

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES EN LAS
GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL
EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A
DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

FIGURELLA EMPERATRIZ OLIVARES SANTIAGO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

DR. ALBERTO CASAS LUCICH

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido llegar hasta este momento, a mis padres por su esfuerzo y apoyo incondicional y a todos los docentes que me inculcaron sus conocimientos para desenvolvernos como futuro médico.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis padres: Rubén Olivares Peña y Jenny Santiago Diaz por todo el amor que siempre me han expresado y por cada palabra de aliento y apoyo que me han dado, así mismo a mi hermanita Hasty Olivares Santiago quien nunca dejo que desvanezca y me alentó cada día, permitiéndome llegar a alcanzar el final del camino de esta hermosa carrera.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La hipertensión arterial durante el embarazo actualmente denominada trastorno hipertensivo del embarazo son causa importante de morbilidad grave, discapacidad crónica y muerte entre la madre y su producto.

OBJETIVOS: Determinar las complicaciones maternas y fetales en las gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo que fueron cesareadas.

MÉTODOS: Es un estudio de nivel Observacional, tipo descriptivo y diseño retrospectivo, longitudinal realizado en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016, de una población de 3001 gestantes que concluyeron en parto distócico, 203 presentaron el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, siendo de estas gestantes solo 82 las historias clínicas que se consideraron como unidad de estudio ya que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión; para luego proceder a la revisión de estas historias clínicas obstétricas y recolectar información a través de una ficha de recolección de datos previamente revisada por juicio de expertos.

RESULTADOS: Se obtuvo que el tipo de Trastorno Hipertensivo del Embarazo más frecuente fue la Preeclampsia en 68,3%, que al antecedente materno más predominante fue el tener un antecedente familiar patológico seguido de la Obesidad materna pregestacional en un 46,3% y 35,4% respectivamente, así mismo dentro de las características maternas generales más resaltantes la suma de las edades extremas maternas (<19 años y > de 35 años) fueron en un 41,4% y la nuliparidad en 47,6%. Con respecto a las complicaciones maternas más frecuentes se hallaron: la Preeclampsia severa (63,4%), Otras complicaciones maternas (26,9%) y el Síndrome de HELLP (17,1%); así como dentro de las complicaciones fetales más frecuentes se encontraron: la Prematuridad (34,1%), el SFA/PBF (15,9%) y la presencia de un caso de muerte fetal (1,2%).

CONCLUSIONES: Las complicaciones maternas tuvieron una mayor incidencia versus a las complicaciones fetales en las gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo que fueron cesareadas durante el periodo de estudio.

PALABRAS CLAVES: Trastorno Hipertensivo del Embarazo, complicaciones maternas. Complicaciones fetales

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hypertension during pregnancy, currently called hypertensive disorder of pregnancy, is an important cause of severe morbidity, chronic disability and death between the mother and her product.

OBJECTIVES: To determine maternal and fetal complications in pregnant women with hypertensive disorder of pregnancy that were cesarean.

METHODS: This is an Observational level study, descriptive type and retrospective, longitudinal design carried out in the Regional Hospital of Ica from January to December 2015 to 2016, from a population of 3001 pregnant women who ended in dystocic birth, 203 presented the diagnosis of disorder hypertensive of pregnancy, being of these pregnant women only 82 the clinical histories that were considered as unit of study since they met the inclusion and exclusion criteria; to then proceed to review these obstetric medical records and collect information through a data collection form previously reviewed by expert judgment.

RESULTS: The most frequent type of Hypertensive Disorder of Pregnancy was Preeclampsia in 68.3%, that the most predominant maternal history was having a family history followed by pregestational maternal Obesity in 46.3% and 35,4% respectively, likewise within the most outstanding general maternal characteristics the sum of the extreme maternal ages (<19 years and> of 35 years) were in 41.4% and nulliparity in 47.6%. With regard to the most frequent maternal complications were found: severe preclampsia (63.4%), other maternal complications (26.9%) and Hellp's syndrome (17.1%); as well as within the most frequent fetal complications were: Prematurity (34.1%), SFA / PBF (15.9%) and the presence of a case of fetal death (1.2%).

CONCLUSIONS: Maternal complications had a greater incidence versus fetal complications in pregnant women with Hypertensive Disorder of Pregnancy that were cesarean during the study period.

KEYWORDS: Pregnancy Hypertensive Disorder, maternal complications. Fetal complications

PRESENTACIÓN

La hipertensión arterial durante el embarazo actualmente denominada trastorno hipertensivo del embarazo, son causa de importante morbilidad, discapacidad a largo plazo e incluso mortalidad de la madre y su producto, alcanzando cifras estadísticas muy altas de morbimortalidad a nivel nacional e internacional, por lo que aún son considerados un problema de salud pública mundial.

Es por tal motivo que debido a la problemática de esta entidad con el presente trabajo se busca obtener una mayor información sobre las complicaciones maternas y fetales más frecuentes en las gestantes con Trastorno Hipertensivo del embarazo que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica; lo que resulta indispensable así mismo para el personal de salud que labora en el área de Obstetricia, ya que al conocer la magnitud de las complicaciones y al identificar oportunamente los factores de riesgo intervinientes se mejoraría en el adecuado llenado de las historias clínicas, en la supervisión del cumplimiento de los controles prenatales y en el manejo de las gestantes en riesgo.

Encontrándose el trabajo estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo I, se expone el planteamiento y formulación del problema, la justificación de este, los objetivos generales y específicos, así como el propósito del estudio.

En el capítulo II, se hace mención a una revisión de los antecedentes bibliográficos nacionales e internacionales, continuando con la base teórica actualizada, las variables y la definición operacional de términos.

En el capítulo III, se explica la metodología del trabajo, considerando el tipo de estudio, el área de estudio, la población, la muestra, la técnica e instrumento de recolección de datos y el procesamiento, así como el análisis de datos.

En el capítulo IV, se abordan los resultados, la discusión y finalmente en el capítulo V, se presenta las conclusiones y recomendaciones de estudio.

ÍNDICE

CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS.....	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.4. OBJETIVOS	2
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	2
1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	2
1.5. PROPÓSITO	2
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	3
2.2. BASE TEÓRICA.....	5
2.2.1. TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	5
2.2.2. COMPLICACIONES FETALES	7
2.2.3. COMPLICACIONES MATERNAS.....	7
2.3. HIPÓTESIS	8
2.4. VARIABLES	8
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.....	9
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	17
3.1. TIPO DE ESTUDIO	17
3.2. ÁREA DE ESTUDIO	17

3.3.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	17
3.3.1.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	17
3.3.2.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	18
3.5.	DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	18
3.6.	PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	18
CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS		19
4.1.	RESULTADOS	19
4.2.	DISCUSIÓN	28
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		33
5.1.	CONCLUSIONES.....	33
5.2.	RECOMENDACIONES.....	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		35
BIBLIOGRAFÍA.....		43
ANEXOS		44

LISTA DE TABLAS

TABLA N°01 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN LAS GESTANTES QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 19

TABLA N°02 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ANTECEDENTES MATERNOS ENCONTRADOS EN LAS GESTANTES QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 20

TABLA N°03 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 21

TABLA N°04 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES FETALES EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 22

TABLA N°05 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS EDADES MATERNAS EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 23

TABLA N°06 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 24

TABLA N°07 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA PARIDAD MATERNA EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 25

TABLA N°08 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 26

TABLA N°09 FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL SEXO FETAL DE LOS PRODUCTOS DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 27

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°01 PORCENTAJE DE LOS TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN LAS GESTANTES QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 19

GRÁFICO N°02 PORCENTAJE DE LOS ANTECEDENTES MATERNOS ENCONTRADOS EN LAS GESTANTES QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 20

GRÁFICO N°03 PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 21

GRÁFICO N°04 PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES FETALES EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 22

GRÁFICO N°05 PORCENTAJE DE LAS EDADES MATERNAS EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 23

GRÁFICO N°06 PORCENTAJE DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 24

GRÁFICO N°07 PORCENTAJE DE LA PARIDAD MATERNA EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 25

GRÁFICO N°08 PORCENTAJE DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 26

GRÁFICO N°09 PORCENTAJE DEL SEXO FETAL DE LOS PRODUCTOS DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016. Pag. 27

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N°01 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	Pag.	45
ANEXO N°02 INSTRUMENTO	Pag.	46
ANEXO N°03 VALIDEZ DE INSTRUMENTO - CONSULTA DE EXPERTOS	Pag.	49
ANEXO N°04 MATRIZ DE CONSISTENCIA	Pag.	55
ANEXO N°05 PERMISO DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRÍCIA	Pag.	56

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“La hipertensión inducida por el embarazo es considerada por la Organización mundial de la Salud como un programa prioritario de salud en el mundo”, y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología respalda lo anterior al mencionar que “a escala mundial cada año los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan unas 50 000 muertes maternas y 900 000 perinatales”; siendo para el año 2015 en el Perú considerada la segunda causa de muerte fetal y la tercera de muerte materna.

Por lo que es importante considerarla como de naturaleza progresiva, la cual inicia con una evolución clínica lenta pero que finalmente puede expresarse súbitamente en sus formas más graves, siendo esto lo que motivó al presente trabajo en querer reconocer las complicaciones a corto plazo que conlleva los trastornos hipertensivos del embarazo sobre la madre y su producto.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio resulta indispensable para el personal de salud que labora en el área de Obstetricia ya que al poder reconocer la magnitud de las complicaciones y al identificar precozmente aquellos factores de riesgo intervinientes se mejorará en el adecuado llenado de las historias clínicas, en el cumplimiento de los controles prenatales y en el manejo de las gestantes que ponen en peligro su vida y la de su neonato^(1,2). A su vez se desea ser fuente de información significativa, y así también contribuir en un futuro a incentivar en el diseño de estudios de seguimiento de los factores de riesgo preconceptionales y de la repercusión a largo plazo de esta patología sobre el binomio madre-niño.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Reconocer las complicaciones maternas y fetales en las gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Encontrar el tipo más frecuente de Trastorno hipertensivo del embarazo en las gestantes antes de su ingreso a SOP.
- Identificar el antecedente materno más frecuente en las gestantes con diagnóstico de Trastorno hipertensivo del embarazo y que tuvieron alguna complicación materna y/o fetal antes de su ingreso a SOP.
- Reconocer la complicación materna más frecuente en las gestantes con diagnóstico de Trastorno hipertensivo del embarazo antes de su ingreso a SOP.
- Reconocer la complicación fetal más frecuente en las gestantes con diagnóstico de Trastorno hipertensivo del embarazo antes de su ingreso a SOP.
- Identificar la característica materna general más resaltante en las gestantes con diagnóstico de Trastorno hipertensivo del embarazo antes de su ingreso a SOP.

1.5. PROPÓSITO

El propósito del presente trabajo es obtener una mayor información sobre las complicaciones maternas y fetales más frecuentes en las gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo que fueron cesareadas en el Hospital regional de Ica en los años 2015 al 2016.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

“Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013”⁽³⁾

Roxana Quispe y colab. realizaron un estudio descriptivo, transversal, tipo serie de casos, en el que consideraron 62 pacientes cuya historia clínica consigna el diagnóstico de Sd Hipertensivo Gestacional durante el año 2013, en el Hospital Santa María del Socorro de Ica. Dentro de los resultados se menciona que las edades reproductivas o edades no extremas de la vida fueron un 60%, así mismo señalan que a diferencia de otros estudios dentro de las características ginecoobstétricas con mayor frecuencia se presentaron la gestación a término en 80%; multíparas en el 66% y con adecuado control prenatal en el 94%, en cuanto al término de la gestación esta fue mediante cesárea en un 81%. Simultáneamente muestran que las complicaciones maternas encontradas fueron la eclampsia y abrupto placentario en un 3%, sin presentarse ninguna muerte materna; y dentro de las complicaciones fetales halladas encontraron retardo de crecimiento intrauterino en un 13%, sufrimiento fetal agudo en un 5% y muerte fetal en 2%.

“Repercusión de la preeclampsia eclampsia (PE/E) en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006, en el año 2014”⁽⁴⁾

José Pacheco y otros realizaron un estudio observacional, asociativo, que evaluó los registros de gestantes atendidas durante los años 2000 a 2006 en 28 hospitales del Ministerio de Salud de las diferentes regiones del Perú, incluyendo en su estudio a las que no presentaron PE/E en un 94,9%, y las que si tuvieron PE/E en un 5,1%, siendo de estas el 4,8% con PE y 0,24% con E. Encontrando que en relación a aquellas que no presentaron PE/E: la edad materna juvenil y añosa tiene mayor probabilidad significativa de desarrollar E (44,8%) y PE (15,6%) respectivamente, en cuanto al grado de instrucción fue el analfabetismo quien tuvo más asociación con la presencia de E (3,99%), que la vía del parto que más incidió fue la cesárea dos veces más en la PE (60,7%) y tres veces más en la E (86,2%), que simultáneamente la repercusión materna fue el DPP quien ocurrió 9,66 veces más en las E representado por el 3%, y que el producto masculino tuvo mayor predominio en la PE (53,2%) y la E (55,4%) . A su vez menciona que el peso del

RN fue menor tres y cuatro veces más en el hijo de PE en un 17,9% y E en un 23,66%, así como el APGAR bajo que requirió reanimación mayor en la E (14,2%); finalmente que la mortalidad materna y neonatal son más presentes en la E representado por 1% y 5% respectivamente.

“Resultados maternos y perinatales en gestantes con eclampsia, 2015”⁽⁵⁾

Yeh Ling Yiin y otros realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico llevado a cabo en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor en Ecuador durante el año 2012, en donde ingresaron 26 113 gestantes y de las cuales solo se utilizaron como muestra a 133 gestantes con el diagnóstico de eclampsia (E), con el objetivo de analizar los resultados maternos y perinatales de estas gestantes. Encontrando una incidencia del 0,5% de gestantes con eclampsia, que la edad materna de predominio fue la adolescente en el 50,4%, así como las nulíparas en el 77,4%, que su presentación mayor fue la intraparto en 41,3% y la tasa de cesárea muy elevada en un 92,5%. En cuanto a las complicaciones maternas-fetales mencionan que se evidenciaron en un 30%, siendo la de mayor frecuencia el Síndrome de HELLP en un 15,8%, el Oligoamnios en un 14,3%, seguido del monitoreo fetal alterado en un 8,3%, aunque también se señalan 2 casos de muerte materna en un 1,5% por ACV y otra por hemorragia intracerebral, y 7 casos de muerte fetal en un 6,2%; finalmente en relación a las complicaciones neonatales el 73,2% tuvieron bajo peso al nacer, el 52,7% fueron pre términos, el 9,8% fueron RCIU y hubo un 6,2% de muertes neonatales.

“Preeclampsia grave: características y consecuencias, 2016”⁽⁶⁾

Arturo Pérez de Villa Amil Álvarez y colab. realizaron un estudio de serie de casos, con 69 pacientes diagnosticadas con preeclampsia grave (PEG) del año 2012 al 2013, atendidas en la maternidad del “Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, del total las clasificaron en 2 grupos, ambos con los criterios de PEG diferenciando entre ambos por la presencia de factores o signos de agravamiento, con el objetivo de identificar los factores maternos, y daños asociados en gestantes y su producto. Encontrando que el rango de edades más frecuente fue de 31 a 35 años (14,9%), que el presentar HTA como antecedente materno fue un 17,4 %, que la mayoría son nulíparas (65,2%), que la vía del parto fue la cesárea (81,2%) siendo la principal causa por agravamiento de la

enfermedad materna (62,7%) seguida de las alteración fetales (25,4%), así como los factores agravantes más frecuentes fueron la Proteinuria (54,3%) y RCIU(57,1%). Referente al daño neonatal en los dos grupos se señala fue en un 55%, donde los pre término fueron mayor encontrarlos en el grupo 2 (74,2%), así como en ambos la dificultad respiratoria (44,4%) asociado a ser neonatos que requirieron ventilación mecánica, y en cuanto al daño materno (30%) fue predominante el hematoma retro placentario (13%) y la E (11%). Referente a la mortalidad neonatal se presentó en un 7,7% del total y la mortalidad fetal en un 11,4% solo en el grupo 2, sin presenciarse mortalidad materna en este estudio. Concluyendo que hay un alto índice de cesáreas, y que existe un elevado daño materno, neonatal y fetal.

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

EPIDEMIOLOGÍA. – El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) menciona que “a escala mundial cada año los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan unas 50 000 muertes maternas y 900 000 perinatales” ⁽⁷⁾, por lo que aún son considerados un problema de salud pública mundial ^(8,9); siendo en el Perú para el año 2015 considerada la segunda causa de muerte fetal por asfixia intrauterina y la tercera de muerte materna luego de las muertes maternas indirectas y las hemorragias obstétricas ^(10,11).

DEFINICIÓN. – “El término Estado Hipertensivo del Embarazo describe un amplio espectro de condiciones, con elevación de la tensión arterial cuyo rango fluctúa entre leve a hipertensión severa mas daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal” ^(12,13).

FISIOPATOLOGÍA.- A pesar de la amplias investigaciones, hasta la actualidad la etiología y fisiopatología de esta entidad no están por completo definidas, y se hace mención que existirían diversas vías y mecanismos complejos que asociados a factores genéticos e inmunológicos serían los que estarían implicados al inicio de la enfermedad, así mismo que no solo la presencia del tejido placentario explicar el origen de este sino también la

presencia del feto, dando lugar finalmente al daño del endotelio vascular, lo que provoca vasoconstricción periférica, aumento de la resistencia periférica y por consiguiente la disfunción del vascular^(14,15,16).

CLASIFICACIÓN. – La “Task Force on Hypertension in Pregnancy”, quien agrupa a expertos de diferentes disciplinas y al grupo directivo del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), estableció nuevas guías en la clasificación de esta enfermedad, siendo estas la siguientes ⁽¹⁷⁾:

- “Pre eclampsia – eclampsia”
- “Hipertensión arterial crónica”
- “Hipertensión arterial crónica con pre eclampsia sobreañadida”
- “Hipertensión gestacional”

DIAGNÓSTICO. - En la evaluación diagnóstica, se tomará en cuenta los siguientes datos obtenidos ⁽¹⁸⁾:

- Historia clínica prenatal Donde se tendrán en cuenta los factores de riesgo y sintomatología de la paciente, dentro de estos factores clínicos de riesgo para la preeclampsia según el ACOG y SOCG en el año 2013
 - Primiparidad
 - Embarazo previo con pre eclampsia
 - HTA crónica, enfermedad renal crónica o ambas
 - Historia de trombofilia
 - Embarazo multifetal, siendo la gestación triple un mayor riesgo que el embarazo gemelar
 - Fertilización invitro
 - Pariente en primer grado con historia de preeclampsia
 - Factores de riesgo cardiovascular
 - Diabetes Mellitus tipo II
 - Obesidad
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Edad materna avanzada mayor de 40 años
- Hallazgos al examen físico que permitirá confirmar y corroborar los signos descritos de los diferentes estadios

- Criterios según el ACOG
 - “PAS \geq 140 o PAD \geq 90 mm de Hg en 2 mediciones con diferenciadas por 4 horas, luego de las 20 semanas de EG en mujer con PA anterior normal”
 - PAS \geq 160 o PAD \geq 110 mm de Hg en corto tiempo (minutos)
- Criterios según la SOCG
 - “PAS \geq 140 y/o \geq 90 mm de Hg en 2 mediciones con diferencia 15 minutos de diferencia”
- Resultado de los exámenes paraclínicos Se recomienda en general pedir el denominado “Perfil de Preeclampsia” que incluye Grupo sanguíneo y factor, Hemograma completo, Glicemia, Perfil Hepático (TGO, TGP, FA, DHL, PT, PF), Perfil Renal (Creatinina, Nitrógeno ureico), así como VSG, Recuento manual de plaquetas, Examen completo de orina, Proteinuria de 24 horas, Ácido úrico, y Ecografía obstétrica con Doppler de circulación fetal, placentaria y arterias uterinas.

2.2.2. COMPLICACIONES FETALES

Los trastornos hipertensivos del embarazo están considerados como una de las principales complicaciones obstétricas y de gran repercusión materno-fetal⁽¹⁹⁾, siendo la “preeclampsia”, “la eclampsia” y el “Síndrome de HELLP” aquellas causantes de importantes repercusiones en el feto y el recién nacido a corto y largo plazo,⁽²⁰⁾ dentro de las consecuencias fetales a corto plazo se mencionan:

- RCIU⁽¹²⁾
- SFA/PBF⁽²¹⁾
- Oligohidramnios⁽¹²⁾
- Óbito fetal⁽¹²⁾
- Prematuridad⁽²¹⁾

2.2.3. COMPLICACIONES MATERNAS

Así como se presentan alteraciones vasculares placentarias y endoteliales periféricas también se lesionan todas las estructuras orgánicas de la mujer en el embarazo, lo que compromete diversos órganos blancos como: el

sistema nervioso central, alveolos, miocardio, hepatocito, glomérulo renal, endotelio vascular y el sistema inmune⁽¹⁸⁾, dentro de estos tenemos:

- Síndrome de HELLP⁽⁷⁹⁾
- SNC: Eclampsia⁽¹²⁾
- HEMATOLÓGICO: Plaquetopenia⁽¹²⁾
- RENAL: Injuria renal aguda⁽¹²⁾
- HEPATICO: Hematoma o ruptura hepática⁽¹²⁾

2.3. HIPÓTESIS

Por ser un estudio de tipo descriptivo no se cuenta con hipótesis

2.4. VARIABLES

2.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE

- Complicaciones maternas
- Complicaciones fetales

2.4.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Trastorno Hipertensivo del embarazo

2.4.3. VARIABLE INTERVINIENTE

- Antecedentes maternos
- Edad materna
- Nivel de instrucción
- Control prenatal
- Paridad
- Estado nutricional
- Edad gestacional
- Sexo fetal

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CRITERIO DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
VARIABLES DEPENDIENTES						
6 Complicaciones maternas	Preeclampsia severa	Definida por PAS \geq 160 mmHg o PAD \geq 110 mmHg en dos ocasiones, separadas por 4 horas en las pacientes en reposo y/o por la presencia de algún criterio de severidad ^(18,22) .	Se define como aquella complicación materna donde se encuentra la PAS \geq 160 mmHg o PAD \geq 110 mmHg en dos ocasiones separadas por 4 horas y/o por la presencia de algún criterio de severidad y/o daño de órgano blanco ^(18,22) .	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
	Síndrome de HELLP	Es una complicación de los THE que se asocia a hemólisis microangiopática (Hemolysis), elevación de las enzimas hepáticas (Elevated Liver) y plaquetopenia (Low Platelets) ^(23/16) .	Se la define como una complicación materna de los THE, la que será obtenida como diagnóstico de las Historias clínicas de las gestantes de estudio antes de su ingreso a SOP ^(23/16) .			
	Eclampsia	Es la presencia de convulsiones generalizadas por primera vez en una mujer con preeclampsia, antes, durante o después del parto, en ausencia de otras patologías neurológicas ^(16,22,23) .	Se la define como una grave complicación materna en presencia de convulsiones por primera vez presentadas en una mujer sin patología neurológica previa ^(16,22,23) .			
	Desprendimiento de retina	Se la describe como la separación de la retina neurosensorial de su epitelio pigmentario retinal (EPR) ^(24,25) .	Se la define como aquella patología que se manifiesta clínicamente por compromiso de la agudeza visual ^(24,25) .			
	Edema pulmonar	Es la acumulación de líquido en los alvéolos pulmonares que impide la normal oxigenación de la sangre y ocasiona hipoxia tisular ^(26,27) .	Se la define como una complicación rara y potencialmente fatal durante el embarazo manifestada por la dificultad respiratoria evidente ^(26,27) .			

Complicaciones maternas	Insuficiencia renal aguda	Es la pérdida inesperada de la función renal como consecuencia de una agresión brusca, lo que da lugar a la retención aguda de productos nitrogenados (urea, creatinina) y/o una disminución del flujo urinario (28,29).	Se la define como una complicación con riesgo de mortalidad materna determinada por el incremento de la creatinina sérica >1,1 mg/dL como criterio de severidad del compromiso (28,29).	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
	Hematoma/ ruptura hepática	Es definido como colección de sangre por debajo de la capsula de Glisson que se confirma por tomografía (22,30,31).	Se la define como una de las complicaciones más graves del embarazo que puede provocar la muerte de la madre y del feto, la cual se confirma por TAC y/o US (22,30,31).			
	Coagulación intravascular diseminada (CID)	Es un síndrome clínico patológico en donde se da la activación intravascular y no localizada de la coagulación y de la fibrinólisis + el consumo de factores, inhibidores naturales y plaquetas lo que conlleva a la alteración completa de la hemostasia natural (22,32,33).	Conocida como la coagulopatía de consumo, y es definida por la activación intravascular sistémica de la coagulación que altera por completo la hemostasia natural de las gestantes (22,32,33).			
	Otros	Son otras complicaciones maternas que se evidenciaron en diversos estudios de diferentes lugares (6,12,35,36).	Se define como la presencia de otras complicaciones como: Las Hemorragias obstétricas (hipotonía y/o Atonía uterina, desprendimiento prematuro de placenta), rotura prematura de membrana y/o hematoma retroplacentario (6,12,35,36).			

Complicaciones fetales	Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)	Es aquel feto que no alcanza su potencial de crecimiento y que es evidenciado mediante la disminución de la velocidad de incremento del peso ponderal, por debajo del percentil 10 para la edad gestacional ^(37,38) .	Se define como el crecimiento fetal por debajo del P10 para la EG + signos de compromiso fetal (anormalidades de la circulación feto-placentaria identificadas por Doppler) y/o Peso < al P3 para la EG ^(37,38) .	CUALITATIVA A	NOMINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
	Sufrimiento fetal agudo (SFA)/ Riesgo de pérdida del bienestar fetal (RPBF)	<p>SFA: Es un trastorno metabólico causado por una variación de los intercambios materno-fetales de evolución rápida, que altera la homeostasis fetal y ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis, lo cual conduce a lesiones hísticas permanentes a nivel de SNC con secuelas que pueden producir a su vez la muerte del producto ^(39,40).</p> <p>RPBF: Es el riesgo de daño hipóxico lo que se refiere a la duda de la pérdida de equilibrio de la homeostasis como resultado del inadecuado funcionamiento e intercambio entre los 3 compartimientos: materno, fetal y trofoblasto ^(39,40).</p>	<p>SFA: Se la define según la ACOG: quien menciona que el término SFA debería ser sustituido por estado fetal inestable mediante el control del bienestar fetal anteparto e Intraparto por diagnóstico cardiotocográfico ^(39,40).</p> <p>RPBF: Se la define según la SEGO: quien afirma que el riesgo es valorado por medio de diferentes pruebas para identificar el bienestar fetal ^(39,40).</p>			
	Taquicardia fetal	Son frecuencias ventriculares superiores a 160 latidos por minuto, obtenidas mediante monitoreo fetal ^(41,42) .	Se la define por frecuencias ventriculares superiores a 160 latidos por minuto, obtenidas mediante monitoreo fetal en las gestantes con THE antes de su ingreso a SOP ^(41,42) .			

Complicaciones fetales	Bradicardia fetal	Son frecuencias ventriculares inferiores a 110 latidos por minuto, obtenidas mediante monitoreo fetal ⁽⁴¹⁾ .	Se la define por frecuencias ventriculares inferiores a 110 latidos por minuto, obtenidas mediante monitoreo fetal en las gestantes con THE antes de su ingreso a SOP ⁽⁴¹⁾ .	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
	Óbito fetal	La muerte fetal denota el mortinato antes de la expulsión completa o la extracción de un producto de la concepción humana, de su madre, independientemente de la duración de la gestación y de que se haya inducido o no la terminación del embarazo ^(43.44) .	Se define como un evento poco frecuente, pero de gran repercusión afectiva que denota el mortinato antes de la expulsión completa o la extracción de un producto independientemente de la duración de la gestación ^(43.44) .			
	Oligohidramnios	Es la disminución del volumen del líquido amniótico aproximadamente por debajo de 400 ml al término del embarazo, medido por ultrasonografía (US) mediante la técnica del BVM es menor a dos centímetros o un índice de líquido amniótico menor o igual a cinco cm ^(45.46) .	Se le define como volumen anormalmente bajo de líquido amniótico determinada por el índice de líquido amniótico (ILA) de 5,0 cm o menos mediante US ^(45.46) .			
	Prematuridad	Se considera Pretérmino al producto de la concepción nacido antes de las 37 semanas de gestación, dividiéndose en ⁽⁴⁷⁾ : <ul style="list-style-type: none"> ○ Inmaduro o prematuro extremo: Nacido entre las 22 a 27 semanas de gestación ○ Prematuro intermedio o muy prematuro: Nacido entre las 28 a 31 semanas de gestación ○ Prematuro moderado a tardío. Nacido entre las 32 a 36 semanas de gestación. 	Se define en función de la edad gestacional determinado por FUR y/o ECO I trimestre, considerándose las siguientes categorías para los prematuros ⁽⁴⁷⁾ : <ul style="list-style-type: none"> ○ Inmaduro o prematuro extremo: < 27 ss ○ Prematuro intermedio o muy prematuro: 28-31 ss ○ Prematuro moderado a tardío: 32-36 ss 			

	Otros	Son otras complicaciones fetales que se evidenciaron en diversos estudios de diferentes lugares ^(5,12,21) .	Se define como la presencia de otras complicaciones fetales menos frecuentes como ^(5,12,21) .			
VARIABLES INDEPENDIENTES						
Trastorno hipertensivo del embarazo	Preeclampsia (PE) - eclampsia	La ACOG menciona que es la enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico, que se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación, y la cual se puede superponer a otro trastorno hipertensivo. Siendo la PAS ≥ 140 o PAD ≥ 90 en dos ocasiones separadas por 4 horas ^(12,16) .	Se la define como el estado con presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o puerperio, así como también cuando existe hipertensión en el embarazo + un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento ⁽⁸⁾ .	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
	HTA crónica	Es la PAS ≥ 140 mmHg y/o PAD ≥ 90 mmHg presente antes del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación), o que persiste después de las 12 semanas del posparto + ausencia de proteinuria (excepto si hay lesión renal) ^(7,22) .	Se la define como un estado donde la PAS es ≥ 140 mmHg y/o PAD es ≥ 90 mmHg antes del embarazo o de la semana 20 de gestación, así como si es que esta persiste a las 12 semanas tras el parto ^(7,22) .			
	HTA crónica + PE	Es aquella que suele presentarse en pacientes con HTA en las primeras 20 semanas, pero sin proteinuria, y en quienes posteriormente aparece proteinuria igual o mayor de 300 mg/dL ⁽⁷⁾ .	Se la define como aquellas que se presenta en pacientes con HTA previa antes de las 20 ss y quienes posteriormente aparece proteinuria, o sino aquella que persiste después de las 12 semanas del posparto pero asociada a preeclampsia ⁽⁷⁾ .			

	Hipertensión gestacional	Es la elevación de la tensión arterial (siendo la PAS ≥ 140 o PAD ≥ 90 en dos ocasiones separadas por 4 horas) después de las 20 semanas de gestación en ausencia de proteinuria o de otros síntomas de daño sistémico ⁽⁷⁾ .	Se la define como la PAS ≥ 140 o PAD ≥ 90 en dos ocasiones separadas por 4 horas después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria ni de otros síntomas de daño de órgano blanco ⁽²²⁾ .	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
VARIABLES INTERVINIENTES						
Antecedentes maternos	Pre eclampsia previa	Son aquellas pacientes que padecieron una PE durante un embarazo anterior y sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación ⁽⁴⁸⁾ .	Se la define como un factor de riesgo materno preconcepcional, en pacientes con PE en un embarazo anterior y que en su actual gestación recurren con esta entidad ⁽⁴⁸⁾ .	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
	Aborto previo	El aborto es la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal es decir antes de la semana 20 de la gestación o por un feto que nace con un peso < 500 g o con una longitud CRN de 25cm ^(49,50,51) .	Se define como un antecedente obstétrico en pacientes que tuvieron un aborto anterior a la gestación actual ^(49,50,51) .			
	Cesárea anterior	La cesárea es una intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto por vía abdominal a través de una incisión en el útero ^(52,53) .	Se la define como un antecedente obstétrico en pacientes que han tenido un parto por cesárea a la gestación actual ^(52,53) .			
	Obesidad	Es una enfermedad crónica heterogénea en donde existe una acumulación anormal de grasa, general o localizada, que lleva al aumento de peso corporal ^(54,55,56) .	Se la define como un factor de gran riesgo en pacientes con un IMC > 30 Kg/m ² previo a la gestación ^(54,55,56) .			

Antecedentes maternos	HTA crónica	Es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria cuya manifestación clínica indispensable es la elevación de la PAS \geq 140 mmHg y la PAD \geq 90 mmHg ⁽⁵⁷⁾ .	Se la define como un antecedente materno en pacientes con diagnóstico de HTA antes de su embarazo actual, manifestada con la elevación de PAS \geq 140 mmHg y/o PAD \geq 90 mmHg ⁽⁵⁷⁾ .	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
	Antecedente familiar patológico	Son todas aquellas patologías preexistentes en la familia que pueden ser estudiadas con el fin de detectar e identificar factores de riesgo ⁽⁵⁸⁾ .	Se la define como todas aquellas entidades preexistentes en la familia consideradas como posibles factores de riesgo en la población de estudio ⁽⁵⁸⁾ .			
Edad materna	\leq 19 años 20 – 25 años 26 – 30 años 31 – 34 años \geq 35 años	Es el número de años completos que tiene la gestante en una fecha concreta, es decir el lapso transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad ^(59,60) .	Se define como los años cumplidos al momento del registro de datos, considerando ⁽⁶⁰⁾ . Edad materna adolescente: entre los rangos de 10 y los 19 años Edad materna: entre los rangos de 20 a 34 años Edad materna añosa: igual a 35 años o más	CUANTITATIVO	ORDINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
Nivel de instrucción	Iletrada Primaria Secundaria Superior univ./no univ	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos ⁽⁶¹⁾ .	Se le define al grado de estudios alcanzados que se obtuvieron al momento del registro por la HC de las gestantes en estudio ⁽⁶¹⁾ .	CUALITATIVA	ORDINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
Control prenatal	< 3 CPN: No adecuado 3 – 5 CPN: insuficientes \geq 6 CPN: adecuados	Es el conjunto de acciones y procedimientos sistémicos y periódicos con el objetivo de identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal ⁽⁶²⁾ .	Se define como el número de controles registrados en el carnet prenatal de las gestantes en estudio ⁽⁶²⁾ .	CUANTITATIVO	INTERVALO	HISTÓRIA CLÍNICA

Paridad materna	Nulípara: 0 partos Primípara: 1 parto Multípara: 2 – 4 partos Gran Multípara: ≥ 5 partos	Número de partos con un alumbramiento de un feto o nacido de peso mayor de 500 g. o con semana de gestación superior a 22, vivo o muerto, excluyendo los abortos, los ectópico y las molas ^(63,64) .	Número total de embarazos de la madre ocurridos hasta antes del embarazo actual registrados en la HC de las gestantes en estudio ^(63,64) .	CUALITATIVA	ORDINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
Estado nutricional	Bajo peso: <18,5 Normopeso: 18,5 – 24,9 Sobrepeso: 25,0 – 29,9 Obesidad: ≥30,0	Es la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos y/o clínicos que se utilizan para determinar la situación nutricional de individuos ^(65,66) .	La FAO y la OMS la definen por medio del IMC, y es la que se obtendrá dividiendo el valor del peso (kg) por el de la talla (m) al cuadrado de los datos registrados en las HC ^(65,66) .	CUALITATIVA	ORDINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
Edad gestacional	Pretermino: ≤ 27 ss 28 – 31 ss 32 - 36 ss A termino: 37 – 41 ss Post termino: > 42 ss	Es el tiempo transcurrido desde el primer día de fecha de la última menstruación (FUM) y el día del parto ⁽⁶⁷⁾ .	Se medirá como el intervalo entre el primer día del último periodo menstrual normal y la fecha del parto o mediante ECO de I trimestre ⁽⁶⁷⁾ .	CUALITATIVA	ORDINAL	HISTÓRIA CLÍNICA
Sexo fetal	Masculino Femenino	Es la identificación del pene + escroto en fetos varones y de los labios mayores + menores en los fetos femeninos mediante ultrasonido ^(68,69) .	Se obtendrá de las HC de las gestantes en estudio mediante su determinación ecográfica morfológica entre las 11 y las 14 semanas de gestación ^(68,69) .	CUALITATIVA	NOMINAL	HISTÓRIA CLÍNICA

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es de tipo descriptivo, observacional y diseño transversal, retrospectivo

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

Se realizará en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Ica, ubicado en Av. Prolongación Ayabaca - Comatrana s/n.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Universo; Para el presente estudio se registraron del libro de ingresos y egresos del Servicio de Obstetricia un total de 3001 gestantes que concluyeron en parto por cesárea de Enero a Diciembre del año 2015 al 2016.

Población: Fueron una población de 203 las gestantes que cumplían con el diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo (THE).

Unidad de Estudio: Se trabajó con una muestra no probabilística por conveniencia de 82 historias clínicas de las pacientes con THE que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes con gestación de feto único
- Gestantes que cuenten con historias clínicas adecuadamente llenadas
- Gestantes que presenten alguna complicación materna y/o fetal

3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes con presencia de enfermedad trofoblástica gestacional, del síndrome de anticuerpos fosfolipídicos o embarazo múltiple
- Gestantes con patologías previas a nivel neurológico, renal, respiratorio, hepático, oftalmológico, hematológico y/o con Diabetes Mellitus
- Fetos con diagnóstico de distocia de presentación, distocia funicular de cuello y/o macrosomía fetal por ultrasonido o doppler

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Mediante autorización de la Dirección y el Departamento de estadística del hospital se procedió a la revisión directa de las historias clínicas obstétricas del departamento de estadística y a la recolección de la información a través de una ficha de recolección de datos (instrumento) la cual se sometió previamente a revisión por juicio de expertos, así mismo se consultó con otros registros como el libro de ingresos y egresos de partos distócicos del servicio de Obstetricia.

3.5. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento se encuentra constituido por 11 ítems, que incluyen las variables: tipo de trastorno hipertensivo, antecedente materno, edad materna, grado de instrucción, control prenatal, paridad, estado nutricional, edad gestacional, sexo fetal, complicaciones maternas y complicaciones fetales.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

En el presente estudio se realizó la creación de la base de datos, el procesamiento y análisis de estos a través del programa SPSS versión 25.0, presentando estadísticas descriptivas de la frecuencia y porcentaje mediante tablas y gráficos para las variables cuantitativas y cualitativas.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

TABLA N° 01

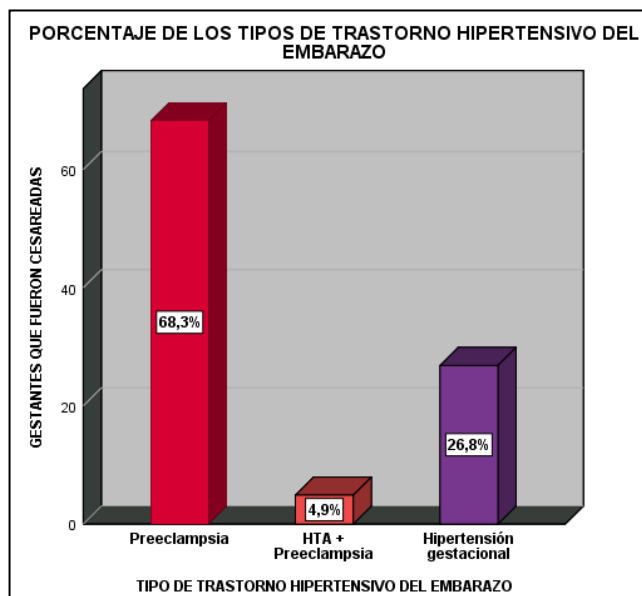
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN LAS GESTANTES QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.

TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preeclampsia	56	68,3%
HTA + Preeclampsia	4	4,9%
Hipertensión gestacional	22	26,8%
Total	82	100,0%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

GRÁFICO N° 01

PORCENTAJE DE LOS TIPOS DE TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN LAS GESTANTES QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.



Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

INTERPRETACIÓN: De la tabla y gráfico N° 01 se observa que el tipo de Trastorno hipertensivo del embarazo más frecuente en las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica fue la Preeclampsia en un 68,3%, seguida de la Hipertensión gestacional en un 26,8%, y del HTA más Preeclampsia sobreañadida en un 4,9%, siendo esta diferencia estadística evidente en el gráfico de barras.

TABLA N° 02

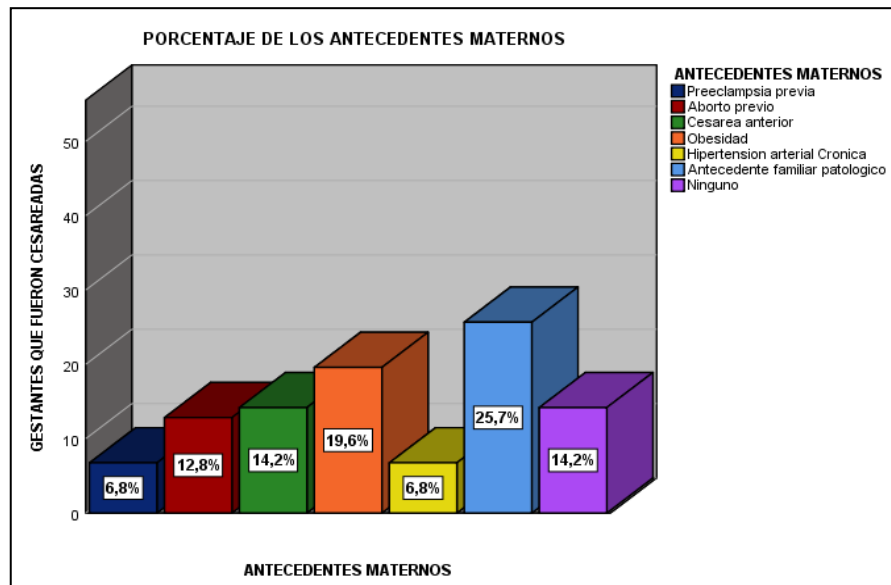
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LOS ANTECEDENTES MATERNOS ENCONTRADOS EN LAS GESTANTES QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.

ANTECEDENTES MATERNOS	N°	PORCENTAJE	PORCENTAJE DE CASOS
Preeclampsia previa	10	6,8%	12,2%
Aborto previo	19	12,8%	23,2%
Cesárea anterior	21	14,2%	25,6%
Obesidad	29	19,6%	35,4%
Hipertensión arterial crónica	10	6,8%	12,2%
Antecedente familiar patológico	38	25,7%	46,3%
Ninguno	21	14,2%	25,6%
Total	148	100,0%	180,5%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

GRÁFICO N° 02

PORCENTAJE DE LOS ANTECEDENTES MATERNOS ENCONTRADOS EN LAS GESTANTES QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.



Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

INTERPRETACIÓN: De la tabla y gráfico N° 02 se evidencia que el antecedente materno más frecuente en las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica fue presentar un familiar con patología de fondo en un 46,3%, seguida de la Obesidad pre-gestacional en un 35,4%, y en menor frecuencia el antecedente de Preeclampsia Previa y la Hipertensión arterial crónica ambas representadas en un 12,2%.

TABLA N° 03

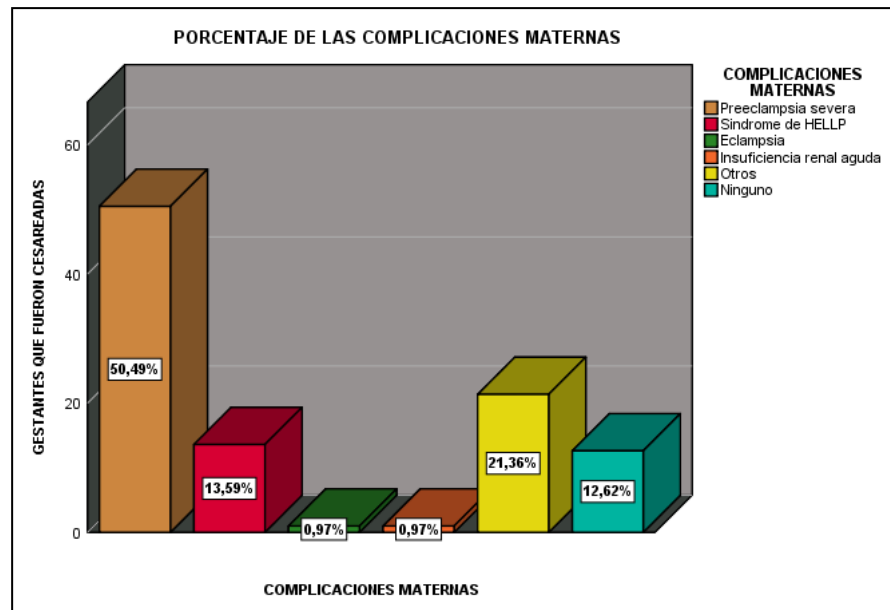
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.

COMPLICACIONES MATERNAS	N°	PORCENTAJE	PORCENTAJE DE CASOS
Preeclampsia severa	52	50,5%	63,4%
Síndrome de HELLP	14	13,6%	17,1%
Eclampsia	1	1,0%	1,2%
Insuficiencia renal aguda (IRA)	1	1,0%	1,2%
Otros	22	21,4%	26,8%
Ninguno	13	12,6%	15,9%
Total	103	100,0%	125,6%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

GRÁFICO N° 03

PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.



Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 03 identificamos que la complicación materna más frecuente en las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica fue la Preeclampsia severa en un 63,4%, seguida de Otras complicaciones maternas en un 26,8% y del Síndrome de HELLP en 17,1%. Así mismo encontrando en menor frecuencia a la Eclampsia y la IRA ambas en 1,2%.

TABLA N° 04

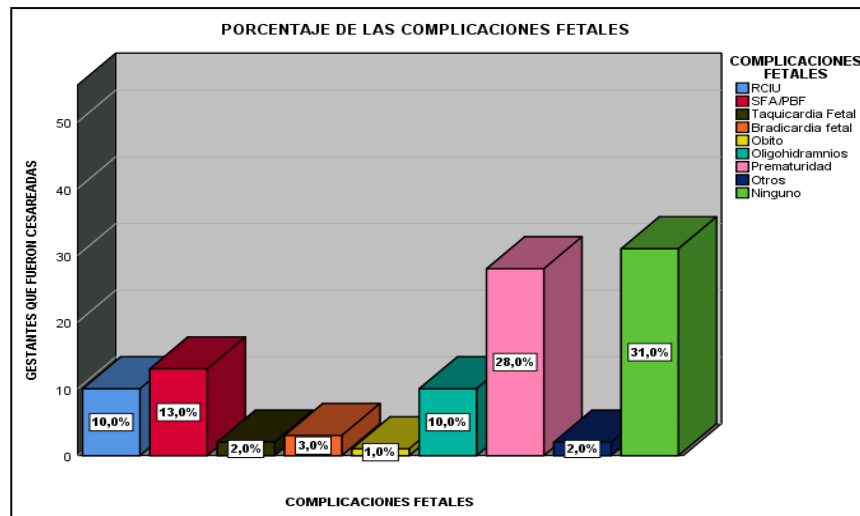
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES FETALES EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.

COMPLICACIONES FETALES	N°	PORCENTAJE	PORCENTAJE DE CASOS
RCIU	10	10,0%	12,2%
SFA/PBF	13	13,0%	15,9%
Taquicardia Fetal	2	2,0%	2,4%
Bradicardia fetal	3	3,0%	3,7%
Óbito	1	1,0%	1,2%
Oligohidramnios	10	10,0%	12,2%
Prematuridad	28	28,0%	34,1%
Otros	2	2,0%	2,4%
Ninguno	31	31,0%	37,8%
Total	100	100,0%	122,0%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

GRAFICO N° 04

PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES FETALES EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.



Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016

INTERPRETACIÓN: De la tabla y gráfico N° 04 identificamos que el 37,8% de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica no presentaron complicaciones fetales, sin embargo, se obtuvieron productos prematuros en un 34,1 %, SFA/PBF en un 15,9%, seguido del RCIU y Oligohidramnios ambos en un 12,2 %, así mismo resaltando la evidencia de muerte fetal representado por el 1,2%.

TABLA N° 05

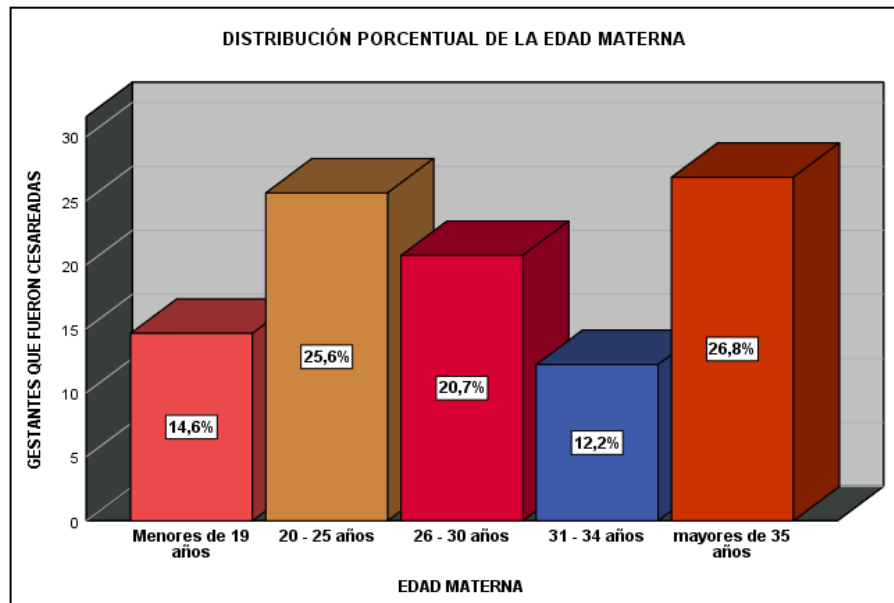
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LAS EDADES MATERNAS EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menores de 19 años	12	14,6%
20 - 25 años	21	25,6%
26 - 30 años	17	20,7%
31 - 34 años	10	12,2%
mayores de 35 años	22	26,8%
Total	82	100,0%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS EDADES MATERNAS EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.



Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016

INTERPRETACIÓN: De la tabla y gráfico N° 05 encontramos que las edades mayores de 35 años son las que tuvieron un mayor predominio en las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica representado por el 26,8%, seguido de las edades fértiles de 20 a 25 años y 26 a 30 años en un 25,6% y 20,7% respectivamente, siendo la edad de 31 a 34 años la menos frecuente en un 12,2%; así mismo se destaca que la sumatoria de las edades extremas alcanzó el 41,4%,.

TABLA N° 06

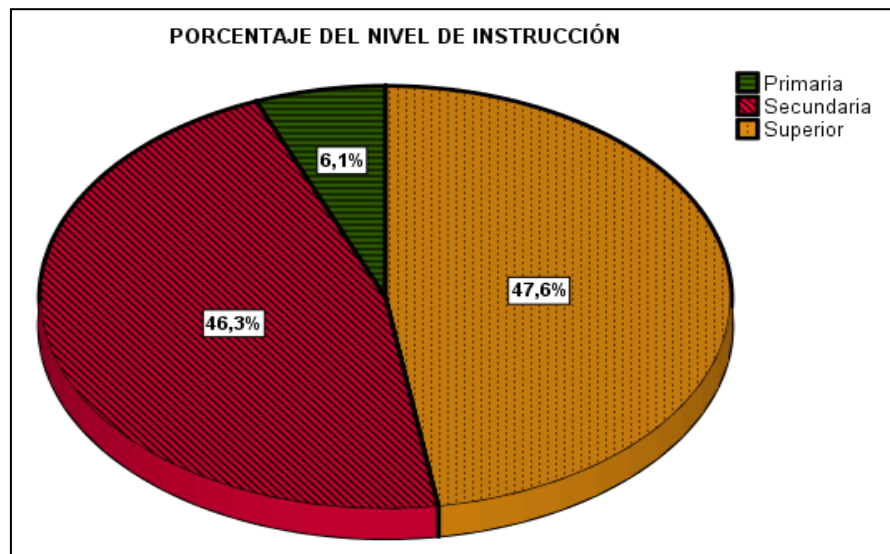
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	5	6,1%
Secundaria	38	46,3%
Superior	39	47,6%
Total	82	100,0%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

GRÁFICO N° 06

PORCENTAJE DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.



Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016

INTERPRETACIÓN: De la tabla y gráfico N° 06 se señala que el 47,6% de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica cuentan con estudios superiores, seguida del 46,3% que solo cursan con secundaria, y en menor frecuencia aquellas que solo realizaron primaria representado por el 6,1%.

TABLA N° 07

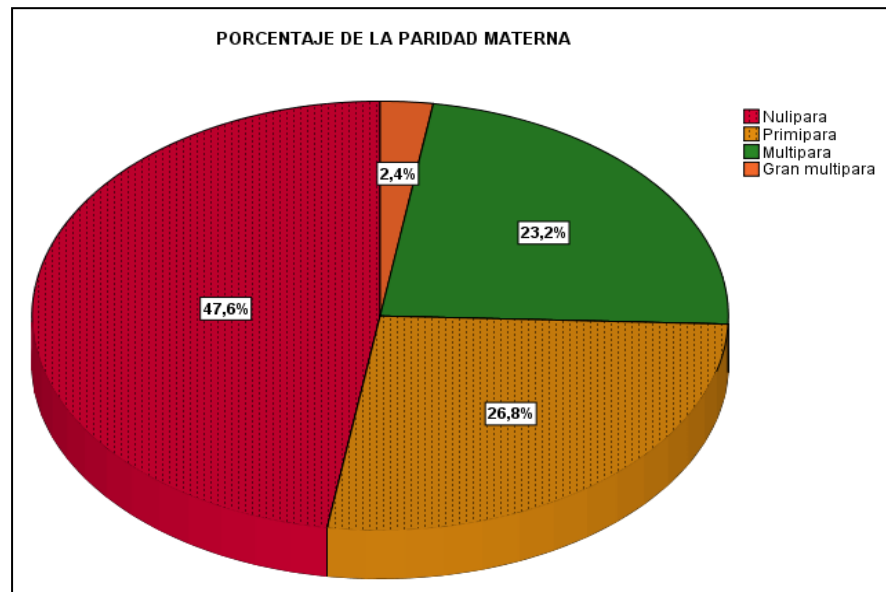
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE LA PARIDAD MATERNA EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nulípara	39	47,6%
Primípara	22	26,8%
Múltipara	19	23,2%
Gran múltipara	2	2,4%
Total	82	100,0%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

GRÁFICO N° 07

PORCENTAJE DE LA PARIDAD MATERNA EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.



Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

INTERPRETACIÓN: De la tabla y gráfico N° 07 se encontró que el 47,6% de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica fueron nulíparas, continuado del 26,8% de primíparas, seguido del 23,2% de múltipara y en menor frecuencia las gran múltiparas en un 2,4%.

TABLA N° 08

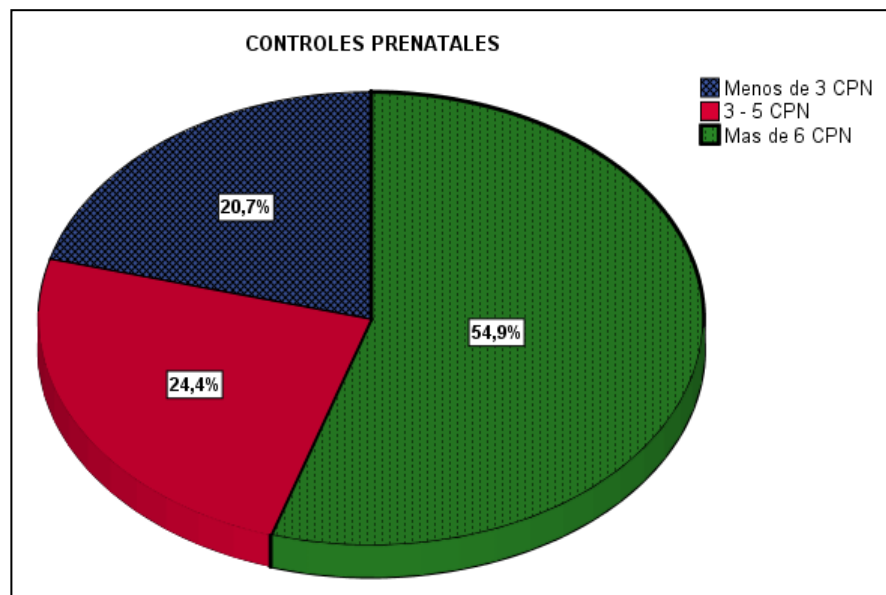
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 3 CPN	17	20,7%
3 - 5 CPN	20	24,4%
Más de 6 CPN	45	54,9%
Total	82	100,0%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

GRÁFICO N° 08

PORCENTAJE DEL CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.



Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

INTERPRETACIÓN: De la tabla y gráfico N° 08 se evidencia que el 54,9% de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica tuvieron más de 6 controles prenatales, seguida del 24,4% de aquellas que tuvieron controles prenatales insuficientes en un 24,4%, y en menor frecuencia aquellas con menos de 3 controles prenatales representado por el 20,7%

TABLA N° 09

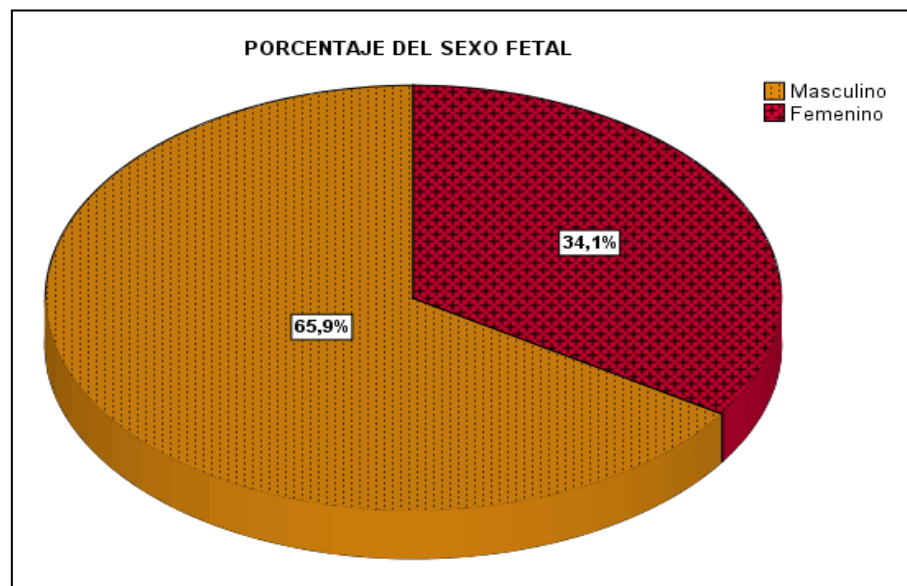
FRECUENCIA Y PORCENTAJE DEL SEXO FETAL DE LOS PRODUCTOS DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.

SEXO FETAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	54	65,9%
Femenino	28	34,1%
Total	82	100,0%

Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

GRÁFICO N° 09

PORCENTAJE DEL SEXO FETAL DE LOS PRODUCTOS DE LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016.



Fuente: Historias clínicas de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del 2015 al 2016.

INTERPRETACIÓN: De la tabla y gráfico N° 09 se muestra que más de la mitad de los productos de las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica fueron masculino representado por un 65,9%, seguida de aquellas que tuvieron un producto femenino representado por el 34,1%

4.2. DISCUSIÓN

La hipertensión inducida por el embarazo en América Latina y el Caribe son la principal causa de muerte materna y en el Perú se la encuentra como la segunda causa de mortalidad perinatal y la tercera causa más importantes de mortalidad materna ⁽⁷⁰⁾.

Del estudio se evidencia en la **Tabla N°01** que el tipo de Trastorno Hipertensivo del Embarazo de mayor frecuencia en las gestantes que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica fue la Pre eclampsia con 56 casos representado en un 68,3% como se refiere en el artículo de Sixto E. Sánchez ⁽⁷⁰⁾ donde mencionan que la preeclampsia es la complicación médica más frecuente del embarazo, lo que a diferencia de otros estudios revisados como el de P. Mora y colab.⁽¹⁴⁾ señalan a la Hipertensión gestacional como la de mayor frecuencia en 52,30%, seguida de la Preeclampsia en un 38,46%, o de MSc. Dalis Diago Caballero y otros ⁽³⁵⁾ en donde prevaleció la Hipertensión Crónica con Preeclampsia en un 35%, o de Blaren Morales García más colab. ⁽⁷²⁾ en el que encontraron un mayor predominio de la Hipertensión Crónica en el 40,3%.

Nuestros resultados también indican en la **Tabla N°02** que dentro de los antecedentes maternos más frecuentes en las gestantes de estudio se encontraron: el tener antecedente familiar patológico y la Obesidad pre-gestacional representado en un 46,3% y 35,4% respectivamente, lo que coincide con resultados de Wilfredo Garcés Hernández y colab.⁽⁷³⁾ quien encontró predominio de los antecedentes familiares en un 75%, o de MSc. Dalis Diago Caballero y otros⁽⁷¹⁾ donde observaron que, de las 40 pacientes hipertensas, la presencia de antecedentes patológicos familiares corresponde el primer lugar con un 40%, seguida de la Obesidad en un 27,5%, por lo que son considerados como factores de riesgo ya que al estar presentes en el momento de la captación, es decir que la paciente ya presentaba un riesgo reproductivo preconcepcional esto convierten al embarazo en un alto riesgo obstétrico (RBFactores2014); por lo contrario, se menciona en otro estudio de Arturo Pérez de Villa Amil Álvarez y colab.⁽⁶⁾ que hallaron la presencia de patología crónica personal de la madre como más frecuente, siendo la Hipertensión Arterial en un 17,4% la predominante, lo que finalmente esto se debería a la teoría que se plantea por diversos autores, que las enfermedades asociadas y la predisposición genética familiar aumentan el riesgo de la patología endotelial.

En cuanto a las complicaciones maternas más frecuentes de las gestantes con Trastorno hipertensivo del embarazo que fueron cesareadas en nuestro Hospital, los cuales se visualizan en la **Tabla N°03** en primer lugar se evidencio a la Pre eclampsia severa en 52 casos representando por el 63,4%, seguido de la opción otros (donde se incluyó las hemorragias obstétricas, la rotura prematura de membranas) en 22 casos representando el 26,8% y el Síndrome de HELLP en 14 casos lo que representó un 17,1%, lo que contrasta con lo obtenido en el estudio de MSc. Ramón García Mirás y colab⁽¹⁾. quien refiere que de 172 puérperas la mayor complicación materna fueron las que evolucionaron a Preeclampsia severa en 44,7% (77 casos), sin embargo en diferentes literaturas señalan otras complicaciones serían las más frecuentes como de Yeh Ling Yiin Dillon mas colab⁽⁵⁾ y Vázquez Rodríguez JG y otros.⁽⁷⁴⁾ quienes señalan al Síndrome de HELLP como predominante en un 15,8%(21 de 113 casos) y 49,19%(45 de 112casos). Cabe resaltar que de la literatura mencionada todos concluyen que en general no son las complicaciones maternas las más frecuentes, encontrando que las complicaciones fetales son más predominantes o hay ausencia de mortalidad materna, lo que difiere completamente con nuestro estudio por lo que debe tomarse muy en cuenta estas estadísticas para mejorar en la atención prenatal de la totalidad de las embarazadas en el Hospital Regional de Ica, permitiendo una precoz identificación de los factores de riesgo y con ello actuar inmediatamente antes de la aparición de sus complicaciones.

En un estudio de Carmen Elena González Álvarez más colab.⁽²⁰⁾ de los 33 neonatos hijos de madres con Síndrome de HELLP, expresan un mal pronóstico vital a corto plazo con predominio de la prematuridad en un 84,8%(28 neonatos), evidencia de mortalidad intrauterino del 6,1% (2 casos) y mortalidad neonatal del 12,9%(4 casos), en comparación con nuestro estudio, en la **Tabla N°04**, donde las complicaciones fetales no estuvieron presentes en un 37,8% (31 casos), sin embargo es resaltante señalar que la prematuridad se evidencio en 34,1% (28 casos) de las gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo que fueron cesareadas en el HRI, seguida de encontrarse así mismo SFA/RPBF, Oigohidramnios, RCIU e incluso muerte fetal representado en un 15,9%(13 casos), 12,2 %%(10 casos), 12,2%%(10 casos), y 1.2% (01 caso) respectivamente. Así mismo Vázquez-Rodríguez JG mas colab.⁽⁷⁴⁾

en un estudio de 112 pacientes, Yuglia Ivonne Cuenca Duque más colab.⁽⁵⁾ con una unidad de estudio de 44 pacientes y MSc. Dalis Diago Caballero más colab.⁽⁷¹⁾, con 40 gestantes, hallaron que el 90.5%(106 casos), el 43,47%(10 casos) y el 32,5%(13 casos) respectivamente fueron neonato pre-termino, presentando también en el caso del primero 01 caso y el tercero 03 casos de mortinato en un 4,34% y 2.5% respectivamente, explicándose que la prematuridad es el precio de la finalización de la gestación como solución definitiva para el tratamiento de este problema materno así como la mortalidad fetal estaría íntimamente relacionado con la disminución del flujo uteroplacentario y los espasmos producidos en las arterias espirales, que motiva una anoxia intrauterina al feto, por lo que si este no está bien preparado para soportarlo lo llevará inevitablemente a la muerte.

Al analizar la edad materna en nuestras pacientes de estudio, en la **Tabla N°05**, se halló que no hay mucha diferencia significativa en el rango de edades, sin embargo, las gestantes mayores de 35 años (gestantes añosas) fueron las más frecuentes en un 26,8% (22 casos), y la sumatoria de las edades extremas alcanzó un 41,4% (34 casos), describiéndose resultados similares al buscar en otras revisiones bibliográficas como la de MSc. Magel Valdés Yong mas colab.⁽³⁶⁾ y Viviana de la Caridad Sáez Cantero más colab.⁽¹⁹⁾ quienes enfatizan en que la edad materna mayor de 35 años constituye un factor de riesgo significativo para la Preeclampsia así como para la Preeclampsia mas HTA sobreañadida, en un 26,6% (17 casos) y 54,5% (06 de 11 casos), siendo esto explicado en el caso de las mayores de 35 años (gestantes añosas) debido a los daños crónicos del sistema vascular, con la consecuente esclerosis de los vasos, que finalmente afecta el aporte sanguíneo adecuado durante el embarazo y establece una insuficiencia circulatoria, que produce isquemia útero-placentaria, mientras que en las edades menores de 19 años (gestantes adolescente) el músculo uterino ofrece mayor resistencia por lo que existe una defectuosa adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación⁽³⁶⁾. Y a diferencia de otros estudios como el de Roxana Quispe-De La Cruz más colab.⁽³⁾ y Yuglia Ivonne Cuenca Duque más colab.⁽³⁴⁾ donde encontraron que de las 64 y 44 gestantes con Preeclampsia de su población las edades reproductivas o edades no extremas de la vida serían las más predominantes en un 60% (37 casos) y 43,18% (19 casos) respectivamente, así como el estudio de Yeh Ling Yiin Dillon mas colab.⁽⁵⁾ donde señala que el 50,4% (67

casos) de sus gestantes con Eclampsia fueron de edades adolescentes por lo que se consideran de suma importancia epidemiológica e indican la vulnerabilidad de este grupo a mayor riesgo de complicaciones graves.

En la **Tabla N°06**, respecto al grado de instrucción se halló que en las gestantes con Trastorno hipertensivo del embarazo el tener estudios superiores y nivel de secundaria fue lo más frecuente en 39 casos y 38 casos representados por el 47,6% y 46,3% respectivamente, comportamiento similar que se evidencia en el estudio de Roxana Quispe-De La Cruz más colab.⁽³⁾ en el que predominó de las pacientes con PE el grado de instrucción secundaria, seguido de las gestantes que poseen una instrucción superior, o de Mayra Lizeth Solís Alván mas colab.⁽⁷⁵⁾ donde el mayor porcentaje de sus gestantes fue el realizar estudios hasta el nivel secundario en un 70,9%, (83 casos), seguido del nivel superior del 17,9% (21 casos), o de José Pacheco-Romero y otros⁽¹⁶⁾ que indican en primer lugar al nivel educativo secundario en las mujeres con Preeclampsia con un 61,05% (9 153 casos) y en la Eclampsia con un 56,95% (414 casos) por lo que considera que ello protege de las complicaciones más serias de la Preeclampsia, y que posiblemente al tener mayor conocimiento sobre la evolución de esta patología, como de las posibles complicaciones que ocurrirían en el embarazo lleva a estas gestantes a acudir a tiempo por sintomatología de riesgo, así mismo las embarazadas con un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y optan por cuidados médicos óptimos para el control del embarazo.

Del estudio se observa en la **Tabla N°07** una distribución porcentual de la Paridad materna con predominio en las gestantes nulíparas representado por el 47,6% (39 casos), seguido de la Primiparidad en 26,8% (22 casos), lo que concuerda con diversas literaturas como Blaren Morales y otros⁽⁷²⁾, Beatriz Sánchez y otros⁽⁷⁶⁾, Mayra Solís y otros⁽⁷⁵⁾ quienes hallaron un predominio de las nulíparas con 18 casos (34,6 %), 07 casos (38.89%) y 56 casos (47.9%) seguido por las primíparas 15 casos (28,8 %), 05 casos (27.78%) y 28 casos (23,9%) respectivamente, lo que podría entenderse ya que durante el primer embarazo se inicia una reacción inmunológica aberrante en la primera exposición a antígenos paternos y fetales extraños a la placenta, que contribuye a este trastorno⁽³⁶⁾; lo que a diferencia de Roxana Quispe y otros⁽³⁾ quien menciona

que la paridad en las pacientes con Preeclampsia en su mayoría fueron multíparas en 66% (35 casos), mientras que un porcentaje menor fueron nulíparas en un 44% (27 casos).

De nuestro estudio en la **Tabla N°08** se evidencia la presencia de más de 6 controles prenatales registrados en el carnet perinatal de las gestantes que fueron cesareadas en un 54,9% (45 casos) lo que según la OMS es indicado como adecuado, en similitud a los resultados que encontramos hay estudios publicados como de Mayra Solís más colab.⁽⁷⁵⁾ y Roxana Quispe más colab.⁽³⁾ donde señalan igualmente un 44,4% (52 casos) y 94% (58 casos) de las gestantes presentan adecuado control prenatal, así mismo de la literatura revisada se señala como consenso que con una atención prenatal sistemática podría lograr la identificación precoz de los factores de riesgo y los síntomas en estadios iniciales, garantizando un diagnóstico y seguimiento precoz de las gestantes con cualquier trastorno hipertensivo del embarazo, reduciendo así el riesgo del binomio madre-feto, por lo que consideramos al control prenatal como un factor protector a tomar en consideración⁽⁷⁷⁾.

Finalmente, en la **Tabla N°09** notamos un mayor predominio del sexo masculino en más de la mitad de las gestantes del estudio representado por el 65,9%, lo que podemos comparar con otros estudios que obtuvieron los mismos resultados, como de Nicolás Padilla más colab.⁽⁷⁸⁾, José Pacheco más colab.⁽⁴⁾ y Yiin Dillon YL, et al.⁽⁵⁾ donde hallaron porcentajes mayores de productos masculinos en 2 841 productos, 152 707 productos y 58 representados por el 51.86%, 51,3% y 51,8% respectivamente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Del presente trabajo sobre las complicaciones maternas y fetales en las gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del año del 2015 al 2016 se encontró lo siguiente:

- La Pre eclampsia con el 68,3% fue el tipo de Trastorno Hipertensivo de Embarazo más frecuente.
- El haber tenido un familiar con patología de fondo se presentó en el 46.3%, siendo el antecedente materno más frecuente.
- La Preeclampsia severa se presentó en el 63.4%, siendo la complicación materna más frecuente.
- El 34,1% de las gestantes del estudio tuvieron productos prematuros como complicación fetal más frecuente.
- De las características maternas generales fueron más resaltantes: las edades mayores de 35 años presentándose en el 26,8% y la nuliparidad en un 47,6%.

5.2. RECOMENDACIONES

- Incentivar en el diseño de estudios de seguimiento de los factores de riesgo preconceptionales, y de la repercusión a largo plazo de esta patología sobre el binomio madre-niño.
- Motivar en la posibilidad de aplicar estrategias de intervención preventiva mediante la identificación de los factores de riesgo y la supervisión del cumplimiento de los controles prenatales.
- Enseñar a la gestante, familia y comunidad sobre los signos de peligro de esta entidad y resaltar que acudir a tiempo a su centro de salud permitiría un mejor cuidado prenatal y aseguramiento de la evolución del embarazo.
- Incidir en la capacitación de los profesionales de la salud que atienden a las gestantes para la derivación o el manejo oportuno de las gestantes en riesgo y/o con el diagnóstico ya establecido desde los centros de salud, teniendo en cuenta el cumplir con las directivas de la Clave Azul.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramón García, Aydilén Llera, Ana Leyda Pacheco, Manuel de Jesús Delgado, Adriana González. Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2012; 38(4) 467 - 477.
2. Juan Antonio Suárez, María Rosa Cabrera, Mario Gutiérrez, Alexis Corrales, Vivian Cairo, Lourdes Rodríguez. Resultados de la atención a pacientes con riesgo de preeclampsia-eclampsia. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2012; 38(3) 305 - 312.
3. Roxana Quispe, Jhennifer Quispe, Pamela Zegarra. Complicaciones maternas y fetales de la Preeclampsia diagnosticadas en un hospital del sur del Perú, 2013. Rev méd panacea. 2014; 4(1): 3 - 7.
4. José Pacheco, Alfonso Villacorta, Lucy Del Carpio, Édgar Velásquez, Oscar Acosta. Repercusión de la Preeclampsia/ Eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000 - 2006. Rev. peru. ginecol. obstet. 2014; 60(4): 279 - 290.
5. Yiin dillon, Pérez-Roncero, López-Baena, Hidalgo Guerrero, Chedraui Álvarez. Resultados maternos y perinatales en gestantes con Eclampsia. Rev Colomb Salud Libre, 2015; 10 (2): 83 - 90.
6. Pérez de Villa Amil Álvarez A, Prieto Clavero E, Hernández Placia R. Preeclampsia grave: características y consecuencias. Revista Finlay. 2016; 5(2): 118 – 129.
7. Danilo Nápoles Méndez. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la Preeclampsia. MEDISAN. 2016; 20(4): 517.
8. Luis Alberto Camacho, Mary Carmen Berzaín. Una mirada clínica al diagnóstico de Preeclampsia. Rev Cient Cienc Med. 2015; 18(1): 50-55.
9. María Esther Mederos, José Antonio Casas, Dulce María Ramos, Maricela Arañó, Antonio César Abellás. Algunos factores biosociales y obstétricos de la enfermedad hipertensiva gravídica en el Hospital de Chitungwiza. MEDISAN 2010;14(6): 775.
10. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico (Lima - Perú). Semana Epidemiológica N°4. Bol. Epidemiol. (Lima) 25(4); p.06. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/39.pdf>.

11. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico (Lima - Perú). Semana Epidemiológica N°39. Bol. Epidemiol. (Lima) 24(39); p.09. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>.
12. Cárdenas Antonia I. M., Carvajal Jorge, Lacassie Héctor J. Manejo anestesiológico de pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo. Rev chil obstet ginecol. 2017; 82(1): 58 – 66.
13. Alicia Lapidus, Edgardo Abalos, Ignacio Asprea, Ingrid Di Marco, Oscar García, Daniel Lipchak, et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo. Argentina: UNICEF, Ministerio de Salud de la nación, 2016. Disponible en: http://www.sati.org.ar/files/obstetricia/Guia_Hipertension_con%20tapas1.pdf
14. P. Mora, J.A. Gobernado, Perez Milan, S. Cortes. Estados hipertensivos del embarazo: resultados perinatales. Clin Invest Gin Obst. 2010;37(2):56 - 62.
15. Camacho Terceros Luis, Berzaín Rodríguez Mary. Una mirada clínica al diagnóstico de preeclampsia. Rev Cient Cienc Med 2015; 18(1): 50 – 55.
16. Pacheco-Romero J. Introduction to the Preeclampsia Symposium. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(2):199 - 206.
17. Nápoles Méndez Danilo. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN [Internet]. 2016 Abr [citado 2018 Feb 01]; 20(4): 516 - 529. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013.
18. Beltrán Chaparro Lina, Benavides Pablo, López Rios Jesús A., Onatra Herrera William. Estados hipertensivos en el embarazo: Revisión. rev.udcaactual.divulg.cient. 2014;17(2): 311 - 323.
19. Sáez Cantero Viviana, Pérez Hernández María Teresa, Agüero Alfonso Gonzalo, González García Hortensia, Alfonso Dávila Antonio. Resultados perinatales relacionados con trastornos hipertensivos del embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012; 38(1): 36 - 44.
20. González Álvarez Carmen Elena, González García Lara Gloria, Carrera García Laura Díaz Zabala Mikel, Suárez Rodríguez Marta, Patricia Arias Rosa, et al. Hijo de madre con síndrome de HELLP: características y papel

de la prematuridad, bajo peso y leucopenia en su evolución. Bol Med Hosp Infant Mex. 2015; 72(5): 318 – 324.

21. Dávila Aliaga Carmen Rosa. Neonato de madre con preeclampsia: Riesgo para toda la vida. 2016; Rev Peru Investig Matern Perinat. 2016; 5(1): 65 - 69.
22. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). Segunda edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/>.
23. Vigil-De Gracia Paulino. Síndrome HELLP. Ginecol Obstet Mex 2015; 83: 48 - 57.
24. Claramunt I. Jaime. Desprendimiento de retina. REV. MED. CLIN. CONDES. 2010; 21(6) 956 – 960.
25. Cano Reyes Josefina del Carmen, Infante Tavio Nadia Inés, González Guerrero Lourdes, Fernández Pérez Sonia Rafaela, Herrera Cutié Dania. Desprendimiento de retina: una revisión bibliográfica necesaria. MEDISAN 2015; 19(1): 78 – 87.
26. Torres D., Santos J., Colmenares M., Delgado O. y Reyna Villasmil E. Edema agudo de pulmón secundario a Preeclampsia severa. Clin Invest Gin Obst. 2011; 38(2): 70 – 72.
27. Álvarez Ponce Vivian Asunción, Martínez Murguía Josefina, Rodríguez Llovera Ailyn, Álvarez González Elsa, Sánchez Hernández Jesús, Grimón Muguercia Taimy. Edema agudo del pulmón en una gestante. Rev Cuba Obste y Gineco. 2015; 41(1) 65 – 70.
28. Vizcarra-Vizcarra C, Hurtado-Arístegui A, Gonzales Polar-Garcés J. Injuria renal aguda en la gestación: experiencia en un hospital general en Arequipa – Perú 2003-2013. Acta Med Peru. 2016; 33(3): 195 – 201.
29. Collantes Cubas JA, Vigil -De Gracia P, Cieza Terrones M, Sagástegui Posignon CG, Pérez Ventura SA, Díaz Machuca EM, et. al. Injuria renal aguda en mujeres con síndrome HELLP. Rev Peru Ginecol Obstet. 2017; 63(2): 183 - 189.
30. Segovia María Raquel, Vázquez Molas Gladys Alba. Hematoma hepático asociada a eclampsia y síndrome de Hellp. Rev Nac (Itauguá) 2016; 8(1): 78 – 82.

31. Suárez González Juan Antonio, Corrales Gutiérrez Alexis, Gutiérrez Machado Mario. Hematoma subcapsular hepático roto en el curso de un síndrome de HELLP. Rev Cuba Obst y Gineco. 2017; 43(1): 1 – 9.
32. Fondevila Carlos. Coagulación Intravascular Diseminada. SUPLEMENTO. 2012; 16: 36 – 40.
33. Cunningham F. Gary, Nelson David B. Síndromes de Coagulación Intravascular Diseminada en Obstetricia. Obstet Gynecol. 2015; 126: 1 – 19.
34. Cuenca Duque Yuglia, Rodríguez Caballero Zenaida, Cruz Suárez Beatriz, Cruz Carballosa Yosvanis, Barquilla Calzadilla Elsy, García Guerrero Teresa. Comportamiento de la Preeclampsia con agravamiento en gestantes o púerperas en Mayarí. CCM. 2016; 20(4): 657 - 666.
35. Diago Caballero Dalis, Vila Vaillant Flora, Ramos Guilarte Elsy, Garcia Valdés Roberto. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011; 37(4): 448 - 456.
36. Valdés Yong Magel, Hernández Núñez Jónathan. Factores de riesgo para preeclampsia. Rev Cub Med Mil. 2014; 43(3): 307 - 316.
37. Pimiento Infante Laura Marcela, Beltrán Avendaño Mónica Andrea. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2015; 80(6): 493 – 502.
38. Casanello Paola, Castro-Rodriguez Jose A., Uauy Ricardo, Krause Bernardo J. Programación epigenética placentaria en restricción del crecimiento intrauterino. Rev Chil Pediatr. 2016; 87(3): 154 – 161.
39. Dubón Peniche Maria del Carmen, Romero Vilchis Maria Eugenia. Trabajo de parto, Sufrimiento fetal. CONAMED. 2012; 55(6): 36 – 42.
40. Nápoles Méndez Danilo. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. MEDISAN 2013; 17(3): 521 – 534.
41. Gallo Dahiana Marcela. Monitorización electrónica fetal y medicina basada en las evidencias. Actualización. Rev Colombiana salud libre. 2010; 5(1): 61 – 66.
42. Cuenca Peiró Victorio, Moreno Samos Jose carlos, Zabala Argüelles Juan Ignacio, Cornejo Muños Lourdes, Picazo Angelin Beatriz, De Mora Martin Manuel. Taquicardia fetal: diagnóstico y tratamiento. Rev Esp Cardiol. 2014; 67(1): 125.

43. Pons G. Andrés, Sepúlveda S. Eduardo, Leiva B. Juan Luis, Rencoret P. Gustavo, Germain A. Alfredo. Muerte fetal. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25(6) 908-916.
44. Gary Cunningham F., Leveno Kenneth J., Bloom Steven L., Spong Catherine Y., Dashe Jodi S., Hoffman Barbara L., Casey Brian M., Sheffield Jeanne S. Williams. Obstetricia. 24edición. Texas: McGraw-Hill; 2015. Cap 35.
45. Ybaseta-Soto Marjorie, Morales-Espinoza Kristel, Ybaseta-Medina Jorge. Valoración ultrasonográfica simplificada del oligohidramnios e indicación de cesárea por sufrimiento fetal. Rev.méd.panacea. 2011; 1(2): 34 – 36.
46. Sante-Farfán G, Silva-Rado E. Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue, Tacna 2013-2015. Acta Med Peru. 2016; 33(2): 165 – 166.
47. Ministerio de Salud. Boletín Estadístico de Nacimiento Perú:2015. Edición especial, Perú; 2016. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/cnv/?op=9>.
48. Cruz Hernández Jeddú, Hernández García Pilar, Yanes Quesada Marelis, Isla Valdés Ariana. Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I. Rev cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 Dic [citado 2018 Feb 01]; 23(4). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012.
49. Astete A. Carmen, Beca I. Juan Pablo, Lecaros U. Alberto. Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. Rev Med Chile. 2014; 142: 1449 – 1451.
50. Ministerio de Salud. Resolución Directoral. Guía de Practica Clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Perú. 03 de Febrero del 2014; p.21. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/transparencia/general/resoluciones-directorales-2014?pagina=18>.
51. Gary Cunningham F., Leveno Kenneth J., Bloom Steven L., Spong Catherine Y., Dashe Jodi S., Hoffman Barbara L., Casey Brian M., Sheffield Jeanne S. Williams. Obstetricia. 24edición. Texas: McGraw-Hill; 2015. Cap 18.

52. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea Segura. Lineamiento técnico. México; 2002.
53. Schnapp S. Carlos, Sepúlveda S. Eduardo, Robert S. Jorge Andrés. Operación cesárea. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25(6) 987 - 992.
54. Pacheco-Romero J. Gestación en la mujer obesa: consideraciones especiales. An Fac med. 2017; 78(2): 207 - 214.
55. Carlos Barrera H., Alfredo Germain A. Obesidad y Embarazo. Rev. Med. Clin. Condes. 2012; 23(2) 154 – 158.
56. Martínez García RM, Jiménez Ortega AI, González Torres H, Ortega RM. Prevención de la Obesidad desde la etapa perinatal. Nutr Hosp 2017; 34(4): 53 – 57.
57. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial. Guía Técnica: Guía de Práctica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Perú. 19 de Enero del 2015; p.01. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>.
58. Huerta GJL. El expediente clínico familiar. Estudio de la salud familiar. En: Farfán SG, Programa de actualización continua en Medicina Familiar. México: Intersistemas; 1999. Libro 1p. 44 – 73.
59. Edad [Internet]. EUSTAT. Instituto Vasco de Estadística. 2017. Recuperado a partir de: http://www.eustat.eus/documentos/opt_2/tema_136/elem_1887/definicion.html.
60. Torres Fiallos Aldo Fernando (dir). Unificación de la definición de personas por la edad, principios de unidad y seguridad jurídica. [Tesis de Magister] Universidad de Guayaquil; 2015. [Citado 01 de Enero del 2018]. Recuperado a partir de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/894/1/TUAYGMDPCIV0018-2015.pdf>.
61. Nivel de Instrucción [Internet]. EUSTAT. Instituto Vasco de Estadística. 2017. Recuperado a partir de: http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html.

62. Aguilera P. Susana, Soothill MD. Peter. Control prenatal. Rev. Med. Clin. Condes. 2014; 25(6) 880 – 886.
63. Ticona Rendón Manuel, Huanco Apaza Diana, Ticona Vildoso Maricarmen. Influencia de la Paridad en el Peso del Recién Nacido en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Revista Ciencia y Desarrollo 2011; 13: 134 – 138.
64. Alberola Cuñat Vicent. Codificación en Obstetricia: Asignación de Códigos con la CIE-9-MC y la CIE-10-ES. Valencia, 2016; p.01. Disponible en: http://www.svdm.es/svdm/wp-content/uploads/2016/07/OBSTETRICIA_2016.pdf.
65. Minjarez-Corral Mariana, Rincón-Gómez Imelda, Morales-Chomina Yulia Angélica, Espinosa-Velasco María de Jesús, Zárata Arturo, Hernández-Valencia Marcelino. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. Perinatol. Reprod. Hum. 2014; 28(3): 159 - 166.
66. Pajuelo Ramírez Jaime. Valoración del estado nutricional en la gestante. Rev. Perú. ginecol. Obstet. 2014; 60(2): 147 - 152.
67. Grandi, Carlos, López, Fernando, Estimación de la edad gestacional: Revisión de la literatura. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 2004; 23(3): 138 – 143-
68. Adiego Burgos Begoña, Martínez Ten Pilar, Pérez Pedregosa Javier, Crespo Rivera Alicia, Santacruz Martín Belén, Illescas Molina Tamara, Barrón Azurmendi Esther. Determinación del sexo fetal en el primer trimestre de la gestación: estudio prospectivo. Rev chil obstet ginecol 2010; 75(2): 117 – 123.
69. González Ballano I, Savirón Cornudella R, Lerma Puertas D, De León Luis J. Determinación ecográfica del sexo fetal en el primer trimestre de gestación: estudio en 2314 gestaciones y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex 2015; 83: 207 - 212.
70. Sánchez Sixto E. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Rev. peru. ginecol. obstet. 2014; 60(4): 309 - 320.
71. Diago Caballero Dalis, Vila Vaillant Flora, Ramos Guilarte Elsy, Garcia Valdés Roberto. Factores de riesgo en la hipertensión inducida por el embarazo. Rev Cuba Obst y Ginecol. 2011; 37(4):448 – 456.

72. Blaren Morales García, Carlos Moya Toneut, Nubia Blanco Balbeito, Néstor Moya Arechavaleta, Alejandro Moya Arechavaleta, Roberto Moya Toneut. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (20152016). Rev Cuba Obste Ginecol. 2017; 43(2)
73. Garcés Hernández Wilfredo, Clavel Castillo Yuniel, Bandera Ávila Eduardo, Fayat Saeta Yamilé. Factores de riesgo y condiciones perinatales de la preeclampsia eclampsia. Revista 16 de abril. 2014; (254): 17 – 27.
74. Vázquez-Rodríguez JG, Rico-Trejo EI. Complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia e hiperuricemia tratadas en la unidad de cuidados intensivos. Ginecol Obstet Mex. 2016; 84(3): 143 - 149.
75. Solís Alván Mayra Lizeth. Complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz enero 2013 - julio 2014. Rev. Peru. Obstet. Enferm. 2014; 10(2): 1 – 9.
76. Sánchez Oliveros B, Marín Santos AB, Sarmiento Rodríguez MP, Gómez Figueroa SM, Ramírez Ramírez JP, Carreño Rodríguez LD. Factores de riesgo que inciden en la hipertensión gestacional en San Gil, Santander-universidad.rev.ciencias salud Unisangil. 2013; 3(1): 20 – 30.
77. Muñoz-Ricart Y. Caracterización materno-perinatal de pacientes con preeclampsia-eclampsia en el Centro de Salud de Niore de Sahel. Medisur. 2013; 11(6): 707 – 711.
78. Padilla Raygoza, Nicolás, Díaz-Guerrero, Rosalina, Ruiz Paloalto, Ma. Laura, Canfield, Caitlin M., AVECILLA Hernández, Alejandro A., Hipertensión inducida por el embarazo y peso de los productos al nacer. Acta Universitaria. 2013; 23(1): 3 – 8.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud. Resolución Directoral. Guía Técnica: Guía de Práctica del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Cayetano Heredia. Perú. 31 de Diciembre del 2016.
- Gary Cunningham F., Leveno Kenneth J., Bloom Steven L., Spong Catherine Y., Dashe Jodi S., Hoffman Barbara L., Casey Brian M., Sheffield Jeanne S. Williams. Obstetricia. 24edición. Texas: McGraw-Hill; 2015.

ANEXOS

ANEXO N° 01

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Trastorno Hipertensivo del Embarazo	1	Nominal		Ficha de recolección de datos	9,09 %
Antecedentes maternos	2	Nominal			9,09 %
Edad materna	3	Ordinal			9,09 %
Nivel de Instrucción	4	Ordinal			9,09 %
Controles Prenatales	5	Intervalo			9,09 %
Paridad	6	Ordinal			9,09 %
Estado nutricional	7	Razón			9,09 %
Sexo Fetal	9	Nominal			9,09 %
					72,72 %
VARIABLE DEPENDIENTE:					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Complicaciones Maternas	10	Nominal		Ficha de recolección de datos	7,69%
Complicaciones Fetales	11	Nominal			7,69%
Edad Gestacional	8	Intervalo			7,69%
					27,27 %

TOTAL

100 %

ANEXO N°02

INSTRUMENTO

COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES EN LAS GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO QUE FUERON CESAREADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015 AL 2016

N° de HC de la madre

--	--	--	--	--	--

DATOS MATERNOS. -

1. TIPO DE TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

- Preeclampsia ()
- HTA crónica ()
- HTA crónica + Preeclampsia ()
- Hipertensión gestacional ()

2. ANTECEDENTES MATERNOS

- Preeclampsia previa ()
- Aborto previo ()
- Cesárea anterior ()
- Obesidad ()
- HTA crónica ()
- Antecedente familiar patológico ()
- Ninguno ()

3. EDAD MATERNA:

- ≤19 AÑOS ()
- 20 – 25 AÑOS ()
- 26 – 30 AÑOS ()
- 31 – 34 AÑOS ()
- ≥35 AÑOS ()

4. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

- Iletrada ()
- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior ()

5. CONTROLES PRENATALES

- < 3 CPN ()
- 3 – 5 CPN ()
- > 6 CPN ()

6. PARIDAD

- Nulípara ()
- Primípara ()
- Multipara ()
- Gran Multípara ()

7. ESTADO NUTRICIONAL AL INICIO DEL EMBARAZO (IMC)

- $\leq 19,8$ ()
- 19,8 – 26 ()
- 26,1 – 29 ()
- ≥ 29 ()

8. EDAD GESTACIONAL POR FUR Y/O ECO I TRIMESTRE

- ≤ 27 ss ()
- 28 – 31 ss ()
- 32 – 36 ss ()
- 37 – 41 ss ()
- ≥ 42 ss ()

9. SEXO FETAL

Masculino ()

Femenino ()

10. COMPLICACIONES MATERNAS

Preeclampsia severa ()

Síndrome de Hellp ()

Eclampsia ()

Desprendimiento de retina ()

Edema pulmonar ()

Insuficiencia renal aguda ()

Hematoma/ruptura hepática ()

CID ()

Otros ()

Ninguno ()

11. COMPLICACIONES FETALES

RCIU ()

SFA/RPBF ()

Taquicardia fetal ()

Bradicardia fetal ()

Obito ()

Oligohidramnios ()

Prematuridad ()

Otros ()

Ninguno ()

ANEXO N° 03

VALIDEZ DE INSTRUMENTO – COSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 **Apellidos y Nombres del Informante:** Dr. Alberto Casas Lucich
- 1.2 **Cargo e institución donde labora:** Decano de la Universidad San Juan Bautista
- 1.3 **Tipo de Experto:** Metodólogo Especialista Estadista
- 1.4 **Nombre del instrumento:** Ficha de recolección de datos
- 1.5 **Autor (a) del instrumento:** Bachiller Olivares Santiago Fiorella

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las complicaciones maternas y fetales con el Trastorno Hipertensivo del Embarazo					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					100
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.				80	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar las Complicaciones maternas y fetales en las gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo descriptivo					100

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

.....

 (Comentario del juez experto respecto al instrumento)


UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

DR. ALBERTO CASAS LUCICH
 ASESOR DEL RECTORADO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

90

Lugar y Fecha: Lima, ___ Enero de 2018

 UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

Dr. ALBERTO CASAS LUCICH
ASESOR DEL RECTORADO EN LA FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD

Firma del Experto Informante

D.N.I. N° 07184030

Teléfono 921218686

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Dra. Elsi Bazán Rodríguez
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Docente de la Universidad San Juan Bautista
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadista
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Bachiller Olivares Santiago Fiorella

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.				80%	
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas				80%	
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las complicaciones maternas y fetales con el Trastorno Hipertensivo del Embarazo					85%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					86%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar las Complicaciones maternas y fetales en las gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo					81%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					85%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					85%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo descriptivo					85%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

..... *Aplica*

.....

.....

..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

83.5%

Lugar y Fecha: Lima, 30 Enero de 2018


IC. ELSI NOEMI BAZAR RODRIGUEZ
COESPE 444
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante

D.N.I. N° 10209983
Teléfono 972414879

Informe de Opinión de Experto

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: Dr. Jesus Roberto Catillo Huasasquiche
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Medico Ginecologo del Hospital Regional de Ica
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadista
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Bachiller Olivares Santiago Fiorella

I.- DATOS GENERALES:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					89%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre las complicaciones maternas y fetales con el Trastorno Hipertensivo del Embarazo					95%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					93%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para determinar las Complicaciones maternas y fetales en las gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo					95%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación de tipo descriptivo					89%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

.....

 (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

92.3%

Lugar y Fecha: Lima, 25 Enero de 2018

HOSPITAL REGIONAL DE ICA
J. Castillo
Dr. Jesús Castillo H.
GINECOLOGO OBSTETRA
C.R.C. N° 100596 21222

Firma del Experto Informante

D.N.I. N°.....

Teléfono

ANEXO N°04

MATRIZ DE CONSISTENCIA

55

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICA/ INSTRUMENTO
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuáles son las complicaciones maternas y fetales en las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del año 2015 al 2016?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar las complicaciones maternas y fetales en las gestantes con Trastorno Hipertensivo del Embarazo que fueron cesareadas en el Hospital Regional de Ica de Enero a Diciembre del año 2015 al 2016.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>OE1: Determinar el tipo más frecuente de trastorno hipertensivo del embarazo en las gestantes antes de su ingreso a SOP.</p> <p>OE2: Conocer el antecedente materno más frecuente en las gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo y que tuvieron alguna complicación materna y/o fetal antes de su ingreso a SOP</p> <p>OE3: Identificar la complicación materna más frecuente en las gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo antes de su ingreso a SOP</p> <p>OE4: Identificar la complicación fetal más frecuente en las gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo antes de su ingreso a SOP.</p> <p>OE5: Determinar la característica materna general más resaltante en las gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo antes de su ingreso a SOP.</p>	<p>Por ser un estudio de tipo descriptivo no se cuenta con hipótesis</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Complicaciones maternas y fetales</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Trastorno Hipertensivo del Embarazo</p> <p>VARIABLE INTERVINIENTE</p> <p>*Edad materna *Nivel de instrucción *Control prenatal *Paridad *Estado nutricional *Edad gestacional *Sexo fetal</p>	<p>Nivel: Observacional</p> <p>Tipo: Descriptivo</p> <p>Diseño: Retrospectivo Longitudinal</p> <p>Alcance: En el servicio de Obstetricia del hospital Regional de Ica</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>Gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo que fueron cesareadas en los años 2015 al 2016.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Gestantes con diagnóstico de Trastorno Hipertensivo del Embarazo que fueron cesareadas en los años 2015 al 2016, quienes presentaron alguna complicación materno y/o fetal, y cumplen con los criterios de inclusión y exclusión</p>	<p>TECNICA</p> <p>Observación directa de las HISTORIAS CLINICAS.</p> <p>INSTRUMENTO</p> <p>Ficha de recolección de datos previamente e revisada y validada por juicio de expertos</p>

ANEXO N°05

PERMISO DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRÍCIA



GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Hospital Regional de Ica
Departamento de Gineco- Obstetricia



“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

Ica, 25 de Enero del 2018.

OFICIO N°008 –2017-GORE-DRSA-HRI/JDGO

SEÑORITA : OLIVARES SANTIAGO FIORELLA

ASUNTO : ACEPTACION DE PERMISO DE RECOLECCION DE DATOS DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA.

REF : FUT N° 21815 TRAMITE N°021585

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted; para saludarla muy cordialmente, y a la vez informarle que vista la solicitud presentada con hoja de envío n° 021585, donde solicita permiso para recolección de datos estadísticos del Servicio de Obstetricia, esta Jefatura da por aceptado el permiso correspondiente, informando que se ha constatado la recolección de datos de la Historias Clínicas y de los libros de atención del Servicio de Obstetricia del Departamento de Gineco- Obstetricia; lo que comunico a usted para su conocimiento y demás fines pertinentes.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para testimoniarle mi consideración y alta estima personal.

Atentamente,



Miguel A. Matias Linares
MIGUEL A. MATIAS LINARES
OFICINA DE GINECO-OBSTETRICIA
11 DE ENERO DE 2018

MML/JDG.O