de las células endoteliales. El endotelio de las arterias espiraladas es reemplazado por un pseudoendotelio compuesto por partes maternas y fetales, con todas las funciones de las células endoteliales, incluyendo la liberación de factores angiogénicos y sus receptores. Los análisis inmuno-histoquímicos de biopsias de la pared uterina obtenidas de pacientes con PE, muestran que el citotrofoblasto invasor conserva la expresión de los receptores de adhesión de las células progenitoras (epiteliales) fracasando en asumir el fenotipo endotelial y activar receptores que promuevan la invasión trofoblástica. Los estudios para evaluar el grado de remodelación de las arterias espiraladas están limitados por un acceso restringido a los tejidos placentarios en embarazos del 1^a trimestre, pero el ultrasonido Doppler puede reflejar en parte este proceso al medir el índice de resistencia de las arterias uterinas. Los factores angiogénicos y las citoquinas secretadas por las dNK en la interface feto-materna tienen un rol crucial en controlar las funciones del trofoblasto antes de la

remodelación de las arterias espiraladas. La respuesta inflamatoria característica en un embarazo de evolución normal comienza antes de la gestación con el depósito de antígenos paternos contenidos en el semen sobre el tracto genital femenino, provocando una cascada de eventos moleculares y celulares. El factor transformador del crecimiento beta 1 (TGF- β 1) una citoquina presente en abundancia en el plasma seminal inicia la respuesta inflamatoria por estimulación de la síntesis de citoquinas y quimioquinas pro-inflamatorias en los tejidos uterinos. Activa la población de linfocitos en los nódulos linfáticos y modifica la respuesta inmune generando una reducción de la respuesta en los linfocitos T específicos para los antígenos paternos, produciendo una fuerte reacción inmune tipo 2 e inhibiendo la respuesta tipo 1 asociada a complicaciones del embarazo. Las mujeres que han tenido exposición al esperma por un corto período de tiempo antes de la gestación, presentan un aumento del riesgo de preeclampsia, probablemente por una respuesta anormal materna a los antígenos paternos explicando porque es más frecuente en nulíparas, o en mujeres que cambian de pareja. (19)

1.2.5 Complicaciones. (20)

La presencia de náuseas y vómitos, el dolor epigástrico, las cefaleas y algunas variables en el laboratorio como elevados valores de LDH, hiperuricemia y aumento de las transaminasas, se vincularon con la posibilidad de desarrollar complicaciones maternas. En las circunstancias mencionadas, las probables complicaciones son:

- ✓ Hemorragia cerebral
- ✓ Isquemia y edema cerebral
- ✓ Edema agudo de pulmón cardiogénico o no cardiogénico
- ✓ Insuficiencia renal aguda oligoanúrica o no oligoanúrica
- ✓ Hematoma subcapsular hepático y hemoperitoneo

- ✓ Coagulopatía por consumo o coagulación intravascular diseminada
- ✓ Desprendimiento de placenta
- ✓ Eclampsia

Debe destacarse que, estas complicaciones podrán surgir aún en pacientes que presentan hipertensión leve a moderada y niveles relativamente bajos de proteinuria. Las formas graves que exhiben rápida progresión de la enfermedad, se vinculan con elevado riesgo de padecer desprendimiento placentario tanto en primigestas como en multíparas. La presencia de signos de irritabilidad uterina, manifestado por contracturas frecuentes o sostenidas y dolor hipogástrico, y/o desaceleraciones variables recurrentes o tardías, expresan la posibilidad de desprendimiento placentario en curso. La principal causa de mortalidad materna por preeclampsia en países desarrollados se vincula con la insuficiencia respiratoria.

La insuficiencia placentaria y el grado de prematurez ejercen un fuerte impacto sobre morbi-mortalidad perinatal:

- ✓ Bajo desarrollo fetal
- ✓ Muerte perinatal
- ✓ Prematuridad
- ✓ Apgar bajos al minuto
- ✓ Restricción de crecimiento intra uterino

Síndrome de HELLP.

El acrónimo HELLP significa hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas. La fisiopatología de esta enfermedad no está clara, pero se puede considerar la afectación hepática hematológica de la preclampsia. La hemólisis, las

enzimas hepáticas elevadas y el síndrome de bajo recuento de plaquetas se desarrollan en 0,1 a 0,8 de todos los embarazos, y en el 10-20% de las mujeres embarazadas con preclampsia severa / eclampsia. Aproximadamente un tercio de los diagnósticos del síndrome HELLP se realizan en el período posparto. En los pacientes con diagnóstico anteparto, el 10% de los diagnósticos se realizaron antes de la 27ª semana, el 20% después de la 37ª semana y el 70% entre la 27ª y la 37ª semana.

Parámetros para diagnóstico del síndrome HELLP

	Examen	Parámetro
Hemólisis cirugía de sangre periférica (esquistocitosis, anisocitosis, equinocitosis, poiquilocitosis)	Bilirrubina	>1.2 mg /dl
	Lactato deshidrogenasa	>600 u/l
Deterioro hepático	Transaminasa oxalacética glutámica en suero	>70 u/l
Trombocitopenia	Plaquetas	< 100 000/mm ³

La hemólisis, las enzimas hepáticas elevadas y el síndrome de bajo recuento de plaquetas están relacionados con la anemia hemolítica microangiopática y el vasoespasmo en el hígado materno. La sintomatología suele ser deficiente, y puede incluir malestar, epigastralgia, náuseas y dolor de cabeza. El grado de sospecha clínica de los casos de síndrome HELLP es muy importante. En presencia de trombocitopenia en un paciente con preclampsia, el síndrome HELLP debe ser fuertemente considerado. Muchos casos atraviesan días con un vago síntoma de malestar y el paciente presenta síntomas inespecíficos, similares a un resfriado, con dolor generalizado, náuseas y dolor epigástrico. Algunos estudios apuntan a una prevalencia variable

de los principales síntomas, tales como malestar (50 a 90%), dolor en el hipocondrio derecho o epigastralgia (30 a 90%) y náuseas y vómitos (20 a 50%); la proteinuria puede estar ausente. La confirmación diagnóstica del síndrome HELLP se realiza mediante pruebas de laboratorio, utilizando los parámetros de laboratorio descritos por Sibai. La trombocitopenia es la principal y más temprana modificación laboratorial encontrada. La aparición de anomalías de la coagulación, como cambios en el tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina y fibrinógeno, es poco frecuente. Cuando la trombocitopenia es grave. (7)

1.2.6 Objetivos del tratamiento.

- ✓ Controlar la hipertensión arterial
- ✓ Prevenir las convulsiones (sulfato de magnesio)
- ✓ Reducir la repercusión de la hipertensión arterial sobre órganos blancos: isquemia y hemorragia cerebral, necrosis centro lobulillar hepática, glomérulo endoteliosis, isquemia sub endocárdica.
- ✓ Evaluar la oportunidad de efectuar el parto de acuerdo con la condición fetal, dado que la enfermedad se resuelve con la interrupción del embarazo.

Las medidas generales incluyen el reposo en decúbito lateral izquierdo y una dieta normosódica. El uso de drogas para el control de la presión arterial deberá contemplar:

- ✓ La inocuidad del fármaco para el feto, evitando teratogenicidad y fetotoxicidad
- ✓ Mantener el flujo sanguíneo útero-placentario, cerebral y renal, evitando: la caída brusca de las cifras de hipertensión

inicial, los valores tensionales sistólicos menores de 140 mmHg y los diastólicos por debajo de 90 mmHg

En cuanto a la actitud terapéutica, ya realizada la completa evaluación materno-fetal, el principal objetivo inmediato será reducir y estabilizar la tensión arterial e iniciar la infusión con sulfato de magnesio en todos los casos de preeclampsia grave. (20)

1.2.7 Prevención.

Intentar desarrollar una medida preventiva eficaz, es de vital importancia, ya que la preeclampsia presenta un impacto negativo materno fetal, y a pesar de las medidas terapéuticas existentes, actualmente el único tratamiento curativo es el parto. La aspirina a bajas dosis, se ha convertido en la única estrategia preventiva que ha logrado tener validación y aprobación para utilizarla, generando una reducción del riesgo de preeclampsia y disminuyendo los resultados adversos asociados.

El uso de calcio por su efecto de producir óxido nítrico, también ha sido considerado efectivo en la práctica clínica como medida preventiva, sin tener la misma eficacia que la aspirina. Por lo cual, en aquellas pacientes que no alcanzan la cantidad diaria de 1 g de calcio, la Organización Mundial de la Salud, recomienda la suplementación con calcio elemental de 1.5 a 2 g al día.

El efecto por el cual se utilizan las bajas dosis de aspirina es debido a la disminución de la síntesis plaquetaria de tromboxano A₂, el cual es un vasoconstrictor fisiológico, además de mantener la secreción de prostaciclina en los vasos sanguíneos, el cual tiene un efecto vasodilatador. Ambos efectos, dan como resultado una la disminución en la resistencia vascular periférica.

Este mecanismo descrito, se logra con dosis bajas, mientras que las dosis altas de aspirina, no genera el mismo resultado, por ende, la estrategia de prevención se fundamenta a base de dosis bajas.

A pesar de su beneficio preventivo, la aspirina no se le administra a todas las embarazadas. Se recomienda iniciar la profilaxis en mujeres con alto riesgo de padecer preeclampsia, para lo cual es útil seguir los criterios recomendados por ACOG, quienes recomiendan iniciar la profilaxis en pacientes con embarazo múltiple, antecedente de embarazo previo con preeclampsia, hipertensas crónicas, diabéticas, nefrópatas, pacientes que padecen de enfermedad autoinmune, lupus, síndrome antifosfolípidos, pacientes con riesgo moderado de preeclampsia, mayores de 35 años, nulíparas, paciente con IMC mayor a 30 kg/m, antecedente heredo familiar de primer grado de preeclampsia, bajo nivel socioeconómico y raza afroamericana.

El momento de inicio de la profilaxis y la seguridad con el uso de dosis bajas son importantes. Se debe iniciar a inicios del segundo trimestre, de forma ideal antes de las 16 semanas de gestación, lo cual logra reducir hasta en un 70% el riesgo de este trastorno hipertensivo. En pacientes que tienen una edad gestacional mayor a 16 semanas y no han iniciado la profilaxis, iniciar hasta antes de las 28 semanas.

Los estudios demuestran que el riesgo de sangrado como efecto secundario a la aspirina, se presenta durante el primer trimestre del embarazo, por lo tanto, la seguridad de su uso, está garantizado durante el segundo y tercer trimestre.

La dosis exacta de aspirina para prevención no se ha definido, sin embargo, el rango de dosis bajas entre 50 a 150 mg cada día, tiene resultados similares y son las comúnmente usadas. A pesar de que existen estudios donde se ha utilizado la profilaxis hasta el parto sin asociarse a efectos secundarios materno fetales durante la labor de parto, algunos expertos recomiendan preferiblemente suspender la

aspirina a las 36 semanas de gestación o una semana anterior al parto, para evitar cualquier complicación.

En pacientes que padecen sobrepeso y obesidad, se recomienda la pérdida de peso previo al embarazo, debido a que podrían asociarse con disminución en el riesgo de desarrollar preeclampsia, como lo demuestran algunos estudios. (21)

1.2.8 Exámenes auxiliares. (18)

- ✓ Hemograma
- ✓ Grupo sanguínea y Factor Rh
- ✓ Proteinuria cualitativa con ácido sulfosalicilico
- ✓ Examen completo de orina
- ✓ Perfil de coagulación
- ✓ Función hepática: TGO, GP, LDH, bilirrubinas totales y fraccionadas
- ✓ Glucosa, urea, creatinina
- ✓ Proteinuria totales y fraccionadas
- ✓ Proteinuria de 24 horas
- ✓ Pruebas de bienestar fetal.

1.2.9 Recomendaciones de prácticas clínicas para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. (22)

Durante la atención prenatal	Durante el trabajo de parto y parto	Durante el post parto
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Administración de suplementos de calcio durante el embarazo en áreas donde el consumo de calcio es bajo ✓ Administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (aspirina, 75 mg) para prevenir la preeclampsia en las mujeres que tienen un riesgo alto de desarrollar la enfermedad. ✓ Antihipertensivos para embarazadas con hipertensión grave. ✓ En mujeres con preeclampsia grave, un feto viable y menos de 37 semanas de gestación, puede considerarse una política de conducta expectante, siempre que no haya hipertensión materna no controlada, disfunción orgánica materna en aumento ni sufrimiento fetal y que puedan monitorearse. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inducción del trabajo de parto en mujeres con preeclampsia grave cuando por su edad gestacional el feto no es viable o es poco probable que alcance la viabilidad en el plazo de una o dos semanas ✓ Acelerar el parto para mujeres con preeclampsia grave a término. ✓ Administración de sulfato de magnesio, con preferencia a otros anticonvulsivos, para prevenir la eclampsia en mujeres con preeclampsia grave. ✓ Administración de sulfato de magnesio, con preferencia a otros anticonvulsivos, para el tratamiento de mujeres con eclampsia ✓ Tratamiento completo con sulfato de magnesio por vía intravenosa o intramuscular para la prevención y el tratamiento de la eclampsia. ✓ En los ámbitos donde no es posible administrar el tratamiento completo con sulfato de magnesio, usar la dosis de impregnación de sulfato de magnesio seguida del traslado inmediato a un establecimiento asistencial de nivel superior para mujeres con preeclampsia o eclampsia graves 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Administración continua de antihipertensivos durante el período posparto para mujeres tratadas con antihipertensivos durante la asistencia prenatal. ✓ Antihipertensivos para mujeres con hipertensión posparto grave.

1.3 Definición de términos básicos.

➤ **Trastornos hipertensivos del embarazo.**

Alteraciones fisiopatológicas, las cuales generan un aumento de la presión arterial, que conllevan diversas complicaciones maternas y fetales.

➤ **Complicaciones maternas.**

Resultado desfavorable para la madre a causa de los trastornos hipertensivos del embarazo, que afecta su condición de salud o tratamiento.

➤ **Complicaciones perinatales**

Resultado desfavorable perinatal a causa de los trastornos hipertensivos del embarazo, que afecta su condición de salud o tratamiento.

CAPITULO II

2. Planteamiento del problema.

2.1 Descripción del problema.

Los trastornos hipertensivos, son una de las principales complicaciones que afectan el embarazo, lo cual los convierte en una de las causas más importante de alta tasa de morbilidad materna y fetal. El 80% de los casos aproximadamente, se presentan durante el término de la edad gestacional, mientras que el porcentaje restante inicia a edades gestacionales más tempranas. Esto presenta un impacto en el pronóstico y resultado final, debido que, a mayor edad gestacional, existe mejor pronóstico, sin embargo, a menores edades, el riesgo aumenta y los resultados son desfavorables. (21)

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 con 2.4% que en los países desarrollados que representa el 0.4% (23)

Así mismo la Organización Mundial de la Salud, señala que Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional, siendo la preeclampsia la segunda causa de muerte en el mundo con un 14%. (24)
(25)

Los últimos datos del Grupo Interagencial de Estimaciones de Mortalidad Materna de las Naciones Unidas indican que América Latina y el Caribe tienen una razón de mortalidad materna de 67,2 muertes por cada 100,000 nacidos vivos y la segunda causa más común en la región incluyen la hipertensión inducida por el embarazo. (26)

En el Perú en el año 2019 los trastornos hipertensivos fue la segunda causa de muerte materna con un 19.6% y para el año 2020 la primera causa de muerte con un 21.5%. Los departamentos que reportaron el mayor número de muertes maternas según ocurrencia fueron Lima Metropolitana (68), Loreto (41), Ucayali (27), Lambayeque (26), La Libertad (24), Junín (22). (27)

Según datos de la DIRESA – Loreto en el año 2020 se notificaron 41 muertes maternas, cifra que es igual al año 2008. Así mismo 9 de las muertes corresponden a trastornos hipertensivos, que representa el 22% del total de los casos, constituyendo la segunda causa de muerte materna en la región.

Lo que sería resultado de la pandemia de la COVID-19, las medidas restrictivas en la movilidad, el aislamiento, el cierre de algunos centros de atención de salud para mitigar el impacto de la COVID-19 han limitado los servicios de salud disponibles y han generado importantes barreras de acceso. La demanda a los servicios de salud también se ha visto afectada por el temor de la población al contagio, y los recursos económicos limitados o nulos, entre otros.

Así mismo según datos proporcionados por la jefatura de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Loreto, de enero a junio del 2021 se notificaron 5 muertes maternas, de las cuales 2 de las muertes fue a causa de los trastornos hipertensivos.

Los trastornos hipertensivos del embarazo complican la salud de la madre y del neonato. Alarcón A, en el año 2019 encontró en sus resultados de un estudio realizado en adolescentes en el hospital Regional de Cajamarca; prematuridad 48%; bajo peso 38%, sepsis 15%, ictericia 13%, dificultad respiratoria 12%, depresión al nacer 9%, policitemia 5%. Fallecieron 4% del total. (28)

Zaga A, Ticona M, Pérez R el 2020 publicaron un artículo con el objetivo de determinar los resultados maternos y perinatales de la preeclampsia en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna durante los años 2014 a 2018. Los resultados maternos asociados a la preeclampsia fueron: desprendimiento prematuro de placenta y muerte materna. Los resultados perinatales fueron: prematuridad pequeños para la edad gestacional, Apgar menor de 6 y mortalidad perinatal. (29)

Ríos M, en el año 2019 realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre la preeclampsia y la morbilidad materno – perinatal en el hospital II-2 Tarapoto setiembre 2017 a diciembre 2018. Se concluye que la preeclampsia está asociada al desprendimiento prematuro de placenta aumentando el riesgo hasta en 6.8 veces más, parto prematuro aumentando el riesgo hasta en 4.1 veces más. No existe relación entre la preeclampsia y la muerte del recién nacido. (30)

Por todo lo expuesto, la enfermedad hipertensiva del embarazo representa una amenaza para la salud materna y perinatal a nivel nacional y en la región, por lo que es importante plantearnos la siguiente interrogante: **¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastorno hipertensivo del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021?**

2.2 Formulación del problema.

2.1.1 Problema general.

¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021?

2.2.2. Problemas específicos.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021?
2. ¿Cuáles son los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021?
3. ¿Cuáles son las complicaciones maternas perinatales de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021?
4. ¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas perinatales con los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero a junio del 2021?

2.3 Objetivos.

2.3.1 Objetivo general.

Determinar la relación entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021

2.3.2 Objetivos específicos.

1. Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.
2. Identificar los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.
3. Identificar las complicaciones maternas y perinatales de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.
4. Relacionar las complicaciones maternas perinatales con los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero a junio del 2021.

2.4 Hipótesis.

Hipótesis nula (H_0)

No existe relación estadísticamente significativa entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastorno hipertensivo del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.

Hipótesis alterna (H_1)

Existe relación estadísticamente significativa entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.

2.5 Variables.

2.5.1 Identificación de variables.

Variable dependiente:

Complicaciones maternas perinatales

Variable independiente:

Tipos de trastornos hipertensivos:

- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia con criterios de severidad
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Hipertensión crónica más Preeclampsia sobre agregada
- Eclampsia

Características sociodemográficas de las pacientes con trastornos hipertensivos:

- Edad
- Nivel de instrucción
- Procedencia
- Estado civil
- Ocupación

Características obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos:

- Paridad
- Edad gestacional en el momento del parto
- Atención prenatal
- Vía de parto

2.5.2 Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
<p>Variable dependiente</p> <p>Complicaciones maternas y perinatales de los trastornos hipertensivos del embarazo.</p>	<p>Resultado desfavorable para la madre, feto y recién nacido a causa de los trastornos hipertensivos del embarazo, que afecta su condición de salud o tratamiento.</p>	<p>Complicaciones maternas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desprendimiento prematuro de placenta ✓ Síndrome de HELLP ✓ Oligoamnios ✓ Hemorragia puerperal ✓ Muerte materna ✓ Ninguna <p>Complicaciones perinatales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Prematuridad ✓ Bajo peso ✓ Depresión neonatal ✓ RCIU ✓ SDR ✓ Muerte perinatal 	<p>Complicaciones maternas:</p> <p>Desprendimiento prematuro de placenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No <p>Síndrome de HELLP:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No <p>Oligoamnios:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No <p>Hemorragia puerperal:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No <p>Muerte materna</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No <p>Ninguna</p> <p>Complicaciones perinatales:</p> <p>Prematuridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No <p>Bajo peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Si b. No <p>Depresión neonatal:</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Características obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos			c. Urbano marginal Ocupación: a. Ama de casa b. Estudiante c. Independiente	Cualitativa	Nominal
	Características obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos: Características obstétricas que presentan las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Paridad ✓ Edad gestacional en el momento del parto ✓ Atención prenatal ✓ Vía de parto 	Paridad: a. Primípara b. Multípara c. Gran multípara Edad gestacional en el momento del parto: a. 22 a 28 ss b. 29 a 36 ss c. 37 a 41 ss d. Mayor de 41 ss Atención prenatal: a. < de 6 atenciones b. 6 a más atenciones c. Ninguno Vía de parto: a. Vaginal b. Cesárea		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Trastornos hipertensivos del embarazo	Alteraciones fisiopatológicas, las cuales generan un aumento de la presión arterial, que conllevan diversas complicaciones maternas y fetales.	Referido a los datos consignados en la historia clínica. Según clasificación de "American College of obstetricans and Gynecologists" ➤ Hipertensión gestacional: Aparición de hipertensión sin proteinuria después de las 20 semanas de gestación. ➤ Preeclampsia con criterios de severidad: PAS > o igual a 160 mmHg o PAD < o igual a 110 mmHg, creatinina >1.1 mg/dl, proteinuria > 500 mg/dl, trombocitopenia, elevación de TGO, TGP, dolor en epigastrio o en cuadrante superior derecho, trastornos cerebrales o visuales ➤ Preeclampsia sin	Hipertensión gestacional: a. Si b. No Preeclampsia con criterios de severidad: a. Si b. No Preeclampsia sin criterios de severidad: a. Si b. No		

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
		<p>critérios de severidad: TA \geq 140/90 menor 160/110 Proteinuria (+) o mayor a 300mg/dl en 24 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada: Hipertensión crónica más proteinuria antes de las 20 semanas. ➤ Eclampsia: Presencia de convulsiones tónico- clónicas. 	<p>Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada:</p> <p>a. Si b. No</p> <p>Eclampsia:</p> <p>a. Si b. No</p>		

CAPÍTULO III

3. ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1 Tipo y diseño de investigación.

Estudio de tipo no experimental. El diseño de investigación fue:

Descriptivo: Porque el estudio permitió identificar las complicaciones maternas perinatales en las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo.

Correlacional: Porque el estudio relacionó las complicaciones maternas perinatales con los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo.

Corte transversal: Porque evaluó las variables una sola vez durante el período que ocurrió el estudio.

Retrospectivo: Porque el evento “complicaciones” ocurrió antes del estudio.

3.2 Población y muestra.

3.2.1 Población.

La población de estudio estuvo conformada por todas las historias clínicas de madres con diagnóstico de trastorno hipertensivo que se atendieron en el servicio de Gineco-obstetricia en el hospital Regional de Loreto, de enero a junio del 2021, que, según la Oficina de Estadística de la Institución, correspondieron a 185.

3.2.2 Muestra.

La muestra estuvo conformada por el 100 % de las pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo que se atendieron en el servicio de Gineco-obstetricia en el hospital Regional de Loreto, de enero a junio del 2021.

3.3 Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de todas las edades.
- Pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto
- Registros con datos completos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes no atendidas en el hospital Regional de Loreto
- Registros con datos incompletos.

3.4 Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos.

Técnicas:

Para el estudio se usó la técnica de la observación indirecta a través de la revisión de las historias clínicas maternas perinatales y de los libros de registros.

Instrumentos.

Se aplicó una ficha de recolección de datos, la cual fue sometida al proceso de validación por tres juicios de expertos, obteniendo una puntuación del 96%. La ficha de recolección de datos consta de tres partes:

I parte:

- Características sociodemográficas: edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia y ocupación.
- Características obstétricas: paridad, edad gestacional en el momento del parto, atención prenatal y vía de parto.

II Parte:

- Complicaciones maternas en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo.
- Complicaciones perinatales

III Parte:

- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia con criterios de severidad
- Preeclampsia sin criterios de severidad
- Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada
- Eclampsia

Procedimiento de recolección de datos.

- Se solicitó el permiso del Director y Jefe de departamento del Hospital Regional de Loreto.
- Se procedió a seleccionar las historias clínicas.
- Se procedió a llenar la ficha de recolección de datos

3.5 Procesamiento y análisis de datos.

Los datos fueron transferirlos a una base de datos en el programa SPSS versión 25, con un 95% de confiabilidad y significancia de alfa de 0.05, donde se analizaron los datos, para la tabulación y elaboración de las tablas de frecuencia, lo que permitió explicar los objetivos planteados.

3.6 Consideraciones éticas:

Para el presente estudio se contó con el permiso del Director, jefes de departamentos del Hospital Regional de Loreto; como el estudio consistió en la revisión de los libros de registros e historias clínicas, no fue necesaria la aplicación del consentimiento informado; se respetó la confidencialidad de la información obtenida, los cuales fueron usados únicamente en la presente investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS PACIENTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A JUNIO 2021

Tabla N^o 1

Características sociodemográficas de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021

Edad	N	%
12 a 19 años	39	21.1
20 a 34 años	116	62.7
Mayor de 35 años	30	16.2
Nivel de instrucción	N	%
Sin estudios	3	1.6
Primaria	35	18.9
Secundaria	121	65.4
Superior universitario	9	4.9
Técnico superior	17	9.2
Estado civil	N	%
Casada	7	3.8
Soltera	19	10.3
Conviviente	159	85.9
Procedencia	N	%
Rural	74	40,0
Urbano	94	50,8
Urbano marginal	17	9,2

Ocupación	N	%
Ama de casa	159	85,9
Estudiante	10	5,4
Independiente	16	8,6
Total	185	100

Fuente: Dpto. de Gineco-Obstetricia

Tabla N^a 1: Se observa que las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo tienen edades entre 20 a 34 años en el 62.7%, el 65.4% tienen nivel secundario, el 85.9% son convivientes, el 50.8% son de procedencia urbana y el 85.9% son amas de casa.

Tabla N^a 2

Características obstétricas de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021

Paridad	N	%
Primípara	66	35.7
Múltipara	103	55.7
Gran múltipara	16	8.6
Edad gestacional	N	%
22 a 28 semanas	2	1.1
29 a 36 semanas	123	66.5
37 a 41 semanas	60	32.4
Atención prenatal	N	%
Menor de 6	88	47.6
6 a más APN	91	49.2
Ninguno	6	3.2
Vía de parto	N	%
Vaginal	40	21.6
Cesárea	145	78.4
Total	185	100

Fuente: Dpto. de Gineco-Obstetricia

Tabla N^a 2: Se observa que 55.7% son múltiparas, el 66.5% tenían entre 29 a 36 semanas de gestación, el 50.8% tuvieron menos de 6 o ninguna atención prenatal (gestantes no controladas), y el 78.4% terminó en parto por cesárea.

Tabla N^a 3

**Tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en las
pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto
de enero a junio 2021**

Clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo	N	%
Hipertensión gestacional	16	8.6
Pre eclampsia con criterios de severidad	113	61.1
Pre eclampsia sin criterios de severidad	39	21.1
Hipertensión crónica más pre eclampsia sobre agregada	4	2.2
Eclampsia	13	7.0
Total	185	100

Fuente: Dpto. de Gineco-Obstetricia

Tabla N^a 3: se observa que el 61.1% fueron casos de preeclampsia con criterios de severidad, el 21.1% pre eclampsia sin criterios de severidad, el 8.6% fueron casos de hipertensión gestacional, el 7% pacientes con eclampsia y 2.2% casos con hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada.

Tabla N^a 4

Complicaciones maternas y perinatales de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021

Complicaciones maternas	N	%
Si	69	37.0
No	116	63.0
Total	185	100

Complicaciones perinatales	N	%
Si	136	73.5
No	49	26.5
Total	185	100

Fuente: Dpto. de Gineco-Obstetricia

Tabla N^a 4: el 37% de las pacientes con trastornos hipertensivo en el embarazo sí presentaron complicaciones durante el embarazo y post parto, mientras que el 63.0% no presentó ninguna complicación. Así mismo el 73.5% de los neonatos presentaron complicaciones al nacimiento y el 26.5% no presentó ninguna complicación.

Tabla N^a 5

Complicaciones maternas identificadas en pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021

Complicaciones maternas	N	%
Desprendimiento prematuro de placenta	16	8.4
Síndrome de HELLP	15	8.1
Hemorragia puerperal	6	3.2
Oligoamnios	30	16.2
Muerte materna	2	1.1
No	116	63.0
Total	185	100

Fuente: Dpto. de Gineco-Obstetricia

Tabla N^a 5: Se observa que el 16.2% presentaron Oligoamnios, valores de 8.4 % y 8.1% desprendimiento prematuro de placenta y síndrome de HELLP respectivamente, hemorragia puerperal el 3.2% y el 1.1% falleció a causa del trastorno hipertensivo del embarazo.

Tabla N^a 6

Complicaciones perinatales identificadas en pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021

Complicaciones perinatales	N	%
Prematuridad	60	32.5
Bajo peso al nacer	19	10.1
Restricción de crecimiento intrauterino	15	8.1
Depresión neonata	15	8.1
Síndrome de distres respiratorio	22	11.8
Muerte perinatal	5	3
No	49	26.5
Total	185	100

Fuente: Dpto. de Gineco-Obstetricia

Tabla N^a 6: se observa que el 32.5% de los neonatos fueron prematuros, el 11.8% presentaron síndrome de distres respiratorio, el 10.1% fueron de bajo peso, valores de 8.1% tuvieron restricción de crecimiento intrauterino y depresión neonatal y el 3% de los neonatos fallecieron.

Tabla Nª 7

Relación entre las complicaciones maternas y los trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021

Complicaciones maternas	Hipertensión gestacional		Preeclampsia con criterios de severidad		Preeclampsia sin criterios de severidad		Eclampsia		HTA Crónica más preeclampsia sobre agregada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desprendimiento prematuro de placenta	0	0.0	13	28.	2	33.3	1	8.	0	0.0	16	23.1
Síndrome de HELLP	0	0.0	11	24	0	0.0	4	31	0	0.0	15	22
Hemorragia post parto	2	67	2	4	0	0.0	2	15	0	0.0	6	8.6
Muerte materna	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	15	0	0.0	2	2.8
Oligoamnios	1	33	20	44	4	66.7	4	31	1	100	30	43.5
Total	3	100%	46	100%	6	100%	13	100%	1	100%	69	100%

p=0.0000

Tabla Nª 7: Se observa que el 44% de las pacientes que tuvieron preeclampsia con criterios de severidad se complicaron con Oligoamnios, seguido del desprendimiento prematuro de placenta en el 28%, estas cifras se elevaron en aquellas pacientes con preeclampsia sin criterios de severidad en el 66.7% y el 33. 3% respectivamente; así mismo en las pacientes con eclampsia valores del 31% presentaron Oligoamnios y síndrome de hellp y el 15% fallecieron. Según los resultados obtenidos se demuestra que existe relación significativa entre las complicaciones maternas y algún tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo, con un valor de $p=0.0000$.

Tabla N° 8

Relación entre las complicaciones perinatales y los trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.

Complicaciones perinatales	Hipertensión gestacional		Preeclampsia con criterios de severidad		Preeclampsia sin criterios de severidad		Eclampsia		HTA Crónica más preeclampsia sobre agregada		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prematuridad	4	40	41	47.1	5	41.6	7	36.8	3	37.5	60	44.2
Bajo peso al nacer	1	10	11	12.6	4	33.3	1	5.2	2	25	19	13.9
Depresión neonatal	2	20	9	10.3	1	8.3	2	10.5	1	12.5	15	11.0
Restricción de crecimiento intrauterino	2	20	9	10.3	1	8.3	2	10.5	1	12.5	15	11.0
Síndrome de distres respiratorio	1	10	15	17.2	1	8.3	5	26.3	0	0.0	22	16.2
Muerte perinatal	0	0.0	2	2.2	0	0.0	2	10.5	1	12.5	5	3.7
Total	10	100%	87	100%	12	100%	19	100%	8	100%	136	100%

p=0.0000

Tabla N^o 8: Se observa que el 44.2% de los neonatos de madres que tuvieron algún tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo fueron prematuros, los neonatos de las pacientes con eclampsia, en el 26.3% hicieron síndrome de distres respiratorio, mientras que las pacientes con hipertensión gestacional en el 20 % presentaron los neonatos restricción de crecimiento intrauterino y depresión neonatal. Según los resultados obtenidos se demuestra que existe relación significativa entre las complicaciones perinatales y algún tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo, con un valor de $p=0.0000$.

CAPÍTULO V

5.1 DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en 185 pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, atendidas en el Hospital Regional de Loreto. Dentro de las características sociodemográficas se encontró que las pacientes fueron adultas, comprendidas entre las edades de 20 a 34 años de edad en un 62.7%, similar al estudio realizado por Rojas J (13) que reporta que el 62.8% de las mujeres tenían entre 20 a 34 años. Sin embargo, difiere de los resultados de Romero J (4) que encuentra mayor frecuencia en mayores de 35 años y Gallo Ch (12) en menores de 20 años. Así mismo los resultados del estudio no se relacionan con la literatura revisada, que señala que los trastornos hipertensivos se relacionan con mayor frecuencia en menores de 20 años y mayores de 35 años. Esto explicaría que, independientemente de la edad de las pacientes el embarazo podría complicarse con algún tipo de trastorno hipertensivo.

La literatura revisada menciona que el bajo nivel de instrucción es un factor predisponente de los trastornos hipertensivos, en el estudio los resultados difieren de lo mencionado, y se encuentra predominó del nivel secundario en un 65.4%; los mismos resultados encontraron Flores M (9) y Gallo Ch (12) con un 77.5% y 70.7% respectivamente. Sin embargo, Coveñas C (7) reporta que el 54.5% de las mujeres de su estudio tenían nivel superior no universitario. Resultados contradictorios a la literatura, debido a que, a mayor nivel de instrucción las mujeres deberían tener mayor cuidado de su embarazo.

El estudio describe que las pacientes con estado civil conviviente tienen mayor riesgo de sufrir un trastorno hipertensivo durante el embarazo en un 85.9%, similar a Quispe K (8) y Flores M (9) con un 75.4% y 70% respectivamente. Esto podría deberse a que el estado civil de conviviente es una característica común en la población.

En procedencia, el 50.8% de las pacientes provenían de zona urbana, similar al estudio de Gallo Ch (12) que encuentra 55.2%, y Rojas J (13) 64.1%. Lo que no es similar a Izaguirre A y Col. (1) que reporta que las mujeres eran de zona rural en un 73.1%. En el estudio los resultados muestran que, a pesar que más de la mitad de las mujeres viven en zonas urbanas y tienen mayor acceso al servicio de salud y a recibir mayor información, estas se complican con algún tipo de trastorno hipertensivo.

En cuanto a la ocupación, se encontró que el 85.9% de las pacientes son amas de casa, similar al estudio de Quispe K (8) que reporta que el 79.7% eran amas de casa.

Con respecto a las características obstétricas, el porcentaje que predominó fue el grupo de multíparas con 55.7% y al revisar los hallazgos de Rojas J (13) se encuentra que el 43.6% tenían la misma característica; sin embargo, la literatura señala que las pacientes nulíparas son más vulnerables a sufrir de trastornos hipertensivos. Así mismo los resultados son diferentes a Mendoza M y Col. (5) que reporta que el 43.7% de las pacientes fueron primíparas, al igual que Dávalos M (6) en un 41.4%. Los resultados del estudio pueden explicarse, ya que las gestantes multíparas están en una mayor proporción en relación con las primíparas.

En relación a la edad gestacional, el trastorno hipertensivo en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto se presentó entre las 29 a 36 semanas de gestación en el 66.5%, similar a Quispe K (8) que encuentra que, el 15.3% tenían una edad gestacional menor de 36 semanas. Sin embargo, Dávalos M (6) y Rojas J (13) destacan mayor frecuencia de trastorno hipertensivos en gestaciones de 37 a 41 semanas con un 50.7% y 56.4% respectivamente. Los resultados encontrados demuestran que se tiene que seguir reforzando la información en cuanto a detección oportuna de señales de peligro.

En relación al número de atenciones prenatales, el 50.8% de las pacientes tenían menor de 6 o ninguna atención prenatal, similar a Mendoza M y Col. (5) que destacan en el 40.3% una atención prenatal inadecuado, así mismo Gallo Ch (12) reporta 60.3% menos de 6 atenciones prenatales. Lo que es importante remarcar la importancia de la calidad en las atenciones prenatales.

La vía de parto al término de la gestación fue por cesárea en un 78.4%, los mismos resultados reportó Flores M (9) con un 75%, los mismos que difieren de Izaguirre A y Col. (1) que destaca parto vaginal como final de la gestación en un 63.4%. Los resultados del estudio podrían explicarse debido a que, los trastornos hipertensivos del embarazo podrían complicar más aun la salud de la madre y/o perinatal por lo que se requiere de una rápida intervención en terminar la gestación.

Al identificar los tipo de trastorno hipertensivo, en el estudio se encontró que el 61.1% de las pacientes presentaron preeclampsia con criterios de severidad, seguido de preeclampsia sin criterios de severidad 21.1%, hipertensión gestacional 8.6%, eclampsia 7.0% e hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada 2.2%, similares resultados destaca Coveñas C (7) con 58.5% de preeclampsia con criterios de severidad, 18.2% de preeclampsia sin criterios de severidad

y 2.4% de eclampsias. Romero J (4) encuentra 40.9% de preeclampsia con criterios de severidad, 34.6% de hipertensión gestacional, 11.8% de preeclampsia sin criterios de severidad y 8.2% de hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada.

El 37% de las pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, con diagnóstico de trastorno hipertensivo se complicaron durante la gestación y en el post parto; siendo la mayor complicación el Oligoamnios con el 16.2%, desprendimiento prematuro de placenta, síndrome de HELLP 8.4% y 8.1% respectivamente, en el post parto la hemorragia puerperal en el 3.2% y dos muertes maternas con el 1.1%. Romero J (4) reporta una frecuencia del 12.7% de Oligoamnios, Coveñas C (7) hemorragia puerperal 40% y desprendimiento prematuro de placenta 19.6%; lo que se demuestra que las pacientes tienen un mayor riesgo de complicarse, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con un valor de $P=0.000$, resultados similares a lo encontrado por Rojas J (13) que encuentra relación significativa con prematuridad, Oligoamnios y hemorragia puerperal.

En relación a las complicaciones perinatales, se encuentra que el 73.5% tuvieron complicaciones; de las cuales el 32.5% fueron prematuros, bajo peso al nacer el 10.1%, SDR 11.8%, RCIU y depresión neonatal 8.1% y muerte perinatal 3%. Flores M (9) reporta una frecuencia del 25% de prematuridad, bajo peso al nacer 17.5%, depresión neonatal 15% y SDR 7.5%. Así mismo Dávalos M (6) encuentra 45.7% de prematuros y BPN 37.9%. Según los resultados obtenidos se encuentra relación significativa con un valor de $P=0.000$

5.2 CONCLUSIONES

1. En las características sociodemográficas identificadas en el estudio fueron: mayor frecuencia de mujeres entre 20 a 34 años de edad, grado de instrucción secundaria, estado civil conviviente, procedencia de zona urbana y de ocupación ama de casa. En las características obstétricas se identificó: predominio de gestantes multíparas, gestaciones de 29 a 36 semanas, con menos de 6 o ninguna atención prenatal y parto por cesárea.
2. El tipo de trastorno hipertensivo más frecuente fue: preeclampsia con criterios de severidad, seguido de preeclampsia sin criterios de severidad, hipertensión gestacional, eclampsia e hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobre agregada.
3. Las complicaciones maternas fueron: Oligoamnios, desprendimiento prematuro de placenta, síndrome de HELLP, hemorragia puerperal y una muerte materna. Dentro de las complicaciones perinatales: prematuridad, bajo peso al nacer, SDR, RCIU, depresión neonatal y muerte perinatal.
4. En relación entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastornos hipertensivos, se demostró que existe relación estadísticamente significativa entre ambas complicaciones y algún tipo de trastornos hipertensivos en el embarazo.

5.3 RECOMENDACIONES

1. Debido a que los trastornos hipertensivos en el embarazo son causa importante de complicaciones y de muerte materna, se recomienda programas sostenibles de difusión e información a la población en general, sobre aspectos preventivos a fin de disminuir su repercusión negativa en la salud de la madre y el recién nacido.
2. Apertura y fortalecimiento de la atención preconcepcional en los establecimientos de salud, a fin de detectar y modificar factores de riesgo, el cual permitirá preparar a la futura madre.
3. La atención prenatal es una estrategia y a la vez una oportunidad, el cual debe ser de calidad, a fin de reforzar en las pacientes la identificación de las señales de peligro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Izaguirre Gonzáles, AI; Cordón Fajardo, J; Ramírez Izcoa, A; Aguilar Reyes, V; Valladares Rivera, G; Cerna Lizardo, J; Et al. Resultados perinatales en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, Hospital Regional Santa Teresa, 2015. Revista médica Honduras. 2016; 84(1-2).
2. Maccas Chunchu RL. Complicaciones y secuelas de los trastornos hipertensivos en la madre, el feto y el recién nacido. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Machala-Ecuador. Universidad Técnica de Machala. 2017.
3. Morales García B, Moya Toneut C, Blanco Balbeiro N, Moya Arechavaleta N, Moya Arechavaleta A, Et al. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (2015-2016). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017; 43(2).
4. Romero Montes JL. Resultados maternos y perinatales en gestantes jóvenes con trastornos hipertensivos en la clínica de maternidad Rafael Calvo, durante 1 de agosto 2016 a 1 de agosto 2017. [Tesis para optar el título de Especialista en Gineco-Obstetricia] Cartagena de Indias-Colombia. Universidad Peruana de Cartagena. 2017.
5. Mendoza Cáceres, María Angélica; Moreno Pedraza, Laura Carolina; Becerra Mojica, Carlos Hernán; Díaz Martínez, Luis Alfonso. Desenlaces materno-fetales de los embarazos con trastornos hipertensivos: Un estudio transversal. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2020; 85(1).
6. Dávalos Boulanger V. Complicaciones materno perinatales de la preeclampsia en hospitalizadas de ginecoobstetricia del Hospital III José Cayetano Heredia- salud pública, enero - diciembre 2017. [Tesis

- para optar el título de Médico Cirujano] Piura-Perú. Universidad Nacional de Piura. 2018.
7. López Coveñas CZ. Complicaciones materno perinatales de la enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II-2 de Sullana 2017. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Piura-Perú. Universidad Nacional de Piura. 2018.
 8. Quispe Quille KN. Trastornos hipertensivos y sus complicaciones en el recién nacido de gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2015. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Lima-Perú. Universidad San Martín de Porres. 2019.
 9. Flores Cubas M. Preeclampsia en adolescentes y su relación con las complicaciones perinatales, Hospital San Juan de Lurigancho, 2017. [Tesis para optar el título de Licenciado en Obstetricia] Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2019.
 10. Ríos Bartra ME. Morbilidad materno – perinatal asociada a la preeclampsia en el Hospital II-2 Tarapoto setiembre 2017 a diciembre 2018. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Tarapoto-Perú. Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto. 2020.
 11. Mamani Contreras F. Trastorno hipertensivo en el embarazo relacionada a complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2019. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Ica-Perú. Universidad Autónoma de Ica. 2021.
 12. Gallo Paredes CE. Factores relacionados a la hipertensión inducida del embarazo en el Hospital III- Iquitos de EsSalud 2015. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Iquitos-Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2016.
 13. Rojas Dávila J. Enfermedad Hipertensiva del embarazo como factor asociado a complicaciones obstétricas en el Hospital regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias" 2016. [Tesis para optar el título

- de Médico Cirujano] Iquitos-Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2017.
14. Cáceres Weninger E. Factores asociados a la mortalidad perinatal, Hospital II de Yurimaguas, en el periodo julio 2016 - junio 2017. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Iquitos-Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2019.
 15. Morey Padilla KR. Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional de Loreto, 2019. [Tesis para optar el título de Obstetra] Iquitos-Perú. Universidad Científica del Perú. 2021.
 16. ELSEVIER R. Trastornos hipertensivos del embarazo | Progresos de. [Online].; 2007. Acceso 13 de Julio de 2021. Disponible en: <https://www.elsevier.es> › es-revista-progresos-obstetricia-g...
 17. Cunningham, F Gary; Leveno, Kenneth J; Bloom, Steven L; Dashe, Jodi S; Hoffman, Barbara L; Casey, Briam M; Spong, Catherine M. Williams Obstetricia. 25th ed. Cunningham, F Gary; Leveno, Kenneth J; Bloom, Stev , editor. Mexico: Mc Graw Hill Education; 2019.
 18. MINSA InMP. Guías de Practica Clínica para la atencion de emergencias obstétricas segun nivel de capacidad resolutive. I ed. MINSA , editor. Lima: Cinco editores; 2007.
 19. López, Nidia; Malamud , Julio; Córdova Papa, Sara Inés. FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA - FASGO. [Online].; 2017. Acceso 29 de Julio de 2021. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar> › archivos › consensos
 20. Malvino E. Preeclampsia Grave y Eclampsia - OBSTETRICIA CRÍTICA Es. [Online].; 2018. Acceso 1 de Agosto de 2021. Disponible en: <http://www.obstetriciacritica.com> › doc › Preeclamps...
 21. Pereira Calvo, Javier; Pereira Rodríguez, Juliana; Quiroz Figueroa, Luis. Actualizacion en preeclampsia. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(1).

22. OMS. RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA PREVENCIÓN. [Online].; 2013. Acceso 1 de Agosto de 2021. Disponible en: https://apps.who.int › WHO_RHR_14.17_spa.pdf
23. García ADJ, Jiménez Baez MV, Gonzáles Ortíz DG, De la Cruz Toledo P, Sandoval Jurado L, Kuc Peña M. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pácinetes con preeclampsia-eclampsia. Revista Enfermedades Inst Mexico. 2018; 26(4).
24. OMS. Mortalidad materna - WHO | World Health Organization. [Online].; 2019. Acceso 28 de Junio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int › ... › Notas descriptivas › Detail>
25. Guevara Ríos E. La preeclampsia, problema de Salud Pública. Revista Perú Investigación Materna Perinatal. 2019; 8(2).
26. UNFPA. Orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030. [Online].; 2021. Acceso 22 de Julio de 2021. Disponible en: <https://lac.unfpa.org › resources › consenso-estratégico-...>
27. Epidemiología CNd. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ - Centro Nacional de. [Online].; 2020. Acceso 2 de Agosto de 2021. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe › vigilancia › boletines>
28. Alarcón Saldaña AA. Complicaciones Perinatales en neonatos de madres con preeclampsia hospitalizados en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2018. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Cajamarca-Perú. Universidad Nacional de Cajamarca. 2019.
29. Farfan Zaga, Angela; Ticona Rendón , Manuel; Pérez Mamani Rubens. Resultados Maternos Y Perinatales De Preeclampsia En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna. 2020. <http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/878>.
30. Ríos Bartra E. Relación entre la preeclampsia y la morbilidad materno – perinatal en el hospital II-2 Tarapoto setiembre 2017 a diciembre 2018. <http://hdl.handle.net/11458/3688>.

ANEXOS

Anexo N° 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO ENERO A JUNIO 2021

N° de ficha.....

I. Parte:

Características sociodemográficas

1. Edad:

- a. De 12 a 19 años
- b. 20 a 34 años
- c. Mayor de 35 años

2. Nivel de instrucción:

- a. Sin estudios
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior universitario
- e. Técnico

1. Estado civil:

- a. Casada
- b. Soltera
- c. Conviviente
- d. Separada

2. Procedencia:

- a. Rural
- b. Urbano
- c. Urbano marginal

3. Ocupación:

- a. Ama de casa
- b. Estudiante
- c. Independiente

Características obstétricas:

1. Paridad:

- a. Primípara
- b. Multípara
- c. Gran multípara

2. Edad gestacional en el momento del parto:

- a. 22 a 28 ss
- b. 29 a 36 ss
- c. 37 a 41 ss
- d. Mayor de 41 ss

3. Atención prenatal:

- a. Menor de 6 APN
- b. 6 a mas APN
- c. Ninguno

4. Vía de parto:

- a. Vaginal
- b. Cesárea

II Parte

Complicaciones maternas:

- 1. Desprendimiento prematuro de placenta:
 - a. Si
 - b. No
- 2. Síndrome de HELLP:
 - a. Si
 - b. No
- 3. Oligoamnios:
 - a. Si
 - b. No
- 4. Hemorragia puerperal:
 - a. Si
 - b. No

- 5. Muerte materna
 - a. Si
 - b. No
- 6. Ninguna

Complicaciones perinatales:

- 1. Prematuridad:
 - a. Si
 - b. No
- 2. Bajo peso al nacer:
 - a. Si
 - b. No
- 3. Depresión neonatal:
 - a. Si
 - b. No
- 4. RCIU
 - a. Si
 - b. No
- 5. SDR
 - a. Si
 - b. No
- 6. Muerte perinatal
 - a. Si
 - b. No

II. Parte

Tipos de trastornos hipertensivos del embarazo:

- 1. Hipertensión gestacional:
 - a. Si
 - b. No
- 2. Preeclampsia con criterios de severidad:
 - a. Si
 - b. No
- 3. Preeclampsia sin criterios de severidad:
 - a. Si
 - b. No
- 4. Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada:
 - a. Si
 - b. No
- 5. Eclampsia:
 - a. Si
 - b. No

Anexo N° 2

ESCALA DE CALIFICACIÓN PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, ENERO A JUNIO 2021

Nombre del experto:.....

Instrumento:.....

Fecha:.....

Institución a la que pertenece el experto:.....

Estimado (a): Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X en **SI** o **NO** en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. La estructura del instrumento es adecuado			
2. El instrumento responde a los objetivos del estudio			
3. El instrumento recoge información que permite responder la pregunta de investigación			
4. Las preguntas son claras y entendibles			
Las preguntas están formuladas de acuerdo al tipo de sujetos que se pretende aplicar			
5. Las preguntas están orientadas a medir las variables			
6. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.			

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Titulo	Problema general y específico	Objetivo general y específico	Hipótesis general	Variables e indicadores	Tipo y diseño de investigación	Población y muestra de estudio
<p>Complicaciones materno perinatales de los trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital Regional de Loreto, enero a junio 2021</p>	<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastorno hipertensivo del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021?</p> <p>2. ¿Cuáles son los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en las pacientes atendidas en</p>	<p>Objetivo general. Determinar la relación entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastorno hipertensivo del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>1. Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.</p> <p>2. Identificar los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en las pacientes atendidas en el Hospital Regional de</p>	<p>Hipótesis alterna (H₀) No existe relación estadísticamente significativa entre las complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastorno hipertensivo del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.</p> <p>Hipótesis alterna (H₁) Existe relación estadísticamente significativa entre las</p>	<p>Variable dependiente: Complicaciones maternas y perinatales</p> <p>Variable independiente:</p> <p>Tipos de trastornos hipertensivos del embarazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión gestacional - Preeclampsia con criterios de severidad - Preeclampsia sin criterios de severidad - Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada - Eclampsia 	<p>Tipo: No experimental</p> <p>Diseño: Descriptivo Correlacional Corte transversal Retrospectivo</p>	<p>Población: Conformada por el total de las historias clínicas de madres con diagnóstico de trastorno hipertensivo que se atendieron en el servicio de Gineco-obstetricia en el hospital Regional de Loreto, de enero a junio del 2021, que, según la Oficina de Estadística de la Institución, correspondieron a 185.</p> <p>Muestra.</p>

	<p>el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021?</p> <p>3. ¿Cuáles son las complicaciones maternas perinatales de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre las complicaciones maternas perinatales con los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero a junio del 2021?</p>	<p>Loreto de enero a junio 2021.</p> <p>3. Identificar las complicaciones maternas y perinatales de las pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.</p> <p>4. Relacionar las complicaciones maternas perinatales con los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, enero a junio del 2021.</p>	<p>complicaciones maternas perinatales y los tipos de trastorno hipertensivo del embarazo en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a junio 2021.</p>	<p>Características sociodemográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Grado de instrucción - Procedencia - Estado civil - Ocupación <p>Características obstétricas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paridad - Edad gestacional en el momento del parto - Atención prenatal - Vía de parto 		<p>La muestra estará conformada por el 100 % de las pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo.</p> <p>Tipo de muestreo: por conveniencia</p>
--	--	--	---	---	--	--