



UNIVERSIDAD  
**AUTÓNOMA**  
DE ICA

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“TRANSTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO RELACIONADA A  
COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, ICA 2019”**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**Salud Pública, Salud Ambiental y Satisfacción con los Servicios de Salud.**

Presentado por:

**Mamani Contreras Fresis**

Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Docente asesor:

**Mg. Juan Carlos Ruiz Ocampo**

Chincha, Ica, 2021

## DEDICATORIA

A mis padres, por haberme formado como una persona de bien, por haberme ayudado a lograr mis sueños, por mis logros en los que incluyen terminar mi carrera como obstetra, por haberme formado con valores y libertades, por la motivación diaria

## AGRADECIMIENTO

A la universidad por la oportunidad que me brindo

A mi asesora, la Obsta. Rocío Chanco quien me  
apoyó en todo momento hasta lograr mi meta

A mis padres por su apoyo

**TRANSTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO  
RELACIONADA A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA  
DEL SOCORRO, ICA 2019.**

## Resumen

Los trastornos hipertensivos del embarazo, una entidad que implica preeclampsia, hipertensión arterial sobre agregada, eclampsia, entre otras es una patología de la segunda mitad del embarazo que se presenta con mucha frecuencia en nuestro medio, tal es así que la segunda causa de muerte materna a nivel regional lo constituye la eclampsia por lo que se realizó una investigación cuyo **objetivo** fue determinar la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica en el año 2019; la **metodología** utilizada fue una investigación de tipo correlacional, retrospectivo y de corte transversal, el diseño de investigación fue no experimental u observacional; la muestra estuvo conformada por todas las gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, siendo un total de 60 casos atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Santa María del Socorro durante el año 2019.

Los **resultados** obtenidos fueron que en el trastorno hipertensivo del embarazo se presentó en un 18.3% preeclampsia, 5% hipertensión crónica sobre agregada, hipertensión gestacional o transitoria y eclampsia respectivamente, las complicaciones obstétricas se presentó en el 33.3% mientras que el 66.7% no se observaron complicaciones; se presentó la amenaza de parto pretérmino en 43.3%, el desprendimiento prematuro de placenta se presentó en 35%. En las complicaciones maternas en el parto, se presentó la hemorragia post parto en 56.7%, de las cuales el 30% corresponde a la preeclampsia; en 1.7% otras patologías como desgarros de partes blandas y retención de restos placentarios.

Se **concluyó** que no existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019, teniendo como resultado el valor del estadístico igual a 0.516 con una probabilidad asociada de ocurrencia de 0.027 por lo que se aceptó la hipótesis nula.

**Palabra clave:** Trastorno hipertensivo en el embarazo – complicaciones obstétrica



## **Abstract**

An investigation was carried out whose objective was to determine the relationship between hypertensive disorders in pregnancy and obstetric complications in pregnant women treated at Hospital Santa María del Socorro, Ica 2019; The methodology used was a correlational, retrospective and cross-sectional investigation, the research design was non-experimental or observational; the sample consisted of all hospitalized pregnant women with a diagnosis of hypertensive pregnancy disorder, with a total of 60 cases.

The results obtained were that in the hypertensive disorder of pregnancy 18.3% presented preeclampsia, 5% chronic over-aggregate hypertension, gestational or transient hypertension and eclampsia respectively, obstetric complications appeared in 33.3% while 66.7% did not occur. observed complications; The threat of preterm birth was presented in 43.3%, premature detachment of the placenta was presented in 35%. In maternal complications during delivery, postpartum hemorrhage occurred in 56.7%, of which 30% corresponds to pre-eclampsia; in 1.7% other pathologies such as soft tissue tears and retention of placental remains.

It was concluded that there is no significant relationship between hypertensive disorders in pregnancy and obstetric complications in pregnant women treated at Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

**Keyword:** Hypertensive disorder in pregnancy - obstetric complications

**PALABRAS CLAVES:**

**TRANSTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO  
– COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS**



## INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Nombre de la Tesis	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Palabras claves	vii
Índice general	viii
Índice de figuras y de cuadros	x
I. INTRODUCCIÓN	11
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1. Descripción del Problema	12
2.2. Pregunta de investigación general	13
2.3. Preguntas de investigación específicas	14
2.4. Objetivo General	14
2.5. Objetivos Específicos	14
2.6. Justificación e importancia	14
2.7. Alcances y limitaciones	16
III. MARCO TEÓRICO	17
3.1. Antecedentes	17
3.2. Bases teóricas	21
3.3. Identificación de las variables	36
IV. METODOLOGÍA	37
4.1. Tipo y Nivel de Investigación	37
4.2. Diseño de la Investigación	37
4.3. Operacionalización de variables	37
4.4. Hipótesis general y específica	38
4.5. Población – Muestra	38
4.6. Técnicas e instrumentos: Validación y Confiabilidad	39
4.7. Recolección de datos	39
4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos	40
V. RESULTADOS	41
5.1. Presentación de Resultados	43

5.2. Interpretación de los resultados	47
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	48
6.1. Análisis de los resultados	48
6.2. Comparación resultados con antecedentes	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	55
Anexo 1: Matriz de Consistencia	56
Anexo 2: Matriz de Operacionalización de Variables	57
Anexo 3: Instrumentos de medición	58
Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición	59
Anexo 5: Base de datos	60
Anexo 6: Informe de Turniting	63

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

-Transtorno Hipertensivo en el embarazo según complicaciones obstétricas	38
-Transtorno Hipertensivo en el Embarazo según Complicaciones maternas en el embarazo	39
-Transtorno Hipertensivo en el embarazo según Complicaciones Maternas en el Parto	40
-Contrastación de hipótesis	41

## II. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud planteó la disminución de la morbimortalidad materna como uno de los objetivos del *“Desarrollo del Milenio para el año 2015”*<sup>(1)</sup> lo cual no se cumplió como se esperaba ya que se esperaba la reducción al 50%; en tal sentido los trastornos hipertensivos del embarazo en forma directa coadyuvaron a que esta reducción no se cumpla, ya que en las gestantes padecen en forma constante de esta patología obstétrica.

Los trastornos hipertensivos del embarazo en su diversa clasificación, continúa hoy en día siendo un problema de salud pública independientemente si el país es desarrollado o en vías de desarrollo, ya que se encuentra una relación estrecha entre la morbilidad y mortalidad en la madre como en el producto. En el trastorno hipertensivo del embarazo se encuentra la Preeclampsia que es una patología de la gestante con trastorno multisistémico que tiene etiología desconocida, la teoría más cercana es la mala invasión trofoblástica por la placenta, esta patología es segunda causa de muerte materna a nivel nacional pudiéndose evitar si el diagnóstico es oportuno.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 3.1. Descripción del Problema

La mortalidad materna es inaceptablemente alta, así lo publica la OMS en el 2019, también informan que a nivel mundial alrededor de 830 mujeres mueren diariamente por complicaciones relacionadas con el embarazo o parto. Este evento es de mayor incidencia en los países en vías de desarrollo así tenemos que en el 2015 la razón de mortalidad materna fue de 239 por 100000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue de tan solo 12 muertes maternas.<sup>1</sup>

La realidad no es diferente en nuestro país así tenemos que la mortalidad materna en el 2015 fue de 76.8 MM por 100,000 n.v. este panorama a pesar de cifras aparentemente altas han sufrido una disminución sustancial es así que en el periodo 1990 al 2015 la razón de mortalidad materna se redujo en un 43.9% , en busca de lograr los ODM el Perú logro reducir la RMM en un 73% sin alcanzar la meta propuesta, pero fue considerado como una de los países de la región que logro importantes avances , pero aun así la muerte materna sigue siendo un problema de salud pública.<sup>2</sup>

Según la OMS las muertes maternas se producen por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio que pueden ser prevenibles o tratables. El 75% de la muerte materna tiene como principales causas las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y los abortos peligrosos.

La oficina de epidemiología del Perú, en su reporte de la semana 52 del 2019 informa que las muertes maternas ocurrieron por causas directas en un 59.1% siendo las causas más frecuentes las hemorragias (25,2% y los trastornos hipertensivos (18.5%).<sup>2i</sup>

Este informe también informa que las muertes maternas en su mayor número son en Lima metropolitana, Piura, Loreto Ucayali, Puno, La Libertad, Lambayeque y Junín, que en conjunto representan el 65.4% de total de muertes,<sup>2</sup> si bien es cierto Ica solo presenta 8 muertes maternas en el periodo, es importante estudiar las complicaciones de los trastornos hipertensivos por ser la segunda causa de muerte materna en nuestro país, así mismo hacer referencia que los casos hipertensivos que en su mejor contexto no culminaron con la muerte de la madre o el feto pueden dejar secuelas irreversibles en el binomial mencionado.

Muchas publicaciones nos ilustran que los trastornos hipertensivos culminan el embarazo de la mujer en la mayoría de sus veces por una serie de complicaciones unas más graves que otras.

Por toda esta coyuntura es que se torna importante estudiar las diversas complicaciones de las gestantes con hipertensión inducida por el embarazo y así identificar factores obstétricos y demográficos que nos sirvan para la detección precoz de la patología y adoptar importantes medidas preventivas con la visión futura de disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

### **3.2. Pregunta de investigación general**

¿Cuál es la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019?

### **3.3. Preguntas de investigación específicas**

¿Cuál es la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en

gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019?

¿Cuál es la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019?

### **3.4. Objetivo General**

Determinar la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2019.

### **3.5. Objetivos Específicos**

Conocer la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019.

Identificar la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

### **3.6. Justificación e importancia**

#### **2.6.1. Justificación de la investigación**

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una complicación del embarazo muy temida por la tasa alta de morbi mortalidad tanto de la madre como del feto debido a que el embarazo se culmina en forma brusca antes de completar las 37 semanas de gestación; se producen también hemorragia post parto por atonía uterina, ruptura prematura de membranas o

desprendimiento prematuro de placenta por la hiperactividad uterina.

Esta investigación será de utilidad para los trabajos de investigación futuros semejantes a ésta donde encontrarán resultados sobre la hipertensión inducida por el embarazo siendo esta patología de mayor preocupación en nuestro país.

Permitirá aportar la relación que existe con el parto pretérmino, a través de los resultados que se obtengan para que de esta manera el personal del servicio de gineco obstetricia pueda elaborar protocolos de atención para mejorar la atención de las gestantes; de igual forma con la ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta y la hemorragia post parto; siendo las beneficiarias de este estudio las gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo que pueden cursar con algunas patologías porque el impacto de la morbi mortalidad podría ser educido por un mejor manejo de este.

En este estudio servirán los instrumentos y técnicas utilizadas para la recolección de datos se encontraran validados por expertos siendo confiables su utilización en otras investigaciones futuras.

Tiene un aporte importante tanto para el personal como para el manejo de gestantes que presenten trastornos hipertensivos del embarazo para evitar que se presente las complicaciones durante el embarazo y parto, contribuyendo de esta manera a evitar complicaciones maternas perinatales que repercutan en el bienestar de la madre y del producto.

### **2.6.2. Importancia de la investigación**

La investigación tiene importancia en la salud pública porque se aporta con datos de la realidad local la instalación, la frecuencia, las variantes, las complicaciones y las consecuencias que se presentaron en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo, si bien es cierto se tiene una gran cantidad de



estudios al respecto internacionales y nacionales, pero aún es poca la investigación local. Estos aportes se concretaron en estrategias preventivas promocionales aplicables a nuestra realidad.

## **2.7. Alcances y limitaciones**

En el presente estudio las limitaciones que encontramos fueron las bibliográficas, ya que no tenemos acceso a los repositorios de diversas universidades; en cuanto a las limitaciones económicas, éstas no se tuvieron ya que la investigación es autofinanciada. Los casos de historias clínicas incompletas o con datos ilegibles fueron situaciones subsanables así como el acceso a los datos por el momento coyuntural que vive el país y sobre todo nuestra región.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. ANTECEDENTES**

#### **3.1.1. Antecedentes Nacionales:**

- **Otero, E.<sup>3</sup> (2018)**, realizó la investigación **“Complicaciones Inmediatas De Postcesareadas con hipertensión inducida por la gestación En El Hospital De Apoyo De Sullana li-2 EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2017”**, cuyo objetivo general fue determinar que complicaciones inmediatas se presentaba en las post cesareadas con hipertensión inducida por el embarazo; el tipo y diseño de investigación utilizado es descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal; el universo estuvo conformado por el total de gestantes pertenecientes o referidas al Hospital de Apoyo Sullana II-2 y la muestra por 183 gestantes que tuvieron su parto en el Hospital y con el diagnóstico de algún trastorno hipertensivo del embarazo, sin problemas respiratorios, cardiológicos, renales o hematológicos de base y cuyo parto fue vía cesárea. Los resultados encontrados fueron prevalencia de la patología de 3,72%, las características epidemiológicas descritas son la edad más frecuente de 15 – 35 años, grado de instrucción secundaria con mayor frecuencia en las gestantes referidas de otras localidades; con clínica de cefalea, edema y alteraciones visuales, las complicaciones inmediatas post cesárea según proporción fue la anemia postoperatoria en un 76%, hipotonía uterina 31,1%, e insuficiencia renal aguda en 11,5% de los casos. Así mismo, la preeclampsia severa fue el trastorno hipertensivo con mayor prevalencia. Con los resultados encontrados la autora concluye que la principal complicación inmediata en post cesareadas con preeclampsia severa es la anemia post operatoria.
- **Chauca,A.<sup>4</sup> (2018)** en su investigación sobre **“Frecuencia De La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo en el parto Pretérmino En El Hospital De Ventanilla – 2016”** se planteó como objetivo determinar la frecuencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo en el parto pretérmino en el hospital de Ventanilla; la metodología utilizada fue una investigación de diseño observacional, tipo descriptivo, transversal y retrospectivo;

trabajó con 85 historias clínicas de pacientes con parto prematuro que cumplían con los criterios de inclusión. Los resultados fueron que el 73% presentó enfermedad hipertensiva del embarazo, dentro de ellos el 68% preeclampsia, 21% hipertensión gestacional, eclampsia 8% y 3% con hipertensión crónica; no hubo parto pretérmino que tuvo como causa la preeclampsia sobre agregada; de las gestantes que tuvieron parto prematuro por la enfermedad hipertensiva del embarazo, el 61% tenían la edad que oscilaba entre 20 a 35 años, el mismo porcentaje tuvieron las gestantes sin adecuado control prenatal, el 100% de gestantes fueron multíparas, con periodo intergenesico prolongado fueron el 82%, el 71% sin antecedente de enfermedad hipertensiva en gestaciones anteriores.

Concluyó que los partos pretérmino tienen relación directa con la enfermedad hipertensiva del embarazo en el Hospital de Ventanilla durante el año 2016.

- **Coveñas, H.<sup>5</sup> (2018)** en su Investigación **“Preeclampsia Y Su Relación Con El Parto Pretérmino en Gestantes Del Hospital Regional li-2 TUMBES 2015-2016”**; cuyo objetivo planteado fue determinar la relación que existe entre la preeclampsia y el parto pretérmino en gestantes que fueron atendidas en el Hospital Regional II-2 de Tumbes, la metodología utilizada fue un diseño no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, teniendo una muestra de 80 historias clínicas de pacientes que presentaron parto pretérmino y preeclampsia. Los resultados fueron, el 80% de partos pretérmino fueron tardíos, 10% partos pretérmino extremo y muy extremos respectivamente; presentaron preeclampsia leve en un 85% y 15% severa. Concluyó que no existe significancia estadística entre la preeclampsia y el parto pretérmino  $p= 0.952$ .

### **3.1.2. Antecedentes Internacionales**

- **Izaguirre, A, Cordón, J, Ramírez, A, et al.<sup>6</sup> (2015)** **“Resultados Perinatales en Gestantes con Trastornos Hipertensivos del**

***Embarazo, Hospital Regional Santa Teresa. Honduras, 2015”;***

La investigación tuvo como objetivo describir las características clínicas y epidemiológicas de los recién nacidos de madres con trastornos hipertensivos del embarazo de la sala de labor y parto del Hospital Regional Santa Teresa en Comayagua, Honduras durante el 2015; aplicaron un estudio observacional descriptivo transversal, en el periodo de enero a diciembre ingresaron un total de 6,090 gestantes, de las cuales el 5.9% presentaron enfermedad hipertensiva del embarazo y la muestra fue el 51.5% de los casos. Los resultados encontrados entre otros fueron que el 18.8% de las gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo presentaron más de alguna complicación, siendo la más frecuente el síndrome de HELLP en un 3.8%, seguido de insuficiencia renal aguda en 2.2% y eclampsia, infección /sepsis y óbito en 1.1% respectivamente. El 58.1% de los recién nacidos de la muestra tuvieron complicaciones, el 10.2% presentaron distress respiratorio, 9.1% bajo peso al nacer, 7.0% sepsis neonatal temprana y prematurez respectivamente. Concluyeron que las principales complicaciones perinatales presentadas en los neonatos de embarazos con trastorno hipertensivos en el Hospital Santa Teresa son: el síndrome de distress respiratorio y el bajo peso al nacer. El parto vaginal sigue siendo la vía de evacuación más frecuente en las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo.

- **Sánchez, M.<sup>7</sup> (2017)** en su estudio ***“Estados Hipertensivos Del Embarazo: Complicaciones a Corto Plazo Y Resultados Adversos Maternos Y Perinatales en un Departamento de Salud de Valencia” España 2017,*** tuvo como objetivo describir las complicaciones a corto plazo y los resultados adversos maternos y perinatales que se presentan en los estados hipertensivos del embarazo; estudio analítico, de corte transversal y retrospectivo; teniendo una muestra de 79 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados obtenidos

fue que la prevalencia de los EHE fue del 2.7%; en la edad se encontró que el 50% pertenecían al grupo mayor o igual a 35 años; el 62% tenía estudios superiores; las complicaciones a corto plazo más observados fueron la preeclampsia sobreañadida en un 21.1%, síndrome de Hellp en 28.6%, desprendimiento prematuro de placenta en 1.3%; los resultados adversos observados fueron; hemorragia vaginal en el embarazo en caso de preeclampsia sobre añadida y preeclampsia leve en un 10.6%, el parto por cesárea constituyó el 51.9%; la prematuridad se presentó en el 25% de los casos, bajo peso al nacer 38.1%, oligohidramnios en 6.3%, el 20.2% presentó sufrimiento fetal. Concluyó que las complicaciones a corto plazo por la EHE tienen relación con el resultado adverso materno perinatal.

- **De Jesús García Adolfo, Jiménez Báez María Valeria, et al.<sup>8</sup> “Características Clínicas, Epidemiológicas Y Riesgo Obstétrico de Pacientes con Preeclampsia-Eclampsia”.** El objetivo del estudio fue describir las características epidemiológicas, clínicas y antecedentes obstétricos de las pacientes con diagnósticos de preeclampsia-eclampsia de la unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA). La metodología empleada es un estudio descriptivo transversal retrospectivo, aplicado a 20 expedientes clínicos con diagnóstico de preeclampsia- eclampsia. Los resultados hallados fueron que el 60% de las pacientes presentó el síndrome de Hellp. En la clasificación de riesgo obstétrico el 75% código rojo, el 15 código verde y un 10% sin dato. Los autores concluyeron que el síndrome de Hellp es la complicación severa de la preeclampsia y también principal causa de muerte en el 12% de las embarazadas con preeclampsia-eclampsia.

### 3.2. BASES TEÓRICAS

### **3.2.1. Trastorno hipertensivo en el embarazo**

Entidad patológica que se caracteriza por una serie de trastornos hipertensivos (preeclampsia, hipertensión crónica, hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada e hipertensión gravídica o gestacional) cuyo denominador común es la existencia de hipertensión durante el embarazo, el referido cuadro hipertensivo se inicia o diagnostica durante el embarazo después de las 20 semanas y en una paciente previamente normotensa. Para ser catalogada como tal se requiere 2 registros separados al menos de 4 horas de PA diastólica  $\geq$  a 90 mmHg y/o PA sistólica  $\geq$  a 140 mmHg.<sup>9</sup>

Es necesario considerar ciertos criterios para un diagnóstico clínico confiable como lo es el procedimiento adecuado en la medición de la presión arterial el cual es en posición sentada, con la espalda apoyada y recta, con los pies afirmados en el piso, cómodamente y guardar 5 minutos de reposo previos al examen.<sup>9</sup>

#### **3.2.1.1. Preeclampsia**

##### **a) Definición:**

La preeclampsia es de causa desconocida, se caracteriza por el compromiso multisistémico y por la afección solo a la raza humana.<sup>4</sup> Podemos definirla como un trastorno del embarazo que se presenta por lo general en la segunda mitad de la gestación, caracterizado por PA  $\geq$  140/90 mmHg en dos tomas, y la presencia de proteinuria,<sup>9</sup> en la mayoría de casos. También se debe dejar claro que hay casos que los signos y síntomas como trombocitopenia de nueva aparición, función hepática alterada, insuficiencia renal, edema pulmonar, o alteraciones visuales o cerebrales permite catalogar como tal incluso con ausencia de proteinuria, por lo tanto, este último parámetro puede ser un criterio, pero no es necesario para el diagnóstico de preeclampsia.<sup>3</sup>

##### **b) Epidemiología**

La mortalidad materna y perinatal en el Perú y el mundo tiene como principal causa los trastornos hipertensivos del embarazo, <sup>4</sup> así tenemos que la preeclampsia y eclampsia son responsables de la mortalidad materna en un 10 al 15%.<sup>10</sup>

En cifras variables encontramos datos que la preeclampsia puede complicar el embarazo de un 2 al 8 % según lo que publica Castañeda <sup>4</sup> a nivel mundial y en el Perú del 3 al 22%, comportándose como la segunda causa de muerte materna.<sup>11</sup>

Según la revisión de investigadores colombianos mencionan que la preeclampsia va en el rango de 5 al 8% mientras que en los países en vías de desarrollo es del 10%, también resalta que es más frecuente en nulíparas que en multíparas, en raza negra que en la blanca y en los embarazos gemelares.<sup>10</sup>

La investigadora Erika Aliaga Paima hace referencia una revisión científica donde se indica que la prevalencia de la preeclampsia en nuestro país en el 2004 oscila entre el 10 y 14%,<sup>12</sup> circunstancia que no se ha modificado en los últimos tiempos.<sup>12</sup>

En la investigación hecha en Perú (2014) en el grupo de gestantes mayores de 35 años refiere como complicación más frecuente la preeclampsia y una similar investigación en Ecuador (2017) concluye que la preeclampsia es la segunda complicación en este grupo de gestantes.<sup>13</sup>

La preeclampsia/eclampsia son entidades responsables del mayor número de muertes maternas en el mundo y principalmente en los países en vías de desarrollo, el boletín Salud en las Américas edición 2017 refiere que la mortalidad materna en el Perú paso de 93 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en el 2011 a 68 en el 2015 y que la enfermedad hipertensiva del embarazo con 31% de casos es la segunda causa muerte materna en el país.<sup>14</sup> Esta información se corrobora en el boletín informativo del MINSA del año 2019 que

en una de sus conclusiones dice “la mayoría de muertes ocurrieron debido a causas obstétricas directas (59.1%), la hemorragia y los trastornos hipertensivos constituyeron las causas más frecuentes a nivel nacional.<sup>2</sup>

### **c) Factores de riesgo**

Existen diversas condiciones de las gestantes que se comportan como factores de riesgo para desarrollar esta entidad patológica que es responsable de muertes en las gestantes como en sus hijos.<sup>12</sup>

Son múltiples los estudios publicados en relación al tema de los cuales se puede extraer los factores de riesgo más relevantes que se debe considerar para actuar preventivamente y así enfrentar esta complicación. Entre estos factores tenemos dos grupos:<sup>15, 10, 2, 16, 17</sup>

- Factores de riesgo moderado:

Primer embarazo, edad (<18 ó ≥ 40 años), intervalo intergenésico > 10 años, IMC ≥ 35 kg/m<sup>2</sup> en la primera consulta, embarazo múltiple y antecedente familiar de preeclampsia.

- Factores de alto riesgo:

Trastorno hipertensivo en embarazo anterior, enfermedad crónica, enfermedad autoinmune como lupus eritematoso o síndrome antifosfolípido, diabetes tipo 1 o 2 e hipertensión crónica.

Otros factores mencionados tenemos infección urinaria, malformación fetal, embarazo mediante técnicas de reproducción asistida o cambio de paternidad.<sup>10, 18, 8, 3</sup>

Es recomendable realizar una evaluación del riesgo biopsicosocial e identificar los casos de embarazo no deseado, ansiedad, humor depresivo, tensión emocional y falta de soporte familiar que pueden comportarse como factores de riesgo para



desencadenar algún trastorno hipertensivo durante el embarazo.<sup>18</sup>

#### **d) Fisiopatología**

Los trastornos hipertensivos del embarazo por muchos años y hasta la actualidad se sigue en la investigación para determinar su etiología para lo cual existen muchas hipótesis al punto que fue denominada la “enfermedad de las hipótesis” pero en esta búsqueda se encuentra puntos concordantes llegando a un acuerdo general, indicando que se debe a la alteración vascular endotelial.<sup>10</sup>

Así mismo, se encuentra que existe una invasión anormal de la pared uterina por parte del tejido trofoblástico de origen fetal durante la primera mitad del embarazo y por ende no tiene manifestaciones clínicas, esta condición, el defecto placentario condiciona un cuadro hipoxico tanto en la placenta como en el desarrollo embrionario, teniendo como resultado daño en el sincitiotrofoblasto y restricción del crecimiento fetal.<sup>19</sup>

Las alteraciones vasculares mencionadas tenemos que la musculatura arterial se modifica a material fibrinoide, la luz arterial esta disminuida, se encuentra arteriosclerosis aguda, con agregación de elementos como la fibrina, las plaquetas y macrófagos, y trombosis e infartos por lo tanto es posible un bloqueo arterial.<sup>3</sup>

Los diferentes estudios convergen que la perfusión placentaria esta disminuida hasta en un 50% como consecuencia tenemos menor flujo al feto, desnutrición crónica y RCIU.<sup>3</sup>

También se informa que la preeclampsia podría ser de etiología heterogénea, pero se resume en la hipo perfusión placentaria y el daño endotelial materno, así mismo se produce un compromiso multiorgánico materno.

#### **e) Clasificación**

El cuadro de preeclampsia puede presentarse en dos modalidades:

- Preeclampsia leve o sin criterios de severidad, es cuando se registra solo hipertensión  $\geq 140/90$  mmHg pero menor de  $160/110$  mmHg, sin compromiso hematológico, renal, hepático, pulmonar o neurológico y sin afectación del estado fetal.<sup>11, 12</sup> Así mismo, presenta proteinuria cualitativa 1 o 2 (+) con el examen de ácido sulfosalicílico o tira reactiva respectivamente y cuantitativa  $\geq$  a 300 mg en orina de 24 horas.<sup>5, 4</sup>
  
- Preeclampsia severa o con criterios de severidad se diagnóstica como tal cuando la preeclampsia se asocia a uno de los siguientes criterios clínicos:<sup>15, 4</sup>
  - Presión arterial  $\geq 160/110$  mmHg<sup>19</sup>
  - Deterioro de la función hepática, enzimas hepáticas (TGO) concentraciones dos veces del valor normal, dolor persistente en el hipocondrio derecho o epigastrio que no sede con medicamentos.
  - Trombocitopenia  $< 100,000/\text{mm}^3$
  - Creatinina  $> 1.1$  mg/dl
  - Edema pulmonar o
  - Trastornos cerebrales repentinos o visuales.

#### f) **Diagnostico**

El diagnostico se basa en el cuadro clínico y los exámenes de ayuda diagnóstica. Clínicamente es preciso identificar hipertensión arterial en una mujer gestante mayor de 20 semanas en valores según sea el caso y pueden o no estar presentes signos de afectación del SNC (hiperreflexia, cefalea, alteraciones visuales) y dolor en el hipocondrio derecho o epigastralgia.<sup>16, 18</sup>

El edema en estos últimos tiempos no se incluye para el diagnóstico de preeclampsia, esto debido a que se ha encontrado en casi el 80% de gestantes normales. No obstante se debe valorar el edema cuando es instauración aguda acompañado de incremento anormal de peso materno.<sup>11</sup>

La ayuda diagnóstica comprende hemograma, perfil de coagulación, proteinuria cuali y cuantitativa, perfil hepático y perfil renal, así mismo, pruebas de bienestar fetal (NST y TST) y ecografía obstétrica (PBF) <sup>15</sup> y/o ecografía con Doppler de circulación fetal, placentaria y arterias uterinas.<sup>10</sup>

Podemos establecer que el punto central en el diagnóstico de preeclampsia es un control seriado como lo recomienda el CLAP para la cuantificación de la presión arterial y la proteinuria, y que ante alguna alteración significativa puede ser posible un diagnóstico precoz que permitirá un tratamiento oportuno.

#### **g) Tratamiento**

Para considerar este ítem primero debemos establecer lo publicado por diferentes investigadores, que aproximadamente el 50% de los trastornos hipertensivos del embarazo desarrollan un cuadro de preeclampsia, por esto el manejo de la preeclampsia debe contemplar la acción preventiva con o sin hipertensión arterial al inicio del embarazo. Se recomienda que desde el primer control de la gestante realizar un tamizaje para la detección de hipertensión arterial para evitar con medidas preventivas el desarrollo de preeclampsia y así evitar las complicaciones materno fetales posibles.<sup>20</sup>

En el marco de toda la información disponible cada país elabora esquemas para su aplicación, es así, que el MINSA aprueba la Guía Técnica para la atención de las emergencias obstétricas la cual ofrece tratamiento según el grado de la emergencia y el nivel de complejidad de los establecimientos a nivel nacional.<sup>17</sup>

Según la revisión bibliográfica lo que se puede establecer que el manejo y tratamiento de los trastornos hipertensivos durante el embarazo comprende un tratamiento medicamentoso y otro de medidas generales, todo siempre según el tipo de preeclampsia.

En preeclampsia leve el manejo es medidas generales de control materno y fetal tal como determinación de PA, peso, proteinuria, diuresis, exámenes de laboratorio y pruebas de bienestar fetal, considerar la posibilidad de hospitalización solo en casos que el domicilio no ofrezca garantía de control adecuado.<sup>21</sup> El tratamiento final es la culminación del embarazo en caso de 37 semanas a más, según el caso puede ser vía vaginal o cesárea, en gestaciones menores de 37 semanas la conducta es expectante con control estricto del estado materno y fetal.<sup>3</sup>

En preeclampsia severa hospitalización obligatoria, iniciar tratamiento y referir si es necesario. El tratamiento se basa en fluidos con cloruro de sodio al 9 ‰, 5 amp. de sulfato de magnesio al 20%, labetalol de 200 mg o metildopa 1 gr. vía oral cada 8 horas o 12 horas respectivamente,<sup>21</sup> y en caso de ser necesario por crisis hipertensivas usar Nifedipino 10 mg. Vía oral cada 20 minutos hasta tres tabletas y luego 1 tableta cada 6 horas. 14 Se complementa con sonda Foley N° 14 con bolsa colectora para control de diuresis, oxigenoterapia 3 lt/min con cánula binasal, control de funciones vitales materna y obstétricas (LCF y dinámica uterina).<sup>21</sup> El tratamiento con sulfato de magnesio debe mantenerse 24 horas después del parto, durante su uso se debe controlar para evitar una sobredosis en cuyo caso de utiliza 1 a 2 gramos vía endovenosa de gluconato de calcio.<sup>3</sup>

Medidas complementarias es la maduración pulmonar si se trata de gestación entre 28 y 34 semanas y la culminación del embarazo se considera cuando la gestación es mayor de 37

semanas, pero en caso de gestación de 34 a 37 semanas debe considerar esta opción según el estado materno.<sup>3</sup>

Las gestantes que padecen de algún grado de preeclampsia son susceptibles de presentar complicaciones del orden materno y neonatal, cada una de ellas, con fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico correspondiente.

En la madre se puede identificar casos de eclampsia, síndrome de Hellp, rotura o hematoma hepático, edema pulmonar, insuficiencia hepática o renal, desprendimiento prematuro de placenta, CID, desprendimiento de retina, accidente cardiovascular y falla orgánica múltiple.<sup>15, 16</sup> Otro punto crítico en esta patología es que la mortalidad materna es muy significativa

Los problemas neonatales son ocasionados por los efectos de la alteración en la perfusión de la placenta, lo que resulta en restricción del crecimiento intrauterino, también por la prematuridad o por la hipoxia como resultado de las convulsiones maternas.<sup>16</sup> Estas complicaciones neonatales pueden complicarse hasta producir la muerte del niño.<sup>21</sup>

### **3.2.1.2. Eclampsia**

Cuadro patológico caracterizado por convulsiones tónico clónicas generalizadas que se presenta como una complicación de gestantes preeclámpticas como resultado de vasoconstricción e hipoxia cerebral con consiguiente edema.<sup>17, 21</sup>

La presencia de este cuadro puede ser durante el embarazo, parto o incluso en las primeras 48 horas del puerperio.<sup>12, 18</sup> En algunos casos el cuadro eclámpico puede presentar accidente cerebro vascular, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado, como consecuencia la paciente presenta compromiso neurológico persistente con manifestación de estado eclámpico, hasta coma prolongado.<sup>18</sup> Luana Feitosa

Mouraoen y colaboradores concluyeron en su estudio, que las causas principales de ingreso a UCI son la eclampsia y el síndrome de Hellp como causas obstétricas directas.<sup>6</sup>

Por la gravedad del cuadro la conducta que se maneja se base principalmente en el tratamiento de las convulsiones e instalar o continuar el manejo indicado en caso de preeclampsia severa asegurando la permeabilidad de la vía aérea mediante intubación orofaríngea, control de la ventilación – oxigenación con pulsometría permanente, diuresis horaria estricta, control de PVC, monitoreo seriado de la función hepática, renal y de coagulación.<sup>21</sup>

El manejo con el sulfato de magnesio es el mismo usado en preeclampsia severa y crisis hipertensiva con Nifedipino que puede usarse hasta 50 mg en 24 horas.<sup>21</sup>

La culminación del embarazo es necesario con la vía más conveniente vaginal o cesárea cuando en cuadro este controlado en un plazo no mayor de 12 horas por convulsión.<sup>22</sup>

#### **3.2.1.3. Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada**

Se considera así cuando una mujer embarazada con hipertensión crónica preexistente desarrolla preclampsia.<sup>18</sup>

#### **3.2.1.4. Síndrome de Hellp**

Es una complicación grave de la preeclampsia que se produce por daño endotelial microvascular, agregación y consumo de plaquetas que terminan con una isquemia distal y necrosis hepatocelular, un 15 % de casos se produce en ausencia de preeclampsia.<sup>22</sup>

El cuadro clínico se caracteriza por presentar anemia hemolítica microangiopática, hiperbilirrubinemia a predominio indirecto, aumento de TGO o LDH y plaquetopenia.<sup>21</sup> Es evidente ictericia, náuseas con o sin vómito, y dolor en el epigastrio, también puede

existir malestar general, cefalea, alteraciones visuales y sangrado mucocutáneo.<sup>22</sup>

El diagnóstico es clínico, pero se confirma con los exámenes de laboratorio, encontrando una triada característica hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.<sup>22</sup>

El manejo está basado en la atención en la unidad de cuidados intensivos con la finalidad de estabilizar a la gestante y culminar el embarazo lo antes posible.<sup>11</sup>

Las complicaciones de orden materno son coagulación intravascular diseminada, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia renal aguda, ascitis severa, edema pulmonar, derrame pleural, edema cerebral, edema subcapsular hepático, entre otras. La complicación más impactante es la muerte materna por el compromiso sistémico que se da, y que puede llegar hasta un 24% de casos.<sup>23</sup>

Es frecuente que se presente distress respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia cerebral, RCIU, depresión neonatal, bajo peso al nacer, asfixia y muerte perinatal.<sup>23</sup>

### **3.2.2. Complicaciones de los trastornos hipertensivos del embarazo**

#### **a) Complicaciones en el embarazo**

- **Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta**  
Aproximadamente el 7% de gestantes con eclampsia pueden cursar con este cuadro hallazgo que se hace durante la atención del parto y que es predecible en casos de plaquetopenia inferior a 60,000/ $\mu$ L.<sup>3</sup>

El proceso se produce por los cambios histológicos y las alteraciones de la coagulación ocasionadas por la preeclampsia.<sup>3</sup> Una DPP como resultado de preeclampsia/eclampsia puede en la mayoría de casos con

Óbito fetal por la hipoxia resultante de los cuadros mencionados.<sup>3</sup>

- **Amenaza de parto pretérmino**

La Amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de contracciones uterinas en forma regular en un mismo rango de tiempo que se asocian a cambios cervicales de manera progresiva, puede existir dilatación e incorporación<sup>24</sup>.

Dentro de los factores de riesgo podemos citar que ciertas complicaciones obstétricas que culminan en una parto pretérmino necesitan de cofactores para ejercer su efecto. Algunos factores de riesgo son: los antecedentes de partos pretérmino, anomalías uterinas, embarazo múltiple, ruptura prematura de membranas, antecedentes patológicos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, trombo embolismo; existen también factores epidemiológicos y ambientales como nivel socio económico bajo, factores nutricionales entre otros<sup>24</sup>.

El diagnóstico de las amenazas de parto pretérmino se realiza verificando la aparición de dos eventos entre las semana 21 a 36 del embarazo, estos eventos son:

Contracciones uterinas, al percibir por lo menos 4 contracciones en 20 minutos u 8 en una hora que se pueden manifestar con dolor o indoloras, presión pélvica, sangrado vaginal, dolor lumbar<sup>24</sup>.

Modificaciones a nivel cervical, cuando existe una dilatación mayor a 2 cm y una incorporación mayor a 80 %<sup>24</sup>.

Las pruebas diagnósticas son:

La ecografía transvaginal, para medir la longitud cervical, la longitud menor de 25 mm se encuentra asociado a riesgo relativo de parto pretérmino de 4.8. Si se tiene una longitud de



25 mm con contracciones uterinas regulares es diagnóstico de amenaza de parto pretérmino<sup>25</sup>.

Test de fibronectina, se debe realizar entre las 24 a 34 semanas de gestación, la fibronectina es una proteína extracelular que se va a encontrar en las membranas, decidua y el líquido amniótico, tiene la función adhesiva entre el feto y la superficie interna uterina. Se encuentra normalmente entre la 20 a 22 semanas y al final de la gestación, entre las 24 a 24 semanas es poco frecuente por esta razón si se encuentra en una cantidad de 50 ng/ml es un riesgo para la presencia de parto pretérmino<sup>24</sup>.

Dentro del tratamiento encontramos:

Las medidas generales; reposo absoluto e hidratación

Progesterona cuando la paciente tiene antecedentes de insuficiencia. Se recomienda su uso vía vaginal entre las 16 a 24 semanas<sup>25</sup>.

Los tocolíticos como, los antagonistas del calcio, los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), Sulfato de magnesio, <sup>26</sup>entre otros; el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomiendan el uso de los antagonistas del calcio tipo Nifedipino por tener menor efectos adversos; está contraindicado su utilización en preeclampsia severa no controlada, eclampsia, DPP, dilatación avanzadas, etc<sup>26</sup>.

Corticoides, para disminuir la morbi mortalidad neonatal, las gestantes con riesgo elevado de parto pretérmino entre las 28 a 34 semanas de gestación<sup>26</sup>.

El parto pretérmino es una complicación del embarazo que tiene la salud pública desde hace mucho tiempo. Aproximadamente un millón de productos nacen en forma prematura constituyendo la primera causa de muerte por complicaciones obstétricas como la preeclampsia. La OMS en

el año 2015 define al parto pretérmino como el parto que se produce a partir de la semana 20 hasta la semana 36 y 6 días de gestación, independientemente del peso al nacimiento.<sup>27</sup>

La Sociedad española de Obstetricia y Ginecología como el Ministerio de Salud denominan parto pretérmino al parto que se produce después de la semana 22 hasta antes de la semana 37 del embarazo o el parto producido antes de los 259 días del embarazo contados a partir del primer día de la última menstruación.<sup>28</sup>

La embarazada va al establecimiento de salud presentando primordialmente dolor a nivel del vientre, dolor lumbar y dinámica uterina regular, en el examen obstétrico se puede percibir modificaciones a nivel cervical.<sup>29</sup>

Se diagnostica mediante los signos y síntomas de trabajo de parto, este diagnóstico se realiza a través de la clínica, por exámenes bioquímicos u ecografía transvaginal.<sup>2</sup>

#### **a) Complicaciones en el parto**

- **Hemorragia post parto**

La hemorragia post parto (HPP) denominada como la pérdida sanguínea de más de 500 cc en parto vaginal y mayor a 1000 cc en cesárea, hoy en día debido a que se observó la inadecuada sensibilidad de la valoración visual cuantitativa la tendencia es clasificar a la hemorragia post parto de acuerdo al compromiso hemodinámico que se presente y en función al tiempo en que se presente se clasifica en: Primaria, hemorragia que se presenta dentro de las 24 horas post parto que generalmente es debida a una atonía uterina. Secundaria, cuando se presenta después de las 24 horas asociada generalmente a la retención de restos placentarios.<sup>30</sup>

### **3.2.3. Definición de términos básicos**

- **Complicación del embarazo.-** son los trastornos o alteraciones que una mujer sufre durante el proceso del embarazo, parto o puerperio.<sup>29</sup>
- **Edad.-** años en este caso de la gestante desde su nacimiento hasta el momento de la consulta.<sup>29</sup>
- **Embarazo.-** es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Se considera la etapa desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, identificándose una etapa inicial embrionaria y la segunda la etapa fetal.<sup>12</sup>
- **Estado civil.-** condición social de una persona, según el INEI en el Perú se establece los siguientes estados soltero/a, casado/a, conviviente, viudo y divorciado.<sup>5</sup>
- **Hipertensión arterial crónica.-** paciente no embarazada con PA  $\geq$  140/90 mmHg o en tratamiento con fármacos antihipertensivos.<sup>19</sup>
- **Hipertensión arterial gestacional o transitoria.-** hipertensión leve sin proteinuria, que aparece en el tercer trimestre de la gestación y desaparece después del parto.<sup>21</sup>
- **Hipertensión arterial.-** es una enfermedad caracterizada por la elevación sostenida de la PA y de etiología desconocida. PA optima <120/80 mmHg HTA:  $\geq$ 140/90 mmHg.<sup>21</sup>
- **Paridad.-** se define como paridad al número de nacimientos con productos de 20 semanas de gestación a más y con peso mayor a 500 gramos,<sup>17</sup> se tiene la variedad de nulípara, múltipara, y gran múltipara.<sup>5</sup>

- **Preeclampsia.-** trastorno de la gestación que se presenta después de las 20 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociada a proteinuria.<sup>15</sup>
- **Proteinuria.-** se define como la excreción de proteínas en orina de 24 horas de colección, es considerada proteinuria patológica cuando es de 300 mg ó más.<sup>3</sup>
- **RCIU.-** en el retardo de crecimiento intrauterino el feto no logra su potencial de crecimiento durante el embarazo y catalogado con ponderado fetal inferior al percentil 10 de crecimiento para la edad gestacional.<sup>24</sup>
- **Síndrome de Hellp.-** es una de las complicaciones severas de la preeclampsia y también la principal causa de muerte en el 12% de las embarazadas con preeclampsia – eclampsia.<sup>7</sup>
- **Trastornos hipertensivos en el embarazo.-** problemas hipertensivos muy frecuentes que pueden llegar a complicar el embarazo en un 10 a 15%, constituyéndose en un problema de salud pública importante.<sup>20</sup>
- **Desprendimiento prematuro de placenta.-** consiste en la separación en forma parcial o total de la placenta normalmente insertada antes del parto<sup>25</sup>.
- **Parto pretérmino.-** Trabajo de parto que se produce sin completar las 37 semanas de embarazo.<sup>29</sup>

### 3.3. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

#### 3.3.1 Variable Independiente:

- **Transtorno hipertensivo en el embarazo:** son alteraciones hipertensivas del embarazo, de importancia médica ya que explican la proporción incrementada de las complicaciones

maternas y fetales; caracterizada principalmente por elevación de la presión arterial.

### **3.3.2. Variable dependiente:**

- **Complicaciones obstétricas:** son alteraciones o disrupciones que sufre la mujer en cualquier momento del embarazo, parto y puerperio.

## **V. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo y Nivel de Investigación**

La investigación es correlacional, retrospectivo, teniendo un corte transversal.

**El nivel de investigación** fue una investigación descriptivo ya que se describen los datos y características de la población que se estudia. Este nivel responde a las preguntas quién, cómo, donde, cuando

### **4.2. Diseño de la Investigación**

El diseño de investigación es no experimental u observacional

El enfoque fue cuantitativo ya que se utilizó la recolección y el análisis de datos para contestar las preguntas de la investigación y comprobar la hipótesis.

### 4.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR
<b>Variable Independiente:</b> Transtorno hipertensivo en el embarazo	Hipertensión crónica sobre agregada  Preeclampsia  Hipertensión gestacional o transitoria  Eclampsia	Si No  Leve Severa  Si No  Si No
<b>Variable Dependiente:</b> Complicaciones obstétricas.	Complicaciones en el embarazo  Complicaciones en el parto	-Desprendimiento prematuro de placenta - Amenaza de parto pretérmino  - Hemorragia post parto

### 4.4. Hipótesis general y específica

#### 4.4.1. Hipótesis general:

Ha= Existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

Ho= No existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

#### 4.4.2. Hipótesis específica

- Existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019.

-Existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

#### **4.5. Población – Muestra**

##### **4.5.1. Población**

La población estuvo conformada por todas las gestantes que fueron hospitalizadas en el servicio de obstétrica del Hospital Santa María del Socorro durante el año 2019.

##### **4.5.2. Muestra**

Para contar con una muestra significativa, estuvo conformada por todas las gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo, haciendo un total de 84 pacientes atendidas con el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo durante el año 2019.

Teniendo un muestreo no probabilístico por conveniencia.

#### **Criterios de Inclusión**

- Historias clínicas con datos completos y legibles
- Gestantes hospitalizadas con diagnóstico de trastorno hipertensivo en el embarazo

#### **Criterios de exclusión**

- Historias clínicas con datos incompletos e ilegibles.
- Gestantes hospitalizadas con patologías diferentes a trastorno hipertensivo en el embarazo.

#### **4.6. Técnicas e instrumentos: Validación y Confiabilidad**

##### **4.6.1. Técnica:**

La técnica que se utilizó fue la documental, ya que se revisó el libro de partos, el sistema informático perinatal y las historias clínicas para consignar los datos necesarios de cada variable y realizar el análisis correspondiente

#### **4.6.2. Instrumento:**

La recopilación de la información o de datos se realizó a través de la ficha de recolección de datos (anexo N° 1) lo que permitió evaluar las complicaciones que se producen a causa del trastorno hipertensivo en el embarazo, para lo cual se revisaron las historias clínicas.

#### **4.7. Recolección de datos**

Para la recolección de datos en primer término se revisó los registros del área de hospitalización donde se obtuvo los datos de las gestantes que ingresaron con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, luego se corroboró la información en el SIP (Sistema Informático Perinatal) y el libro de partos juntamente con las historias clínicas.

#### **4.8. Técnicas de análisis e interpretación de datos**

Para el análisis descriptivo de las variables, se realizaron con tablas de frecuencia y de doble entrada, para lo cual previamente se tabuló los datos en el paquete estadístico SPSS versión 24. Para el análisis inferencial se empleó el programa estadístico del chi cuadrado tanto para la variable dependiente e independiente.

El intervalo de confianza con que se trabajó fue del 95%, considerando una significancia  $p < 0.05$ .



## VI. RESULTADOS

### 5.1. Presentación de Resultados

Transtorno Hipertensivo en el Embarazo relacionada a complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro, Ica 2019.

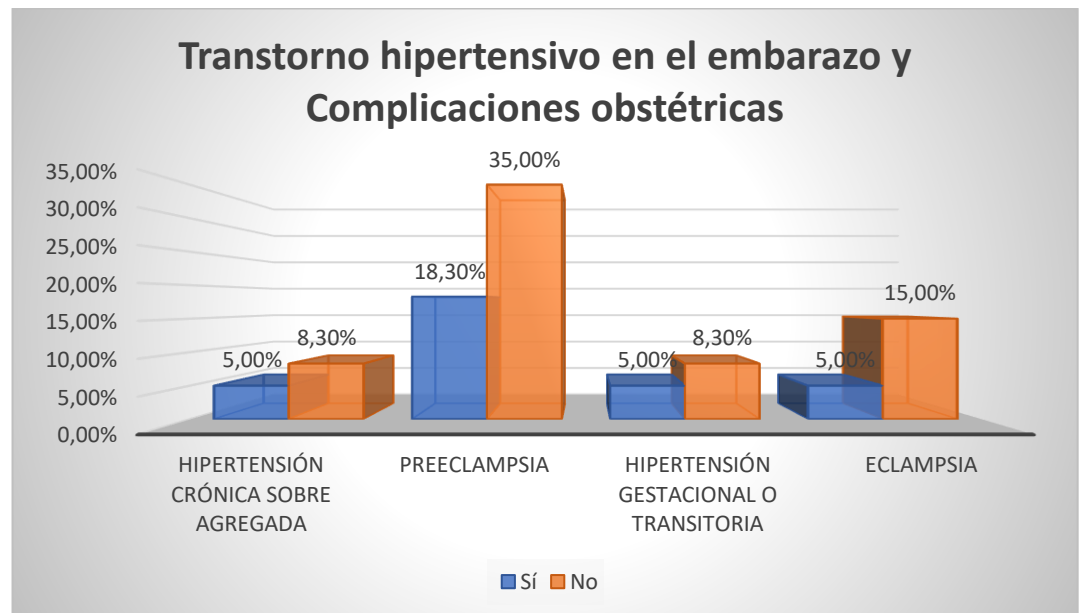
**Tabla N° 01**

**Según complicaciones obstétricas**

<b>Transtorno hipertensivo en el embarazo y Complicaciones obstétricas</b>					
			Complicaciones obstétricas		Total
			Sí	No	
		Recuento	3	5	8

<b>Trastorno hipertensivo en el embarazo</b>	Hipertensión crónica sobre agregada	% del total	5.0%	8.3%	13.3%
	Preeclampsia	Recuento	11	21	32
% del total		18.3%	35.0%	53.3%	
	Hipertensión gestacional o transitoria	Recuento	3	5	8
		% del total	5.0%	8.3%	13.3%
	Eclampsia	Recuento	3	9	12
		% del total	5.0%	15.0%	20.0%
<b>Total</b>	Recuento		20	40	60
	% del total		33.3%	66.7%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos, elaboración propia



Trastorno Hipertensivo en el Embarazo relacionada a complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro, Ica 2019.

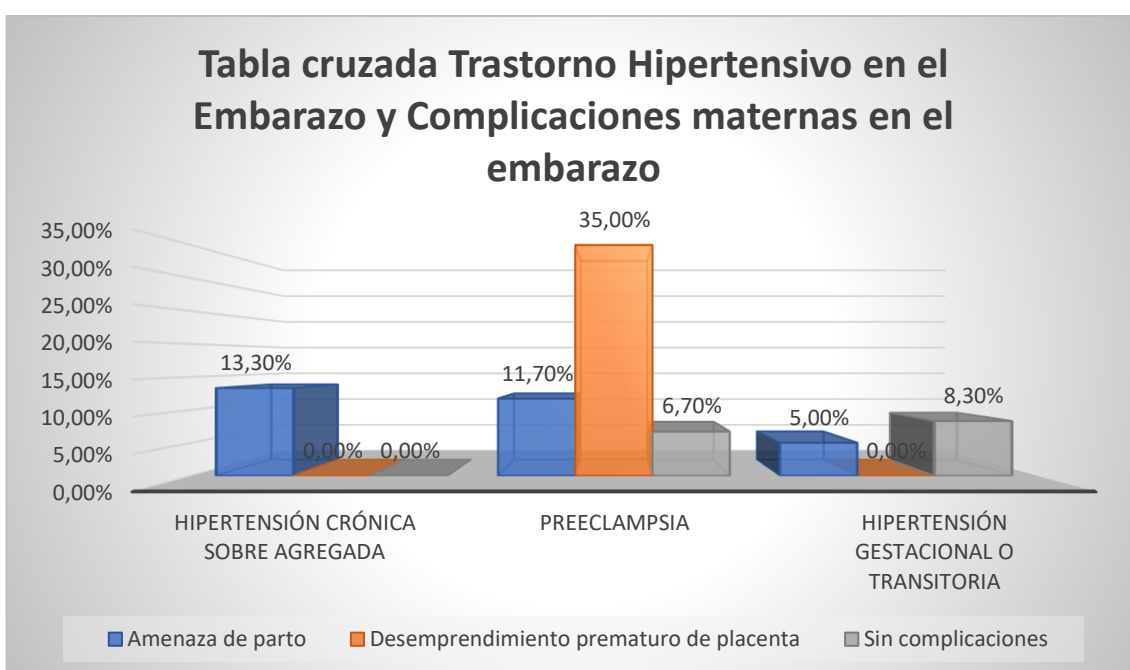
**Tabla N° 02**

**Según Complicaciones maternas en el embarazo**

		Complicaciones maternas en el embarazo			Total
		Amenaza de parto prematuro	Desprendimiento prematuro de placenta	Sin complicaciones	
<b>Trastorno hipertensivo</b>	Recuento	8	0	0	8

<b>en el embarazo</b>	Hipertensión crónica sobre agregada	% del total	13.3%	0.0%	0.0%	13.3%
	Preeclampsia	Recuento	7	21	4	32
		% del total	11.7%	35.0%	6.7%	53.3%
	Hipertensión gestacional o transitoria	Recuento	3	0	5	8
		% del total	5.0%	0.0%	8.3%	13.3%
	Eclampsia	Recuento	8	0	4	12
% del total		13.3%	0.0%	6.7%	20.0%	
<b>Total</b>		Recuento	26	21	13	60
		% del total	43.3%	35.0%	21.7%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos, elaboración propia



Transtorno Hipertensivo en el Embarazo relacionada a complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del socorro, Ica 2019.

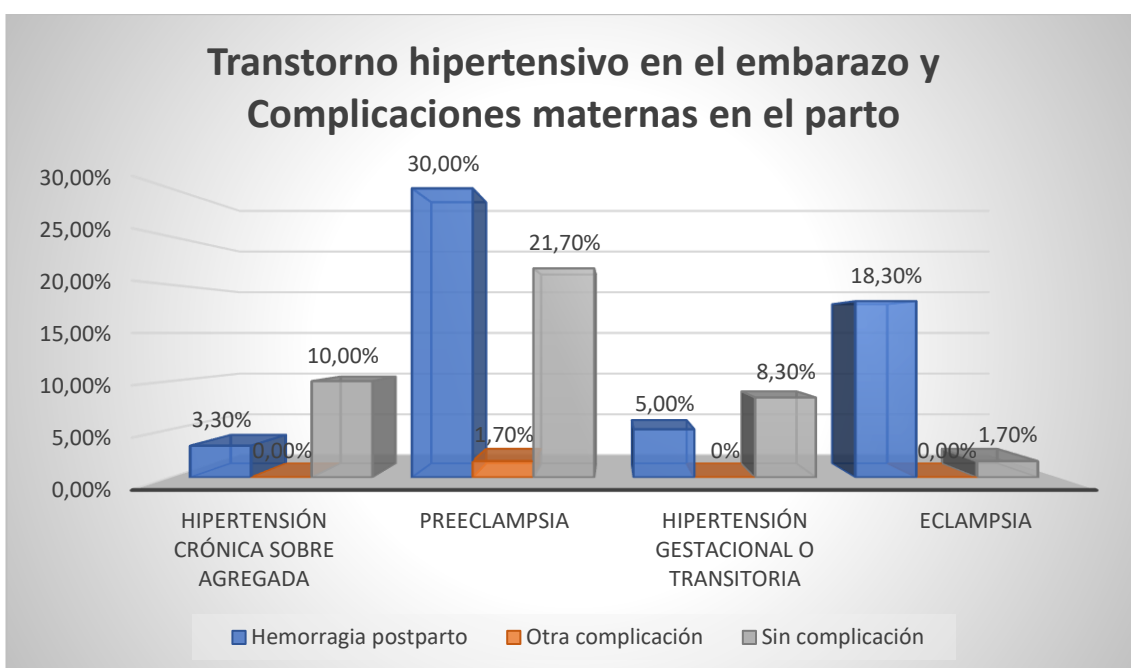
**Tabla N° 03**

**Según Complicaciones Maternas en el Parto**

<b>Transtorno hipertensivo en el embarazo y Complicaciones maternas en el parto</b>					
		Complicaciones maternas en el parto			Total
		Hemorragia postparto	Otra complicación	Sin complicación	
	Recuento	2	0	6	8

<b>Transtorno hipertensivo en el embarazo</b>	Hipertensión crónica sobre agregada	% del total	3.3%	0.0%	10.0%	13.3%
	Preeclampsia	Recuento	18	1	13	32
		% del total	30.0%	1.7%	21.7%	53.3%
	Hipertensión gestacional o transitoria	Recuento	3	0	5	8
		% del total	5.0%	0.0%	8.3%	13.3%
	Eclampsia	Recuento	11	0	1	12
% del total		18.3%	0.0%	1.7%	20.0%	
<b>Total</b>	Recuento	34	1	25	60	
	% del total	56.7%	1.7%	41.7%	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos, elaboración propia



## CONTRASTACION DE HIPÓTESIS

### Hipótesis general:

Ha= Existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

Ho= No existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

<b>Pruebas de chi-cuadrado de Trastorno hipertensivo en el embarazo y Complicaciones obstétricas</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	,516 <sup>a</sup>	3	0.915
<b>Razón de verosimilitud</b>	0.532	3	0.912
<b>Asociación lineal por lineal</b>	0.325	1	0.568
<b>N de casos válidos</b>	60		

### **Toma de decisión:**

El valor del estadístico es igual a 0.516 con una probabilidad asociada de ocurrencia de 0.027 (es decir, 5.1% Como esta probabilidad es superior a 0,05 (es decir, 5%) se acepta la hipótesis nula de independencia entre ambas variables, por tanto se concluye que:

No existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

### **Hipótesis específica**

#### **Hipótesis 1**

Ha= Existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019.

Ho= No existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en

gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019.

<b>Pruebas de chi-cuadrado en Tabla cruzada Transtorno Hipertensivo en el Embarazo y Complicaciones maternas en el embarazo</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	39,159 <sup>a</sup>	6	0.000
<b>Razón de verosimilitud</b>	45.876	6	0.000
<b>Asociación lineal por lineal</b>	1.554	1	0.213
<b>N de casos válidos</b>	60		

#### **Toma de decisión:**

El valor del estadístico es igual a 39.159 con una probabilidad asociada de ocurrencia de 0.000 (es decir, 0.0% Como esta probabilidad es inferior a 0,05 (es decir, 5%) se rechaza la hipótesis nula de independencia entre ambas variables, por tanto se concluye que:

Existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019.

#### **Hipótesis 2**

Ha= Existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

Ho= No existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

<b>Pruebas de chi-cuadrado de Transtorno hipertensivo en el embarazo y Complicaciones maternas en el parto</b>			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	11,579 <sup>a</sup>	6	0.072
<b>Razón de verosimilitud</b>	13.054	6	0.042
<b>Asociación lineal por lineal</b>	6.369	1	0.012
<b>N de casos válidos</b>	60		

### **Toma de decisión:**

El valor del estadístico es igual a 11.579 con una probabilidad asociada de ocurrencia de 0.072 (es decir, 7.2%). Como esta probabilidad es superior a 0,05 (es decir, 5%) se acepta la hipótesis nula de independencia entre ambas variables, por tanto se concluye que:

No existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019

### **5.2. Interpretación de los resultados**

- En la tabla y gráfico N° 01 observamos que en el trastorno hipertensivo del embarazo se presentó en un 18.3% preeclampsia, 5% hipertensión crónica sobre agregada, hipertensión gestacional o transitoria y eclampsia respectivamente, las complicaciones obstétricas se presentó en el 33.3% mientras que el 66.7% no se tuvieron complicaciones.

- En la tabla y gráfico N° 02 encontramos que en el trastorno hipertensivo del embarazo se presenta la amenaza de parto pretérmino en 43.3%, observando una mayor porcentaje de 13.3% en la Eclampsia y 11% en la preeclampsia; el desprendimiento prematuro de placenta se presentó en 35%, siendo el total que se presentó en Preeclampsia. No hubieron complicaciones en 21.7%.
- En la tabla y gráfico N° 03, las complicaciones maternas en el parto producto del trastorno hipertensivo del embarazo fue la hemorragia post parto en 56.7%, de las cuales el 30% corresponde a la preeclampsia, 18.3% a eclampsia; se presentó en 1.7% otras patologías como desgarros de partes blandas y retención de restos placentarios que no tuvieron mucha importancia. No hubo complicaciones en 41.7%.

## **VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

### **6.1. Análisis de los resultados**

En la tabla 1 se muestra que dentro de los trastornos hipertensivos del embarazo la preeclampsia se presentó en el 18.3%. La preeclampsia es una patología que se presenta después de la 20ava semana de gestación, cursa con elevación de la presión arterial, proteinuria y/o alteraciones multisistémica, esta preeclampsia se puede presentar con o sin signos de severidad; siendo ésta la



segunda causa de mortalidad materna a nivel nacional por lo que se debería poner énfasis en su detección precoz y oportuna.

En la tabla N° 02 encontramos que en el trastorno hipertensivo del embarazo se presenta la amenaza de parto pretérmino en 43.3%, el desprendimiento prematuro de placenta se presentó en 35%. El trastorno hipertensivo del embarazo sea éste preeclampsia o eclampsia disminuye la perfusión útero placentaria provocando irritación a nivel de la musculatura uterina y como consecuencia la amenaza de parto pretérmino; es así también que las citoquinas que se liberan por esta entidad van a provocar contracciones uterinas, rotura de la arteria espiral del útero que hace que la placenta se separe en forma parcial o total de su lecho de inserción.

En la tabla N° 03, las complicaciones maternas en el parto producto del trastorno hipertensivo del embarazo fue la hemorragia post parto en 56.7%. La hemorragia post parto, para catalogarla como tal hoy en día no se toma en cuenta sólo el concepto de la pérdida sanguínea mayor a 500 ml en parto vaginal y 1000 ml en la cesárea, se toma en cuenta el compromiso hemodinámico que se presenta según su temporalidad. En un trastorno hipertensivo del embarazo existe mayor posibilidad de que se presente una hemorragia post parto por la irritabilidad de la musculatura uterina que se presentó antes del parto y también porque en muchos casos existe alteraciones de la coagulación.

## **6.2. Comparación resultados con antecedentes**

El resultado o conclusión de esta investigación es que no existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019, contrariamente al estudio de Sánchez (2018) en España concluyó que las complicaciones a corto plazo por la enfermedad hipertensiva del embarazo tienen relación con el resultado adverso materno perinatal por lo que rechazamos este estudio.

En la tabla y gráfico N° 01 observamos que en el trastorno hipertensivo del embarazo se presentó en un 18.3% preeclampsia, similar resultado obtuvo Otero (2018) en su estudio en Sullana donde encontró también que la patología que prevalecía en el trastorno hipertensivo del embarazo era la preeclampsia, al igual que Chauca (2018) en el Hospital de Ventanilla en Lima.

En la tabla y gráfico N° 02 encontramos que en el trastorno hipertensivo del embarazo se presenta la amenaza de parto pretérmino en 43.3%; Chauca (2018) en el hospital de Ventanilla en Lima que concluyó que existe relación entre la amenaza de parto pretérmino con la enfermedad hipertensiva del embarazo por lo que aceptamos este estudio. Coveñas (2018) en Tumbes encontró que no existe significancia estadística entre la preeclampsia y el parto pretérmino, rechazando este estudio rechazando esta investigación.

En la tabla y gráfico N° 03, las complicaciones maternas en el parto producto del trastorno hipertensivo del embarazo fue la hemorragia post parto en 56.7%, de las cuales el 30% corresponde a la preeclampsia, 18.3% a eclampsia; Sánchez (2017) en su estudio en España encontró que la hemorragia vaginal fue una complicación que se presentó en preeclampsia por lo que aceptamos este estudio,

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

1. No existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019, ya que  $p= 0.915$  y siendo mayor la significancia de  $p= 0.005$  se aceptó la hipótesis nula.
2. Existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019. Siendo la complicación durante el embarazo la amenaza de parto pretérmino con 43.3% mayormente en la preeclampsia.
3. No existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019, siendo la complicación más frecuente la hemorragia post parto con 56.7%, de las cuales el 30% corresponde a la preeclampsia.

### RECOMENDACIONES

1. El personal de salud del Hospital Santa María del Socorro deberá realizar consejería a las gestantes a fin de que las gestantes puedan reconocer los signos y síntomas del trastorno hipertensivo del embarazo y acudir al establecimiento de salud en forma inmediata, de esta manera disminuir la morbi mortalidad materno perinatal por esta patología.
2. El personal involucrado en la atención materno- perinatal del Hospital Santa María del Socorro deberá realizar el pronóstico y diagnóstico de un trastorno hipertensivo del embarazo a partir de las 20 semanas a través de ecografía Doppler donde se observará si existe deficiencias en la segunda invasión trofoblástica y el test de Gantt para verificar si existe diferencia de la presión arterial en de cubito dorsal y en decúbito lateral y evitar complicaciones durante la gestación.
3. El personal involucrado en la atención materna deberá tener en cuenta la clasificación de los trastornos hipertensivos del embarazo ya que en la preeclampsia se pueden presentar complicaciones durante el parto como la hemorragia post parto que es la primera causa de muerte materna a nivel de nuestra región.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Mortalidad materna. 2019 disponible:  
[www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality)
2. MINSA Boletín Epidemiológico del Perú, volumen 28, SE-52, 2019
3. Otero, E. Complicaciones Inmediatas de Postcesareadas con Hipertensión Inducida por la Gestación en el Hospital de Apoyo de Sullana II-2 en el Periodo Enero – Diciembre. 2017.
4. Chauca, A. Frecuencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo en el parto pretérmino en el Hospital de Ventanilla – 2016
5. Coveñas, H. Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional II-2 Tumbes 2015-2016
6. Izaguirre, A. Resultados Perinatales en Gestantes con Trastornos Hipertensivos del Embarazo, Hospital Regional Santa Teresa. Ecuador, 2015.
7. Sánchez, M. *Estados hipertensivos del embarazo: complicaciones a corto plazo y resultados adversos maternos y perinatales en un departamento de salud de Valencia” España 2017*
8. De Jesús, A. Jiménez, M. et al. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. México, 2018.
9. Vega, M. Score mamá aplicada en el diagnóstico oportuno de hipertensión gestacional en el primer nivel de atención. Machala - Ecuador 2018
10. Ortellado, J. Ramírez, A. et al. Consenso Paraguayo de Hipertensión Arterial 2015.
11. Beltran, L. Benavides, P. et al. Estados hipertensivos en el embarazo: revisión. Colombia, 2014.
12. Guevara, E. Meza, L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. 2014
13. Aliaga, E. Factores asociados a preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital III Iquitos de Essalud julio 2015 a junio 2016. Perú – 2017.

14. Chang, L. Complicaciones obstétricas del tercer trimestre en madres de edad avanzada atendidas en el Hospital de Ventanilla durante el año 2017. Perú.
15. OPS, OMS. Salud en las Américas. Resumen: Panorama regional y perfiles del país. Publicación científica y técnica N° 642. Edición 2017.
16. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para la prevención de la, preeclampsia – eclampsia. Perú 2018.
17. Cuenca, C. Factores de riesgo que influyen en preeclampsia ocurridas en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2016. Perú
18. Condori, A. Factores asociados a enfermedad hipertensiva del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Cusco, 2010- 2015. Perú.
19. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Guía de trastornos hipertensivos del embarazo. Colombia 2014.
20. Mendoza, S. Factores de alto riesgo materno asociados a preeclampsia en gestantes en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Rezola de Cañete, enero - diciembre del 2018. Perú
21. Bryce, A. Alegría, E. et al. Hipertensión en el embarazo. Peru 2018.
22. MINSA. Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 2006
23. Ministerio de Salud Pública. Guía de práctica clínica: Trastornos hipertensivos del embarazo. Segunda edición, Ecuador – 2016.
24. Quirós G. Amenaza de parto pretérmino, Rev. Clínica de la escuela de Medicina UCR – HSJD. Chile: 2016. Vol 1 n° 1
25. Manzanares S López M Redondo P et al. Amenaza de Parto Prematuro: valor de la cervicometría y la fibronectina. Actualización Obstétrica y Ginecológica. 2019
26. Osorio A García J. Guía Farmacoterapeutica de amenaza de parto pretérmino. Rev Colomb Enferm. 2015
27. Vargas Bajaña Yomaira A. factores de riesgo de las complicaciones del parto pretérmino en adolescentes, estudio a realizarse en el hospital universitario, en el periodo 2014-2015 [tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil. Repositorio nacional en ciencia y tecnologías de la facultad de ciencias médicas; 2015 - 2016

28. García-Lavandeira, S., Álvarez-Silvares, E., & Rubio-Cid, E. (2017).  
Hemorragia postparto secundaria o tardía. Ginecol Obstet Mex
29. Ishikawa, S. Complicaciones obstétricas y agresión, California. EEUU  
2016

# **ANEXOS**



## Anexo 1: Matriz de Consistencia:

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización			Método
			Variable	Dimensión	Indicadores	
<p>Problema general:</p> <p><b>¿Cuál es la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019?</b></p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los trastornos hipertensivos en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Conocer la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019.</p> <p>Identificar la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019</p>	<p><b>Hipótesis Principal:</b></p> <p>Existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019</p> <p><b>Hipótesis Específicas:</b></p> <p>Existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019.</p> <p>Existe relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en el parto en gestantes atendidas en el Hospital Santa María Del Socorro, Ica 2019</p>	<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p><b>Trastorno hipertensivo en el embarazo</b></p> <p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p><b>Complicaciones obstétricas.</b></p>	<p>-Hipertensión crónica sobre agregada</p> <p>-Preeclampsia</p> <p>-Hipertensión gestacional o transitoria</p> <p><b>-Eclampsia</b></p> <p>Complicaciones en el embarazo</p> <p><b>Complicaciones en el parto</b></p>	<p>Si No</p> <p>Leve Severa</p> <p>Si No</p> <p><b>Si No</b></p> <p>-Desprendimiento prematuro de placenta</p> <p>- Amenaza de parto pretérmino</p> <p>- Hemorragia post parto</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p><b>No experimental, retrospectivo, de corte transversal.</b></p> <p>Nivel de investigación</p> <p><b>correlacional</b></p> <p>Método de investigación</p> <p><b>Cuantitativo</b></p> <p>Población</p> <p>Gestantes hospitalizadas en el servicio de obstétrica del Hospital Santa María del Socorro durante el año 2019.</p> <p>Muestra</p> <p>Gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de hipertensión inducida por el embarazo.</p>

## Anexo 2: Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR
<b>Variable Independiente:</b> Transtorno hipertensivo en el embarazo	Hipertensión crónica sobre agregada  Preeclampsia  Hipertensión gestacional o transitoria  Eclampsia	Si No  Leve Severa  Si No  Si No
<b>Variable Dependiente:</b> Complicaciones obstétricas.	Complicaciones en el embarazo  Complicaciones en el parto	-Desprendimiento prematuro de placenta - Amenaza de parto pretérmino  - Hemorragia post parto

### Anexo 3: Instrumentos de medición



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

#### I. Características generales:

Edad: < 15 años \_\_\_\_\_ <20 años \_\_\_\_\_  
20-34 años \_\_\_\_\_ ≥35 años \_\_\_\_\_

Estado civil: Casada \_\_\_\_\_ Conviviente \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: Analfabeta \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_  
Superior \_\_\_\_\_ Superior No Univ \_\_\_\_\_

Paridad: Nulípara \_\_\_\_\_ Primípara \_\_\_\_\_ Multípara \_\_\_\_\_

Antecedentes de hipertensión inducida por el embarazo: Si \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

#### II. Datos obstétricos:

Edad gestacional: 23 – 36 sem \_\_\_\_\_ 37 – 40 sem. \_\_\_\_\_  
≥ 41 sem. \_\_\_\_\_

Culminación de parto: Vaginal \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_

#### III. Transtorno hipertensivo en el embarazo:

Hipertensión crónica sobre agregada \_\_\_\_\_  
Preeclampsia \_\_\_\_\_  
Hipertensión gestacional o transitoria \_\_\_\_\_  
Eclampsia \_\_\_\_\_

#### IV. Complicaciones maternas:

##### En el embarazo:

Amenaza de Parto prematuro \_\_\_\_\_  
Desprendimiento prematuro de placenta \_\_\_\_\_  
Otras complicaciones \_\_\_\_\_

##### En el parto:

Hemorragia postparto \_\_\_\_\_  
Otra complicación \_\_\_\_\_ Sin complicación \_\_\_\_\_

## Anexo 4: Ficha de validación de instrumentos de medición

### INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### I. DATOS GENERALES


Título de la Investigación: Tramitación Hipotécaria En El Comercio Exterior de las Complicaciones Obstétricas en Gestantes Atendidas en El HSHS.

Nombre del Experto: Mirtha Aguilera Tuppio

#### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	

#### III. OBSERVACIONES GENERALES

  
 Nombre: MIRTHA AGUILERA  
 No. DNI: OBSTETRA  
28273153P 5893

## INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES

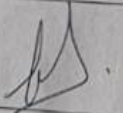
Título de la Investigación : Trombosis Hipertensiva en el Embarazo Relacionada a Complicaciones Obstétricas en  
BebeMús Atendidos en el HSHS

Nombre del Experto: Espinoza Conislla Noemi

### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	<i>Cumple</i>	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	<i>Cumple</i>	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	<i>Cumple</i>	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	<i>Cumple</i>	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	<i>Cumple</i>	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	<i>Cumple</i>	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	<i>Cumple</i>	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	<i>Cumple</i>	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	<i>Cumple</i>	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	<i>Cumple</i>	

### III. OBSERVACIONES GENERALES

  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 No. DNI: 21453276  
Exp. Obst. Espinoza Conislla Noemi N.  
 COP. 11567

## INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación : Trastorno Hipertensivo En El Embarazo Relacionado a Complicaciones Obstétricas en Gestantes Atendidas en HSR.

Nombre del Experto: Mg. Rocío Nagali Chance Hernández

### II. ASPECTOS A VALIDAR EN EL CUESTIONARIO

Aspectos a Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas a corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	













### III. OBSERVACIONES GENERALES













Nombre:  
No. DNI:

  
 Mg. Rocío Nagali Chance Hernández  
**OBSTETRA**  
 C.O.P. 31195  
 46281445

## Anexo 5: Base de datos

	ID	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	var
1	1,00	3,00	1,00	5,00	3,00	1,00	2,00	2,00	4,00	3,00	1,00	1,00	
2	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	
3	3,00	3,00	1,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	
4	4,00	3,00	2,00	5,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	
5	5,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	
6	6,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	1,00	
7	7,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	1,00	
8	8,00	3,00	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	
9	9,00	4,00	2,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
10	10,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	1,00	
11	11,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	1,00	
12	12,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	1,00	
13	13,00	4,00	2,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
14	14,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
15	15,00	3,00	1,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	1,00	
16	16,00	3,00	3,00	4,00	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	1,00	
17	17,00	4,00	1,00	5,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	
18	18,00	4,00	1,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
19	19,00	4,00	2,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
20	20,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
21	21,00	3,00	1,00	5,00	3,00	1,00	2,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	
22	22,00	3,00	1,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00	
23	23,00	3,00	2,00	5,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	

	 ID	 P1	 P2	 P3	 P4	 P5	 P6	 P7	 P8	 P9	 P10	 P11
24	24,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00
25	25,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00
26	26,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00
27	27,00	3,00	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00
28	28,00	3,00	3,00	3,00	3,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00
29	29,00	3,00	3,00	4,00	2,00	3,00	2,00	2,00	4,00	1,00	3,00	2,00
30	30,00	3,00	1,00	5,00	3,00	1,00	2,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00
31	31,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00
32	32,00	4,00	1,00	5,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00
33	33,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00
34	34,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00
35	35,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00
36	36,00	4,00	2,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
37	37,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00
38	38,00	3,00	1,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00
39	39,00	3,00	3,00	4,00	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	2,00
40	40,00	4,00	1,00	5,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00
41	41,00	4,00	2,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
42	42,00	3,00	1,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00
43	43,00	3,00	2,00	5,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00
44	44,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00
45	45,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00
46	46,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00

	 ID	 P1	 P2	 P3	 P4	 P5	 P6	 P7	 P8	 P9	 P10	 P11
46	46,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00
47	47,00	3,00	2,00	5,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00
48	48,00	4,00	2,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
49	49,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	2,00
50	50,00	3,00	1,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00
51	51,00	3,00	3,00	4,00	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	2,00
52	52,00	4,00	1,00	5,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00
53	53,00	4,00	2,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
54	54,00	4,00	2,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
55	55,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
56	56,00	3,00	1,00	5,00	3,00	1,00	2,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00
57	57,00	3,00	1,00	4,00	3,00	2,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00
58	58,00	3,00	2,00	5,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00
59	59,00	4,00	1,00	5,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
60	60,00	4,00	1,00	4,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00
61												
62												



	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	ID	Numérico	8	2	Número de cue...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
2	P1	Numérico	8	2	Edad	{1,00, Meno...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
3	P2	Numérico	8	2	Estado Civil	{1,00, Casa...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
4	P3	Numérico	8	2	Grado de instru...	{1,00, Analf...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
5	P4	Numérico	8	2	Paridad	{1,00, Nulíp...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
6	P5	Numérico	8	2	Transtorno Hipe...	{1,00, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	P6	Numérico	8	2	Edad Gestacional	{1,00, 23 a ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
8	P7	Numérico	8	2	Culminación de...	{1,00, Vagin...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	P8	Numérico	8	2	Transtorno hipe...	{1,00, Hipert...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	P9	Numérico	8	2	Complicacione...	{1,00, Amen...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	P10	Numérico	8	2	Complicacione...	{1,00, Hemo...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	P11	Numérico	8	2	Complicacione...	{1,00, Sí}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13											
14											
15											
16											
17											

## Anexo 6: Informe de Turniting

### TRANSTORNO HIPERTENSIVO EN EL EMBARAZO RELACIONADA A COMPLICACIONES OBSTETRICAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO, ICA 2019.

#### INFORME DE ORIGINALIDAD



#### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.uap.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>5%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.unp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>www.bvs.hn</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.upsjb.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>repositorio.autonomadeica.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.medigraphic.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.dge.gob.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repositorio.unfv.edu.pe</b>	
	<b>Fuente de Internet</b>	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>www.scribd.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>