

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN GESTANTES
CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO – DICIEMBRE DEL
2016.**

**TESIS PRESENTADA POR EL BACHILLER
BACH.OBST. XAVIER MANUEL MEZA IGLESIAS**

**PARA OPTAR:
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

**Asesor:
M.C GIAN PÉREZ ESPINOZA**

PUCALLPA – PERÚ

2017

INDICE

CARATULA.

ÍNDICE.

DEDICATORIA.

AGRADECIMIENTO.

RESUMEN.

ABSTRACT.

INTRODUCCIÓN.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	11
1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	13
1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL	13
1.2.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL	13
1.2.3 DELIMITACIÓN SOCIAL.....	13
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	14
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	14
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS.....	14
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....	15
1.4.1. OBJETIVO PRINCIPAL.....	15
1.4.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	15
1.5. HIPOTESIS DE INVESTIGACION.....	16
1.5.1 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	16

1.5.1.1 VARIEBLES DEL ESTUDIO	15
1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.6.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.6.2 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.6.3 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.7.1 POBLACIÓN	19
1.7.2 MUESTRA.....	19
1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS	20
1.8.1 TÉCNICA	20
1.8.2 INSTRUMENTO	20
1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	21

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.1.1 ANTECEDENTES	22
2.1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	22
2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	26
2.1.2 BASES TEÓRICAS	30
2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	46

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	50
CONCLUSIÓN	62
RECOMENDACIÓN	63
FUENTES DE INFORMACIÓN	64
ANEXOS	

DEDICATORIA

Mi mamá, quién además de darme la vida, ha sido un ejemplo de esfuerzo, trabajo y esperanza sobre el cual he guiado mi vida.

A mi papá y hermanos, ya que ellos siempre estuvieron a mi lado aconsejándome y dándome siempre su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco infinitamente a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos dificultades a lo largo de toda mi vida. A mis padres y hermanos, que con su apoyo incondicional, consejos y amor recibido en todo momento en especial durante mi formación profesional porque gracias a ellos he llegado a realizar la más grande de mis metas.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar las complicaciones materno-perinatales en gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional de Pucallpa de Enero a Diciembre del 2016.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, cualitativo, de una población de 279 se obtuvo una muestra de 162 casos de gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo que desarrollaron complicaciones materno-perinatales en el Hospital Regional de Pucallpa de Enero a Diciembre del 2016.

Las **conclusiones** a las que se llegó son: las principales complicaciones perinatales fueron bajo peso al nacer y dificultad respiratoria. Entre las características sociodemográficas destacaron estudios secundarios, procedencia rural y convivencia. Predominaron la multiparidad, más de 6 controles prenatales, edad gestacional mayor a 34 semanas, la edad materna de 15 a 20 años. La vía de interrupción del embarazo son las cesáreas de emergencia. Entre las complicaciones maternas fueron Abruption Placentae, Preeclampsia severa, Síndrome Hellp.

Palabras clave: Complicaciones materno-perinatales, preeclampsia, eclampsia, Síndrome Hellp. Abruption Placentae. Bajo peso al nacer, dificultad respiratoria neonatal.

ABSTRACT

The present study was aimed at determining the maternal-perinatal complications in pregnant women with hypertensive disorder of pregnancy in the Regional Hospital of Pucallpa from January to December 2016.

Material and methods. A descriptive, retrospective, qualitative study was conducted on a population of 279. A sample of 162 cases of pregnant women with hypertensive disorder of pregnancy who developed maternal and perinatal complications at the Regional Hospital of Pucallpa from January to December 2016 was obtained.

The conclusions reached are: the main perinatal complications, respiratory distress and low birth weight. Among the sociodemographic characteristics highlighted secondary studies, rural origin and coexistence. Predominated multiparity, more than 6 prenatal controls, gestational age greater than 34 weeks, maternal age 15 to 20 years. The emergency cesarean section is the route of interruption of pregnancy. Among the maternal complications were Abruptio Placentae, severe preeclampsia, Hellp syndrome.

Key words: Maternal-perinatal complications, preeclampsia, eclampsia, Hellp syndrome. Abruptio Placentae. low birth weight, neonatal respiratory distress.

INTRODUCCION

Los Trastornos Hipertensivos del Embarazo son problemas médicos de gran importancia debido a su alta morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Al momento actual, no se dispone de una prueba de detección o una intervención preventiva que sea universal, reproducible y costo-efectiva. El manejo se fundamenta en el diagnóstico y tratamiento oportuno, la prevención de las convulsiones y la interrupción del embarazo.

La Preeclampsia es una de las entidades más frecuentes que complica al embarazo, con incidencia entre 2% y 25% en diferentes partes del mundo, siendo causa contribuyente para numerosas complicaciones graves durante el embarazo, entre ellas el desprendimiento de la placenta, mortalidad fetal y neonatal, parto pretérmino y test de Apgar bajo; en la madre ocasiona consecuencias muy graves, tales como la insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, coagulación Intravascular diseminada, shock, entre otros.

El presente estudio “complicaciones materno-perinatales en gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el hospital regional de Pucallpa, enero – diciembre del 2016”, tiene como muestra: preeclampsia severa con 76 %, Síndrome Hellp con 12 %, Eclampsia 7 % y Abruption Placentae en un 5 %. Tiene la finalidad determinar importancia del manejo oportuno de los trastornos hipertensivos del embarazo y así evitar las complicaciones futuras tanto para la madre como para el neonato y por ende la muerte.

En América Latina la morbilidad materna no se ha reducido sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado. Debido al aumento de pobreza, la falta de recursos económicos para acceder a los servicios y falta de adaptación hace que las mujeres embarazadas recurran a su cultura y costumbres utilizando los servicios de parteras empíricas no calificadas para detectar los riesgos.

Numerosos trabajos hablan de factores epidemiológicos que predisponen a padecer la enfermedad durante el embarazo, tales como las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, bajo nivel escolar, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia–eclampsia, obesidad y mujeres delgadas por debajo de su peso normal para la talla.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El embarazo es una entidad fisiológica en la etapa reproductiva de la mujer; sin embargo trae consigo riesgos como lo son, la enfermedad hipertensiva del embarazo, que puede conducir a la morbimortalidad materna y perinatal. ⁽¹⁾

Los trastornos hipertensivos del embarazo continúan siendo uno de los problemas obstétricos, más frecuentes e importantes, en distintas partes del mundo, tal es el caso del Hospital de Cobán, donde el evento más frecuente encontrado en los casos definidos como morbilidad materna extrema, fueron los trastornos hipertensivos del embarazo. Se encontró a la eclampsia con una frecuencia de 87 pacientes, que representaron el 32.2 % de las morbilidades maternas extremas en el año 2010. ⁽¹⁾

Los trastornos hipertensivos del embarazo forman parte de un conjunto de alteraciones vasculares que complican el curso de un embarazo y junto con las infecciones y hemorragias ocupan las principales causas de mortalidad materna y perinatal en todo el mundo. ⁽²⁾

Según las nuevas guías de hipertensión en el embarazo publicados por el Equipo de Trabajo de Hipertensión en el Embarazo y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos – ACOG, la preeclampsia se caracteriza por una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o una diastólica mayor o igual a 90 mmHg, tomadas en dos ocasiones por lo menos 4 horas de diferencia, después de las 20 semanas de gestación en una mujer con una presión arterial previamente normal, además de una proteinuria mayor o igual a 300 mg en una recolección de orina en 24 horas. En ausencia de proteinuria, la preeclampsia se diagnostica con una hipertensión en asociación con trombocitopenia, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, edema pulmonar, o de nueva aparición de trastornos cerebrales o visuales. ⁽³⁾

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, varía en todo el mundo y se estima que la incidencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% respectivamente). ⁽⁴⁾

En el embarazo, el 10% de las mujeres presentará preeclampsia y complicará entre el 2 - 8% de los embarazos; siendo su expresión máxima el síndrome de HELLP y la eclampsia. ⁽⁵⁾

La muerte materna asociada a preeclampsia en muchos países es una de las principales causas de muerte; en América Latina y el Caribe, es causa de muerte materna con una frecuencia promedio de 25,7%. ⁽⁵⁾

En el Perú, la incidencia de los trastornos hipertensivos del embarazo fluctúa entre 10% y 15%. Las muertes maternas por preeclampsia representan la segunda causa de muerte materna –después de las hemorragias– y aumentaron de 19% en 2007 a 30% en 2010 y 32% en 2012. ⁽⁶⁾

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. En la Dirección de Salud de Lima Ciudad es la primera causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con el 33%. ⁽⁶⁾

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 ESPACIAL

- ✓ Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Pucallpa (HRP), ubicado en Jr. Agustín Cáuper nº 258, Distrito de Callería, Provincia de Coronel Pedro Portillo, Región Ucayali.

1.2.2 TEMPORAL

- ✓ La investigación de realizo durante el periodo de enero a diciembre del 2016.

1.2.3 SOCIAL

- ✓ Gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo que desarrollaron Complicaciones materno-fetales.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 Problema principal

¿Cuáles son las complicaciones materno-perinatales en gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?

1.3.2 Problemas secundarios:

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?

¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?

¿Cuál es la vía de interrupción del embarazo en las gestantes según tipo de trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?

¿Cuál es la morbi-mortalidad materna en las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar las complicaciones materno-perinatales en gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016

1.4.2 Objetivos específicos

- ✓ Determinar las características sociodemográficas de las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016.
- ✓ Establecer las características obstétricas de las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016.
- ✓ Identificar la vía de interrupción del embarazo en las gestantes según tipo de trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016.
- ✓ Determinar la morbi-mortalidad materna en las gestantes con transtorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016

1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES

1.5.1 HIPOTESIS

En el presente trabajo investigación no se plantea hipótesis ya que es una investigación retrospectiva, descriptiva.

1.5.2 VARIABLES

✓ Univariado

- COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR
COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	FACTOR SOCIODEMOGRÁFICO	EDAD PROCEDENCIA ESTADO CIVIL GRADO DE INSTRUCCIÓN
	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	PARIDAD CONTROL PRENATAL EDAD GESTACIONAL VÍA DE TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN COMORBILIDAD
	VÍA DEL PARTO SEGÚN CLASIFICACIÓN DE TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	<ul style="list-style-type: none"> • PARTO VAGINAS • PARTO ABDOMINAL
	COMPLICACIONES MATERNAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. ABRUPTO PLACENTAE 2. C I D 3. INSUFICIENCIA RENAL 4. HELLP 5. INSUFICIENCIA CARDIACA
	COMPLICACIONES PERINATALES	<ol style="list-style-type: none"> 1. HIPOGLICEMIA 2. POLICITEMIA 3. RCIU 4. DIFICULTAD RESPIRATORIA 5. MUERTE NEONATAL

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo no experimental, **cualitativo** donde se describen los hechos tal como ocurrieron.

Según el tiempo de los hechos y registro de la información es del tipo **de corte transversal**, pues los hechos ocurrieron antes del diseño de estudio, además va desde el efecto hacia la causa.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo por que la información que se obtuvo revisando los datos del estudio para luego sintetizarlo a través de conclusiones.

1.6.3 MÉTODO

Enfoque Observacional

Para realizar la investigación de este corte, se utilizó una ficha de recolección de datos de historias clínicas para los casos de trastorno hipertensivo del embarazo, posterior a la aplicación de la misma, con los datos recolectados se procedió a levantar la base de datos y posteriormente la creación de tablas dinámicas, por último se elaboró los cuadros estadísticos que fueron analizados e interpretados.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población de la investigación estuvo constituida por los casos de trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional de Pucallpa, Enero a Diciembre del 2016.

1.7.2 Muestra

El tamaño de la muestra será calculado con nivel de confianza al 95% y error a un 5%.

Formula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{279(1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2(279-1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = 162$$

1.8 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS

Para la recolección de datos se empleará la revisión y análisis de las historias clínicas. Mediante el llenado de la ficha de recolección de datos de los casos de pacientes con trastorno hipertensivo del embarazo ocurridos en el Hospital Regional de Pucallpa, Enero a Diciembre del 2016.

1.8.2 INSTRUMENTOS

Se empleara la ficha de recolección de datos, luego de haber solicitado la respectiva autorización para el acceso a los archivos y las historias clínicas, para la recolección de datos e identificar los casos de pacientes que presentaron trastorno hipertensivo del embarazo.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Las alteraciones hipertensivas durante el embarazo son una importante causa de muerte materna y morbimortalidad fetal en todo el mundo. ⁽⁷⁾

La OMS estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vía de desarrollo. En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%. ⁽⁷⁾

El presente estudio se justifica a la gran importancia que se debe prestar a toda paciente con algún trastorno hipertensivo del embarazo y priorizando las causas de morbimortalidad materno fetal para prevenir o detectar oportunamente las complicaciones materno – perinatales de las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016, lugar donde se está llevando a cabo el trabajo de investigación ⁽⁷⁾.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Martínez (2013) Colombia-Medellín, se realizó un estudio titulado Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con preeclampsia atendidas en una clínica privada de Medellín, Colombia (2005-2010), cuyo **objetivo:** describir el perfil epidemiológico de pacientes con preeclampsia atendidas en una clínica privada de Medellín, Colombia (2005-2010) **materiales y métodos:** estudio retrospectivo de las historias clínicas de 707 mujeres con diagnóstico de preeclampsia atendidas en una clínica privada. **Resultados:** entre las características más frecuentes se encontraron: primigravidez (50,3%), hipertensión de base (12,4%) y al ingreso cifras de tensión arterial superiores a 140/90 mm Hg (50,4%). Los síntomas asociados a preeclampsia más frecuentes fueron: edema (56,2%), cefalea (47,6%) y epigastralgia severa (26,3%). Las complicaciones de las madres fueron 10,9% con síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas (HELLP) y la eclampsia (1,8%). El 38,7% de los fetos tuvieron bajo peso al nacer y un 1,7% fueron mortinatos. ⁽⁸⁾

Caiza (2010) Ecuador, se realizó un trabajo de investigación cuyo **Objetivo** fue: determinar las complicaciones materno fetales asociadas a la preeclampsia atendidos en el hospital José María Velasco Ibarra durante el periodo de enero del 2010 a enero del 2011. **Materiales y Métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo, de secuencia transversal, se revisaron 62 historias clínicas que correspondió al universo de estudio, la recolección de datos se efectuó con una ficha estructurada, los datos se procesaron en Microsoft Excel 2007. **Resultados:** La incidencia de preeclampsia durante el periodo en estudio en el Hospital José María Velasco Ibarra fue 62 casos lo que corresponde a un 14% de los eventos obstétricos atendidos. Con respecto a las características socio demográficas tenemos que la madre preecláptica es una mujer joven entre 19 -23 años (34%), con instrucción secundaria (60%) que vive en unión libre (55%). En las características gineco-obstétricas podemos concluir que la paciente preecláptica es fundamentalmente múltipara (66%), con una edad gestacional >34 semanas (98%), con un número de controles prenatales deficientes <5 (58%), La vía de terminación del embarazo de elección fue céfalo-vaginal (55%) lo que cumple con las normas materno – neonatal propuestas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el manejo de preeclampsia. En cuanto a las características neonatales tenemos un preponderancia del sexo masculino (61%), con un peso que oscila entre los 3000-3500 gramos (37%), con un apgar al minuto de 8. y a los 5 minutos de 9. 29 casos. Las complicaciones neonatales más frecuentes fueron: Hipoglicemia (3%), RCIU y muerte neonatal (2%) respectivamente. Las complicaciones maternas encontradas fueron: Síndrome de HELLP (29%), Eclampsia (18%), Insuficiencia Renal Aguda (3%), Preeclampsia refractaria (2%) , afortunadamente no se reportó muerte materna. ⁽⁹⁾

Enrique (2012), Cuba, se realizó un estudio titulado Caracterización de la morbilidad materna severa en una Unidad de Cuidados Intensivos Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba. Cuyo **Objetivo** fue: un estudio retrospectivo a través de historias clínicas, para caracterizar la morbilidad materna **Material y método**: ingresaron 212 en UCI relacionada con las causas de ingreso en Hospital "Enrique Cabrera" Habana, 2008-2009. **Resultados**: 133 ingresaron (62,7 %) por causas no obstétricas y 79 (36,3 %) por causas obstétricas. Causas obstétricas: trastornos hipertensivos (16,5 %), hemorragia obstétrica (14,2 %) y sepsis (6,1%). Causas no obstétricas más frecuentes: trastornos respiratorios (19,8%), posoperatorio complicado, (9%) y trastornos cardiovasculares (5,7%). De las pacientes, el 49,6 % tenía 20-24 años. En los ingresos no obstétricos, predominaron las nulíparas 24,5 %. En los ingresos obstétricos prevalecieron las puérperas. Enfermedades crónicas, tenían el 37,3 % de los ingresos no obstétricos. Tuvieron complicaciones 23,1 % de las pacientes, superior en los ingresos no obstétricos, 14,6 %. La estadía general fue $4,8 \pm 4,4$ días. Predominaron los ingresos por causas no obstétricas y en el posparto. Los ingresos por causas obstétricas tuvieron el mayor número de complicaciones. ⁽¹⁰⁾

Juana (2013) Holguín-Cuba cuyo **Objetivo:** se investigó el comportamiento de la enfermedad hipertensiva gestacional de la Policlínica Máximo Gómez Báez durante el año 2009. **Material y Método:** El universo de 35 gestantes que presentaron la enfermedad y la muestra de 28 que recibieron atención prenatal en el área de salud referida. La información se obtuvo de registros estadísticos Programa Materno Infantil y las historias clínicas. Se interrogó a las pacientes sobre factores de riesgo asociados. La información se obtuvo mediante la revisión de los registros estadísticos del Programa Materno Infantil y las historias clínicas obstétricas. Se interrogó además a las pacientes sobre los factores de riesgo asociados con la enfermedad hipertensiva del embarazo. **Resultados:** Predominaron edades de más de 36 años en un 46,42% y factores maternos asociados como: antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial crónica en el 39,28% de los casos y la nuliparidad en el 42,85%. La enfermedad apareció 60,71% en el tercer trimestre de la gestación. El nivel de conocimiento de las gestantes estudiadas sobre la enfermedad se evaluó de regular en el 53,57% de las pacientes. La enfermedad hipertensiva gestacional apareció con mayor frecuencia en el tercer trimestre del embarazo y en mujeres mayores de 36 años.⁽¹¹⁾

Méndez (2015), Quito-Ecuador, realizó un estudio de casos y controles, en el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" en el período Noviembre de 2015 a Junio de 2016, se revisó las historias clínicas de todas las pacientes que presenten un diagnóstico de síndrome de HELLP y se tomó en cuenta sus biometrías hemáticas automatizadas, especialmente su volumen medio plaquetario. Confirmándose que el aumento del volumen medio plaquetario como factor predictivo para el síndrome de HELLP, con significancia estadística, proporcionándonos una validez interna y externa, se observó que el aumento del nivel de volumen medio plaquetario se presenta en las mujeres que tuvieron preeclampsia 88,5 % mientras que en los controles no se presentó aumento de volumen plaquetario con un p altamente significativa indicando que la medición de volumen medio plaquetario sirve como factor predictivo de Preeclampsia y sus complicaciones especialmente el Síndrome de HELLP. ⁽¹²⁾

2.1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Solís (2014) Lima-Perú cuyo **Objetivo** fue: 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. **Material y métodos:** 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. **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 multigestas, 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% en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz durante el periodo de estudio; siendo la complicación materna más frecuente parto prematuro y desprendimiento prematuro de placenta. ⁽¹³⁾

Benítez (2010-2011) Piura-Perú, se realizó un trabajo de investigación cuyo **Objetivo** fue: identificar los factores asociados a preeclampsia en gestantes que fueron hospitalizadas en el Hospital de Apoyo II “Santa Rosa” de la ciudad de Piura durante el periodo junio 2010 - mayo 2011. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de casos y controles, en gestantes hospitalizadas entre junio del 2010 y mayo del 2011. Mediante un muestreo aleatorio se obtuvieron 39 casos de preeclampsia y 78 controles sin preeclampsia.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS v19.0, en el cual se ejecutó un análisis de casos y controles no pareados aplicando la prueba Chi cuadrado. **Resultados:** fueron variables significativamente asociadas con la preeclampsia: Edad <20 o >35 años ($p=0,021$), y número de controles prenatales mayor o igual a siete ($p= 0,049$). No resultaron significativos la primiparidad ni el sobrepeso. Se debe promover un control prenatal adecuado (traducido como siete o más controles durante la gestación), especialmente en aquellas mujeres que se encuentran en los extremos de la vida fértil. ⁽¹⁴⁾

Iván (2007- 2009) Lima-Perú, se realizó un estudio titulado Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima, 2007-2009 cuyo **objetivo**: se trató de caracterizar la Morbilidad Materna Extrema (MME) en gestantes o puérperas Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé.

Material y método: Se revisó 206 historias clínicas que cumplieron alguno de los criterios de inclusión de MME relacionados con la enfermedad específica, falla orgánica o manejo. Se analizó las variables sociodemográficas y obstétricas.

Resultado: La MME afectó a 0,94% de pacientes, con índice de mortalidad de 0,032, razón de morbilidad materna (MM) de 9,43 y relación MME/MM de 30,43. (8). Estuvo relacionada con edad materna mayor de 35 años, nivel educativo bajo, multiparidad, falta de control prenatal, períodos intergenésicos corto o prolongado, gestaciones pretérmino, terminando la mayor parte en cesáreas, con tasa alta de mortalidad perinatal. La enfermedad hipertensiva de la gestación fue la causa más importante de MME (42,2%), seguida por la hemorragia puerperal (17,5%). Hubo alteración de la coagulación en 33,5%, transfusiones en 27,2% y alteración de la función renal en 26,7%. Los retrasos relacionados con la calidad de la prestación del servicio (tipo IV) fueron los que más se asociaron (58,3%) con la ocurrencia de casos de MME. La MME se presentó en una importante proporción de casos, siendo la causa más frecuente la enfermedad hipertensiva de la gestación. ⁽¹⁵⁾

Adolfo Pinedo (2012), Lima-Perú. **Objetivos:** Identificar las complicaciones materno-perinatales de preeclampsia-eclampsia. **Material y metodo:** analítico de corte sobre 359 casos de gestantes y sus respectivos productos, con preeclampsia y eclampsia, diagnosticados en el periodo del 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2012 en el Hospital María Auxiliadora. Se revisó las historias clínicas respectivas y se determinó las repercusiones maternas perinatales, según clasificación clínica. Las frecuencias encontradas según esta clasificación, fueron sometidas a una tabla de doble entrada, para compararlas con el grupo control, por el resto de las pacientes sin la enfermedad. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** En el intervalo de 5 años la preeclampsia aumentó significativamente de 7,0% a 10,6%, mientras que la eclampsia disminuyó de 0,8% a 0,4%. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron síndrome HELLP, CID, ruptura de hematoma subcapsular hepático y hemorragia cerebral; y las complicaciones perinatales la depresión neonatal, pequeño para la edad gestacional, depresión y asfixia neonatal, distrés respiratorio y prematuridad. **Conclusiones:** Las complicaciones médicas de la madre y el niño como consecuencia de la preeclampsia-eclampsia son frecuentes. La frecuencia y gravedad de las mismas aumentan con la progresión de la enfermedad. Se sugiere por ello prever la convulsión y el manejo de la enfermedad debe ser oportuno, con protocolos. ⁽¹⁷⁾

2.1.2 BASES TEÓRICAS

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

DEFINICIÓN

La enfermedad hipertensiva del embarazo, designa a una serie de trastornos hipertensivos que se caracterizan por tener en común la existencia de hipertensión arterial durante el embarazo.

La Hipertensión arterial en el embarazo se define como una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140mmHg, o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90mmHg o una presión arterial media (PAM) de 105mmHg, en dos tomas con un intervalo de 6 horas o una sola toma de 160/110mmHg a partir de las 22 semanas de gestación. ⁽¹⁸⁾

CLASIFICACIÓN

Estos trastornos hipertensivos han sido agrupados dentro de un término denominado síndrome hipertensivo del embarazo, que abarca fundamentalmente cuatro categorías:

- ❖ Hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional.
- ❖ Preeclampsia – Eclampsia.
- ❖ Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica
- ❖ Hipertensión crónica. ⁽¹⁸⁾

HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO O HIPERTENSIÓN GESTACIONAL

El diagnóstico de hipertensión gestacional se establece en mujeres cuya presión arterial alcanza 140/90 mmHg o mayor por vez primera después de la mitad del embarazo, pero en quienes no identifico proteinuria. Casi la mitad de estas pacientes desarrolla después preeclampsia, que incluye signos como proteinuria y trombocitopenia, o síntomas como cefalea y dolor epigástrico. La hipertensión gestacional se reclasifica como hipertensión transitoria si no aparece evidencia de preeclampsia y la presión arterial normal se recupera hacia las 12 semanas posparto.

La proteinuria es el marcador objetivo sustituto que define la fuga endotelial sistémica, característica de preeclampsia. Incluso así cuando la presión se eleva en forma notoria, es peligroso tanto para la madre como para el feto soslayar este aumento porque todavía no la crisis convulsiva de origen eclámptico aparece antes de identificar una proteinuria manifiesta.⁽¹⁸⁾

PREECLAMPSIA

Es el desarrollo de presión sanguínea alta y proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo y puede estar asociada con la hinchazón de la cara y las manos.

- ❖ **Edema:** El acumulo excesivo de líquido en los tejidos, a nivel interventricular o solo extracelular, en los canales vasculares, espacio intersticial, que se detecta en parpados, manos región lumbo sacro o miembros inferiores sobre la rodilla.

- ❖ **Proteinuria:** Es la presencia de proteína en la orina en cuantía superior a 150 mg en la orina de 24 horas, esta puede ser transitoria, permanente.

Preeclampsia leve: Cuando existe una tensión arterial sistólica mayor o igual 140 mm Hg y menor a 160 mm Hg, la tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg y menor de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en tirilla reactiva positiva, o proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300mg hasta menor de 5 gramos, y ausencia de signos, síntomas y exámenes de laboratorio que indiquen severidad.⁽¹⁸⁾

Preeclampsia severa: Cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 160 mm Hg, y la tensión arterial diastólica mayor o igual de 110 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, además proteinuria en 24 horas mayor o igual a 5 gramos o proteinuria en tirilla reactiva +++ y presencia de uno de los siguientes signos, síntomas y exámenes de laboratorio:

- Vasomotores: cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.
- Hemólisis.
- Plaquetas menores a 100000 mm³.
- Disfunción hepática con aumento de transaminasas.
- Oliguria menor 500 ml en 24 horas.
- Edema agudo de pulmón.
- Insuficiencia renal aguda.

Eclampsia: Tensión Arterial mayor de 140/90mmHg en embarazo mayor o igual a 20 semanas, con proteinuria en 24 horas mayor a 300 mg o en tirilla reactiva +/++/+++, acompañado de convulsiones tónico clónicas o coma durante el embarazo, parto o puerperio sin estar causados por epilepsia u otros procesos convulsivos. ⁽¹⁸⁾

PREECLAMPSIA SUPERPUESTA A HIPERTENSIÓN CRÓNICA

Todos los trastornos hipertensivos crónicos, cualquiera que sea su causa, predisponen a la preeclampsia y la eclampsia superpuestas. Se diagnostica hipertensión subyacente crónica con base. Estos trastornos pueden crear problemas difíciles con el diagnóstico y el tratamiento que no se observa sino hasta después de la mitad del embarazo. Esto puede ser así porque la presión arterial de ordinario disminuye durante el segundo trimestre y al inicio del tercero en pacientes normotensas e hipertensas crónicas. Por lo tanto, una mujer con vasculopatía crónica no diagnosticada antes, que se atiende por vez primero a las 20 semanas, tiene a menudo presión arterial dentro del límite normal aceptado. Pese a ello, durante el tercer trimestre, al tiempo que la presión arterial vuelve a su cifra hipertensora original, podría ser difícil definir si la hipertensión crónica o inducida por el embarazo. Incluso una búsqueda cuidadosa de signos de daño preexistente de órgano terminal puede ser útil, ya que muchas de estas mujeres tienen enfermedad leve. Por consiguiente, es probable que no haya evidencia de hipertrofia ventricular, cambios vasculares retinianos ni disfunción renal leve.

En algunas mujeres con hipertensión crónica, la presión arterial aumenta a cifras francamente anormales, por lo regular después de las 24 semanas. Si esto se acompaña de proteinuria, se diagnostica preeclampsia superpuesta. Esta última puede desarrollarse con frecuencia en etapas más tempranas del embarazo que la preeclampsia pura. La enfermedad superpuesta tiende a ser más grave y muchas veces se acompaña de restricción del crecimiento fetal.⁽¹⁸⁾

HIPERTENSIÓN CRÓNICA

La incidencia varía entre 1-5%, aumenta en mujeres obesas y de edad avanzada. El diagnóstico se establece mediante una historia de hipertensión antes del embarazo o una elevación de la presión arterial de por lo menos 140/90 mmHg antes de las 20 semanas de gestación.¹⁹ Puede ser difícil establecer el diagnóstico de hipertensión crónica en mujeres cuya presión arterial antes del embarazo se desconoce. En estos casos el diagnóstico se establece mediante la presencia de hipertensión antes de las 20 semanas de gestación.

Sin embargo, en algunas mujeres la presencia de hipertensión antes de las 20 semanas de gestación puede ser la manifestación de preeclampsia. Debido a la disminución normal de la presión arterial en el primer trimestre del embarazo, algunas mujeres con hipertensión crónica pueden mostrar una presión arterial normal antes de las 20 semanas de gestación. Durante el embarazo, la hipertensión arterial crónica se puede clasificar como moderada o severa. No existe un acuerdo general para definir la hipertensión como moderada, pero se acepta que la presión diastólica igual o mayor a 110 mmHg se considera severa.

En los hijos nacidos de madres con hipertensión crónica, el periodo perinatal suele ser malo, debido a la preeclampsia sobreimpuesta. Existen diferentes criterios para diagnosticar preeclampsia, los cuales incluyen exacerbación de la hipertensión, proteinuria, edema, hiperuricemia o una combinación de todos estos factores. Ni la exacerbación de la hipertensión ni el edema son factores confiables. En ausencia de patología renal, la aparición de la proteinuria (por lo menos 300 mg en 24 horas) es el mejor indicador de preeclampsia superpuesta. ⁽¹⁸⁾

EPIDEMIOLOGÍA

En el Perú, la hipertensión inducida por el embarazo se ha encontrado entre las tres causas más importantes de mortalidad materna desde la década de los 90 (1995). En esa década, la mortalidad debida a preeclampsia representaba 15,8% de todas las muertes maternas en el Perú. La mortalidad materna específica debida a preeclampsia ha sido 237/10 000 recién nacido. Pacheco, halló una mortalidad materna en 18,9% de los casos cuando se complicaba con eclampsia.

Durante el periodo 2002-2011, la razón de mortalidad materna atribuida a preeclampsia fue 24,6/100 000 nacidos vivos, ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad materna en el Perú. Sin embargo, a nivel urbano, la preeclampsia superó a la hemorragia durante ese periodo como principal causa de mortalidad materna.

Además, la Organización Mundial de la Salud estima que la incidencia de la preeclampsia en 5 al 10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vías de desarrollo. En Latinoamérica, la morbilidad perinatal es de 8 al 45% y la mortalidad del 1 al 33%.⁽¹⁸⁾

FACTORES DE RIESGO

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir daño de la madre, el feto o ambos. Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales. Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones.

VÍA DE LA TERMINACIÓN DE LA GESTACIÓN

La terminación del embarazo es la única cura para la preeclampsia. La cefalea, trastorno visual o dolor epigástrico son indicativos de que la convulsión puede ser inminente; la oliguria es otro signo omiso. La preeclampsia grave exige tratamiento anticonvulsivo y casi siempre antihipertensores, seguido del parto. Los objetivos principales son detener las convulsiones, prevenir la hemorragia intracraneal y el daño grave a otros órganos vitales y lograr el nacimiento de un lactante sano

Cuando el feto es prematuro, la finalidad es ganar tiempo con la esperanza de que unas cuantas semanas más en el útero reduzca el riesgo de muerte neonatal o morbilidad grave por la prematuridad.

Como se explicó, esta decisión está justificada en los casos leves. Si realizan valoraciones de bienestar fetal y la función placentaria, en particular cuando el feto es inmaduro. La mayoría recomienda la práctica frecuente de varias pruebas para valorar el bien fetal como los describe ACOG. Estas incluyendo la prueba sin estrés o el perfil biofísico, la medición del índice lecitina – esfingomielina en líquido amniótico aportado evidencia sobre la madurez. ⁽¹⁸⁾

COMPLICACIONES MATERNAS

Desprendimiento prematuro de la placenta o Abrupto Placentae: es el proceso de separación parcial o total de la placenta de su lugar de inserción normal que corresponde al fondo uterino, se produce a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del nacimiento del feto, pudiendo ocurrir incluso durante el trabajo de parto. Es la segunda causa en orden de frecuencia de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación Constituye así mismo una de las complicaciones más riesgosas del embarazo y el parto, a pesar de todos los progresos aplicados a la vigilancia del embarazo de alto riesgo. El síndrome Hipertensivo del embarazo es la causa más frecuentemente hallada en los desprendimientos que conllevan a la muerte. ⁽¹⁹⁾

Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU): se define como aquella circunstancia clínica en la cual el feto no alcanza su pleno potencial de crecimiento; como resultado final ocurre una disminución en el peso corporal, el cual queda por debajo del percentil 10 para la edad gestacional según tablas de crecimiento. El RCIU es el resultado de múltiples factores, maternos y fetales, los que pueden ser considerados de riesgo. Se describen dos tipos de RCIU, Simétrico y Asimétrico; el RCIU Simétrico surge como consecuencia de patologías maternas preexistentes o alteraciones que están presentes desde el comienzo de la gestación. El RCIU Asimétrico tiene como causas más frecuentes las patologías que aparecen tardíamente en la gestación (tercer trimestre del embarazo) como la Preeclampsia y la Eclampsia. ⁽²⁰⁾

Coagulopatía Intravascular Diseminada: es un desorden que siempre ha despertado controversias tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, el cual se observa en diferentes entidades no relacionadas pero que comparten un trastorno común, la activación del sistema procoagulante y del sistema fibrinolítico que desborda los mecanismos de autocontrol, conduciendo a un daño orgánico múltiple o falla multisistémica. La preeclampsia severa también puede complicarse en un porcentaje menor del 10% con coagulopatía.⁽²¹⁾

Síndrome de HELLP: se presenta en el 10% de las mujeres embarazadas que tienen preeclampsia o eclampsia, sin embargo, también se presenta sin enfermedad hipertensiva. Se caracteriza por la aparición de las siguientes características (H) por hemólisis, (EL) por la elevación en los valores de las enzimas hepáticas y (LP) por la plaquetopenia.⁽²¹⁾

Se lo puede clasificar:

- ✓ Síndrome de HELLP completo: es la presencia de hemólisis, deshidrogenasa láctica (DHL) > 600 U/L, aspartato amino transferasa (AST) > 70 U/L y plaquetas <100,000/ μ L.

- ✓ Síndrome de HELLP incompleto: es la presencia de uno dos criterios del síndrome de HELLP. CID (Coagulación intravascular diseminada): es la presencia de plaquetas < 100,000/ μ L, fibrinógeno < 300 mg/dL, productos de degradación de fibrina o dímero D > 40 μ g/dL, tiempo de protrombina >14 segundos y tiempo de tromboplastina > 40 segundos.⁽²²⁾

Clase 1 < 50,000 plaquetas/ μ L.

Clase 2 > 50,000 - < 100,000 plaquetas / μ L.

Clase 3 > 100,000 - < 150,000 plaquetas/ μ L.

Insuficiencia cardíaca: resultante final de cualquier enfermedad que afecte en forma global o extensa el funcionamiento miocárdico. Las enfermedades valvulares (sobrecargas hemodinámicas), la inflamación difusa del miocardio (miocarditis), la destrucción miocárdica extensa (infarto del miocardio transmural de más de 20% de la masa miocárdica), la sustitución del miocardio por tejido colágeno (miocardiopatía dilatada) o la hipertensión arterial sistémica incluido la preeclampsia (ventrículo izquierdo) o pulmonar (ventrículo derecho), pueden ser causa de insuficiencia cardíaca.

Insuficiencia renal: incapacidad renal para realizar las funciones depurativa, excretora, reguladora de los equilibrios hidroelectrolítico y ácido-base y de las funciones endocrino-metabólicas, puede ser aguda o crónica. La preeclampsia y eclampsia son una de las causas renales para la aparición de Insuficiencia Renal Aguda por necrosis tubular. ⁽²³⁾

Infecciones nosocomiales: secundarias al uso de catéteres para infusión IV. Coma persistente que dura más de 24 horas después de las convulsiones. (Accidente cerebro vascular). ⁽²⁴⁾

DESPRENDIMIENTO DE RETINA: consiste en la separación de las capas internas de la retina, coroides y epitelio retiniano pigmentado subyacente. Se conocen tres mecanismos que puede producir desprendimiento de retina: la rotura de la retina, la tracción de las fibras membranosas superficiales de la retina y la exudación de material al espacio subretiniano. De estas tres, el más frecuente es que se produce por un desgarro de la retina, también llamado desprendimiento regmatógeno. Al penetrar el fluido vítreo por el desgarro, se produce el desprendimiento. Los otros tipos se producen cuando un tumor o inflamación hace que un fluido seroso se acumule entre la retina y coroides y el desprendimiento traccional tiene lugar cuando existen adhesiones entre la retina y el humor vítreo con fuerzas mecánicas que pueden producir el desprendimiento sin desgarro. Este tipo de desprendimiento de retina se observa con mayor frecuencia en las retinopatías diabéticas proliferativas, los trastornos hipertensivos incluidos la preeclampsia, la anemia falciforme y los traumas.

COMPLICACIONES FETALES-PERINATALES

RCIU: Crecimiento fetal por debajo de su potencial para una edad gestacional dada. Desde el punto de vista práctico, es difícil determinar si esto está ocurriendo, por lo que se debe comparar el crecimiento del feto con estándares poblacionales. ⁽²⁵⁾

DIFICULTAD RESPIRATORIA: El síndrome de dificultad respiratoria neonatal se observa con mayor frecuencia en bebés prematuros. Esta afección le dificulta la respiración al bebé. ⁽²⁵⁾

CAUSAS

El SDR neonatal ocurre en bebés cuyos pulmones no se han desarrollado todavía totalmente.

La enfermedad es causada principalmente por la falta de una sustancia resbaladiza y protectora, llamada surfactante. Esta sustancia ayuda a los pulmones a inflarse con aire e impide que los alvéolos colapsen. Esta sustancia normalmente aparece en pulmones completamente desarrollados.

El SDR neonatal también puede ser el resultado de problemas genéticos con el desarrollo pulmonar.

La mayoría de los casos de SDR se observa en bebés nacidos antes de 37 a 39 semanas. Cuanto menos desarrollados estén los pulmones, mayor será la probabilidad de presentar el síndrome de dificultad respiratoria neonatal después de nacer. El problema es infrecuente en bebés nacidos a término (después de 39 semanas). ⁽²⁵⁾

HIPOGLUCEMIA: Un nivel bajo de azúcar en la sangre en los bebés recién nacidos también se llama hipoglucemia neonatal. Se refiere a un nivel bajo de azúcar (glucosa) en la sangre en los primeros días después del nacimiento. Nivel de glucosa en sangre menor de 40 mg/dL. ⁽²⁵⁾

POLICITEMIA: La Policitemia puede suceder cuando hay demasiados glóbulos rojos en la sangre de un bebé. ⁽²⁵⁾

Causas

El porcentaje de glóbulos rojos (GR) en la sangre del bebé se llama "hematocrito". Cuando está por encima del 65%, la Policitemia está presente.

La Policitemia puede ocurrir como resultado de afecciones que se desarrollan antes del nacimiento. Estas pueden incluir:

- Demora en el pinzamiento del cordón umbilical
- Diabetes en la madre del bebé
- Enfermedades hereditarias y problemas genéticos
- Insuficiencia del oxígeno que llega a los tejidos corporales (hipoxia)
- Síndrome de transfusión gemelo a gemelo (ocurre cuando la sangre se pasa de un gemelo al otro). ⁽²⁵⁾

MUERTE NEONATAL: Muerte de un recién nacido hasta los 28 días. ⁽²⁵⁾

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

- a. **EDAD:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento. ⁽²⁵⁾

- b. **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. ⁽²⁵⁾

- c. **ESTADO CIVIL:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas. ⁽²⁵⁾

- d. **GRADO DE INSTRUCCIÓN:** El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos. Se distinguen los siguientes niveles: Primarios y menos. ⁽²⁵⁾

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- a. **EDAD GESTACIONAL:** es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas. ⁽²⁵⁾

- b. **PARIDAD:** Se dice que una mujer ha parido, cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o por cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), que pesan 500gramos o más o que poseen más de 20semanas de gestación (un embarazo múltiple se consigna como una sola paridad).⁽²⁵⁾

- c. **Nº DE CONTROLES PRENATALES:** Es la atención integral que busca la participación de la gestante, la pareja y su familia, en la preparación para el parto, puerperio y cuidados del recién nacido, y no solo de la evaluación clínica de la gestante, incidiendo en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, detección temprana y manejo de enfermedades existente. ⁽²⁵⁾

- d. **CULMINACIÓN DEL EMBARAZO:** El parto es la culminación del embarazo, es el mecanismo por el cual se produce la expulsión del feto desde el útero al exterior. En ese momento usted experimentará un leve dolor de espalda, se romperán o no las membranas y se presentarán las contracciones uterinas que irán progresando en frecuencia y en intensidad.⁽²⁵⁾

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO:** Se define como una hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria. ⁽²⁵⁾
- **HIPERTENSIÓN GESTACIONAL:** es una forma de presión arterial alta durante el embarazo. Se presenta en aproximadamente el seis por ciento del total de los embarazos. ⁽²⁵⁾
- **PREECLAMPSIA:** Se presenta cuando una mujer embarazada tiene hipertensión arterial y proteína en la orina después de la semana 20 de gestación. ⁽²⁵⁾
- **HIPERTENSIÓN CRÓNICA:** es una condición en la cual la presión arterial es más alta de lo normal durante un período prolongado de tiempo. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. ⁽²⁵⁾
- **HELLP:** Es un grupo de síntomas que se presentan en las mujeres embarazadas que padecen: hemólisis (la descomposición de glóbulos rojos), enzimas hepáticas elevadas Y conteo de plaquetas bajo. ⁽²⁵⁾
- **ATENCIÓN PRENATAL:** Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. ⁽²⁵⁾

- **EDAD GESTACIONAL:** La edad gestacional es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que se efectúa la medición. ⁽²⁵⁾
- **EDAD MATERNA:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno hasta la fecha registrada en la historia Clínica. ⁽²⁵⁾
- **ESTÁNDAR:** nivel de desempeño deseado, previamente definido y factible de alcanzar. Tiene la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad de atención de salud. ⁽²⁶⁾
- **FACTORES DE RIESGO:** Característica o factor que se ha observado que está asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. Un factor de riesgo no implica necesariamente la existencia de una relación de causa-efecto. ⁽²⁷⁾
- **GESTANTE CONTROLADA:** gestantes con seis atenciones prenatales. ⁽²⁸⁾
- **HIPOPERFUSIÓN:** Disminución del flujo de sangre que pasa por un órgano. ⁽²⁹⁾
- **PARIDAD:** Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos. ⁽²⁹⁾
- **PERIODO INTERGENÉSICO:** Es el tiempo que transcurre en meses entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente. ⁽³⁰⁾

- **PUERPERIO:** Período que abarca más o menos las seis semanas que siguen al parto y durante el cual el útero recupera su estado normal y se inicia la secreción láctea. ⁽³¹⁾

- **SINDROME METABOLICO:** Está conformado por una serie de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la dislipidemia, la intolerancia a la glucosa por la resistencia a la insulina y la obesidad visceral, elevando la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular. ⁽³²⁾

- **TROFOBLASTO:** Es una capa de células formada alrededor del huevo entre el quinto y el séptimo día después de la fecundación. ⁽³³⁾

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 01

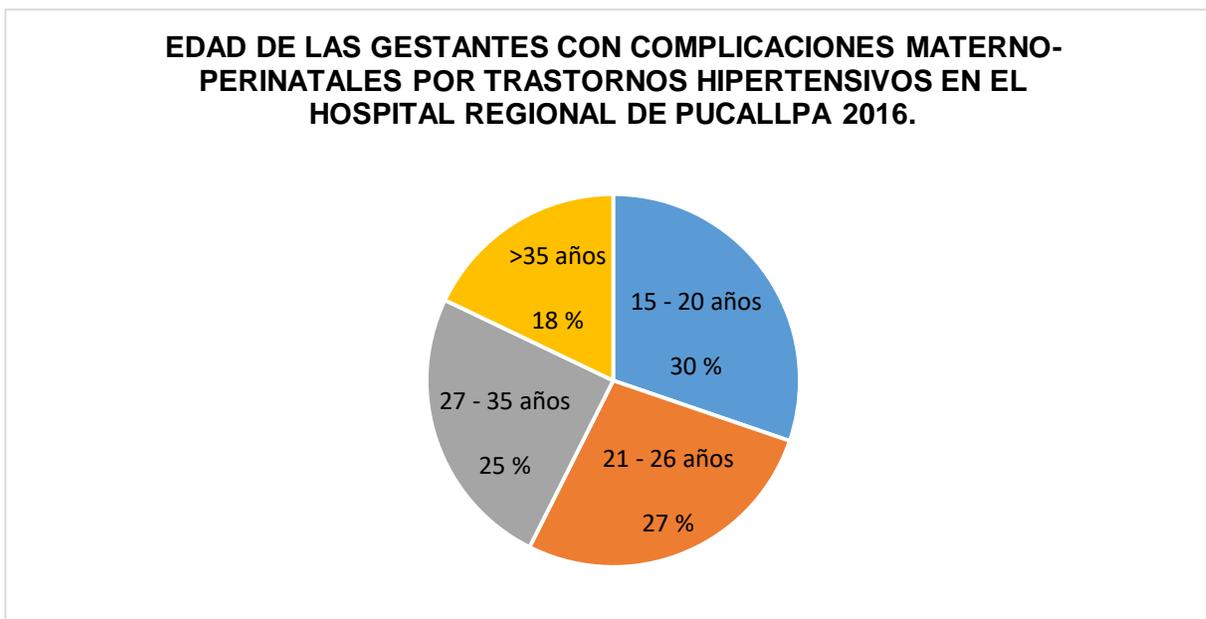
EDAD DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
15 – 20 años	49	30 %
21 – 26 años	44	27 %
27 – 35 años	40	25 %
Mayor de 35 años	29	18 %
TOTAL	162	100 %

INTERPRETACION Y ANALISIS. La edad más frecuente de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa fue de 15-20 años con un 30 %.

Los resultados del trabajo de investigación muestran similitud con el estudio realizado por Caiza (2010) en la que la edad que predominó fue de 20-24 años con un 34 %.

GRAFICO N° 01



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016

TABLA N° 02

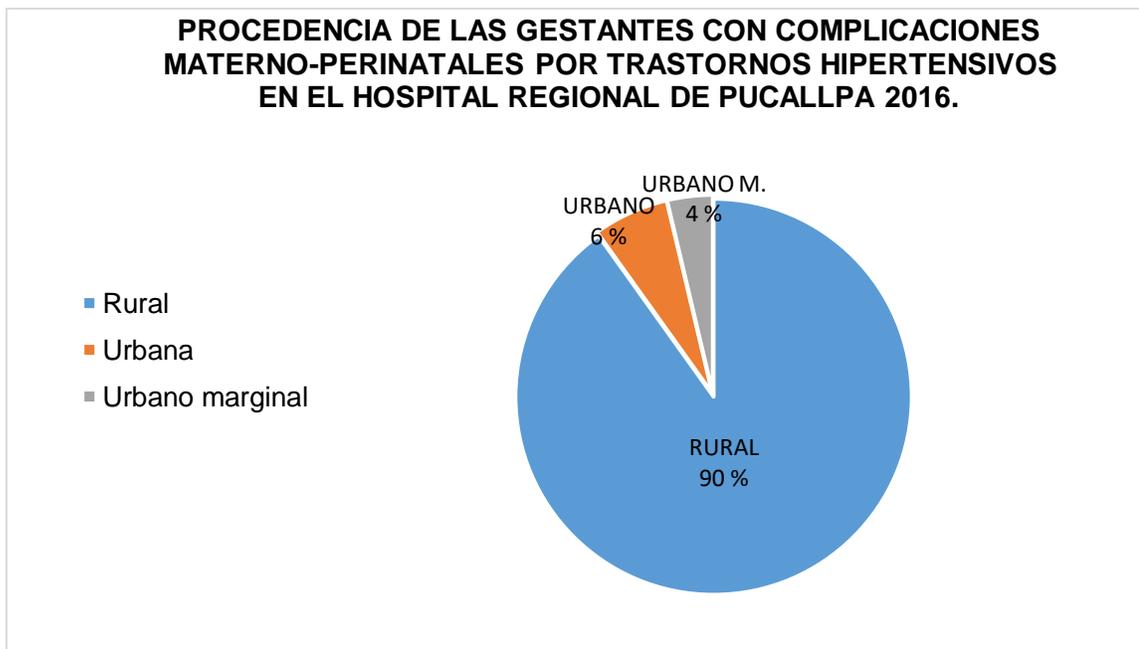
PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Rural	146	90 %
Urbana	10	6 %
Urbano marginal	6	4 %
TOTAL	162	100 %

INTERPRETACION Y ANALISIS. La procedencia más representativa de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa fue la zona rural con un 90 %.

El estudio coincide con los resultados obtenidos por Benítez (2010-2011) en la que la procedencia que predominó fue la zona rural con un 85 %.

GRAFICO N° 02



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016

TABLA N° 03

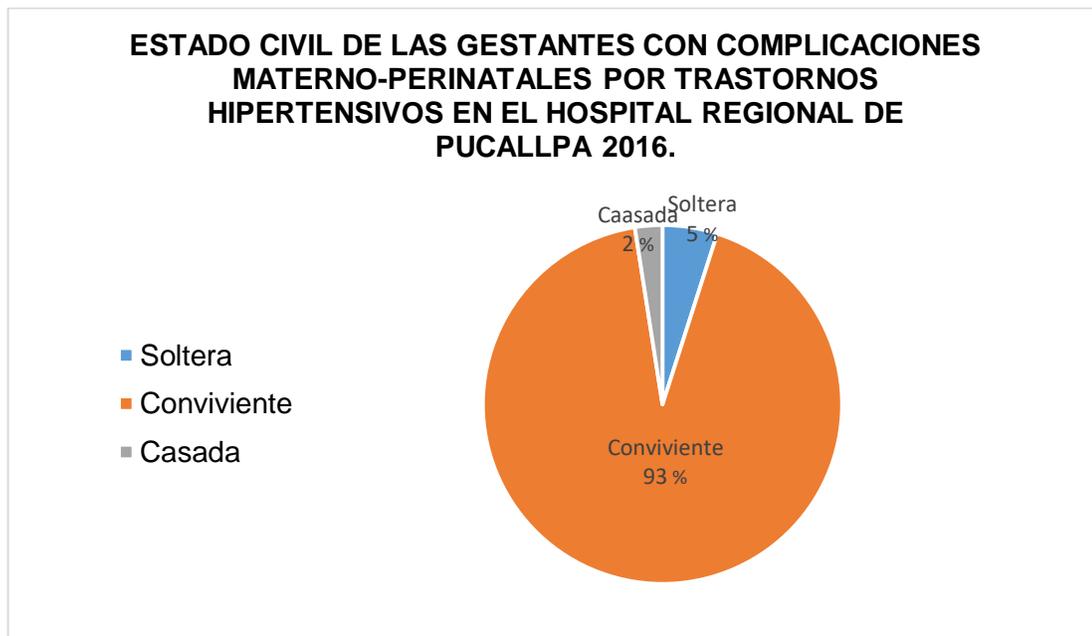
ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	8	5 %
Conviviente	150	93 %
Casada	4	2 %
TOTAL	162	100 %

INTERPRETACION Y ANALISIS. El estado civil más frecuente de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa es la convivencia con un 93 %.

La investigación es similar a los resultados del trabajo realizado por Solís (2014) en la que el estado civil más frecuente fue conviviente con un 70 %.

GRAFICO N° 03



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016

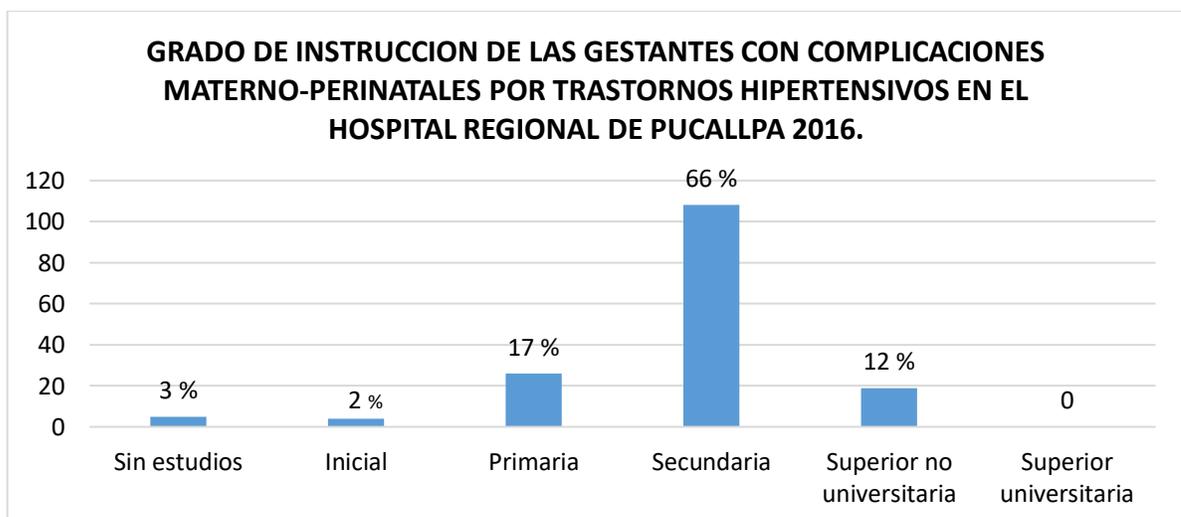
TABLA N° 04

**GRADO DE INSTRUCCION DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES
MATERNO-PERINATALES POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	5	3 %
Inicial	4	2 %
Primaria	26	17 %
Secundaria	108	66 %
Superior no universitaria	19	12 %
Superior universitaria	0	0 %
TOTAL	162	100 %

INTERPRETACION Y ANALISIS. El grado de instrucción más representativo de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa fue secundaria en un 66 %. Los resultados del trabajo de investigación muestran similitud con el estudio realizado por Caiza (2010) en la que el grado de instrucción que predominó fue secundaria en un 60 %.

GRAFICO N° 04



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016.

TABLA N° 05

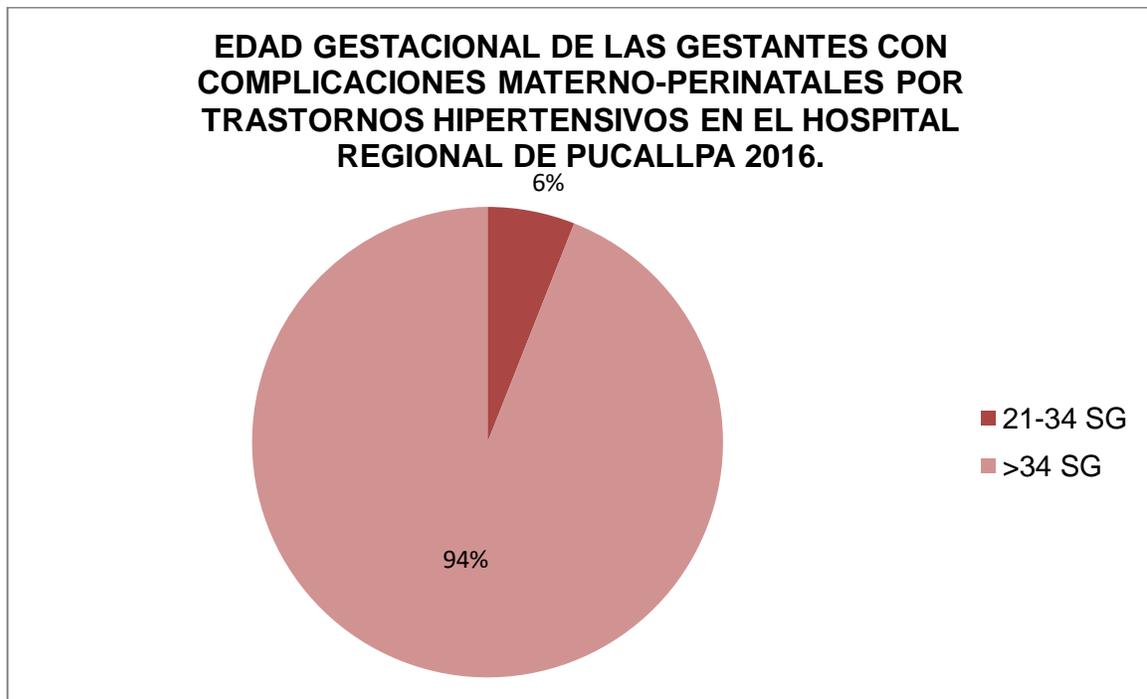
EDAD GESTACIONAL DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.

EDAD GESTACIONAL	Frecuencia	Porcentaje
22-34	9	6 %
>34	153	94 %
TOTAL	162	100 %

INTERPRETACION Y ANALISIS. La edad gestacional más frecuente de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa fue mayor de 34 SG con un 94 %.

El estudio es similar a los resultados obtenidos por Juana (2013) en la que la edad gestacional más frecuente fue mayor de 34 SG con un 60 %.

GRAFICO N° 05



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016.

TABLA N° 06

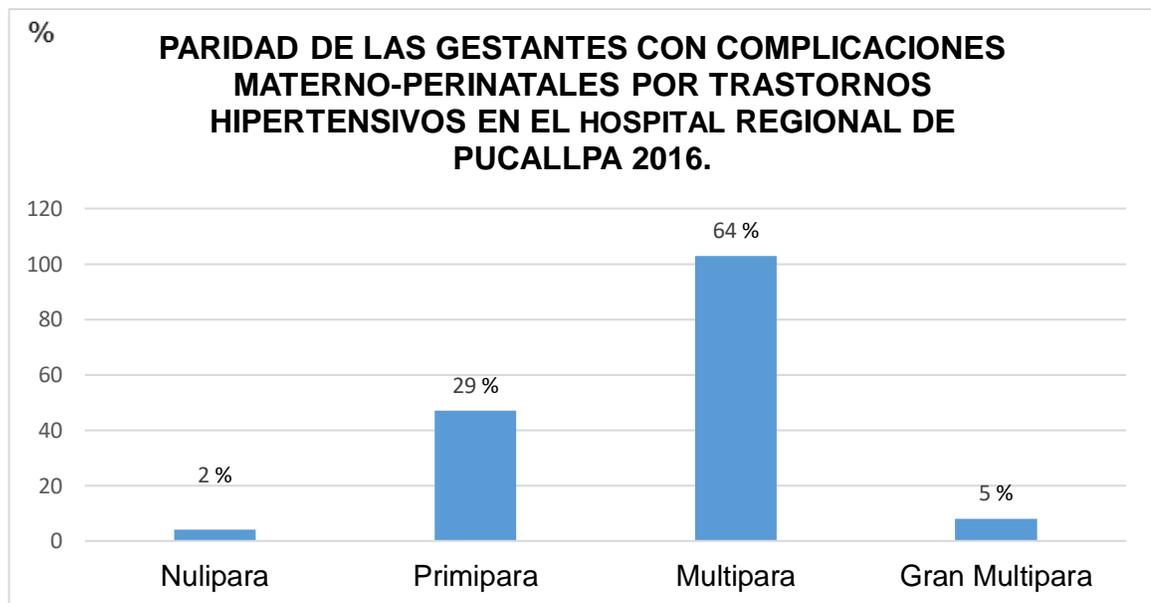
PARIDAD DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.

PARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	4	2 %
Primípara	47	29 %
Multípara	103	64 %
Gran Multípara	8	5 %
TOTAL	162	100 %

INTERPRETACION Y ANALISIS. La paridad más representativa de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa fue la multiparidad con un 64 %.

Los resultados muestran similitud con el estudio realizado por Solís (2014) en la que la paridad que predominó fue la multiparidad en un 54 %.

GRAFICO N°06



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016.

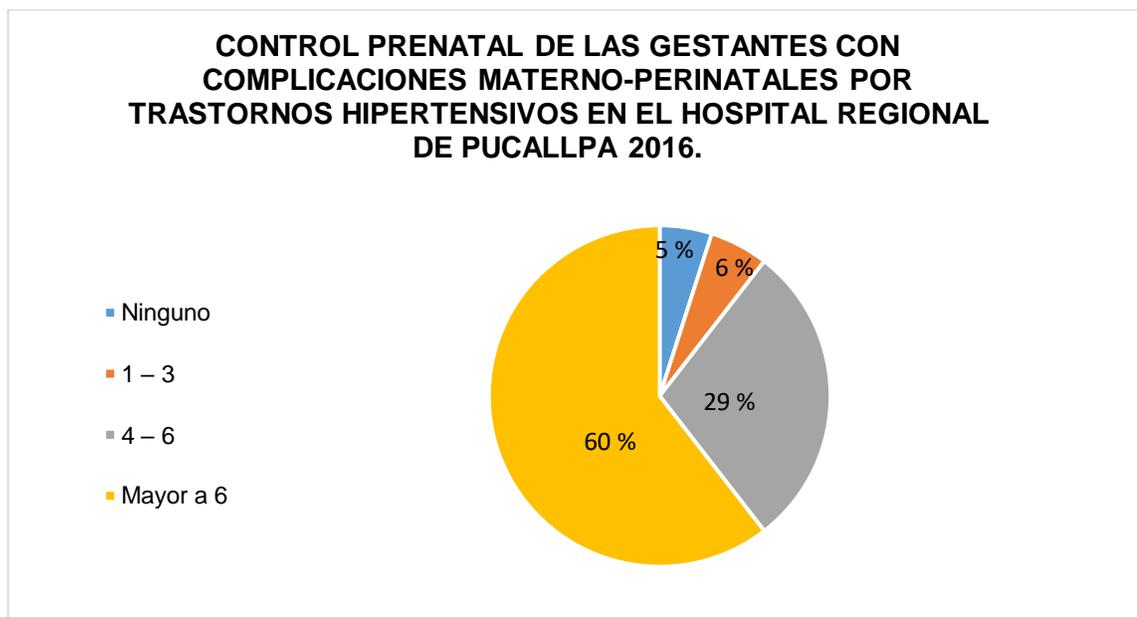
TABLA N° 07

CONTROL PRENATAL DE LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.

CONTROL PRENATAL	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	8	5 %
1 – 3	9	6 %
4 – 6	47	29 %
Mayor a 6	98	60 %
TOTAL	162	100 %

INTERPRETACION Y ANALISIS. Los controles prenatales más frecuentes de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa fueron mayores a 6 en un 60%. El estudio contrasta con los resultados obtenidos por Caiza (2010) en la que los controles prenatales que predominaron fueron menores a 6 controles con un 58%.

GRAFICO N° 07



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016.

TABLA N 08

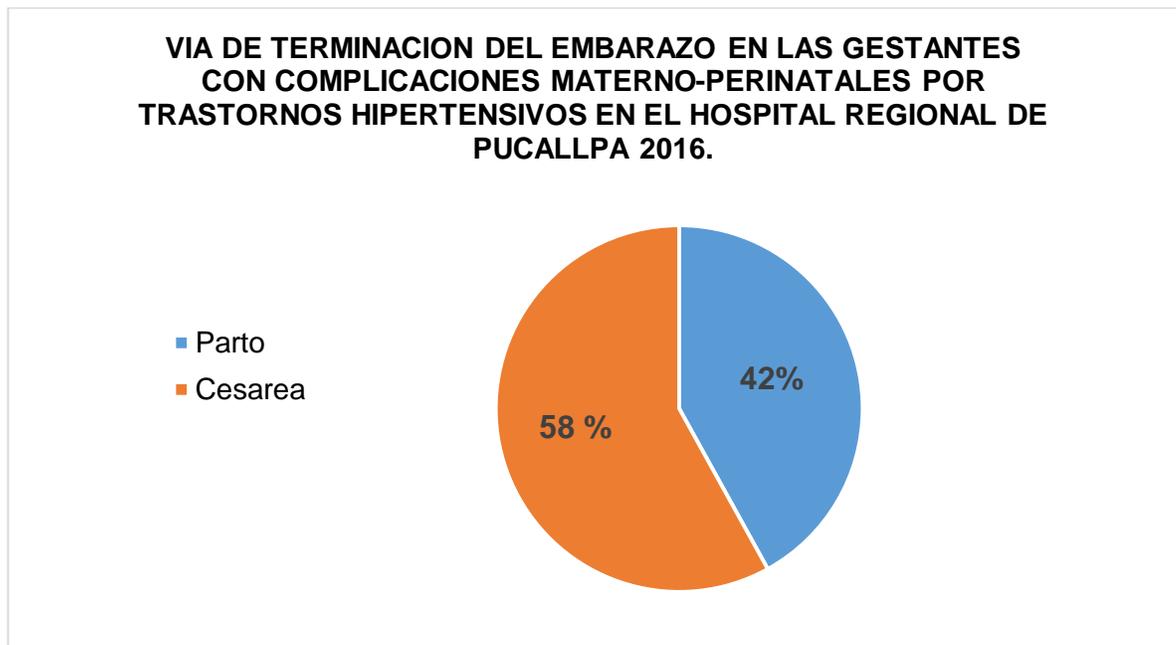
VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO EN LAS GESTANTES CON COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.

VIA TERMINACION GESTACION	Frecuencia	Porcentaje
Parto	68	42 %
Cesárea	94	58 %
TOTAL	162	100 %

INTERPRETACION Y ANALISIS. La vía de terminación del embarazo más representativa de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa fueron las cesáreas en un 58 %.

Los resultados son similares al estudio realizado por Solís (2014) en la que la vía de terminación del embarazo que predominó fueron las cesáreas en un 84 %.

FIGURA N°08



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016.

TABLA N° 09

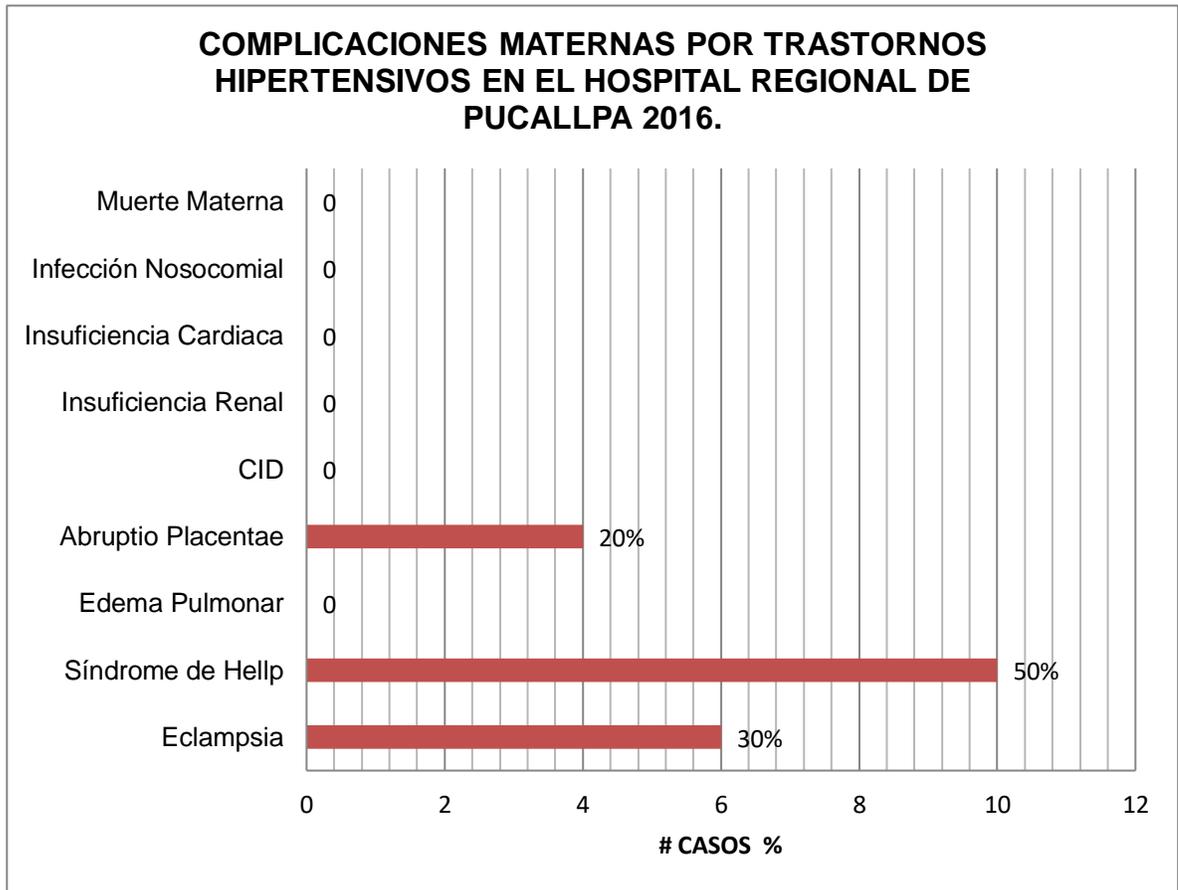
**COMPLICACIONES MATERNAS POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.**

COMPLICACIONES MATERNAS	Frecuencia	Porcentaje
Eclampsia	6	30 %
Síndrome de Hellp	10	50 %
Edema Pulmonar	0	0 %
Abruptio Placentae	4	20 %
CID	0	0 %
Insuficiencia Renal	0	0 %
Insuficiencia Cardiaca	0	0 %
Infección Nosocomial	0	0 %
Muerte Materna	0	0 %
TOTAL	20	100 %

INTERPRETACION Y ANALISIS. Las complicaciones maternas más frecuentes de las gestantes por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa fueron: Síndrome Hellp con 50 %, Eclampsia 30 % y Abruptio Placentae en un 20 %.

El estudio contrasta con los resultados del trabajo realizado por Adolfo Pinedo (2012) en la que las complicaciones maternas más frecuentes fueron Síndrome Hellp 21 %, CID 10%, ruptura de hematoma subcapsular hepático 7%.

FIGURA N°09



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016

TABLA N° 10

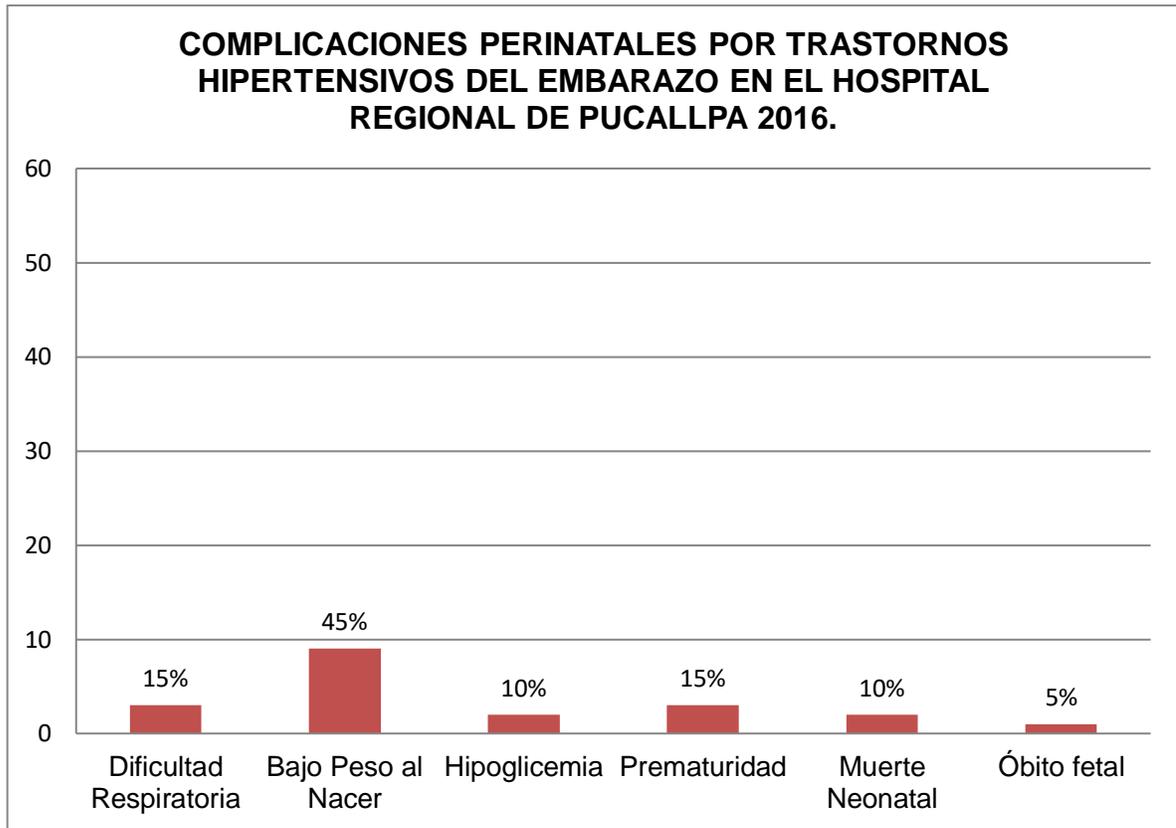
**COMPLICACIONES PERINATALES POR TRASTORNOS HIPERTENSIVOS
DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA 2016.**

COMPLICACIONES PERINATALES	Frecuencia	Porcentaje
Dificultad Respiratoria	3	15%
Bajo Peso al Nacer	9	45%
Hipoglicemia	2	10%
Prematuridad	3	15%
Muerte Neonatal	2	10%
Óbito fetal	1	5%
TOTAL	20	100%

INTERPRETACION Y ANALISIS. Las complicaciones perinatales más frecuentes por trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital Regional de Pucallpa fueron bajo peso al nacer en un 45%, dificultad respiratoria y prematuridad con 15% Y hipoglicemia y muerte neonatal 10%.

El estudio coincide con los resultados obtenidos por Adolfo Pinedo (2012) en la que las complicaciones perinatales más frecuentes fueron pequeño para la edad gestacional 40%, distrés respiratorio 31% y prematuridad 18%.

FIGURA N°10



Fuente: Ficha de recolección de datos. Historia Clínica –Hospital Regional De Pucallpa periodo enero –diciembre 2016

CONCLUSIONES

- ✓ Las características sociodemográficas de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa 2016 predominaron: edad: 15-20 años en 30%. grado de instrucción: secundaria en un 66 %, procedencia: rural con 90 % y estado civil: conviviente 92 %.
- ✓ Las características obstétricas de las gestantes con complicaciones materno-perinatales por trastornos hipertensivos en el Hospital Regional de Pucallpa 2016 fueron: paridad: multíparas 63 %, controles prenatales: mayor a 6 en 60 %, edad gestacional: mayor a 34 semanas 94 %.
- ✓ la vía de interrupción del embarazo en las gestantes según tipo de trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional 2016: cesáreas 58%.
- ✓ Los casos de morbilidad más frecuentes encontrados: Síndrome Hellp con 50 %, Eclampsia 30 % y Abruption Placentae en un 20 %.
- ✓ Las complicaciones maternas más frecuentes por trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital Regional de Pucallpa 2016 fueron: Síndrome Hellp con 50 %, Eclampsia 30 % y Abruption Placentae en un 20 %. Y con respecto a las complicaciones perinatales por trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa 2016 fueron bajo peso al nacer en un 45%, dificultad respiratoria y prematuridad con 15% Y hipoglicemia y muerte neonatal 10%.

RECOMENDACIONES

- Informar y orientar a la población especialmente en áreas rurales por medio de un trabajo en equipo por parte del personal de salud incitando a la identificación precoz de patologías y su derivación oportuna.
- La atención prenatal reenfocada debe ser exhaustiva en las gestantes para contribuir en la reducción de la morbilidad materno-perinatal.
- Empoderar a la mujer a ejercer sus derechos sexuales y reproductivos contribuyendo de manera efectiva en la detección de signos de alarma.
- Fortalecer los sistemas de vigilancia comunitaria desde los establecimientos de salud y con la participación de los agentes comunitarios contribuir a una atención prenatal de calidad.

FUENTES DE INFORMACION

1. Jarquín G. JD, Sagastume EA. VIDAS SALVADAS Y MUERTES MATERNAS EN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA, HOSPITAL REGIONAL DE COBAN, ALTA VERAPAZ GUATEMALA, ENERO A DICIEMBRE 2010. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. 2011 octubre-diciembre; 16.
2. Donoso, E. MUERTE MATERNA EN CHILE POR ECLAMPSIA. REV CHIL OBSTET GINECOL. 2013; 75(5), 281-283.
3. Pacheco J, Wagner P, Williams N, Sánchez S. Enfermedad hipertensiva de la gestación. Segunda ed. Lima; 2007.
4. Donoso, E. MUERTE MATERNA EN CHILE POR ECLAMPSIA. *REV CHIL OBSTET GINECOL*. 2013; 75(5), 281-283.
5. Sánchez, L. M., Vélez, C. A., Rodríguez-Gázquez, M. Á., Vélez, J. C., Uribe, D. B., Gómez, D. P., Carmona, S. Z. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con preeclampsia atendidas en una clínica privada de Medellín, Colombia. 2012.
6. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014 Octubre; 60(4).

7. Quintana, NP y otros. Preeclampsia. Medical. Revista Postgrado de la VI cátedra de medicina (Argentina) 2006:133:16-20.
8. Estrada, J. M., Villalobos, J. E., Hernández, F. M., Leythe, E. A., Quispe, J. A., & Moreno, L. A. Gasto cardíaco materno como predictor del Síndrome de Preeclampsia-Eclampsia. *CorSalud*. 2012; 4(2), 87-91.
9. Marrero, J. M. G., Roca, T. Z. O., Almira, R. C., Bauzá, E. B., & Rodríguez, T. G. Caracterización de la enfermedad hipertensiva gestacional en pacientes de la Policlínica Máximo Gómez Báez. *Correo Científico Médico*. 2013; 17 (2).
10. Benites C. Y., Bazán R. S., Valladares G. D. Factores asociados al desarrollo de preeclampsia en un hospital de Piura, Perú. *Ciencia e Investigación Médico Estudiantil Latinoamericana*, 2012; 16 (2).
11. Reyes A. I., Villar, A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. *Rev. peru. ginecol. Obstet.* 2012; 58(4), 273-284.
12. Lara, M., & Santiago, E. (2016). Aumento del volumen medio plaquetario como factor predictivo en una de las complicaciones de la preeclampsia Síndrome de HELLP durante el periodo noviembre de 2015 a junio 2016 en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.
13. RAMÍREZ G. D. Factores Sociodemográficos - Obstétricos y Preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital II ESSALUD, Pucallpa. 2011.
14. Sosa, L., Guirado, M. Estados hipertensivos del embarazo. *Revista Uruguaya de Cardiología*. 2013; 28(2), 285-298.

15. Reyes A. I., Villar, A. Morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé, Lima. *Rev. peru. ginecol. Obstet.* 2012; 58(4), 273-284.
16. RAMÍREZ G. D. Factores Sociodemográficos - Obstétricos y Preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de hospitalización de obstetricia del Hospital II ESSALUD, Pucallpa. 2011.
17. Pinedo, A., & Orderique, L. (2015). Complicaciones maternoperinatales de la preeclampsia-eclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 47(1), 41-46.
18. WILLIAMS, D.J. The pathophysiology of pre-eclampsia. 23ª EDICION cap 706
19. DUCKETT, R.A. KENNY, L. BAKER, P.N. Hypertension in Pregnancy. *Current Obstetrics and Gynaecology*. (Argentina) 2012. 2:7-14.
20. CHAMY, P. y Otros. Perfil Clínico de Embarazadas con Preeclampsia. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecologia*. v.69 n.5 (Chile) 2013. 21-24.
21. JOSEFINA L.A. y otros. Medical. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. (Argentina) 2013.165.12-14.
22. CARRASCAL, E. Preeclampsia grave y Síndrome de Hellp Posparto. Unamed. *Revista cubana de ginecología y obstetricia (Cuba)* 2012;31: 38-39.
23. WILLIAMS, D.J. The pathophysiology of pre-eclampsia. *Intensive Care Med* 2011. (Mexico); 23:20
24. SCHWARCZ, R. "Obstetricia". Preeclampsia. 6^{ta} Edición. El Ateneo. Buenos Aires. 2013.862.p.
25. U.S. National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health Página actualizada 03 octubre 2017.
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000898.htm>

26. Diccionario de la lengua española; 2013. Disponible en:
<http://www.wordreference.com/definicion/est%C3%A1ndar>
27. OMS. Factor de riesgo; 2012. Disponible en:
http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
28. MINSA. Atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud; 2012. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1134_OEI242.pdf.
29. Centro medico Maestranza; 2013. Disponible en:
<http://www.cmaestranza.com/diccionario-medico/57-h.html?start=17>
30. INTERVALO INTEREMBARAZO O INTERGENESICO; 2012.
Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91220105.pdf>
31. The free dictionary; 2012. Disponible en:
<http://es.thefreedictionary.com/puerperio>
32. Síndrome metabólico; 2013. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista174/3_174.pdf
33. Enciclopedia del embarazo; 2013. Disponible en:
<http://bebe.doctissimo.es/enciclopedia-del-embarazo/trofoblasto.html>

ANEXO

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

COMPLICACIONES MATERNO-FETALES EN GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO – DICIEMBRE DEL 2016.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Edad:

- a) 15 – 20 años.
- b) 21 – 26 años.
- c) 27 – 35 años.
- d) Mayor de 35 años

Procedencia:

- a) Zona Rural
- b) Zona Urbana
- c) Zona Urbano marginal

Estado civil:

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada

Grado de Instrucción

- a) Sin estudios
- b) Inicial
- c) Primaria
- d) Secundaria
- e) Superior no universitaria
- f) Superior universitaria

FACTORES OBSTÉTRICOS:

Edad Gestacional:

- 1. < 8 SG
- 2. 8 – 20 SG
- 3. 21 – 34 SG
- 4. > 34 SG

Paridad:

- 1. Nulípara
- 2. Primípara
- 3. Multípara
- 4. Gran multípara

Control pre natal:

- a) Ninguno
- b) 1 – 3
- c) 4 – 6
- d) Mayor a 6

Vía de Terminación de la Gestación

A) Parto

B) Cesárea

COMPLICACIONES MATERNAS

1. Eclampsia	SI	NO
2. Síndrome de Hellp	SI	NO
3. Edema pulmonar	SI	NO
4. Abruption Placentae	SI	NO
5. CID	SI	NO
6. Insuficiencia Renal Aguda	SI	NO
7. Insuficiencia Cardiaca	SI	NO
8. Infecciones nosocomiales	SI	NO

9. Desprendimiento de retina

SI NO

10. Muerte materna

SI NO

COMPLICACIONES FETO-NEONATALES

1. Dificultad Respiratoria SI NO

2. RCIU SI NO

3. Hipoglucemia SI NO

4. Policitemia SI NO

5. Muerte Neonatal SI NO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES EN GESTANTES CON TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PUCALLPA, ENERO – DICIEMBRE DEL 2016.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
<p>Problema principal ¿Cuáles son las complicaciones materno-perinatales en gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?</p>	<p>Objetivo general Determinar las complicaciones materno-perinatales en gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016</p>	<p>En el presente trabajo investigación no se plantea hipótesis ya que es una investigación retrospectiva, descriptiva.</p>	<p>complicaciones materno-perinatales en gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo</p>	<p>Edad: 15 – 20 años. 21 – 26 años. 27 – 35 años. Mayor de 35 años</p> <p>Procedencia: Rural, urbano-marginal</p> <p>Estado civil : Soltera, conviviente, casada.</p>	<p>Tipo Es de tipo descriptivo donde se describen los hechos tal como ocurrieron. Según el tiempo de los hechos y registro de la información es del tipo retrospectivo, pues lo hechos ocurrieron antes del diseño de estudio, además</p>

<p>Problemas secundarios</p> <p>1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>✓ Determinar las características sociodemográficas de las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016.</p> <p>✓ Establecer las características obstétricas de las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016.</p>			<p>Grado de instrucción : Inicial, primaria, secundaria, superior.</p> <p>Paridad : Nulípara Primípara Múltipara</p> <p>Control prenatal < 6 controles > 6 controles</p> <p>Edad gestacional <20 SG 21-34 SG >34 SG</p>	<p>va desde el efecto hacia la causa.</p> <p>Nivel</p> <p>El método utilizado fue observacional y cualitativo.</p> <p>Método</p> <p>Analítico por que la información que se obtuve revisando los datos del estudio para luego sintetizarlo a través de conclusiones.</p>
---	---	--	--	---	--

<p>2. ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?</p> <p>3. ¿Cuál es la vía de interrupción del embarazo en las gestantes según tipo de trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital</p>	<p>✓ Identificar la vía de interrupción del embarazo en las gestantes según tipo de trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016.</p> <p>✓ Determinar la morbi-mortalidad materna en las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016</p>			<p>Vía de terminación de la gestación:</p> <p>Parto Cesárea</p> <p>Comorbilidad :</p> <p>Hemorragias Hipertensión Infecciones Enfermedades crónicas</p> <p>COMPLICACIONES MATERNAS:</p> <p>1. abruptio Placentae 2. c i d 3.insuficiencia renal 4. Hellp 5. insuficiencia cardiaca</p>	
--	---	--	--	---	--

<p>Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?</p> <p>4. ¿Cuál es la morbi-mortalidad materna en las gestantes con trastorno hipertensivo del embarazo en el Hospital Regional De Pucallpa, Enero – Diciembre del 2016?</p>				<p>COMPLICACIONES FETALES :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hipoglicemia 2. Policitemia 3. RCIU 4. dificultad respiratoria 5. muerte neonatal 	
---	--	--	--	---	--