UNIVERSIDAD NACIONAL
"SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – LIMA- 2016"

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Bach. ROMERO PRINCIPE, TANIA FLOR

Bach. PONTE VEGA, REBECA ESTER

Asesora: Mg VELEZ SALAZAR ELIZABETH

HUARAZ – PERU

2017

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN……..v

ABSTRACT……...….vi

1. **INTRODUCCIÓN…….....7**

2. **HIPÓTESIS…….....14**

3. **BASES TEÓRICAS……...……21**

4. **MATERIALES Y MÉTODOS……...…….....60**

5. **RESULTADOS……...……65**

6. **DISCUSIÓN……...……78**

7. **CONCLUSIONES……...……..83**

8. **RECOMENDACIONES……...…….84**

9. **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICOS**

ANEXOS

A mis padres, por su esfuerzo, amor

y apoyo incondicional, durante mi formación tanto

personal como profesional.

Tania Flor Romero Príncipe

Dedico de manera especial a mis padres ya que ellos fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional y personal.

Rebeca Ester Ponte Vega

AGRADECIMIENTO

Nuestro más profundo agradecimiento a la Velez Salasar Elizabeth asesor de nuestra Tesis, por la dedicación y apoyo que nos ha brindado en este proyecto, a nuestros jurados por brindarnos sus sabios conocimientos, a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo, Facultad Ciencias Médicas y a la Escuela Profesional de Obstetricia por la formación académica y humana que hemos recibiendo.

A Dios por darnos la vida y la bendición de estar aquí; A nuestras familias por el cariño y la confianza que nos han brindado en todo momento, pero sobre todo por estar, cada uno a su manera, respaldándonos para alcanzar nuestros objetivos.

Tania y Rebeca.

RESUMEN

La investigación tuvo el siguiente problema ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo-Hospital Carlos Lanfranco La Hoz-Lima, 2016?, objetivo general: Determinar los factores de riesgo asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo-Hospital Carlos Lanfranco La Hoz -Lima, 2016; hipótesis: Los factores de riesgo sociodemográficos, personales y obstétricos se asociados significativamente a enfermedades hipertensivas del embarazo Hospital Carlos LanFranco La Hoz–Lima–2016. Estudio correlacional, retrospectivo, no experimental y de corte transversal, con una muestra de 184 historias clínicas con diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. Se utilizó como técnica el análisis documental y el instrumento fue la ficha de recolección de datos. La información se procesó mediante el programa SPSS V 22, la contrastación de hipótesis se realizó mediante la prueba estadística chi cuadrado. Resultados: los factores de riesgo sociodemográficos que se asocian a enfermedades hipertensivas, fue grado de instrucción (39,1%). El factor personal fue la edad ≤20 años (37,5%). El factor obstétrico que destaco fue nuliparidad (62%), ($p \geq 0,05$). Conclusión: Existe asociacion entre los factores de riesgo (sociodemográficos, personales y obstétricos) y enfermedades hipertensivas del embarazo. ($p \leq 0, 05$).

Palabras claves: Factores, enfermedades hipertensivas, sociodemográficos, personales, obstétricos.

ABSTRACT

The research had the following problem: What are the risk factors associated with hypertensive diseases of pregnancy-Hospital Carlos Lanfranco La Hoz-Lima, 2016 ?, general objective: Determine the risk factors associated with hypertensive diseases of pregnancy-Carlos Lanfranco Hospital Hoz -Lima, 2016; hypothesis: Sociodemographic, personal and obstetric risk factors are significantly associated with hypertensive diseases of pregnancy Carlos LanFranco Hospital La Hoz-Lima-2016. Correlational, retrospective, non-experimental and cross-sectional study, with a sample of 184 clinical histories with diagnosis of hypertensive diseases of pregnancy. The documentary analysis was used as a technique and the instrument was the data collection form. The information was processed through the SPSS V 22 program, the hypothesis testing was performed using the chi square statistical test. Results: the sociodemographic risk factors that are associated with hypertensive diseases, was the degree of instruction (39.1%). The personal factor was age ≤20 years (37.5%). The obstetric factor that stood out was nulliparity (62%), ($p \geq 0.05$). Conclusion: There is an association between risk factors (sociodemographic, personal and obstetric) and hypertensive diseases of pregnancy. ($p \leq 0, 05$).

Key words: Factors, hypertensive, sociodemographic, personal, obstetric diseases.

1. INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo son una de las causas importantes de muerte materna, constituye la triada letal, junto con la hemorragia y la infección, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.La hipertensión puede presentarse sola o asociada con edema o proteinuria, presencia de edema como signo patológico es un hecho controversial, ya que hay muchas gestantes que lo presentan sin patología asociada. Sin embargo, es detectado en los casos más severos y prácticamente está siempre presente en la preeclampsia severa y la eclampsia. La proteinuria en un indicador de severidad del cuadro en forma equivoca. Es de aparición tardía y a mayor tensión arterial diastólica mayor es la probabilidad de que la proteinuria sea significativa. [(1)].

Según la Organización Mundial de Salud, a nivel mundial las enfermedades hipertensivas del embarazo constituye el 10% de mortalidad materna, Este grupo de enfermedades incluye la preeclampsia y la eclampsia, la hipertensión gestacional y la hipertensión crónica. Se calcula que anualmente mueren en el mundo 50 000 mujeres por preclampsia asociadas con complicaciones en el embarazo. En México es la causa del 34% de las muertes maternas. Para reducir la morbimortalidad por enfermedades hipertensivas del embarazo, los profesionales de salud deben identificar los factores de riego, realizar una vigilancia estrecha y diagnóstico oportuno. [(2)]

En África y Asia, casi una décima parte de las defunciones maternas están relacionadas con estos trastornos, mientras que en América Latina, una cuarta parte. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo; la preeclampsia y la

eclampsia son las causas principales de morbimortalidad materno perinatal.La mayoría de las muertes maternas causadas por la preeclampsia y la eclampsia se pueden evitar prestando atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones. [3]

La hipertensión en el embarazo es una patología frecuente, con una prevalencia, en Estados Unidos, entre un 6 y12% y, en el Reino Unido, entre un 5 y 6%.La pre-eclampsia, se presenta entre un 5 y 8%, de todos los embarazos en países desarrollados y, un 10%, en regiones en vía de desarrollo. Ocurre en mujeres nulíparas, entre un 6 y 17%, frente a la multípara, que es de 2 y 4% y, en mayor porcentaje, en raza negra más que en blanca es más frecuente en embarazos gemelares, 15-20%y un 25%, cursan con nefropatía crónica. En Estados Unidos, la pre-eclampsia es la tercera causa de mortalidad materna, presentándose 540 muertes maternas, acompañada de embolismo y de hemorragia. En Colombia, tiene una incidencia del 7% de los embarazos y una tasa de mortalidad del 42x100.000 nacidos vivos. Se asocia con mayores complicaciones para el binomio madre-feto.[4]

En Honduras, la hipertensión arterial afecta al 20% de la población mayor de 20 años, en general sin relación al embarazo y ocupa el sexto lugar en el grupo de enfermedades de notificación obligatoria, por lo cual es primordial la protección del binomio madre-hijo, contemplándose la reducción de la mortalidad materna como una de las dos metas del objetivo número cinco del desarrollo del milenio. Es importante destacar los factores de riesgo asociados al embarazo complicado con HTA, tales como los antecedentes personales de hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, diabetes mellitus, las inadecuadas condiciones socioeconómicas, la no

suplementación de folatos y obesidad, así como, el uso de alcohol, drogas ilícitas y tabaco.[5]

Es de destacar la baja incidencia observada en España en relación a la observada en países del área anglosajona. Así, en estos últimos años se ha informado de una prevalencia de hipertensión crónica del 1 al 5% y una incidencia de preeclampsia en nulíparas de entre el 10 y el 20%, aunque también existen notables diferencias entre diferentes centros, tanto la prevalencia de hipertensión crónica como la incidencia de preeclampsia son bajas. Las tasas de hipertensión arterial durante el embarazo en los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varían de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7%.[6]

Las enfermedades hipertensivas durante el embarazo en Chile, fluctúa entre 7 y 10%, siendo una importante causa de mortalidad materna, fetal y neonatal. De hecho, las enfermedades hipertensivas con sus variantes clínicas, ocupan del tercer al sexto lugar entre las principales causas de muerte materna en Chile.[7]

La preeclampsia es una enfermedad de carácter progresivo e irreversible que afecta múltiples órganos, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. Complica de 3 a 22% de los embarazos. En el Perú, su incidencia fluctúa entre 10 y 15% en la población hospitalaria y es la segunda causa de muerte materna, con 32%. La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra; no parecen existir diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en ambas regiones. En el Perú, es la segunda causa de muerte materna, con 32%. En la Dirección de Salud de Lima Ciudad es la primera

causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con 33%. En el Instituto Nacional Materno Perinatal es también la primera causa de muerte materna, entre los años 2003 y 2013, con 43%. Durante 2013, se atendió un total de 16 972 partos, de los cuales 1 427 (8,4%) estuvieron complicados con problemas de hipertensión arterial y 975 casos (5,74%) con preeclampsia/eclampsia. En el Instituto Materno Perinatal en el año 2013 de las 975 gestantes con preeclampsia/eclampsia, 483 fueron diagnosticadas con preeclampsia leve, 468 con preeclampsia severa, 18 con eclampsia y 16 con síndrome de HELLP. En 9 gestantes (1%) complicadas con preeclampsia/ eclampsia, el parto se produjo antes de las 28 semanas de gestación, en 165 (17%) entre las 28 y 34 semanas y en 801 (82%) después de las 34 semanas. El parto fue vaginal en 186 casos (19%) y por cesárea en 789 casos (81%). Se hospitalizó 449 recién nacidos (46%) de gestantes con preeclampsia/eclampsia, lo cual evidencia la morbilidad neonatal por razón de esta patología; 75 recién nacidos (17%) fueron pequeños para edad gestacional y 330 (73%), adecuados para la edad gestacional.[8]

En el año 2015 en el Perú las enfermedades hipertensivas del embarazo representan el 31,5 % (57 casos) de muertes materna, siendo la preeclampsia severa la patología con mayor número de casos.[9] El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de la ciudad de Lima, según la unidad de epidemiologia reporto que durante el 2016 de 2900 gestantes atendidas se presentaron 220 casos de enfermedades hipertensivas durante el embarazo siendo estas el 8% de dicha patología, del cual el 42% de ellas preeclampsia leve, el 28% preeclampsia severa, el 20% eclampsia y un 10%

desarrollo el síndrome de hellp siendo esta última patología derivada a establecimientos de mayor complejidad. [10]

El profesional de obstetricia debe identificar los principales factores de riesgo asociados a las enfermedades hipertensivas durante el embarazo lo cual conllevará a diseñar estrategias de cuidado basadas en la necesidad real de la gestante o puérpera; debido a que existen altas tasas de morbimortalidad materno perinatal.

La hipertensión es la complicación más grave y la enfermedades hipertensivas del embarazo son una causa importante de morbilidad aguda grave, discapacidad crónica y muerte entre las madres, los fetos y los recién nacidos. Las enfermedades hipertensivas del embarazo, generan un gran impacto en la sociedad y familia, en el aspecto biopsicosocial debido a que la madre al sufrir dicho evento requerirá más días de hospitalización posteriores al parto, siendo esto un factor predisponente a que la madre pueda adquirir infecciones intrahospitalarias, ausentismo laboral, familiar y pérdidas económicas por tratamiento a nuevas patologías que pueda adquirir la madre, en caso la madre no responda adecuadamente al tratamiento pueda llegar inclusive a la muerte.

Por lo mencionado anteriormente, la investigación se justifica en lo siguiente:

La relevancia social de esta investigación se fundamenta en el beneficio que tendrán las mujeres embarazadas que se atenderán en El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de la ciudad de Lima, a quienes los profesionales de obstetricia brindarán orientación para que sepan identificar oportunamente los factores de riesgo asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo, y por ende se podrá prevenir y evitar las altas tasas de muertes maternas y neonatales.

La investigación tiene valor teórico, puesto que el propósito del estudio es brindar una adecuada herramienta al profesional de Obstetricia que permitirá identificar los factores de riesgo asociados a enfermedades hipertensivas, la investigación será guía importante, para que se implementen o generen estrategias de intervención a las principales poblaciones de riesgo a padecer dicha patología.

La beneficio metodológico que tiene la investigación es por su diseño e instrumentos servirán para futuras investigaciones, ya sean estas aplicadas a realidades similares a la nuestra o distintas. Los resultados obtenidos serán presentados a las autoridades y al personal que labora en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, siendo las gestantes las beneficiarias al recibir una atención adecuada y de acorde a la necesidad que presenten.

El estudio es viable debido a que se dispone el tiempo necesario para su elaboración, ejecución y presentación. Es factible ya que se cuenta de recursos bibliográficos, económicos, humanos para la ejecución.

Por lo mencionado anteriormente se planteó el siguiente **problema** de investigación científica: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo - Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - Lima, 2016?, la investigación tiene como **objetivo general**: Determinar los factores de riesgo asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo - Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016, como **objetivos específicos**: Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo, identificar los factores de riesgo personales asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo, conocer los factores de riesgo obstétricos asociados a las enfermedades

hipertensivas durante el embarazo. Se concluyó que: si existe una relación significativa entre los factores de riesgo asociados y enfermedades hipertesivas del embarazo. La presente tesis consta de seis partes: en la primera se da a conocer la hipótesis, variable y operacionalización de las mismas. En la segunda parte, se exponen las bases teóricas y antecedentes de los estudios en el contexto internacional, nacional y local. A continuación en la tercera parte, se describen los materiales y métodos utilizados en el proceso de recojo, procesamiento y análisis de la información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación, de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes. En el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de los datos correspondientes, así como información relevante para la investigación.

2. HIPÓTESIS

Los factores de riesgo sociodemográficos, personales y obstétrico se asocian significativamente con las enfermedades hipertensivas del embarazo Hospital Carlos LanFranco La Hoz – Lima – 2016.

Variables:

- **Variable Independiente**

  Factores de riesgo asociados.

- **Variable dependiente**

  Enfermedades hipertensivas del embarazo.

1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Factores Sociodemográficos	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Ordinal
			Raza	Blanca Negra Mestiza	Nominal
			Procedencia	Urbana Urb. Marginal	Nominal

			Religión	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otros	Nominal
			Ocupación	Ama de casa Trabajadora independiente Trabajadora dependiente	Nominal
			Estado civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada Viuda	Nominal

		Factores Personales	Obesidad	Si No	Ordinal
			Enfermedades personales	Hipertensión arterial en embarazo anterior Diabetes mellitus Enfermedad renal crónica ninguno	Nominal
			Edad	≤20 años 21 – 25 años 26 – 30 años 31 – 35 años >35años	Ordinal
		Factores obstétricos	Control prenatal	> 6 controles < 6 controles No CPN	Ordinal

			Paridad	Nulípara Primípara Multípara	Ordinal
			Número de gestaciones	Primigesta Multigesta	Ordinal
			Embarazo múltiple actual	Si No	Nominal

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE: ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO	Aparición de hipertensión arterial más proteinuria, después de las 20 semanas de gestación.	Clasificación de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo	Preeclampsia leve	• PA≥140/90 – <160/110mmHg • Proteinuria cualitativa 1 + (test de ácidosulfosalicidico o tira reactiva) • Cuantitativa > de 300mg a < de 2gr en orina de 24 hrs.	Nominal
			Preeclampsia Severa	• PA≥ 160mmHg y/o diastólica ≥110mmHg. • Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico o tira reactiva) • Cuantitativa 2gr a más en orina de 24hrs.	Nominal
			Eclampsia	• SI • No	Nominal

3. BASES TEÓRICAS.

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

TERAN, Eduardo (2013) **Factores que inciden en la aparición de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo en las mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra en el período comprendido entre Enero a Julio.** Ecuador. Tesis de licenciatura. Objetivo: Identificar los principales factores de riesgo que inciden en la aparición de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo en las mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra en el período comprendido entre Enero a Julio. Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se utilizó una muestra de 102 pacientes diagnosticadas con Trastornos Hipertensivos del Embarazo, que fueron atendidas durante el año 2012, se recolectó información en base a la entrevista y revisión de historias clínicas de mujeres ingresadas en el servicio de Gineco-obstetricia. El análisis estadístico fue a través del chi cuadrado. Resultados: el Trastorno Hipertensivo más frecuente de las gestantes en estudio fue la Preeclampsia 60% distribuidas en Preeclampsia leve 20%, Preeclampsia Grave 20% y el Síndrome de Hellp 21%, la Hipertensión Gestacional 34%, la eclampsia tuvo una incidencia menor 5% .La edad de las mujeres embarazadas fue entre 21 años a 30 años 52%, la residencia urbana 75%, su nivel escolar secundaria 51%, la etnia mestiza 70%, en cuanto a su estado civil de las gestantes fueron casadas 39% y un 25% realizaban algún tipo de actividad laboral durante su embarazo. Las gestantes en estudio un 24% tenían antecedentes familiares de EHE que se manifestaron en la madre y hermana. Conclusiones: Los datos de la investigación revelan la indiscutible importancia de la educación como principal herramienta de

prevención y manejo de la Hipertensión arterial relacionada al embarazo. El rol del profesional de enfermería es fundamental en la orientación, prevención y manejo de problemas relacionados con el embarazo.[11]

GONZALEZ, Gisela (2013) **Factores de riesgos que determinan la aparición de los trastornos hipertensivos, en mujeres embarazadas atendidas en una entidad de salud de Santa Marta en los meses de enero de 2011 a enero 2012.** Colombia. Artículo de investigación. Objetivo: Identificar los factores de riesgos que determinan la aparición de los trastornos hipertensivos, en mujeres embarazadas atendidas en una entidad de salud de Santa Marta, en los meses de enero de 2011 a enero 2012. Estudio descriptivo, cuantitativo retrospectivo, realizado a un grupo de 51 pacientes gestantes que presentaron trastornos hipertensivos. Las técnicas de recolección de información se basaron en la revisión documental (historias clínicas) y la aplicación de una encuesta. El análisis estadístico fue a través del chi cuadrado. Resultados: La distribución por edad se ubicó en el rango 26 a 34 años (54.8%), los factores de riesgos presentes fueron: bajo peso (45.0%), no controles prenatales (31,8%), nuliparidad (56.9%), nivel socioeconómico medio-alto (45.1), antecedentes familiares relacionados con alteración hipertensiva de la madre (39.2%), antecedentes personales patológicos de infecciones urinarias (83.3%) y consumo de alcohol (58.8%). Conclusiones: Los factores de riesgo de antecedentes personales patológicos de infecciones urinarias se presentaron en un alto porcentaje (83,3%), el consumo de alcohol, multiparidad y antecedentes familiares, ocuparon un lugar importante; mientras que el nivel significativo de asistencia a controles prenatales, no evitó la aparición del trastorno hipertensivo.[12]

MATÍAS DE LA CRUZ, Rocío. (2013) **Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique c. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013.** Ecuador. Tesis de licenciatura. Objetivo: Identificar principales factores predisponentes asociados y las consecuencias materno-fetales causadas por la misma. Estudio retrospectivo, descriptivo no experimental. La muestra fue de 181 casos, desde Septiembre del 2012 a Febrero del 2013. Se procedió de forma con la recolección de datos de las historias clínicas. Resultados: El 6% de casos tienen edades entre 13 a 14 años, los de 15 a 16 años correspondieron el 18%, el 29% fueron de 17 a 18 años y un 47% los de 19 a 20 años. El 62% de casos presentaron instrucción secundaria, con instrucción primaria con el 37% y el 1% como analfabetas, se encontraron que 105 pacientes viven en zonas urbanas correspondiendo el 58%, en zona rural se presentaron 76 mujeres que equivale el 42% de casos. Según los antecedentes patológicos maternos se presentaron: un 72% de casos sin ningún antecedente, 19% de ellos con hipertensión, 8% correspondieron a la diabetes y el 1% de casos con antecedente de preeclampsia materna. De 170 casos no presentaron antecedentes patológicos personales con el 93%, el 3% correspondieron a antecedentes de preeclampsia, los casos de hipertensión y obesidad representaron el 2%. 101 pacientes tuvieron controles prenatales mínimos con un 56%, mientras que se presentaron 77 casos con controles prenatales óptimos que corresponden el 42% y 3 pacientes sin ningún control prenatal con el 2%. Conclusiones: La preeclampsia en pacientes de 13 a 20 años ocupa una baja incidencia en relación con las mayores de 20 años, sin embargo está asociada a factores predisponentes para desencadenarla como la etnia mestiza, primigravidez y deficientes controles prenatales durante el

embarazo, las cuales fueron de mayor frecuencia. Además, que las consecuencias fetales son frecuentes en este grupo de edad, como tener Recién Nacidos pequeños para la edad gestacional y depresión neonatal. [13]

PILLAJO, Yenny (2014) **Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague en el departamento de Gineco Obstetricia. Santa Rosa – El Oro. Año 2011 – 2013.** Ecuador. Tesis de licenciatura. Objetivo: Determinar la prevalencia de Enfermedad Hipertensiva en embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague en el año 2011 – 2013. Santa Rosa - 2014. Estudio de corte descriptivo, retrospectivo, en 115 pacientes que acudieron al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague de la ciudad de Santa Rosa, durante el periodo Enero del 2011 y Diciembre del 2013. Para determinar la prevalencia, factores asociados y complicaciones se utilizó un cuestionario matriz aplicado a las historias clínicas de las pacientes atendidas. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba chi cuadrada. Resultados: La prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo fue de 3,66 %; la media de la edad se ubicó en 24,74 años con un DS de 7,42 años; siendo el grupo etario con más pacientes el de 19-23 años con el 28,7%; en relación al estado civil el 64,3% se encontraron en unión libre; en el 45,2% de la población el diagnóstico fue Preeclampsia leve, con un porcentaje menor la Preeclampsia grave represento el 33,9%. Los factores de riesgo presentaron asociación con: antecedentes familiares 41,7%; edad gestacional mayor de 37 semanas 76,5%; nulípara 67%; y controles prenatales 83,5% (mínimo 5 controles). La principal complicación fue la hipotonía uterina con el 19,1% de los casos y en los recién nacidos fue el bajo peso, < 2.500 gr

con el 17,4%. Conclusiones:La prevalencia de enfermedad hipertensiva en pacientes embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Ollague de Loayza se ubicó en 3,66% muy por debajo del 10% planteado.[14]

VALDES, Magel (2014) **Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" entre enero de 2012 y diciembre de 2013.** Cuba. Artículo de investigación. Objetivo:Identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia. Estudio descriptivo, retrospectivo de casos y controles en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" entre enero de 2012 y diciembre de 2013. Se conformó la muestra con 128 pacientes, divididos en dos grupos; 64 con preeclampsia en el grupo estudio y 64 sanas en el grupo control escogidas al azar. Se recogieron los datos mediante una encuesta y la revisión de la historia clínica. El análisis estadístico se realizó a través de la media, desviación estándar, porcentaje, prueba t de Student, prueba de independencia chi cuadrado y Odds Ratio. Resultados:los factores que influyeron en la preeclampsia fueron la edad materna de 35 años o más (OR= 4,27), el sobrepeso materno al inicio de la gestación (OR= 2,61), la nuliparidad (OR= 3,35) y el antecedente familiar de madre con preeclampsia (OR= 7,35) o hermana (OR= 5,59); no así las afecciones propias de la gestación, la ganancia global de peso, ni los antecedentes obstétricos desfavorables. Conclusiones:la mayoría de los factores de riesgo para preeclampsia no son modificables, por lo que se requiere una esmerada atención prenatal que garantice el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de esta entidad.[15]

GARCES, Wilfredo (2014) **Factores de riesgo más frecuentes en las gestantes que desarrollaron preeclampsia - eclampsia y su repercusión en las condiciones perinatales, durante el primer trimestre de 2013 en el Hospital General Juan Bruno Zayas**. Cuba. Artículo de investigación Objetivo**:** Describir los factores de riesgo más frecuentes en las gestantes que desarrollaron preeclampsia - eclampsia y su repercusión en las condiciones perinatales, durante el primer trimestre de 2013 en el Hospital General Juan Bruno Zayas. Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, con gestantes que desarrollaron preeclampsia - eclampsia durante su gestación. Se estudió un total de 20 pacientes, seleccionadas por un muestreo aleatorio simple. A quienes se les aplicó una encuesta. Resultados: El 50% de los casos presentaron preeclampsia agravada, con un 80% dentro del grupo de edad de 18-25 años. El 60% de las nulíparas presentaron preeclampsia agravada. Dentro de las circunstancias desfavorables de las condiciones perinatales predominó el bajo peso, con un 56,3%; seguido del parto pretérmino, con un 53,8% y de la distocia, con el 35,7% en las pacientes con asociación de cinco factores de riesgo. Conclusiones: La preeclampsia agravada fue la más frecuente, donde predominó la edad de 18 a los 25 años y preferentemente en nulíparas. Los factores de riesgo que más se presentaron fueron: la multiparidad, la Hipertensión Arterial crónica y los antecedentes de preeclampsia. La asociación creciente de factores de riesgo estimuló la aparición de un número mayor de condiciones perinatales desfavorables.[16]

CASANOVA, Dalí (2016) **Factores asociados a Pre-Eclampsia Grave en las Embarazadas Atendidas en el Servicio de ARO del Hospital Cesar Amador Molina. Departamento de Matagalpa. Septiembre – Noviembre del 2015.** Nicaragua. Tesis de licenciatura. Objetivo: Determinar los factores asociados a Pre-

Eclampsia Grave en las Embarazadas Atendidas en el Servicio de ARO del Hospital Cesar Amador Molina. Departamento de Matagalpa. Septiembre – Noviembre del 2015. El estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, el universo mujeres en edad fértil que ingresaron al hospital durante el periodo de estudio con el diagnóstico de preeclampsia grave en total fueron 62. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. Se utilizó prueba de chi cuadrado y el coeficiente de contingencia para establecer la razón de asociación el valor de $p< 0.05$, y el grado de relación de la asociación el C.E 0 a 1. Resultados: Las mujeres que refirieron ser analfabeta o tiene algún grado de primaria corresponde al 75.8%, el 38.7% y 12.9% se presentó en el embarazo a término y en el puerperio. Asociándose de manera significativa donde $p = 0.04$ y C.E = 0.29 lo que demuestra una débil asociación. Otro hallazgo identificado en los expedientes de las mujeres con preeclampsia grave es que 32.3% presentaban examen general de orina patológico y 21.0% se asoció con el embarazo a término de manera significativa $p = 0.01$ y C.E = 0.34 con débil asociación. Conclusión: Las mujeres que presentaron PE graves, la baja escolaridad que se asoció actuaron como un mecanismo de incentivar el agravamiento y el padecimiento amenaza de parto pretérmino durante el embarazo la relación pudiera estar relacionado a los mismos mecanismos de daños de la placentación. El examen general de orina patológico la relación puede depender al momento de transcurrir el daño sin intervenir con una terapéutica más acertada.[17]

SOLIS, Mayra (2014) **Complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz enero 2013 - julio 2014.** Lima. Tesis de licenciatura. Objetivo: Determinar las complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

durante Enero del 2013 a Julio del 2014. Diseño descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 117 historias clínicas de gestantes que presentaron diagnóstico de preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo Enero 2013 – Julio 2014. Los datos fueron obtenidos durante la investigación por medio de la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico fue a través de la prueba chi cuadrado. Resultados: El 3% de los partos atendidos presentaron preeclampsia. Con respecto a las edades la mayoría de gestantes tuvieron entre 20 – 24 años resultando 23.9% de los casos, 77.8% eran convivientes, 70.9% cuentan con instrucción de nivel secundario; 54.7% resultaron multigesta, 47.9% nulíparas; 82.1% no tienen antecedentes de hipertensión inducida por el embarazo, 55.6% tuvieron atención prenatal inadecuada, 84.6% culminaron en cesárea. La complicación materna más frecuente fue el parto prematuro con 16.2%, seguido por 7.7% desprendimiento prematuro de placenta y 4.3% eclampsia y hemorragia postparto respectivamente. Conclusiones: La frecuencia de preeclampsia fue 3% durante el periodo de estudio; siendo la complicación materna más frecuente parto prematuro y desprendimiento prematuro de placenta.[18]

CABEZA, Javier (2014) **Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana.** Trujillo. Tesis de licenciatura. **Objetivo:** Determinar si la edad, paridad e hipertensión arterial crónica son factores de riesgo asociados al desarrollo de la preeclampsia en pacientes atendidas en el Hospital de Apoyo de Sullana durante el año 2013. Estudio observacional, analítico, de casos y controles que evaluó 162 gestantes las cuales fueron distribuidas en dos grupos, Casos: 54 gestantes con preeclampsia y Controles: 108 gestantes sin preeclampsia, el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El

análisis estadístico fue a través de la prueba odds ratio. Resultados: La edad promedio para los casos fue 21,37 ± 3,99 y para el grupo control 23,59 ± 4,91 años; el 42,59% de los casos correspondieron al grupo ≤ 20 años y en el grupo control solo 26,85%; la edad gestacional promedio para el grupo de casos fue 37,63 ± 1,19 y para el grupo control fue 39,17 ± 1,21 semanas. En relación a la paridad se observó que el 40,74% de los casos correspondieron al grupo de nulíparas y en el grupo control solo 33,33% ($p < 0,05$). El 46,30% de los casos tuvieron parto por cesárea y en el grupo control se observó que lo presentaron en el 31,48% ($p < 0,05$). Con respecto a la presencia de hipertensión arterial crónica, el 11,11% de los casos lo presentaron y en el grupo control solo el 2,78% ($p < 0,05$), con un OR = 4,38 IC 95% [1,05 – 18,23]. Conclusiones: La edad ≤ 20 años, la nuliparidad y la hipertensión arterial si resultaron ser factores de riesgo asociados al desarrollo de preeclampsia.[19]

ARROYO, Cesar (2014) **Factores de riesgo independientes para la presencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo.** La Libertad. Tesis de licenciatura. Objetivo:Determinar los factores de riesgo independientes para la presencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. Estudio de tipo, analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 176 gestantes según criterios de inclusión y exclusión establecidos, distribuidos en dos grupos: con y sin preeclampsia. El instrumento que se utilizo fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de a prueba odds ratio. Resultados: El análisis estadístico bivariado sobre los factores de riesgo en estudio fueron: Gestantes adolescentes menores de 15 años (OR: 0.66; $p>0.05$), sobrepeso (OR: 1.99; $p<0.05$), primigravidez (OR: 2.29; $p<0.01$), procedencia rural (OR: 0.75; $p>0.05$), baja

escolaridad (OR: 2.99; p<0.01). Conclusiones: El sobrepeso, la primigravidez y la baja escolaridad son factores de riesgo asociados a preeclampsia. La gestación adolescente en menores de 15 años y la procedencia rural no son factores de riesgo asociados a preeclampsia.[20]

MORENO, Zoila (2014) **Raza negra como factor de riesgo independiente a la preeclampsia Hospital Nacional Dos de Mayo e Instituto Materno Perinatal, Lima, Perú.** Lima. Artículo de investigación. Objetivo: Evaluar la raza negra como factor de riesgo independiente de preeclampsia. Estudio observacional analítico, caso control, prospectivo. Gestantes normotensas y gestantes preeclámpticas. Se realizó una entrevista estandarizada a 338 gestantes normotensas y 338 preeclámpticas, siendo la población total de 676 gestantes. La raza fue determinada mediante el fenotipo de la paciente y su reporte de las características de sus antepasados. El análisis estadístico fue a través de la prueba odds ratio. Resultados: La preeclampsia fue más frecuente en gestantes con antecedente de preeclampsia (OR: 12,9; IC 95% 5,1 a 32,2), obesidad previa al embarazo (OR: 2,2; IC 95% 1,3 a 3,6), edad mayor o igual a 35 años (OR 2,5; IC 95% 1,4 a 4,6) y en gestantes fenotípicamente de raza negra o cuando reportaron padres o abuelos negros (OR: 2,21; IC 95% 1,0 a 5,1); sin embargo, esta última asociación fue marginal (p=0,047). Conclusiones: La raza negra es un factor de riesgo independiente minuciosamente controladas para disminuir la incidencia y complicaciones de la complicación obstétrica.[21]

CASANA, Gabriela (2014) F**actores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura**. La Libertad. Tesis de licenciatura. Objetivo: Demostrar que la obesidad, la

primipaternidad, la multiparidad, el intervalo intergenésico prolongado y el antecedente de preeclampsia de inicio precoz son factores de riesgo de preeclampsia recurrente en el Hospital Santa Rosa de Piura durante el periodo 2012 – 2013. Estudio observacional, analítico, de casos y controles, que evaluó 99 gestantes distribuidas en dos grupos, los casos: 33 gestantes con preeclampsia recurrente y los controles: 66 gestantes sin preeclampsia recurrente el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico se realizó a través de la prueba chi cuadrado. Resultados: La edad promedio para el grupo de casos fue 29,94 ± 4,99 años y para el grupo control fue 27,56 ± 4,45 años ($p < 0,05$). En relación a los factores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia se tuvo que en los casos y controles la obesidad estuvo presente en 24,24% y 15,15% respectivamente ($p > 0,05$) (OR = 1,79 IC 95% [0,63 – 5,08]; la multiparidad en 48,48% y 18,18% respectivamente ($p < 0,01$) (OR = 4,24 IC 95% [1,68 – 10,69]; la primipaternidad en 39,39% y 13,64% respectivamente ($p < 0,01$) (OR = 4,12 IC 95% [1,53 – 11,09]; el intervalo intergenésico prolongado en 51,52% y 15,15% respectivamente ($p < 0,001$) (OR = 5,95 IC 95% [2,28 – 15,52] y el antecedente de preeclampsia precoz en 30,30% y 0% respectivamente ($p < 0,001$). Conclusiones: La multiparidad, primipaternidad, intervalo intergenésico prolongado y el antecedente de preeclampsia precoz resultaron ser factores de riesgo asociados a preeclampsia recurrente.[22]

CRISOLOGO, Juan (2015) **Obesidad Pregestacional y Preeclampsia. Estudio de cohortes en el Hospital Belén de Trujillo**. La libertad. Artículo de investigación. Objetivo: Determinar si la obesidad pregestacional es un factor de riesgo para preeclampsia. Estudioretrospectivo, analítico de casos y controles donde se seleccionó 184 historias clínicas de pacientes embarazadas del Servicio de

Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo, el instrumento que se utilizo fue la ficha de recolección de datos. Se aplicó la prueba no paramétrica de independencia de criterios utilizando la distribución Chi Cuadrado con un nivel de significancia menor al 5% (p<0,05). Resultados: En el Hospital Belén de Trujillo según el SIP (Sistema Informático Perinatal) el 5.9% y el 6.4% de las gestantes tuvieron preeclampsia en el periodo 2012 y 2013 respectivamente. Teniendo como resultados que la obesidad pregestacional, valorada mediante el IMC, se comporta como un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia, obteniendo que el riesgo de desarrollar preeclampsia es 2.64 veces mayor en pacientes que presentan obesidad pregestacional en comparación con aquellas que no presentan dicho factor, con un *p*: 0.0149. Conclusiones: Existe asociación significativa entre la obesidad pregestacional y el desarrollo de preeclampsia.[23]

INCHAUSTEGUI, Ninotshka (2015) **Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre Enero a diciembre del 2014.** Loreto. Tesis de licenciatura. Objetivo: Establecer la relación entre los factores de riesgo y resultados perinatales de gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Regional Loreto entre enero y diciembre de 2014. El estudio fue no experimental, epidemiológico analítico, retrospectivo, caso y control de la historia Gineco Obstétrica materna. La muestra de estudio fue de 68 gestantes con preeclampsia y 68 gestantes sin preeclampsia a quienes se les aplico una ficha de recolección de datos. El análisis estadístico fue a través de la prueba odds ratio. Resultados: Los hallazgos indican que en relación a la edad materna, existe un mayor porcentaje de madres de 20 – 35 años (61.8%) y > 35 años (11.8%). El grado de instrucción predomina en ambos grupos el porcentaje de madres con secundaria, para

el grupo de estudio el 64.7% y 61.8% para el grupo control. Asimismo para el estado civil en ambos grupos hay mayor porcentaje de madres convivientes; y que proceden de zona urbano/marginal. El antecedente de preeclampsia estuvo presente en ambos grupos, a predominio de grupo de estudio con un 8.8%. Las morbilidades predominantes del grupo de estudio fueron la HTA con 10.3% y la obesidad con 7.4%; sin embargo el grupo control solo presentó obesidad en 8.8%. La edad gestacional predominó el intervalo comprendido entre 37 a 41 años para ambos grupo, sin embargo la edad gestacional < 37 semanas predominó más en el grupo de estudio con 38.2%. La paridad da mayor porcentaje al grupo de estudio para las multíparas con 50%, sin embargo el grupo control da mayor porcentaje a las nulíparas con 44.1%. El control pre natal para ambos grupos con mayor porcentaje fue más de seis con 52.9% para el grupo de estudio y 73.5% para el grupo control. Y el tipo de parto en el grupo de estudio fue cesárea (100%) y en el grupo control fue vaginal (97.1%). Para el tipo de preeclampsia en el grupo de estudio fue severa con 79.4% y 20.6% leve. Conclusiones: Se halló una relación significativa de control prenatal inadecuado como factor de riesgo para desarrollar preeclampsia. La preeclampsia estuvo asociada con mayor riesgo de prematuridad y peso bajo al nacer comparadas con las madres que no presentaban esta condición.[24]

TORRES, Sally (2016) **Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana.** Iquitos. Artículo de investigación Objetivo:Determinar la asociación entre los factores riesgo yla presencia de preeclampsia. Estudioretrospectivo de casos y controles mediante la recopilación dehistorias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de Iquitos-Perú de enero a septiembre del2015. Para el grupo de los casos (gestantes con

preeclampsia) lamuestra fue de 80 mujeres. Para el grupo de controles(gestantes sin diagnóstico de preeclampsia) la muestra fue de 80. El instrumento que se utilizo fue la ficha de recolección de datos. Para el análisis bivariado se aplicó la prueba de chicuadrado. Asimismo se empleó un análisis multivariado conregresión logística para calcular Odds Ratio (OR) conintervalos de confianza al 95%. Resultados: los factores deriesgo asociados a la preeclampsia fueron: edad mayor de 35años (OR: 1.6); residir en zona rural (OR: 2.2); educaciónprimaria o sin estudios (OR: 1.6); nuliparidad (OR: 1.2); edadgestacional de 32-36 semanas (OR: 2.9); tener entre cero ycinco controles prenatales (OR: 6.3); tener antecedentesfamiliares (OR: 10.6) y personales (OR: 40.1) de preeclampsia. Conclusiones: Los factores riesgo para preeclampsia en la región selva son: tener de 35 años a más, residir en zona rural, poseer un grado de instrucción primaria o sin estudios, ser nulípara y haber realizado solamente de cero a cinco controles prenatales. La residencia en zona rural constituye un factor de riesgo importante en la preeclampsia en la región amazónica. Las gestantes de estas zonas están expuestas a una menor participación a los controles prenatales debido a un desconocimiento asociado a niveles de instrucción bajos que puede generar temor antes los controles. [25]

FLORES Katherine (2016) **Factores de riesgo para preeclampsia severa, las características generales y las condiciones asociadas al embarazo de las pacientes con esta patología en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz desde Enero a Setiembre del 2015.** Lima. Tesis de licenciatura. Objetivo:Determinar los factores de riesgo para preeclampsia severa, las características generales y las condiciones asociadas al embarazo de las pacientes con esta patología en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz desde Enero a Setiembre del 2015. Estudio de tipo

transversal analítico y retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 100 historias clínicas, el instrumento que se utilizo fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico fue a través de la prueba chi cuadrado. Resultados: El 62%de las pacientes que presentaron preeclampsia eran mayores de 35 años, y un 38 % estaban entre los 20 y 35 años de edad y del total de 24 pacientes que presentaron preeclampsia con signos de severidad, 21 eran mayores de 35 años. El 30% de las pacientes con diagnóstico de preeclampsia, si presentaron historia familiar de preeclampsia; y un 70% de pacientes no presentaron historia familiar de preeclampsia. El 16 % de gestantes con el diagnóstico de preeclampsia, tuvieron preeclampsia en un embarazo anterior, un 84% de las pacientes no presento preeclampsia previa. El 21 % de las pacientes con preeclampsia presentaron HTA crónica, y un 79% no presento HTA crónica. El 10 % de las pacientes presentaron Diabetes Mellitus, un 90 % de las pacientes no presento Diabetes mellitus. El 48% de las pacientes con preeclampsia, fueron primigravidas y un 52 % de las pacientes no fueron primigravidas. El 8% de las pacientes con preeclampsia, presentaron embarazo múltiple, y un 92% no presentaron embarazo múltiple. Ninguna paciente con preeclampsia presentó embarazo molar. El 24% de las pacientes con preeclampsia, presentaron signos de severidad, y un 76 % presentaron preeclampsia sin signos de severidad. Conclusiones: Los factores de riesgo estudiados y que se asociaron significativamente con preeclampsia severa fueron: Edad materna mayor de 35 años, como característica general de las pacientes. Primigravidez, y embarazo múltiple como condiciones asociadas al presente embarazo; y HTA crónica, como antecedente personal patológico en las gestantes con preeclampsia severa estudiadas. (26)

ROJAS, Miguel (2016) **Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Vitarte durante el período 2013 – 2014.** Lima. Tesis de licenciatura. Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados al diagnóstico de preeclampsia. Estudio observacional, analítico, de corte retrospectivo, de tipo casos y controles pareados. La investigación contó con una muestra de 228 pacientes (114 casos y 114 controles). El instrumento que se utilizo fue la ficha de recolección de datos. El análisis estadístico fue a través de la prueba odds ratio. Resultados: En el grupo de estudio las edades variaron entre los 15 – 46 años, con una media de 26 años (SD ± 6 años) y el IMC varió entre los 17 – 41 kg/m2, con una media de 25.73 kg/m2 (SD ± 4.37 kg/m2). El factor de riesgo identificado fue primiparidad (OR = 2.560; IC95%: 1.496 – 4.380; p<0.001) Conclusiones: El presente estudio identificó a la primiparidad como factor de riesgo para preeclampsia, aumentando de forma significativa el riesgo de preeclampsia más de 2 veces en las gestantes atendidas en el Hospital Vitarte. [27]

ROSALES, Renzo (2016) **Sobrepeso y la obesidad pregestacional es factor de riesgo asociado a preeclampsia de inicio tardío en las gestantes atendidas en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Durante el periodo Julio 2014 a Julio 2015**. Lima. Tesis de licenciatura. Objetivo:Determinar si el sobrepeso y la obesidad pregestacional es factor de riesgo asociado a preeclampsia de inicio tardío en las gestantes atendidas en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Durante el periodo Julio 2014 a Julio 2015. Estudio Observacional Analítico - Casos y Controles. El tamaño muestral calculado fue de 200 casos y 200 controles, relación caso control de 1:1 Se empleó una ficha de recolección de datos para el recojo de las variables planteadas en el

presente estudio. El análisis de la información incluyó análisis descriptivo, análisis Bivariado de la (variable dependiente e independiente). Resultados: Elsobrepeso y la obesidad pregestacional se muestra como factor de riesgo asociado a preeclampsia de inicio tardío p=0,000 (OR= 7,4; IC 95% 4,7 – 11,6), además el no tener antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo está asociado a menos riesgo de presentar preeclampsia de inicio tardío p=0,000 (OR=0.192; IC95% 0.115 – 0.320). El resto de variables intervinientes no muestra asociación. Conclusiones: El sobrepeso y obesidad pregestacional son factores de riesgo asociados a preeclampsia de inicio tardío. [28]

MATEO, Luis (2016) **Factores de riesgo de preeclampsia en mujeres de 16 – 20 años atendidas en consultorio externo del Hospital Hipólito Unanue agosto – noviembre del2015.** Lima. Tesis de licenciatura. Objetivo: Determinar los factores de riesgo de preeclampsia en mujeres de 16 – 20 años atendidas en consultorio externo del Hospital Hipólito Unanue agosto – noviembre del 2015. Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. La muestra fue de 181 casos, desde Agosto a Noviembre del 2015. Se procedió con la recolección de datos de las historias clínicas mediante formulario. El análisis estadístico se realizó a través de odds ratio. Resultados: De las 181 pacientes, se presentaron con historia personal de preeclamsia 2.2%, historia familiar de preeclampsia 0%, historia personal y familiar de preeclampsia 0.55%, raza negra 6.62%, historia personal de HTA 0.55%, historia familiar de HTA17.67%, historia personal y familiar de HTA 1.10%, historia familiar de DM 8.83%, historia personal de DM 0%, embarazo múltiple 2.8%, primigestas 83.42%, controles prenatales deficientes o ninguno, 57.45%, obesidad 1.65%. Según los antecedentes patológicos maternos en la investigación se

presentaron: un 72% de casos sin ningún antecedente, 19% de ellos con hipertensión, 8% correspondieron a la diabetes y el 1% de casos con antecedente de preeclampsia materna. El 88% de casos con etnia mestiza, la etnia negra corresponde el 7%, y la indígena presentó un 5%. De los 181 casos investigados, 151 pacientes fueron primigestas que correspondieron el 83% y el 17% de ellas multigestas con 30 casos. 176 pacientes presentaron embarazos de feto único con el 97%, y las pacientes con embarazos dobles/múltiple se registraron 5 que equivale al 3% de casos. 101 pacientes tuvieron controles prenatales mínimos con un 56%, mientras que se presentaron 77 casos con controles prenatales óptimos que corresponde al 42% y 3 pacientes sin ningún control prenatal con el 2%. El 15% de casos presentaron grado de instrucción superior, las mujeres con instrucción secundaria con 54%, el 30% con primaria y por último el 1% como analfabetas. 105 pacientes viven en zonas urbanas correspondiendo el 58% y aquellas de zona rural se presentaron 76 mujeres que equivale el 42% de casos. Conclusiones: La preeclampsia en pacientes de 16 - 20 años ocupa una baja prevalencia en relación con las mayores de 20 años, sin embargo está asociada a factores predisponentes para desencadenarla como la primigravidez, controles prenatales deficientes o mínimos, antecedente de HTA, etnia mestiza, las cuales fueron de mayor frecuencia; en cuanto al grado de instrucción la baja escolaridad predominó en este grupo; el distrito más frecuente fue el Agustino.[29]

3.2. MARCO TEÓRICO

A. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO

I. Definición

Enfermedades hipertensivas del embarazo

Se caracteriza por la elevación de la cifra de tensión arterial diastólica de 90mmHg o más y de la sistólica de 140 mmHg o más, o una PA media 105mmHg; En dos tomas con una diferencia de 4 a 6 horas, o un solo registro de la tensión arterial diastólica 110mmHg y las sistólica de 160mmHg.[1]

Hipertensión inducida por la gestación

Hipertensión gestacional es la elevación de la presión arterial, en una gestante después de las 20 semanas o diagnosticada por primera vez en el puerperio.[30]

1. **Preeclampsia:** Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas de embarazo se acompaña de proteinuria. Ambas desaparecen en el post parto. La preeclampsia es un síndrome específico del embarazo y se debe a la reducción de la perfusión a los diferentes órganos secundariamente al vasospasmo y a la activación endotelial.[1]

   a. **Preeclampsia leve:** Aquella que presenta una presión arterial sistólica ≥ 140mmHg y diastólica ≥ 90mmHg hasta una presión sistólica <160 mmHg y diastólica < 110mmHg y proteinuria cualitativa 1 + (tes de acidosulfosalicidico o tira reactiva) o cuantitativa > de 300mg y < de 2gr en orina de 24 hrs.[31]

b. **Preclampsia severa:** Aquella preclampsia asociada a presión arterial sistólica ≥ 160mmHg y/o diastólica ≥110mmHg, o evidencias de daño en órgano blanco. Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico o tira reactiva) o 2gr a mas en orina de 24hrs. Compromiso de órganos que se manifiestan por oliguria, elevación de creatinina sérica, edema pulmonar. disfunción hepática, trastorno de la coagulación, ascitis, epigastralgia, disturbios neurológicos visuales o rciu.[31]

2. **Hipertensión crónica:** Cuando la presencia de hipertensión arterial es diagnostica previa al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación. También se la considera en pacientes que no tuvieron control prenatal cuando los valores de presión arterial no se controlan pasada las 12 semanas de parto.[31]

3. **Hipertensión crónica mas preclampsia sobreagregada:** Son pacientes con hipertensión crónica, quienes luego de las 22 semanas de gestación presentan proteinuria, o elevación marcada de la presión arterial en relación a sus valores basales, y/o compromiso de órgano blanco producido por Preeclampsia.[31]

II. **Etiología:** La etiología de la preclampsia sigue siendo desconocida, sin embargo existen diversas teorías respecto a su origen entre las que se encuentran:

- Invasión trofoblastica anormal
- Desequilibrio en los angiogenesis
- Alteraciones de coagulación

- El daño endometial vascular
- Inadaptación cardiovascular
- Mala adaptación inmunológica
- Predisposición genética
- Respuesta inflamatoria exagerada
- Aumento de estrés oxidativo.[31]

III. Cuadro clínico

a) Diagnostico:

1. **Criterios de diagnostico:** Cuando aparece después de las 20 semanas de embarazo se trata de una hipertensión gestacional. La cifra de la tensión arterial(TA) deberá ser para la diastólica de 90mmHg o más y para la sistólica de 140mmHg o más, en dos tomas con una diferencia de 4 a 6 horas. O un solo registro de una tensión arterial diastólica de 110mmHg.[1]
2. **Criterios de severidad:** Ante la presencia de cualquiera de los siguientes hallazgos en una paciente con Preeclampsia, debemos catalogarla de Preeclampsia severa:
    - Presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg y/o diastólica ≥ 110 mm Hg.
    - Proteinuria ≥ 2gr en orina de 24 horas, y/o ≥ 2 + al usar tira reactiva o Acido Sulfosalicílico.
    - Compromiso neurológico definido por cefalea persistente y alteraciones visuales (irritación cortical).

- Recuento de plaquetas ≤ 100,000 cel/mm³ y/o evidencia de anemia hemolítica microangiopática.
- Elevación de enzimas hepáticas: TGO y/o TGP ≥ 70 UI/ml
- Alteración de la función renal, definida por dosaje de creatinina sérica ≥ 1.2 mg/dl.
- Oliguria menor o igual a 500ml en 24hrs.
- Edema pulmonar o cianosis.[31]

b) Signos de alarma:

- Elevación de la PA sistólica ≥ a 30 mm Hg, o de la PA diastólica ≥ a 15 mm Hg, con respecto a las presiones basales encontradas en su control prenatal.
- Edema de miembros inferiores o generalizados.
- Cefalea.
- Náuseas y vómitos.
- Escotomas o alteraciones visuales.
- Acúfenos.
- Epigastralgia, dolor en hipocondrio derecho.
- Hiperreflexia
- Oliguria.[31]

c) Complicaciones:

Eclampsia: Se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes preeclampticas que no pueden ser atribuidas a otras causas. La eclampsia es una emergencia obstétrica con alto riesgo materna y fetal y es el punto

culmínate de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Aproximadamente la mitad de los casos de eclampsia aparecen antes del trabajo de parto, un 25% lo hace durante el trabajo de parto y el resto en el postparto. Puede presentarse hasta 48 horas después del parto y en nulíparas se a descrito convulsiones hasta 10 días postparto.[1]

Síndrome HELLP: Complicación aguda de la preeclampsia severa. Caracterizada por:

Anemia hemolítica microangiopática: Definida por alteraciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos) o hiperbilirrubinemia mayor de 1,2 mg/dl a predominio indirecto. Elevación de enzimas hepáticas: AspartatoAminotransferasa (TGO) ≥ 70 UI, o LDH ≥ de 600 UI. Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100 000 por mm.[31]

IV. Exámenes auxiliares

a) Exámenes de Laboratorio:

- Hemograma
- Perfil de coagulación: Plaquetas, fibrinógeno, tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina activada (TPTA).
- Examen de orina con tira reactiva o con Acidosulfosalicílico (ASS) para detección cualitativa de proteínas.
- Examen de orina de 24 horas para detección cuantitativa de proteínas.
- Pruebas de función hepática: Transaminasa glutámico pirúvica (TGP), transaminasa glutámico oxalacético (TGO), bilirrubinas totales y fraccionadas, dehidrogenasa láctica.
- Pruebas de función renal: Creatinina, ácido úrico.[31]

b) Monitoreo electrónico fetal

- Test estresante
- Test no estresante.[31]

c) Imágenes:

- Ecografía obstétrica convencional.
- Perfil Biofísico.
- Ecografía Doppler.[31]

d) Manejosegún nivel de complejidad y capacidad resolutiva

Medidas generales y terapéutica

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias

FONP (Categoría I-1)

- Evaluar la presión arterial. Si se encuentra elevada coordinar con el establecimiento con FONB y referir con vía endovenosa segura deClNa 9‰ a establecimiento con FONE.[30]

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias

FONP (Categorías I-2, I-3)

- Evaluar la presión arterial, si se encuentra elevada iniciar tratamiento, comunicar y referir.
- En caso de preeclampsia severa o eclampsia:
  - Colocar vía endovenosa segura y diluir 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) en 1 litro de ClNa 9‰, pasar

400 cc a chorro y mantener a 30 gotas/min hasta llegar a FONE.

- Colocar sonda Foley y monitorizar diuresis horaria.
- Labetalol 200 mg vía oral c/ 8 horas de primera elección, sino usar Metildopa 1gr vía oral c/12 horas.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con presión arterial inicial o presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral como primera dosis y luego 10 mg cada 4 horas hasta mantener la presión diastólica en 90 a 100 mmHg.
- Coordinar con establecimiento con FONB y referir a la paciente a establecimiento con FONE.[30]

Establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas FONB: (Categoría I-4)

Evaluar presión arterial.

Preeclampsia leve:

a. Control materno:

- Determinación de presión arterial, peso, proteinuria y diuresis.
- Exámenes de laboratorio:
  - Perfil renal: Urea y creatinina,
  - Perfil de Coagulación: Fibrinógeno, plaquetas, tiempo de protombina, tiempo parcial de tromboplastina activada; si no cuenta realizar tiempo de coagulación y tiempo de sangría.

- Perfil hepático: TGO, TGP, billirrubinas totales y fraccionadas y LDH.[30]

b. Control fetal

- Autocontrol materno de movimientos fetales diario.
- Test no estresante cada 48 horas.
- Ecografía con perfil biofísico semanal. [30]

c. Considerar hospitalización

- Si no se puede controlar adecuadamente en su domicilio.
- Si vive lejos, considerar la casa de espera. [30]

d. Control en hospitalización

- Control de funciones vitales y obstétricas cada 4 horas en hoja aparte.
- Peso y proteinuria cualitativa en forma diaria.
- Autocontrol de movimientos fetales.
- Test no estresante cada 48 horas.
- Ecografía más perfil biofísico semanal. [30]

e. Si se diagnostica preclampsia severa

Iniciar tratamiento, comunicar y referir a FONE.[30]

Preeclampsia severa:

Iniciar tratamiento, comunicar y referir a establecimientos con FONE

- Colocar dos vías endovenosas seguras:
  - Una con ClNa 9‰ a 40 gotas por minuto.

- Otra vía con 10 gr de sulfato de magnesio (5 ampollas al 20%) diluidos en 1 litro de ClNa 9‰, pasar 400 cc. a chorro y luego mantener a 30 gotas/minutos.

- El uso del sulfato de magnesio obliga a monitorizar estrictamente la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la diuresis materna. En caso de sobredosis por sulfato de magnesio (oliguria, hiporreflexia, paro respiratorio) administrar gluconato de calcio al 10% EV diluido en 20cc.
- Administrar Labetalol 200 mg vía oral c/8 hrs de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg en relación con la presión arterial inicial, o la presión arterial es mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral, se puede repetir a los 30 minutos.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis.
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros/min.
- Control de funciones vitales maternas.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.[30]

Eclampsia:

Realizar lo indicado para preeclampsia severa. Además:

- Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo).

- Vía endovenosa segura.
- Comunicar y referir a establecimiento con FONE.[30]

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)

Preeclampsia leve:

- Continuar con el manejo iniciado en el establecimiento con FONB.
- Tomar nuevos exámenes auxiliares.
- Evaluar edad gestacional y condiciones maternas para terminar el embarazo por la mejor vía.[30]

Preeclampsia severa:

- Continuar con el manejo iniciado en del establecimiento FONB.
- Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 hrs vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg con relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/100 mmHg administrar Nifedipino 10 mg vía oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50mg en 24 horas, tratando de mantener la presión diastólica entre 90 a 100 mmHg.
- Colocar sonda Foley N° 14, con bolsa colectora y controlar volumen de diuresis
- Administrar oxígeno con cánula binasal a 3 litros por minuto.

- Control de funciones vitales.
- Control de funciones obstétricas: latidos fetales, dinámica uterina.
- Considerar culminar la gestación cuando la edad gestacional es mayor de 37 semanas. De 34 a 37 semanas se culminará la gestación según estado materno.
- Si hay evidencia de daño de un órgano blanco, se debe proceder a la atención del parto por cesárea.
- Realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención y sus posibles complicaciones.[30]

Eclampsia:

Las siguientes medidas se deben adoptar tan pronto se produzca la crisis convulsiva, todo en forma simultánea:

a. Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

b. Realizar consentimiento informado a los familiares de las intervenciones a realizar y sus posibles complicaciones.

c. Paciente en decúbito lateral izquierdo.

d. Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo, intubación orofaríngea, traqueotomía).

e. Control de la ventilación – oxigenación (equilibrio ácido-básico, pulsometría continua), oxígeno en concentración suficiente para controlar la hipoxemia.

f. Asegurar la permeabilidad de vía endovenosa.

g. Monitorización hemodinámica estricta:

- Diuresis horaria estricta.
- Control de PVC.

h. Valoración de las posibles alteraciones funcionales:

- Función hepática: TGO, TGP.
- Función renal: Creatinina, ácido úrico, sedimento de orina.
- Perfil de coagulación: Recuento de plaquetas, Tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno.
- Descartar siempre la presencia de Síndrome de HELLP.

i. Medidas medicamentosas:

Tratamiento de las convulsiones:

- Sulfato de Magnesio 10 mg diluido en 1,000 cc de ClNa 9‰, vía endovenoso a 400 cc a chorro y luego a 30 gotas/min.

Tratamiento antihipertensivo:

- Administrar Labetalol 50 mg endovenoso en 10 min seguido de 1-2 mg por Kg de peso por hora, vía endovenosa de primera elección, sino 1 gr de Metildopa c/12 horas vía oral.
- Si la presión sistólica y/o diastólica se eleva en 30 mmHg, en relación a presión arterial inicial o presión arterial mayor de 160/110 mmHg, administrar Nifedipino 10 mg vía oral. Repetir a los 30 min si la presión no baja, repetir hasta un máximo de 50 mg en 24 horas.

j. Controlada las convulsiones, valorar las condiciones maternas y fetales para culminar la gestación.

k. Estabilización de la paciente:

- Fluidoterapia.
- Corrección de oliguria.
- Control de factores de la coagulación.
- Presión venosa central.
- Oxigenoterapia.

l. La vía de culminación electiva del embarazo es la vaginal, si las condiciones lo permiten.[30]

B. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos..) pueden sumándose unos a otros, aumentar la mortalidad y morbilidad. Los riesgos prevenibles más comunes son los siguientes: obesidad, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. [32]

a. Factores sociodemograficos:

La descripción de las principales características poblacionales es de suma importancia tanto para la definición de necesidades como para las estrategias de intervención. Se requiere de esa información a fin de poder describir enfermedades y problemas de salud e identificar sus

determinantes (objeto de la epidemiología); así cómo identificar los grupos poblacionales sobre los que se actuará.[33]

Grado de instrucción

El nivel de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela).En Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales Naciones Unidas, a través de su Oficina de Estadística, recomienda en categorizar el nivel de instrucción materno en siete grupos: analfabeta, primaria incompleta y completa, secundaria incompleta y completa y terciaria o universitaria incompleta y completa. El mayor riesgo corresponde a los niños hijos de madres con bajo nivel de instrucción y el menor riesgo a los hijos de madres con alto nivel de instrucción. Las madres con bajo nivel de instrucción son más vulnerables a tener enfermedades hipertensivas del embarazo por no tener adecuado información sobre el embarazo [34]

Raza

Cada uno de los grupos en que se subdividen algunas especies biológicas y cuyos caracteres diferenciales se perpetúan por herencia. [35]

Se estima que las mujeres de raza negra son las más frecuentes para desarrollar preeclampsia, por el hecho de que la hipertensión arterial crónica se presenta más en estas personas y con más severidad que en otras.[30]

Procedencia

Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. Se considera lugar de procedencia a urbano y urbano marginal.[35] las mujeres de procedencia urbana tienen mayores oportunidades para acceder a los servicios de salud por la cercanía y economía mientas que las de procedencia urbano marginal padecen de estos beneficios; los estudios realizados por distintos autores mencionan que la procedencia es un factores de riesgo para padecer enfermedades hipertensivas del embarazo. [11,13,29]

Religión

Es una práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales. Cuando se habla de religión se hace referencia a los cuerpos sociales que se ocupan de la sistematización de esa practicas, tales como: católico evangélico, testigo de Jehová entre otros (agnóstica, mormón). Todas las religiones tiene sus bases y fundamentos, sustentados en diversas corrientes filosóficas que intentan explicar quiénes somos y porque hemos venido al mundo. Unas se destacan por la fe y otras por sus extensas enseñanzas éticas lo que influye en el interés que prestan a su salud, debido a diversas normas que cada religión impone.[35]

Ocupación

La palabra ocupación encuentra su origen etimológico en el vocablo latino "occupatio" y se emplea en varios sentidos, según el contexto. La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.[35]

Estado civil

Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delim itan elámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personasnaturales.[35] Entre ellas encontramos soltera, casada, conviviente, divorciadas y viudas. Estudios relacionados al estado civil indican que las mujeres convivientes tienen mayor riesgo de padecer enfermedades hipertensivas del embarazo [18]

b. Factores Personales

Son aquellos factores propios de la madre que van a condicionar la aparición de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo, esta pueden ser como: la obesidad, antecedentes personales, antecedentes familiares, edad, entre otros. [36]

Obesidad:

Se asocia con la hipertensión arterial. Provoca un exagerado gasto cardiaco, exacerba la expansión del volumen sanguíneo y produce vasoconstricción. Es un factor de riesgo importante, si se toma en cuenta que aproximadamente una cuarta parte de las mujeres que presentan un peso de 80kg o mas al comienzo del embazo ya tienen hipertensión arterial. [1]

El índice de masa corporal es un indicador para identificar obesidad:

- **Índice de masa corporal (IMC)**

  Es una relación entre el peso y la estatura que permite establecer rangos de déficit, adecuación y excesos de peso fuertemente asociados a la obesidad. El IMC es un indicador de gran utilidad para evaluar el estado nutricional, es una forma práctica, sencilla y económica para establecer el exceso de peso asociado a la obesidad, lo que puede ayudar a determinar los posibles riesgos para la salud, tanto cuando se encuentra por debajo como por encima de lo normal. Se sugiere que una mujer que inicie la gestación con un IMC que indica sobrepeso u obesidad, debe ganar menor cantidad de peso durante la gestación que una mujer que inició dentro de los rangos de normalidad, esto significa que por medio del IMC la valoración de la adecuación del peso corporal estado nutricional pregestacional y materno, de esta forma puede realizarse de una manera más personalizada y específica para cada

mujer. Lo normal es que una mujer gestante comience a tener aumento de peso a partir del segundo trimestre de gestación, cuando su estado nutricional pregestacional es normal, con sobrepeso u obesidad; si por el contrario su estado nutricional pregestacional es deficiente, este aumento debe darse desde el primer trimestre de gestación. (36)

Clasificación de masa corporal según la OMS (37)

Tabla de IMC del embarazo según organización mundial de la salud

<18,5 kg/m2	Bajo peso
18.5 a 24.9 kg/m2	Normal
>25 kg/m2	Sobrepeso

Antecedentes de hipertensión crónica: es una elevación de presión arterial encontrada antes de las 20 semanas de gestación o en intervalos intergenesicos y que persiste indefinidamente después del parto.(1)

Enfermedades personales

Es la recopilación de la información sobre la salud de una persona lo cual permite manejar y darle seguimiento a su propio estado de salud. Los antecedentes personales pueden incluir información sobre alergias, enfermedades, cirugías y vacunas, así como los resultados de exámenes físicos, pruebas y exámenes de detección. (38)

Una mujer que haya presentado preclampsia o eclampsia en embarazos anteriores, que tenga diabetes mellitus o enfermedad renal crónica tiene una alta probabilidad de contraer hipertetension durante la gestación.[1].

Edad

Es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo. Cada ser viviente tiene, de manera aproximada, una edad máxima que puede alcanzar vivir.[35]

Uno de los principales factores de riesgo son las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) de la mujer embarazada.[30]

c. Factores obstétricos

El embarazo es considerado tradicionalmente como un evento fisiológico. Sin embargo, debe ser considerado como de excepción, ya que es capaz de producir la muerte o daño permanente, tanto a la madre como al recién nacido. Las gestantes de riesgo constituyen de 20 a 30 % del total de embarazadas, y son responsables de 70 a 80 % de la mortalidad perinatal. El éxito de la atención prenatal reside en la identificación temprana de las gestantes con factores de riesgo. Se les dará su valor clínico, y planificará la adecuada atención de éstas, con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal. Los factores de asociados son innumerables y su importancia puede ser mayor o menor, más cuando en una gestante pueden concurrir varios factores, con mayor efecto sobre el producto. La valoración del riesgo es un proceso dinámico, ya que se

puede incrementar, disminuir o mantener sin variaciones, de ahí la necesidad de la evaluación continua de toda gestante.[39]

Control prenatal

Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto para lograr un recién nacido sano, realizada en todos los establecimientos de salud por profesional calificado: médico general, gíneco-obstetra u obstetra. Incluye como mínimo 6 atenciones durante el embarazo en gestantes a término. [40]

Paridad

Pueden ser:

- **Nulípara:** mujer que nunca ha llegado a completar un embarazo más allá del periodo de aborto. Puede haber tenido o no uno o más abortos, sean espontáneos o electivos.[41]
- **Primípara:** mujer que ha parido solo una vez o más fetos viables.[41]
- **Multípara:** mujer que ha llevado dos o más embarazos más ala de las 20 semanas de amenorrea. Cabe recalcar que la paridad está dada por el número de embarazos que alcanzan la viabilidad y no el número de fetos paridos en cada gestación. [41]
- **Gran Multípara:** mujer con 6 a más partos. [41]

Gestaciones

Pueden ser:

- **Primigravida o Primigesta:** mujer que por primera vez está embarazada. [41]
- **Multigravida o Multigesta:** mujer que ya tuvo 2 o más embarazos. [41]

Embarazo múltiple

Embarazo originalmente conformado por dos o más embriones o fetos dentro o fuera de la cavidad uterina tras concepción espontanea o inducida, sin consideración del número final de fetos. [41] Tanto el embarazo gemelar como la presencia de polihidramnios generan sobredistensión del miometrio; esto disminuye la perfusión placentaria y produce hipoxia trofoblástica, que, por mecanismos complejos, pueden favorecer la aparición de la enfermedad. Así, se ha informado que la preeclampsia es 6 veces más frecuente en el embarazo múltiple que en el sencillo.[42]

4. ASPECTO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO:

Fue **Correlacional** porque se buscó la asociación entre las dos variables de estudio: la variable independiente (factores de riesgo) asociados a la variable dependiente (enfermedades hipertensivas del embarazo). [43]

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

La investigación fue **no experimental,** Porque no se manipuló variables. Es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes, para ver su efecto sobre otras variables. Es de corte **transversal**, dado que se recolectó datos en un solo momento, esto implica la recolección de datos en un solo corte en el tiempo. La investigación fue **retrospectiva** debido a que la información se recolectó de las historias clínicas registradas en el año 2016.[43]

4.3. POBLACIÓN O UNIVERSO:

El estudio se realizó en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Lima, ubicado puente piedra provincia de Lima, departamento de Lima.

La población estuvo integrada por todas las históricas clínicas de gestantes que fueron atendidas y diagnosticadas de enfermedad hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, 2016, en un total de 220. Las cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- Historias Clínicas de gestantes con diagnóstico de preeclampsia leve.
- Historias Clínicas de gestantes con diagnóstico de preeclampsia severa.
- Historias Clínicas de gestantes con diagnosticó de eclampsia.
- Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo que tenga datos completos y legibles.

A) CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Historias clínicas de gestantes sin diagnóstico de enfermedad hipertensiva durante el embarazo.
- Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva durante el embarazo que tuvieron datos incompletos e ilegibles.

4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA:

4.4.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Estuvo constituida por cada historia clínica de gestante con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo.

4.4.2. MUESTRA:

Por la naturaleza del estudio se trabajó con todas las unidades de análisis que cumplieron con dichos criterios, que son 184 históricas clínicas de gestantes que fueron atendidas y diagnosticadas de enfermedad hipertensiva durante el embarazo, Hospital Carlos

Lanfranco La Hoz, 2016**,** consecuentemente se trató de una muestra censal.

4.5. INSTRUMENTOS DE RECOPILACIÓN DE DATOS:

Para la recolección de la información se usó como técnica el **análisis documental de la información** y como instrumento la **ficha de recolección de datos** (Anexo Nº 01), con ítems y alternativas de una sola respuesta, distribuido de la siguiente manera:

I. PARTE: Factores Asociados

1.1.Factores Sociodemográficos

06 Ítems del 1 al 6

- Grado de instrucción
- Raza
- Procedencia
- Religión
- Ocupación
- Estado civil

1.2.Factores Personales

05 ítems del 1 al 4

- Obesidad
- Antecedentes personales
- Edad

1.3.Factores Obstétricos

04 ítems del 1 al 4

- Control prenatal
- Partos
- Gestaciones
- Embarazo múltiple

II. **PARTE:** Enfermedades hipertensivas del embarazo.

03 ítems del 1 al 3

- Preclampsia leve
- Preclampsia severa
- Eclampsia

Validación:

La validación del instrumento se realizó por juicio de expertos, en la que participaron 03 profesionales de Obstetricia expertos en el tema y 02 ginecoobstetras; luego de recolectar la información se sometió al test de concordancia no paramétrica Tau – b de Kendall (Anexo Nº 02)

Confiabilidad:

Por la naturaleza del estudio no se realizó la confiabilidad, ya que se trabajo únicamente con historias clínicas.

4.6.ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Con los datos que se recolectó se confeccinó una base de datos usando, para lo cual se hizo uso del software estadístico SPSS Vss 22.00

Los resultados se presento en tablas uní y bidimensionales, en los cuales se buscó factores de riesgo asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo.

La contrastación de la Hipótesis, se realizó mediante la prueba chi-cuadrado con un nivel de error menor al 5%, y un nivel de confianza al 95%.

4.7.ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN:

En el presente estudio la ética de la investigación científica, se consideró teniendo en cuenta la normatividad nacional e internacional vigente como: la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO así como también la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), que fueron promulgadas sobre los principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificable.

En la investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses**.** (Principio6). [44]

La investigación médica, es deber del obstetra proteger la vida, la salud, la dignidad la integridad, el derecho a la autodeterminación, la integridad y la confidencialidad de la información personal sacada de historias clínicas de las personas que participan en investigación. (Principio11).[44]

Deben tomarse todo tipo de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social. (Principio23). [44]

5. RESULTADOS

FACTORES DE RIESGO SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

Tabla 1. Grado de instrucción asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

GRADO DE INSTRUCCIÒN	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Analfabeta	24	13	13	7,1	7	3,8	44	23,9
Primaria	17	9,2	19	10,3	2	1,1	38	20,7
Secundaria	33	17,9	26	14,1	13	7,1	72	39,1
Superior	24	13	5	2,7	1	0,5	30	16,3
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 16,920 g.l= 6 p= 0,010

Se observa que el 39,1% de la población tiene el grado de instrucción el nivel secundario; el 17,9% (33) padecieron de preeclampsia leve; el 14,1% (26) de preeclampsia severa y el 7,1% (13) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,010 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre el grado de instrucción secundaria y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 2. Raza asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
RAZA	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Blanca	6	3,3	12	6,5	2	1,1	20	10,9
Negra	20	10,9	18	9,8	4	2,2	42	22,8
Mestiza	72	39,1	33	17,9	17	9,2	122	66,3
TOTAL	98	53,3	63	34,2	31	14,1	184	100

X^2= 10,269 g.l= 4 p= 0,036

Se observa que el 66,3% de las madres tienen la raza mestiza; el 39,1% (72) padecieron de preeclampsia leve; el 17,9% (33) de preeclampsia severa y el 9,2% (17) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,036 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre la raza mestiza y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 3. Procedencia asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
PROCEDENCIA	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Urbana	42	22,8	28	15,2	3	1,6	73	39,7
Urb. marginal	56	30,4	35	19	20	10,9	111	60,3
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 7,829 g.l= 2 p= 0,020

Se observa que el 60,3% de las madres son de procedencia urb. marginal; el 30,4% (56) padecieron de preeclampsia leve; el 19% (35) de preeclampsia severa y el 10,9% (20) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,020 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre la procedencia urbano-margial y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 4. Religión asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
RELIGIÓN	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Católica	71	38,6	40	21,7	12	6,5	123	66,8
Evangélica	11	6	14	7,6	6	3,3	31	16,8
Testigo de Jehová	6	3,3	5	2,7	5	2,7	16	8,7
Otros	10	5,4	4	2,2	0	0	14	7,6
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 13,429 g.l= 6 p= 0,037

Se observa que el 66,8% de las madres son de religión católica; el 38,6% (71) padecieron de preeclampsia leve; el 21,7% (40) de preeclampsia severa y el 6,5% (12) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,037 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre la religión católica y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 5. Ocupación asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
OCUPACIÒN	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Ama de casa	50	27,2	28	15,2	18	9,8	96	52,2
Trabajadora independiente	20	10,9	9	4,9	1	0,5	30	16,3
Trabajadora dependiente	28	15,2	26	14,1	4	2,2	58	31,5
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 10,560 g.l= 4 p= 0,032

Se observa que el 52,2% de las madres son amas de casa; el 27,2% (50) padecieron de preeclampsia leve; el 15,2% (28) de preeclampsia severa y el 9,8% (18) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,032 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre la ocupación ama de casa y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 6. Estado civil asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
ESTADO	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
CIVIL	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Soltera	12	6,5	20	10,9	5	2,7	37	20,1
Casada	34	18,5	13	7,1	4	2,2	51	27,7
Conviviente	45	24,5	22	12	12	6,5	79	42,9
Divorciada	4	2,2	8	4,3	1	0,5	13	7,1
Viuda	3	1,6	0	0	1	0,5	4	2,2
TOTAL	98	53,3	63	34,2	31	14,1	184	100

X^2= 19,165 g.l= 8 p= 0,014

Se observa que el 42,9% de las madres son de estado civil conviviente; el 24,5% (45) padecieron de preeclampsia leve; el 12% (22) de preeclampsia severa y el 6,5% (12) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,014 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre el estado civil conviviente y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

FACTORES DE RIESGO PERSONALES ASOCIADOS A ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

Tabla 7. Obesidad asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
OBESIDAD	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Si	47	25,5	44	23,9	12	6,5	103	56
No	51	27,7	19	10,3	11	6	81	44
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 7,606 g.l= 2 p= 0,022

Se observa que el 56% de las madres son obesas; el 25,5% (47) padecieron de preeclampsia leve; el 23,9% (44) de preeclampsia severa y el 6,5% (12) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,022 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre la obesidad y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 8. Enfermedades personales asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
ENFERMEDADES PERSONALES	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Hipertensión arterial en embarazo anterior	37	20,1	29	15,8	2	1,1	68	37
Diabetes mellitus	9	4,9	7	3,8	1	0,5	17	9,2
Enfermedad renal crónica	7	3,8	3	1,6	2	1,1	12	6,5
Ninguno	45	24,5	24	13	18	9,8	87	47,3
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 13,582 g.l= 6 p= 0,035

Se observa que el 47,3% de las madres no presentan enfermedades personales; el 24,5% (45) padecieron de preeclampsia leve; el 13% (24) de preeclampsia severa y el 9,8% (18) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,035 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre las enfermedades personales y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 9. Edad asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
EDAD	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
≤20 años	43	23,4	22	12	4	2,2	69	37,5
21 – 25 años	14	7,6	21	11,4	5	2,7	40	21,7
26 – 30 años	10	5,4	5	2,7	7	3,8	22	12
31 – 35 años	8	4,3	3	1,6	1	0,5	12	6,5
>35años	23	12,5	12	6,5	6	3,3	41	22,3
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 19,104 g.l= 8 p= 0,014

Se observa que el 37,5% de las madres son ≤20 años; el 23,4% (43) padecieron de preeclampsia leve; el 12% (22) de preeclampsia severa y el 2,2% (4) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,014 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre la edad ≤20 años y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

FACTORES DE RIESGO OBSTERICOS ASOCIADOS A ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO

Tabla 10. Control prenatal asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

CONTROL PRENATAL	**ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO**							
	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
> 6 controles	12	6,5	3	1,6	6	3,3	21	11,4
< 6 controles	64	34,8	44	23,9	9	4,9	117	63,6
No CPN	22	12	16	8,7	8	4,3	46	25
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 10,557 g.l= 4 p= 0,032

Se observa que el 63,6% de las madres tiene <6 controles prenatales; el 34,8% (64) padecieron de preeclampsia leve; el 23,9% (44) de preeclampsia severa y el 4,9% (9) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,032 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre los controles prenatales <6 y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 11. Paridad asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

PARIDAD	**ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO**							
	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Nulípara	37	20,1	32	17,4	4	2,2	73	39,7
Primípara	21	11,4	15	8,2	11	6	47	25,5
Multípara	40	21,7	16	8,7	8	4,3	64	34,8
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 12,749 g.l= 4 p= 0,013

Se observa que el 39,7% de las madres son nulíparas; el 20,1% (37) padecieron de preeclampsia leve; el 17,4% (32) de preeclampsia severa y el 2,2% (4) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,013 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre la paridad (nulíparas) y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 12. Número de gestaciones asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
NUMERO DE GESTACIONES	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Primigesta	46	25	36	19,6	6	3,3	88	47,8
Multigesta	52	28,3	27	14,7	17	9,2	96	52,2
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 6,579 g.l= 4 p= 0,037

Se observa que el 52,2% de las madres son multigesta; el 28,3% (52) padecieron de preeclampsia leve; el 14,7% (27) de preeclampsia severa y el 9,2% (17) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,037 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre el número de gestaciones (multigesta) y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

Tabla 13. Embarazo múltiple asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – Lima, 2016

	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DEL EMBARAZO							
	Preeclampsia leve		Preeclampsia severa		Eclampsia		**TOTAL**	
EMBARAZO MÙLTIPLE	N	%	N	%	N	%	**N**	**%**
Si	41	22,3	15	8,2	5	2,7	61	33,2
No	57	31,4	48	26,1	18	9,8	123	66,8
TOTAL	98	53,3	63	34,2	23	12,5	184	100

X^2= 7,168 g.l= 2 p= 0,028

Se observa que el 66,8% de las madres no tenían embarazo múltiple; el 31,4% (57) padecieron de preeclampsia leve; el 26,1% (48) de preeclampsia severa y el 9,8% (18) de eclampsia. Al realizar la prueba estadística chi cuadrado se evidencia que la probabilidad es 0,028 al ser menor a 0,05 nos indica que hay relación entre el embarazo multiple y las enfermedades hipertensivas del embarazo.

6. DISCUSIÓN

Los resultados del trabajo de investigación con respecto al primer objetivo específico: Describir los factores de riesgo sociodemográficos asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo, los resultados fueron dados a conocer en las siguientes tablas: tabla 1 el 39,1% de la muestra tuvieron el grado de instrucción secundaria; tabla 2 el 66,3% fueron de raza mestiza; el 60,3% eran de procedencia urbano marginal; el 66,8% fue de religión católica; el 52,2% tenía como ocupación amas de casa y el 42,9% fue de estado civil conviviente. Datos similares encontró Teran (Ecuador, 2013) [(11)] evidenció que su nivel de escolaridad de su muestra en estudió fue el nivel secundario con un 51%; la raza fue mestiza con un 70%; y en cuanto a la procedencia y el estado civil, encontró datos contradictorios a esta investigación con un 75% de procedencia urbana y el 39% fueron casadas. Según Matías de la Cruz (Ecuador, 2013) [(13)] encontró que el 62% de casos presentaron instrucción secundaria; también obtuvo resultados contradictorios; el 4,8% fueron de raza mestiza y el 58% fue de procedencia urbana. Resultados contradictorios encontró Cassanova (Nicaragua, 2016) [(18)] evidencio que el grado de instrucción fue primaria con un 75,8%. Solís (Lima, 2014) [(19)] obtuvo que el 77,8% eran convivientes y el 70,9% cuentan con un grado de instrucción secundario. Datos similares encontró Mateo (Lima, 2016) [(30)] El 54% de su muestra en estudio tuvo el grado de instrucción secundaria, observo un resultado contradictorio, el 58% proviene de zona urbana. Los resultados de esta investigacion y de los diferentes autores nos indica que en cuanto al grado de instrucción a menor grado de instrucción (Secundaria) mayor es el padecimiento de enfermedades hipertensivas del embarazo esto es debido que a la falta de educación las gestantes no se informan

adecuadamente, no asisten a sus controles y por ende se convierten en un grupo muy vulnerable para padecer dicha enfermedad. Los resultados también resaltan que si la población es de procedencia urbano marginal es más susceptible a padecer enfermedades hipertensivas del embarazo, puesto que a la lejanía de sus hogares a un centro de salud, hace que las gestantes tengan menor acceso a los servicios de salud.

La preeclampsia es una enfermedad de carácter progresivo e irreversible que afecta múltiples órganos, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. Complica de 3 a 22% de los embarazos. En el Perú, su incidencia fluctúa entre 10 y 15% en la población hospitalaria y es la segunda causa de muerte materna, con 32%. La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra; no parecen existir diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en ambas regiones. [8]

En relación al segundo objetivo que fue identificar los factores de riesgo personales asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo, los resultados fueron dados a conocer en las siguientes tablas: tabla 7 el 56% tuvieron obesidad; en la tabla 8 el 47.3% no tuvo ninguna enfermedad personal; tabla 9 el 37,5% de las gestantes eran ≤20 años. Resultados contradictorios encontró Gonzales (Colombia, 2013)[12] respecto al índice de masa corporal evidencio que el 45,0% fueron de bajo peso, en cuanto a la edad presento un 54,8% entre 26 -34 años. Según Inchaustegui(Loreto, 2015)[25] la obesidad(sobrepeso) se presento solo en un 7.4% y evidencio un porcentaje de 61.8% con respecto a la edad 20 – 35 años. Según Casana (la libertad, 2014)[23] encontró datos similares respecto a índice de masa corporal ya que 24,24%

fue obesa. En una investigación realizada por Matías de la Cruz (Ecuador, 2013)[13] observo datos similares referente a la edad el 47% fueron de 19- 20años. Según Solis (lima, 2014) [19] el 82,1% no presentó ninguna enfermedad personal y en cuanto a la edad el 23.9% fue de 20- 24 años. Cabeza (Trujillo, 2014)[20] encontró datos similares referente a la edad ≤ 20años con un 42,59%. Resultados similares evidencio Flores (Lima, 2016) [27] el 84% no presento enfermedades personales; pero evidencio datos contradictorios en cuanto a la edad puesto que el 62% fue >35años.

Es importante destacar los factores de riesgo asociados al embarazo complicado con HTA, tales como los antecedentes personales de hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, diabetes mellitus, las inadecuadas condiciones socioeconómicas, la no suplementación de folatos y obesidad, así como, el uso de alcohol, drogas ilícitas y tabaco.[5]

Según la Organización Mundial de Salud, a nivel mundial las enfermedades hipertensivas del embarazo constituye el 10% de mortalidad materna, Este grupo de enfermedades incluye la preeclampsia y la eclampsia, la hipertensión gestacional y la hipertensión crónica. se calcula que anualmente mueren en el mundo 50 000 mujeres por preclampsia asociadas con complicaciones en el embarazo. Para reducir la morbimortalidad por enfermedades hipertensivas del embarazo, los profesionales de salud deben identificar los factores de riego, realizar una vigilancia estrecha y diagnóstico oportuno. [2]

Con respecto al tercer objetivo fue conocer los factores de riesgo obstétricos asociado a enfermedades hipertensivas del embarazo los resultados fueron dados a conocer en las siguientes tablas: tabla 11 el 63,6% no tuvieron controles prenatales,

tabla 12 el 39,7% fueron nulíparas, tabla 13 el 52,2% fueron multigestas, tabla 14 el 66,8% no tuvieron embarazo múltiple. Datos similares encontró Gonzales (Colombia, 2013)[12] que el 31,8% de su muestra de estudio fueron controles prenatales insuficientes y el 56,9% observo que eran multíparas. Según Matías de la Cruz (Ecuador, 2013) [13] evidencio que el 56% tuvieron controles prenatales insuficientes. Resultados similares pero con porcentajes mayores encontró Pillajo (ecuador, 2014)[14] que el 83,5% de madres tuvieron controles prenatales menor a 6. 67% fueron nulíparas. En un estudio realizado por Solis (lima, 2014) [19] observo datos similares, el 55,6% de su muestra de estudio tuvieron atención prenatal insuficiente, en cuanto al número de partos y gestaciones el 47,9% fueron nulíparas y el 54,7% multigestas. Cabeza (Trujillo, 2014)[20] en relación a la paridad observó que el 40,74% de los casos correspondieron al grupo de nulíparas. Datos contradictorios evidencio Casana (la libertad, 2014)[23] respecto a la paridad ya que el 48,48% fueron multíparas. Inchaustegui(Loreto, 2015)[25] observo que el 52,9% tuvieron >6 controles prenatales.

Según Flores (Lima, 2016) [27] encontró datos contradictorios en cuanto al número de gestaciones el 48% fueron primigestas y en su muestra de estudio también observo datos similares ya que el 92% no presentaron embarazo multiple. Resultados similares observo Mateo (Lima, 2016) [30] el 56% de madres tuvieron menos de 6 controles prenatales, el 97% presentaron embarazos de feto único y respecto a la paridad evidencio datos contradictorios puesto que el 83% fueron primíparas.

Las enfermedades hipertensivas del embarazo es una de las causas importantes de muerte materna, constituye uno de los miembros de la triada letal, junto con la

hemorragia y la infección, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.La hipertensión puede presentarse sola o asociada con edema o proteinuria, presencia de edema como signo patológico es un hecho controversial, ya que hay muchas gestantes que lo presentan sin patología asociada. Sin embargo, es detectado en los casos más severos y prácticamente está siempre presente en la preeclampsia severa y la eclampsia. La proteinuria en un indicador de severidad del cuadro en forma equivoca. Es de aparición tardía y a mayor tensión arterial diastólica mayor es la probabilidad de que la proteinuria sea significativa. [(1)].

7. CONCLUSIONES.

- Los factores de riesgo sociodemográficos que se asocia a enfermedades hipertensivas del embarazo son: grado de instrucción (Secundaria), raza (mestiza), procedencia (urbano- marginal), religión (católica), ocupación (ama de casa) y estado civil (conviviente). el factor que predomino fue el grado de instrucción (Secundaria) puesto que se asocia estadísticamente a las enfermedades hipertensivas del embarazo.

- Los factores de riesgo personales que se asocia a enfermedades hipertensivas del embarazo son: obesidad, antecedentes familiares (ninguno), enfermedades personales (ninguno) y edad (≤ 20 años). El factor de riesgo personal que destaco fue la edad ≤ 20 años, a menor edad mayor será la asociación a enfermedades hipertensivas del embarazo.

- Los factores de riesgo obstétricos asociados a enfermedades hipertensivas del embarazo son: control prenatal < 6, paridad (nuliparidad), numero de gestaciones (multigesta) y embarazo múltiple. El factor de riesgo obstétrico que destaco en la investigación, fue la paridad, el que más resalto de ellos fue la nuliparidad, ya que se asocia significativamente a enfermedades hipertensivas del embarazo.

8. RECOMENDACIONES.

- Coordinar con el jefe del departamento de gineco-obstetricia un programa de capacitación integral y continuo sobre los factores de riesgo sociodemograficos, personales y obstétricos, dirigido al equipo multidisciplinario de salud del hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para así abrir mayor cobertura y acceso de la población a los servicios de salud.

- Las autoridades del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz deben promover acciones orientadas a la implementación de estrategias adecuados para la atención de gestantes con enfermedades hipertensivas y su adecuado reconocimiento de los factores que la producen.

- El profesional de obstetricia debe realizar visitas domiciliarias a las familias para a si captar gestantes oportunamente, concientizarlas sobre la importancia de su control de embarazo, con la finalidad de reducir la mortalidad materna perinatal por enfermedades hipertensivas.

- El llenado de las Historias Clínicas deben ser completas, legibles y con mayor enfoque en el diagnostico, puesto en el momento de la revisión de datos se evidencio historias clínicas incompletas, incoherentes e ilegibles.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta ed. Buenos aires: El ateno; 2009.

2. Lagunes A, Rios B, Peralta M, Cruz P, Sanchez S, Sanchez J, et al. Enfermedades hipertensivas del embarazo. RevMedInstMex Seguro Soc. 2011; 49 (2): 213-224.
3. Organización Mundial de la salud. Prevención y tratamiento de la preeclampsia y eclampsia. Ginebra: OMS; 2014.
4. Beltrán L, Benavides P, Lopez J, Onatra W. Estados hipertensivos en el embarazo: revisión pregnancyhypertensivestates: review.Revista de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales 2014; 17 (2): 311 – 323.
5. Lizardo A, Moncada G, Espinoza I.Embarazo complicado con hipertensión arterial en el hospital roatán, honduras.RevMedHondur. 2011;79(4):187-188.
6. Bellart J. Estados hipertensivos del embarazo. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2014.
7. Bertoglia P, Alba P, Navarrete P, Castro L, Acurio J, Escudero C.Resultados clínicos y perinatales de los embarazos con hipertensión arterial en un hospital de referencia de la viii región de chile.Rev ChilObstetGinecol. 2010; 75(3): 162 -171.
8. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Peru. Rev Per ObstetGinecol. 2014;60(4):145-168.
9. Ministerio de Salud del Perú. Situación Epidemiológica de la muerte materna en el Perú. Lima: MINSA; 2016.
10. Hospital Carlos LanFranco La Hoz. Incidencia de las enfermedades hipertensivas durante el embarazo en el año 2016. Puente Piedra – Lima: Unidad de Epidemiologia y Salud Ambiental; 2016.

11. Terán E. Factores de riesgo que inciden en la aparición de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo en las mujeres atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra en el período comprendido entre Enero a Julio. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad Técnica del Norte; 2013.
12. Gonzales G. Factores de riesgos que determinan la aparición de los trastornos hipertensivos, en mujeres embarazadas atendidas en una entidad de salud de Santa Marta en los meses de enero de 2011 a enero 2012**.** Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad de Magdalena 2013; 1 (2): 119 – 126.
13. Matías de la Cruz R. Factores predisponentes de la preeclampsia en mujeres de 13 a 20 años en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor desde septiembre del 2012 a febrero del 2013. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2013.
14. Pillajo Y. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la Enfermedad Hipertensiva en Embarazadas en el Hospital Obstétrico Ángela Loayza de Ollague en el departamento de Gineco Obstetricia. Santa Rosa – El Oro. Año 2011 – 2013. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
15. Valdés M,Hernandez J. Factores de riesgo asociados a la preeclampsia en el Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto" entre enero de 2012 y diciembre de 2013. Revista Cubana de Medicina Militar 2014; 43(3):307-316.
16. Garcés W. Factores de riesgo más frecuentes en las gestantes que desarrollaron preeclampsia - eclampsia y su repercusión en las condiciones

perinatales, durante el primer trimestre de 2013 en el Hospital General Juan Bruno Zayas. Revista 16 de abril. 2014; (254):17-27.

17. Casanova D, González J. Factores asociados a Pre-Eclampsia Grave en las Embarazadas Atendidas en el Servicio de ARO del Hospital Cesar Amador Molina. Departamento de Matagalpa. Septiembre – Noviembre del 2015. [Tesis de licenciatura]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
18. Solís M. Complicaciones clínicas en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz enero 2013 - julio 2014. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2014.
19. Cabeza J. Factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana. [Tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
20. Arroyo C. Factores de riesgo independientes para la presencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Belén de Trujillo. [Tesis de bachillerato]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
21. Moreno Z, Casquero J, Sánchez S, Zavala B, García H, Mier K, et al. Raza negra como factor de riesgo independiente para preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2014; 1(1): 269 – 277.
22. Casana G. Factores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura. [Tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.

23. Crisologo J, Ocampo C, Uladismiro H. Obesidad Pregestacional y Preeclampsia. Estudio de cohortes en el Hospital Belén de Trujillo. Rev. Med. Truj. 2015; 11(3): 1 – 20.
24. Inchaustegui N. Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre Enero a diciembre del 2014. [Tesis de licenciatura]. Loreto:Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2015.
25. Torres S. Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana.CASUS 2016; 1(1): 18-26.
26. Flores K. Factores de riesgo para preeclampsia severa, las características generales y las condiciones asociadas al embarazo de las pacientes con esta patología en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz desde Enero a Setiembre del 2015. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
27. Rojas M. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Vitarte durante el período 2013 – 2014.[Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
28. Rosales R. Sobrepeso y la obesidad pregestacional es factor de riesgo asociado a preeclampsia de inicio tardío en las gestantes atendidas en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Durante el periodo Julio 2014 a Julio 2015. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
29. Mateo L. Factores de riesgo de preeclampsia en mujeres de 16 – 20 años atendidas en consultorio externo del Hospital Hipólito Unanue agosto –

noviembre del 2015.[Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.

30. Ministerio de Salud del Perú. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva. Lima: MINSA; 2010.
31. Ministerio de Salud del Perú. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima: MINSA; 2014.
32. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. Ginebra: OMS; 2017.
33. Palladino A. Introducción a la demografía. Argentina: Universidad Nacional del Nordeste; 2010.
34. Ministerio de Salud y Acción Social. Situación Sanitaria de los Menores de 1 año. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social; 2010.
35. Diccionario de lengua española. 30a ed.Madrid: Real Academia Española; 2014.
36. (Institute of Medicine) and (National Research Council). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press; 2010.
37. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso.Ginebra: OMS; 2017.
38. Instituto Nacional del Cáncer. antecedentes personales. Washington: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos; 2016.
39. Biblioteca Virtual de Salud de Cuba. Ginecología y Obstetricia. La Habana: Ecimed; 2013.

40. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de salud: Atención de salud materna integral. Lima: MINSA; 2013.
41. Reece E, Hobbins J, Gant N. obstetricia clínica.3era. ed. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2010.
42. Salvador E, Balseiro R; Vilallonga P, Balseiro N; Viñas L. Enfermedad vascular hipertensiva. Revista Médica de Camagüey 2009; 10(1):1025-1028.
43. Hernandez R. Metodologia de la investigación.6ta edición.mexico:Mcgraw hill;2011.
44. Asocion medica mundial. Declaración de Helsinki. Siel, corea: asociación medica mundial;2008

ANEXOS

ANEXO Nº 01

UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

¨FACTORES ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ – LIMA - 2016¨

Fecha:…..... N° de Hcl:…….

I) FACTORESDE RIESGO ASOCIADOS

A. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

1. Grado de instrucción
   a) Analfabeta
   b) Primaria
   c) Secundaria
   d) Superior

2. Raza
   a) Blanca
   b) Negra
   c) Mestiza

3. Procedencia
   a) Urbano
   b) urb. Marginal

4. Religión
   a) Católica
   b) Evangélica
   c) Testigo de Jehová

d) Oros

5. Ocupación
   a) Ama de casa
   b) Trabajadora independiente
   c) Trabajadora dependiente

6. Estado civil
   a) Soltera
   b) Casada
   c) Conviviente
   d) Divorciada
   e) Viuda

B. FACTORES PERSONALES

1. obesidad
   a) Si
   b) No

2. Enfermedades personales
   a) Hipertensión arterial en embarazo
   b) Diabetes mellitus
   c) Enfermedad renal crónica
   d) ninguno

3. Edad
   a) ≤20 años
   b) 21-25 años
   c) 26 – 30 años
   d) 31– 35 años
   e) > 35 años

C. FACTORESOBSTETRICOS

1. Control prenatal

   a) > 6 controles

   b) < 6 controles

   c) No CPN

2. Partos
   a) Nulípara
   b) Primípara
   c) Multípara

3. Gestaciones
   a) Primigesta
   b) Multigesta

4. Embarazo múltiple actual
   a) Si
   b) No

II) ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS DURANTE EL EMBARAZO

1. Preeclampsia leve

   a) PA≥140/90 – <160/110mmHg.

   b) proteinuria cualitativa 1 + (tes de acidosulfosalicidico o tira reactiva)
   c) cuantitativa > de 300mg a < de 2gr en orina de 24 hrs.

1. Preeclampsia severa
   a) PA≥ 160mmHg y/o disastolica ≥110mmHg.
   b) Proteinuria cualitativa de 2 a 3 + (test de ácido sulfosalicílico o tira reactiva)
   c) cuantitativa 2gr a mas en orina de 24hrs.

2. Eclampsia
   a) SI
   b) No

ANEXO Nº 02

FORMATO DE VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

A continuación le presentamos siete aspectos relacionados al proyecto de investigación, a los cuales se calificará con la puntuación 1 ó 0 de acuerdo a su criterio:

1. El instrumento persigue los fines del objetivo general (…)
2. El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos (…)
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (…)
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto (…)
5. Los ítems están redactados correctamente (…)
6. El instrumento a aplicarse llega a la comprobación de la hipótesis (…)
7. La hipótesis está formulada correctamente (…)

LEYENDA	PUNTUACIÓN
DA: De Acuerdo	1
ED: En Desacuerdo	0

RESULTADOS:

JUEZ	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	TOTAL
I	1	1	1	1	1	1	1	7
II	1	1	1	1	1	1	1	7
III	1	1	1	1	1	1	1	7
IV	1	1	1	1	1	1	1	7
V	1	1	1	1	1	1	1	7
TOTAL	5	5	5	5	5	5	5	35

Estos datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS 22.0, haciendo uso de la prueba de concordancia de Kendall, obteniéndose los siguientes resultados:

Rangos

	Rango promedio
VAR00001	4,20
VAR00002	4,90
VAR00003	5,60
VAR00004	4,90
VAR00005	3,50
VAR00006	2,80
VAR00007	2,10

Estadísticos de contraste

N	5
W de Kendall (a)	.469
Chi-cuadrado	14,069
g.l	6
Valor p	0,029

(a) Coeficiente de concordancia de Kendall

Como el valor de p es menor al 0,05 se afirma la validez del cuestionario sometido a validación por jueces de expertos.