

UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO
RIESGO OBSTÉTRICO



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANUCO
<http://www.udh.edu.pe>

TESIS

“Factores de Riesgo asociados a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales - Oxapampa 2024”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

AUTORA: Enriquez Guizado, Mercedes

ASESORA: Palacios Zevallos, Juana Irma

HUÁNUCO – PERÚ

2026



U

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Obstetricia, Ginecología

D

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Código del Programa: P39

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 43708328

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22418566

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0003-4163-8740

H

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bernuy Pimentel, Jhimmy Jesus	Doctor en ciencias de la salud	42150583	0000-0002-0246-2618
2	Pozo Pérez, Martha Alejandrina	Doctora en ciencias de la salud	22408219	0000-0003-4564-9025
3	Fernández Saromo, Raquel	Maestra en ciencias de la salud, con mención en salud pública y docencia universitaria	23100042	0000-0003-3442-5114



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
SEGUNDA ESPECIALIDAD

MENCIÓN: ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

En la ciudad de Huánuco siendo las 10.00 horas del día 30 del mes de Marzo en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Títulos de la Segunda Especialidad, de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, se reunió el jurado calificador integrado por los siguientes docentes:

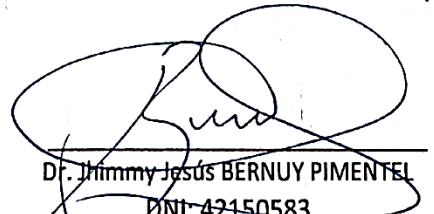
Presidente : Dr. Jhimmy BERNUY PIMENTEL
Secretaria : Dra. Martha Alejandrina POZOPEREZ
Vocal : Mg. Raquel FERNANDEZ SAROMO

Nombrados mediante Resolución N° 0461-2026-D-FCS-UDH de fecha 25 de Marzo del 2026 para evaluar la Tesis intitulada: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS INDUCIDAS POR EL MEBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ERNESTO GERMÁN GUZMÁN GONZALES-OXAPAMPA 2024", presentado por doña Mercedes ENRIQUEZ GUIZADO, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional mención Alto Riesgo Obstétrico.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: Exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las interrogantes formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Apro Boda. Por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Bueno.

Siendo las 11.00 horas del día 30 del mes de Marzo del año 2026, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


Dr. Jhimmy Jesús BERNUY PIMENTEL
DNI: 42150583
Código ORCID: 0000-0001-6754-8877
PRESIDENTE


Dra. Martha Alejandrina POZO PEREZ
DNI: 22408219
Código ORCID: 0000-0003-4564-9025
SECRETARIA


Mg. Raquel FERNANDEZ SAROMO
Código ORCID: 0000-0003-3442-5114
DNI: 23100042
VOCAL



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: MERCEDES ENRIQUEZ GUIZADO, de la investigación titulada "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS INDUCIDAS POR EL EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ERNESTO GERMAN GUZMAN GONZALES - OXAPAMPA 2024", con asesor(a) JUANA IRMA PALACIOS ZEVALLOS, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1529-2025-D-FCS-UDH del P. A. de SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA: ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 12 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 18 de febrero de 2026



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

39. ENRIQUEZ GUIZADO Mercedes.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%	12%	4%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	distancia.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
3	Condorena Pino, Katia Luz. "Factores asociados a enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo en altura, en el Hospital Regional Manuel Nuñez butron Puno durante el año 2018.", Universidad Nacional del Altiplano de Puno (Peru) Publicación	1%
4	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
5	livrosdeamor.com.br Fuente de Internet	1%



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A mis amados hijos: Este éxito académico es tanto suyo como mío, pues nace de su apoyo incondicional y de los sacrificios que compartimos. Gracias por ser mi guía constante y por enseñarme, con su ejemplo, el valor de la perseverancia y el saber. Mi amor por ustedes es infinito.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, mi mayor tesoro: Gracias por ser el cimiento de este sueño. A mis **padres**, gracias por creer en mí cuando más lo necesité; su fe fue el motor de este viaje. A mis **hijos**, gracias por ese amor sin condiciones que me dio fuerzas para seguir. Y a mis **hermanos**, por estar siempre presentes con su cariño. Este logro es, en realidad, un triunfo de todos nosotros

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT.....	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPITULO I.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	15
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN/JUSTIFICACIÓN....	16
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA	16
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	17
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	17
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
CAPITULO II.....	19
MARCO TEORICO	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	19
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	22
2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES	26
2.2. BASES TEÓRICAS	27
2.2.1. PATOLOGIAS HIPERTENSIVAS PROVOCADAS POR LA GESTACION	27

2.2.2.	LOS FACTORES.....	28
2.2.3.	ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU IMPACTO EN EL EMBARAZO.....	31
2.2.4.	LA OBESIDAD Y SU IMPACTO EN LA PREECLAMPSIA Y EL EMBARAZO	33
2.2.5.	NUEVOS HALLAZGOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA: GENÉTICA, INMUNIDAD Y PLACENTA.....	35
2.3.	DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	36
2.3.1.	FACTOR DE RIESGO.....	36
2.3.2.	ASOCIADOS	36
2.3.3.	ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS.....	36
2.3.4.	INDUCIDAS POR EL EMBARAZO.....	36
2.3.5.	GESTANTE	37
2.4.	SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	37
2.5.	VARIABLES.....	37
2.5.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE.....	37
2.5.2.	VARIABLE DEPENDIENTE	37
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	38
	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
3.1.1.	ENFOQUE.....	40
3.1.2.	ALCANCE O NIVEL	40
3.1.3.	DISEÑO.....	40
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	41
3.2.1.	POBLACIÓN	41
3.2.2.	MUESTRA.....	41
3.2.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	41
3.2.4.	TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	42
	CAPÍTULO IV.....	43
	RESULTADOS.....	43
4.1.	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	43
4.2.	FACTORES MATERNOS.....	48

4.3. FACTORES PLACENTARIOS	53
DISCUSION DE RESULTADOS.....	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES.....	59
ANEXOS.....	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edades.....	43
Tabla 2. Estado civil.....	44
Tabla 3. Procedencia.....	45
Tabla 4. Religión.....	46
Tabla 5. Nivel educativo.....	47
Tabla 6. Paridad.....	48
Tabla 7. Atenciones pre natales.....	49
Tabla 8. Nivel de la presión arterial.....	50
Tabla 9. Diabetes.....	51
Tabla 10. Obesidad.....	52
Tabla 11. DPP.....	53
Tabla 12. Placenta Previa.....	54
Tabla 13. RCIU.....	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edades	43
Gráfico 2. Estado civil	44
Gráfico 3. Procedencia	45
Gráfico 4. Religión	46
Gráfico 5. Nivel educativo	47
Gráfico 6. Paridad	48
Gráfico 7. Atenciones pre natales	49
Gráfico 8. Nivel de la presión arterial	50
Gráfico 9. Diabetes	51
Gráfico 10. Obesidad	52
Gráfico 11. DPP	53
Gráfico 12. Placenta Previa	54
Gráfico 13. RCIU.....	55

RESUMEN

Investigación titulada atendida en el establecimiento de salud donde se desarrolló el presente trabajo el 2024, se desarrolló con el objetivo de determinar cuáles son los componentes ligados a las patologías hipertensivas provocadas por la gestación en la población estudiada. La investigación se llevó a cabo considerando tres factores principales. **Factores sociodemográficos**, encontramos, el 60% edades de 20 a 35 años, estado civil, 50% convivientes, 81% de procedencia del área urbana, 48% de religión católica, nivel educativo 50% nivel secundario. **Factores maternos**: 44% multíparas, 79% si tuvo atenciones prenatales, los grados de la tensión arterial 44% igual a 140/90 mmHg, diabetes el 83% no presentaron esta patología, 56% de las pacientes que presentaron obesidad. **Factores placentarios**: DPP, que el 08% de las pacientes presentaron esta complicación, mientras que el 92% no lo presentaron, placenta previa, el 12% de las pacientes presentaron esta complicación, mientras que el 88% no lo presentaron, RCIU, tenemos al 40% que sí presentó esta patología y al 60% que no presentó la complicación.

Palabras claves: Factores, Riesgo, asociados, Enfermedades Hipertensivas, embarazo.

ABSTRACT

A study titled Women treated at the Ernesto Germán Guzmán Gonzales Hospital-Oxapampa 2024 was conducted to determine factors associated with pregnancy-induced hypertensive diseases in the study population. The study considered three main factors. Sociodemographic factors included: 60% aged 20 to 35 years, marital status (50% cohabiting), 81% urban origin, 48% Catholic, and 50% secondary education. Maternal factors included: 44% multiparous, 79% receiving prenatal care, 44% with blood pressure levels equal to 140/90 mmHg, 83% without diabetes, and 56% of patients who were obese. Placental factors: PPD, 8% of patients presented with this complication, while 92% did not; placenta Previa, 12% of patients presented with this complication, while 88% did not; IUGR, 40% presented with this condition, while 60% did not.

Keywords: Risk, Factors, associated, Hypertensive Diseases, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa trascendental en la vida de una mujer, que culmina con el nacimiento de una nueva vida. Sin embargo, no siempre transcurre sin incidentes, ya que pueden surgir diversas complicaciones. Entre ellas se encuentran la amenaza de aborto, el nacimiento prematuro y la diabetes gestacional. De forma destacada, los trastornos hipertensivos son las complicaciones más frecuentes durante la gestación, representando el 70% de todos los casos de complicaciones en el embarazo. Aunque la causa exacta de los trastornos hipertensivos en el embarazo aún no se comprende completamente, se han logrado avances significativos en la identificación de los mecanismos fisiológicos involucrados. Este conocimiento ha permitido mejorar su manejo y tratamiento. Además, se han identificado factores de riesgo que predisponen a estas complicaciones, lo que abre la puerta a la implementación de medidas preventivas. Al aplicar estas estrategias, es posible reducir la morbilidad y mortalidad asociadas, mejorando así los resultados para la madre y el bebé. Aunque las complicaciones hipertensivas suelen presentarse con mayor frecuencia durante el tercer trimestre del embarazo, es importante destacar que también pueden manifestarse antes de la semana 34 de gestación. La edad de la mujer embarazada no es un factor determinante en su aparición temprana.¹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reafirman su compromiso de apoyar la iniciativa internacional de maternidad sin riesgo. Ambas organizaciones trabajarán de cerca con gobiernos y la sociedad civil para fomentar una maternidad verdaderamente saludable. Lograr una maternidad segura es fundamental para el desarrollo sostenible.²

La hipertensión durante el embarazo es un término que engloba una variedad de situaciones. Estas van desde un ligero aumento en la presión arterial hasta casos graves que pueden causar daño a órganos vitales, lo que representa serias complicaciones para la salud tanto de la madre como del bebé.

Al clasificar la hipertensión durante el embarazo, es crucial diferenciar entre las condiciones hipertensivas que ya existían antes de la gestación y los trastornos hipertensivos que se desarrollan específicamente durante el embarazo, especialmente la preeclampsia. Esta distinción es fundamental para un manejo adecuado. Es importante tener en cuenta que la hipertensión puede existir antes de la gestación y ser identificada por primera vez durante el embarazo. Asimismo, esta condición puede manifestarse o diagnosticarse durante el trabajo de parto o incluso en el periodo postparto.³

La hipertensión arterial afecta aproximadamente al 10% en las gestaciones siendo una de los primordiales efectos de enfermedad y mortalidad ya sea materna como fetal. La pre eclampsia representa un estado innato de la gestación que suele aparecer a las veinte semanas de edad gestacional, definida como la elevación de la tensión arterial acompañada de proteinuria en la orina, Sin embargo, otras cursan sin la presencia de proteínas en orina, representando el tipo más frecuente, teniendo un buen pronóstico para la madre y el producto de la gestación.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En forma diaria, un promedio de 830 mujeres pierde la vida debido a causas relacionadas con el embarazo y el parto que, en gran medida, podrían haberse prevenido.⁵

Durante la gestación las patologías hipertensivas y particularmente la denominada pre eclampsia, representan una de las principales causas de las enfermedades y muertes tanto materna como del recién nacido. Se estima que, a nivel global, aproximadamente 50,000 mujeres fallecen anualmente a causa de la preeclampsia. Las denominadas patologías de hipertensión durante la gestación representan una preocupación significativa a nivel mundial. Afectan entre el 5% y el 10% de todas las gestaciones, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas condiciones son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materno-fetal.

En las naciones que se encuentran en vías de desarrollo, como es el caso de todo el Caribe y la América, las EHE son una de las primeras causas de mortalidad de las madres, superando el 25% de los casos. Esta situación es aún más crítica en estas regiones en comparación con los países desarrollados, donde también representan una causa primordial de muerte materna.⁶

Todos los obstáculos de las perturbaciones de la elevación de la presión arterial que están ligadas a la gestación podrían ser extremadamente peligrosos, llevando a una importante morbilidad severa, incapacidad crónica (como hipertensión arterial crónica, insuficiencia renal crónica y posibles daños neurológicos), e incluso provocar la muerte de la madre, del producto, así como del recién nacido. Sabiendo cual es la severidad que representan estas consecuencias, el ingreso a terapia intensiva para las mujeres que desarrollan esta patología se limita a aquellas con un riesgo de muerte elevado.⁷

Esta enfermedad producida por la elevación de la presión arterial, represente una situación médica favoreciendo elocuentemente a las enfermedades y muertes de las madres en todo el mundo. Representa una de las dificultades mayormente comunes y la principal causa de muerte de las madres a nivel mundial, afectando aproximadamente al cinco por ciento hasta el 10.3% de todos los embarazos. Cabe destacar que la HIE es 1.7 veces más frecuente en mujeres que residen a gran altitud en comparación con aquellas que viven a baja altitud.

La Hipertensión Inducida por la gestación es responsable del diez al quince por ciento de mortalidad de las madres sobre todo en las naciones sub desarrolladas, Así mismo, de sus consecuencias fatales, la HIE puede ocasionar deterioros tanto materno como también fetal, e incluso desencadenar modificaciones vasculares y del metabolismo incrementando el peligro de desplegar hipertensión crónica a futuro.

A pesar de estos desafíos, se han observado mejoras significativas en la disminución de las muertes de madres en todo el Caribe y América Latina. Las muertes de las madres en América Latina disminuyeron en 52%, pasando de 124 al sesenta y nueve por cada 100,000 nacimientos vivos. En el Caribe, la reducción estuvo en el 37%, de 276 a 175 por cada 100,000 nacimientos vivos.

A pesar de los avances, estas regiones antes mencionadas no lograron cumplir con uno de los objetivos del milenio específicamente del quinto objetivo, el cual establecía la disminución de las muertes maternas del 75% que se encontraban en los años 90 y 2015. Los padrones territoriales disponibles entre los años dos mil ocho y dos mil catorce no evidencian las disparidades en los resultados de salud materna que persisten entre los países de esta región. 9

En nuestro País las muertes maternas en el 59% son atribuibles a orígenes inmediatas. Entre estas, las hemorragias representan el 25.2% y los trastornos hipertensivos el 18.5%.

Los principales componentes de peligro ligadas a hipertensiones Inducida por el Embarazo (HIE) incluyen: Hipertensión arterial crónica, Diabetes preexistente al embarazo, La edad de la gestante, Ser primípara (primer embarazo), Obesidad y el Tabaquismo

En nuestro país el Perú, los trastornos hipertensivos se posicionan como la segunda causa de mortalidad de las madres, contribuyendo al 32% de los decesos. Específicamente, en la Dirección de Salud (DISA) de Lima, esta condición es la principal causa de muerte materna, representando el 33% de los fallecimientos entre los años 2000 y 2009. El Instituto Materno Perinatal (INMP) refleja una realidad similar, reportando que la hipertensión fue el origen del 43% la mortalidad de las madres entre 2003 y 2013.¹⁰

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál son los Factores de Riesgo asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

PE1. ¿Cuál son los factores de riesgo sociodemográficos asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024?

PE2. ¿Cuál son los factores de riesgo maternos asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024?

PE3. ¿Cuál son los factores de riesgo placentarios asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los Factores de Riesgo asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1. Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024

OE2. Determinar los factores de riesgo maternos asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024

OE3. Determinar los factores de riesgo placentarios asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024

1.4. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN/JUSTIFICACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Las patologías de la gestación denominadas enfermedades hipertensivas representan uno de los orígenes primordiales de mortalidad materna y/o fetal en Perú. El Nosocomio Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa, que atiende diariamente a gestantes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, no es ajeno a esta problemática.

Por ello, es fundamental identificar los componentes de peligro asociados a la prevención del desarrollo y las dificultades de este

padecimiento, beneficiando así la salud tanto de la madre como del feto. Al detectar precozmente a las pacientes con factores de riesgo, se pueden implementar acciones médicas mejoradas que eviten el progreso de la enfermedad y sus potenciales complicaciones.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Dada la escasez de información disponible sobre las enfermedades hipertensivas que están asociadas a la gestación y a los elementos de peligro que afectan la salud de las embarazadas, surge la necesidad de investigar a fondo este tema. El objetivo es proporcionar al personal de salud una recopilación de datos actualizada que les permita fortalecer sus conocimientos y aplicarlos en la práctica.

Contar con información actualizada sobre esta problemática capacitará a los profesionales de la salud para desarrollar y plantear métodos de mediación efectivos dirigidos a las embarazadas, a todas las familias y a nivel de los sectores.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Esta investigación busca abordar y resolver las complicaciones que surgen del conocimiento y las actitudes de las adolescentes en relación con la menarquia. El objetivo principal es mejorar sus comportamientos frente a este proceso.

Para lograrlo, se realizará un estudio descriptivo y cuantitativo. Se utilizarán encuestas para recopilar datos sobre los conocimientos y actitudes de las participantes. Posteriormente, se efectuará un análisis riguroso de estos datos, lo que permitirá una comprensión profunda de la problemática. Además, se aplicará la metodología adecuada para este tipo de estudio, asegurando la validez y fiabilidad de los hallazgos.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones encontradas en este estudio fue la deficiencia en el registro de las historias clínicas. Esto se manifestó en problemas como el

subregistro, la falta de información y la presencia de datos ilegibles, entre otras inconsistencias.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio es viable por varias razones. Contamos con el grupo poblacional caótico y en una cifra considerable de gestantes diagnosticadas con la patología a estudiar, factores que nos permitieron obtener un volumen muestral que fue representativo.

Además, disponemos de principios primarios adecuados y los componentes de personas y económicas necesarios que permitieron llevar a cabo la investigación. La autora del trabajo posee los capitales financieros y el sustentáculo logístico del Hospital para su realización. Finalmente, la factibilidad se asegura al contar con los materiales de bibliografía, financieros y humanos indispensables que permitieron su ejecución.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Múnera Echeverri Ana G. y colaboradores, ejecutaron una tesis relacionada a: Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son una complicación común y un origen significativo de enfermedad y mortalidad en la madre como en el feto. Es crucial que los médicos que atienden a estas pacientes realicen un diagnóstico temprano, determinen la que es de necesidad los tratamientos con medicamentos, y establezcan cuándo se requiere atención en centros especializados. El estudio busca ofrecer una revisión exhaustiva de la codificación, el enfoque de determinación y los pilares del procedimiento de los trastornos hipertensivos del embarazo. Se abarcará su manejo durante el embarazo, el parto y el posparto, así como las implicaciones futuras en el riesgo cardiovascular de las mujeres que padecen estas condiciones. Los trastornos hipertensivos ligados a la gestación representan dificultades cardiológica y obstétrica común. Por ello, es esencial que cualquier médico que atienda o pueda atender a mujeres embarazadas esté familiarizado con su diagnóstico y tratamiento. Esto incluye saber cuándo es necesaria la derivación a centros especializados. Es crucial realizar un seguimiento riguroso de la presión arterial, los síntomas y los resultados de laboratorio. Esto permite la detección temprana de pacientes con alto riesgo, optimizando la atención y determinando el momento adecuado para el parto. Los trastornos hipertensivos pueden surgir o agravarse durante el postparto. Por ello, es crucial que todas las mujeres, ya sean hipertensas o no, reciban instrucciones claras sobre los controles necesarios y los signos y síntomas de alarma específicos de este periodo. Además, los antecedentes gineco-obstétricos forman parte fundamental del historial cardiovascular de una mujer. Tener un historial de preeclampsia es un marcador de riesgo cardiovascular futuro, lo que

subraya la necesidad de un seguimiento a largo plazo.¹¹

Miranda Téllez Delvis José, y colaborador: Realizaron una investigación referente a los Elementos de Peligro relacionado a las enfermedades hipertensivas durante la gestación. Un estudio realizado en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, Nicaragua, durante el primer semestre de 2020, investigó los factores asociados a las manifestaciones hipertensivas gestacionales en embarazadas que tuvieron atención en los consultorios del alto riesgo obstétrico. Las conclusiones sobre las particularidades frecuentes de las embarazadas indicaron que ni el nivel educativo, la procedencia y la ocupación resultaron ser factores de peligro para el desarrollo de las manifestaciones hipertensivas gestacionales en esta población. Aunque la soltería mostró un acrecentamiento de 3.42 veces en el riesgo de desarrollar dicha patología, esta asociación no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, varios factores maternos sí manifestaron ser componentes de peligro con asociación significativa estadísticamente para el síndrome hipertensivo gestacional. Estos incluyen: Duración de vida de la madre mayor de 35 años, Espacio intergenésico superior a 60 meses (el tiempo entre embarazos), Sobrepeso, Obesidad, La combinación de sobrepeso u corpulencia con un incremento de peso materno superior al percentil 90, Un aumento en el peso de la madre superior al percentil 90 por sí solo. En cuanto a los factores de riesgo específicos del embarazo, ninguno mostró una asociación significativa con el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, los resultados confirmaron la hipótesis alternativa del estudio: se manifestó que el aumento del peso mayor a los percentiles de 90 de acuerdo el Índice de Masa Corporal (IMC) es un elemento de peligro con sociedad demostrativa estadísticamente hacia la aparición del síndrome hipertensivo gestacional.¹²

Macedo Ribeiro Fernanda Bárbara, Desarrolló una investigación sobre las enfermedades hipertensivas del embarazo indican que las condiciones más prevalentes son la preeclampsia, la eclampsia y el

síndrome de HELLP. Estas enfermedades representan un riesgo considerable y tienen un impacto significativo en los indicadores de salud materno-infantil. Además de ser una causa directa de muertes maternas y perinatales, estas patologías pueden generar limitaciones permanentes en la salud de la madre y graves problemas derivados de la prematuridad iatrogénica, es decir, partos prematuros inducidos médicamente debido a la severidad de la condición. En relación con el primer objetivo específico, la preeclampsia se manifiesta a partir de la semana 20 de gestación y se clasifica en leve o grave. La preeclampsia leve se diagnostica con niveles en la tensión arterial que es de 140 sobre 90 mmHg. Por otro lado, la preeclampsia grave se identifica si la tensión arterial sistólica es persistentemente ≥ 160 mmHg y/o la tensión arterial diastólica es ≥ 110 mmHg. Además de las cifras tensionales, la preeclampsia grave puede incluir un aumento de la proteinuria ≤ 2.0 en 24 horas y/o la presencia de sintomatologías a modo: cefaleas, visiones borrosas, o turbidez visual, Dolencia ventral, Alteraciones en las enzimas hepáticas y renales, Trombocitopenia (disminución de plaquetas), Edema pulmonar, Escotomas (puntos ciegos en el campo visual) y Convulsiones. Es crucial destacar que la presencia de convulsiones es la característica principal que diferencia la eclampsia de la preeclampsia. En cuanto al tercer objetivo específico, la preeclampsia, eclampsia y el síndrome HELLP se distinguen por sus manifestaciones clínicas y la afectación de diferentes órganos. La preeclampsia se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial (presión arterial $\geq 140/90$ mmHg) y presencia de proteína luego de las veinte semanas de embarazo.

Eclampsia está definida por la presencia de convulsiones motoras generalizadas (tipo gran mal) en mujeres embarazadas que ya padecen preeclampsia, y que no son atribuibles a una condición neurológica preexistente. Estas convulsiones pueden ocurrir antes, durante o después del parto. El síndrome HELLP es una complicación grave donde predominan la hemólisis microangiopática (destrucción de glóbulos rojos), la trombocitopenia (disminución de plaquetas) y el daño hepático y renal. Para abordar el tercer objetivo específico, es crucial destacar

que el procedimiento de las patologías de elevación de la tensión arterial de la gestación debe iniciarse independientemente de la severidad de la condición, ya que cualquier paciente puede complicarse con eclampsia. El manejo de estas enfermedades incluye una serie de medidas: Internación hospitalaria, Administración de antihipertensivos específicos para la gestación, Medidas de soporte ventilatorio, Uso de sulfato de magnesio, Corticoterapia y Finalmente, la resolución del embarazo (parto).¹³

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Alarcón Tito Kelly, y colaboradores: Desarrollaron un estudio relacionado a los elementos de peligro de la pre eclampsia en embarazadas que fueron evaluadas en un Hospital de San Juan de Lurigancho de Lima en el lapso del 2022 en el Servicio de Ginecoobstetricia. Los resultados de este estudio revelaron diversas asociaciones con los trastornos hipertensivos en el embarazo: Factores Sociales y demográficos: El tiempo de vida de 20 a 34 años estuvieron preponderantes, simbolizando el 74.5% de los temas, indicando una asociación significativa en este grupo etario. Factores Gineco-obstétricos: El tiempo entre un embarazo y otro mayor a 60 meses se observó en el 40% de las gestantes, sugiriendo una relación con el riesgo. El tiempo de embarazo por encima de las treinta y siete semanas estuvo presente en el 54.5% de los casos, mostrando también una asociación. Componentes de Referencias Patológicas: Embarazadas sin obesidad representaron el 58.3% de los casos, lo que podría indicar que la ausencia de obesidad es un factor protector o que la muestra no reflejó la prevalencia esperada de obesidad como componente de peligro en el grupo con trastornos hipertensivos. Las gestantes con hipertensión arterial preexistente constituyeron el 56% de los casos, confirmando una asociación significativa. Finalmente concluyeron que los componentes de peligro ginecológicos y obstétricos están concernientes con la preeclampsia en señoras gestantes. Específicamente, el periodo intergenésico (el tiempo entre embarazos) y la edad gestacional mostraron una significancia particular. Estos factores pueden complicar

la gestación y, lamentablemente, resultar en desenlaces mortales tanto para la madre como para el recién nacido.¹⁴

Díaz Silva Ítala Elizabeth, Elaboró un estudio sobre enfermedades hipertensivas y sus peculiaridades sociales y demográficas en la salud de las embarazadas que fueron evaluadas en el Nosocomio de la ciudad de Cajamarca en el transcurso del 2022. Los resultados del estudio revelan el siguiente perfil de las gestantes: Edad: La mayoría, un 63.3%, tenía entre 21 y 35 años. Nivel Educativo: El 51.2% de las participantes había completado la educación secundaria. Procedencia: Más de la mitad, el 54.2%, provenía de zonas rurales. Control Prenatal: Un 62.7% de las gestantes asistió a seis o más controles prenatales. Paridad: El 44.6% eran multíparas (habían tenido embarazos anteriores). Período Intergenésico: El 54.8% tuvo un espacio entre embarazos (tiempo entre embarazos) dos años o más. Edad Gestacional: La mayoría, el 63.9%, exteriorizó un tiempo de embarazo entre 37 y 42 semanas, con un promedio de 37 a 38 semanas. Antecedentes de Hipertensión Gestacional: El 72.3% no reportó antecedentes de enfermedad hipertensiva durante la gestación.

Los resultados del estudio mostraron que aproximadamente el catorce por ciento de las embarazadas presentaban la patología, el 12% sufría de hipertensión gestacional, y un 0.6% tenía hipertensión arterial crónica sobre agregada. Al analizar las hipótesis, se encontró una correspondencia significativa entre la preeclampsia y los antecedentes de patologías hipertensivas de la gestación ($p=0.007$). Sin embargo, no se identificó una relación significativa entre las demás variables del estudio y las enfermedades hipertensivas. En conclusión, este estudio determinó que solo existe una relación entre la preeclampsia y los antecedentes de hipertensión en el embarazo. No se reportaron alguna relación con otras patologías de índole hipertensivo y las particularidades sociales y demográficas o de salud de las embarazadas evaluadas en el establecimiento sanitario donde se desarrolló el trabajo.¹⁵

Mendoza-Vilcahuaman Jenny y colaboradores: Realizaron una investigación en relación a los Elementos ligados a las hipertensiones en las personas que habitan en las zonas de altura de Lima en el año 2021. Se analizaron los datos de 940 gestantes, con una edad promedio de 36.7 ± 5.8 años (rango de 15 a 44 años). Las manifestaciones clínicas más frecuentes en las embarazadas con Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) fueron: Edemas: 63.1%, Cefalea (dolor de cabeza): 61.9%, Epigastralgia (dolor en la boca del estómago): 51.4%, Zumbido de oídos: 41.9%, Hiperreflexia (reflejos exagerados): 26.4%, Escotomas (alteraciones visuales): 19.8% En cuanto a los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de HIE en comparación con embarazadas con presión arterial normal, se identificaron los siguientes: Obesidad: Presente en el 78.1% de las gestantes con HIE versus 39.2% en las normotensas. Esto representa un riesgo 3.54 veces mayor, Edad extrema (menor de 20 o mayor de 35 años): Se encontró en el 27.1% de las gestantes con HIE frente al 17.3% en las normotensas, lo que indica un riesgo 1.56 veces mayor Los hallazgos indican que los síntomas más comunes de la Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE) son los edemas, la cefalea (dolor de cabeza) y la epigastralgia (dolor en la boca del estómago). Además, se concluyó que la edad extrema (muy joven o muy avanzada) y la obesidad son factores que aumentan significativamente el riesgo de HIE en gestantes que residen en zonas de altura, lo que a su vez incrementa el riesgo de mortalidad materna y perinatal.¹⁶

Vega Garay Yesenia: En estudio realizado en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho, Perú, entre 2019 y 2020, analizó los trastornos hipertensivos en gestantes. La prevalencia general de estos trastornos en la población estudiada fue del 2.3%. Los tipos de trastornos hipertensivos identificados en las gestantes fueron: Preeclampsia/eclampsia: 87.2%. Hipertensión gestacional: 11.7%. Hipertensión crónica: 1.1%. Características Epidemiológicas y Demográficas. El perfil de las gestantes con trastornos hipertensivos se caracterizó por: Edad: La mayoría eran jóvenes (74.5%), seguidas por

adultas (13.8%) y adolescentes (11.7%). Nivel de instrucción: Predominó la secundaria (62.8%), seguida por la superior (26.6%) y primaria (10.6%). Estado civil: La mayoría vivía en convivencia (71.3%), mientras que el 15.9% eran casadas y el 12.8% solteras. Procedencia: El 73.4% de las pacientes procedía de zona urbana, y el 26.2% de zona rural. Ocupación: La mayoría eran amas de casa (84.0%), con un 10.6% que trabajaban y un 5.4% que estudiaban. Características Obstétricas. En cuanto a las características obstétricas: Periodo Intergenésico (PIG): Un 24.5% tuvo un PIG corto, 19.1% adecuado y 18.1% largo. Paridad: La mayoría eran multigestas (61.7%), y el 38.3% primigestas. Edad gestacional al momento del diagnóstico: El 84.0% estaba a término, el 14.9% pretérmino y el 1.1% postérmino. Control prenatal (APN): El 73.4% de las gestantes tuvo un control prenatal adecuado, mientras que el 26.6% lo tuvo inadecuado. Características Clínicas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: Cefalea (dolor de cabeza): 37.2%. Edemas: 26.6% Tinnitus (zumbido de oídos): 12.8% Escotomas (alteraciones visuales): 9.6% Epigastralgia (dolor en la boca del estómago): 7.4%. Un 43.6% no presentó síntomas clínicos. Características Laboratoriales. En los exámenes de laboratorio se encontró: Proteinuria: 62.8%. Creatinina elevada: 48.9%. Enzimas hepáticas elevadas: 10.6%. Plaquetopenia (plaquetas bajas): 4.3%. HDL (colesterol bueno): 4.3%. Un 19.1% no presentó signos de laboratorio patológicos. Conclusión: El estudio concluyó que las gestantes con trastornos hipertensivos atendidas en este hospital eran predominantemente jóvenes, con instrucción secundaria, convivientes, de procedencia urbana y amas de casa. Además, eran multigestas, contaban con un control prenatal adecuado y, en los exámenes de laboratorio, la proteinuria fue una característica común.¹⁷

Montañez Rodríguez, Magaly Ennit: Desarrolló una investigación sobre un estudio realizado por Gómez Borda en 2021, analizando datos de 2019 del Hospital de Apoyo Jesús Nazareno en Ayacucho, Perú, investigó los factores de riesgo asociados a la Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE). Las conclusiones principales fueron: De las

gestantes atendidas, el 95% presentó preeclampsia y el 5% eclampsia. Se determinó que los factores sociodemográficos como la edad, el estado civil y el grado de instrucción no tienen una relación significativa con la HIE ($p>0.05$) en esta población. Asimismo, los factores obstétricos como el control prenatal, la edad gestacional, el número de fetos en el embarazo y el periodo intergenésico no mostraron una relación significativa con la HIE. Se ha encontrado evidencia que la hipertensión inducida por el embarazo está relacionada con los antecedentes patológicos de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho ($p<0.05$). Esto sugiere que condiciones médicas preexistentes en la madre influyen significativamente en el desarrollo de esta complicación durante la gestación.¹⁸

2.1.3. ANTECEDENTES REGIONALES

Niño Palomino Lidiana Yolanda, y colaboradora: Realizaron el estudio sobre Un estudio realizado en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco, entre enero y diciembre de 2021, tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la hipertensión arterial inducida por el embarazo (HIE) en gestantes que residen en zonas de altura. En cuanto a los factores sociodemográficos, se observó que la mayor proporción de gestantes con HIE, un 46.6%, tenía 36 años o más. Le siguieron las menores de 20 años, con un 32.9%. El grupo de 20 a 35 años representó una menor proporción, con un 20.5%. Este estudio sobre gestantes reveló las siguientes características sociodemográficas predominantes: Procedencia: La mayoría (78.1%) residía en zonas urbanas, mientras que el 21.9% provenía de áreas rurales. Ocupación: Un 69.9% eran amas de casa, seguidas por estudiantes (19.2%) y trabajadoras (11%). Nivel Educativo: El 58.9% había cursado hasta el nivel secundario, un 30.1% hasta primaria, y el 11% tenía educación superior no universitaria. Estado Civil: La mayoría (60.3%) vivía en convivencia, el 26% eran solteras y el 13.7% casadas. Los hallazgos del estudio sobre la hipertensión arterial en el embarazo en gestantes que viven en zonas de altura revelaron las siguientes características

relacionadas con factores obstétricos y de salud: Antecedentes de Hipertensión Inducida por el Embarazo (HIE): Familiares: La mayoría (68.5%) no tenía antecedentes familiares de HIE, mientras que el 31.5% sí los presentaba. Personales: Un porcentaje aún mayor (79.5%) no tenía antecedentes personales de HIE, en contraste con el 20.5% que sí los tenía. Índice de Masa Corporal (IMC): La distribución del IMC mostró que el 35.6% de las gestantes presentaban obesidad, el 27.4% sobrepeso, el 23.3% un peso normal y el 13.7% bajo peso. Paridad: Las multíparas (41.1%) constituyeron el grupo más grande, seguidas por las nulíparas (32.9%) y las primíparas (26%). Control Prenatal: Un 64.4% de las gestantes tuvo un control prenatal adecuado, mientras que el 35.6% no lo tuvo. Anemia: La mayoría (75.3%) no presentó anemia, con un 24.7% que sí la tenía. Pre eclampsia Previa: El 69.9% no tenía antecedentes de preeclampsia previa, aunque el 30.1% sí había experimentado esta condición anteriormente.¹⁹

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. PATOLOGIAS HIPERTENSIVAS PROVOCADAS POR LA GESTACION

La Enfermedad Hipertensiva del Embarazo agrupa diversas condiciones que comparten la característica de la presencia de elevación de la tensión arterial durante el embarazo.

El análisis se establece cuando se cumplen los siguientes criterios, con la paciente en reposo y en dos ocasiones separadas por al menos seis horas:

- Cifras de tensión arterial iguales o superiores a 140/90 mmHg.
- Un incremento en la tensión arterial sistólica mayor a 30 mmHg y/o de la tensión arterial diastólica mayor a 15 mmHg en relación a las cifras previos al embarazo.
- Una presión arterial media (TAM) igual o superior a 90 mmHg durante la primera mitad del embarazo, o igual o superior a 95 mmHg en el

último trimestre.

- Un aumento de la presión arterial mediana mayor de 20 mmHg respecto a la TAM basal.

La hipertensión arterial durante la gestación está definida por una presión diastólica superior a 90 mmHg. Este valor debe obtenerse con un cociente de al menos dos comprobaciones tomadas con un mínimo de una diferencia de cinco minutos, en la misma extremidad y durante la propia consulta. La gestante con una tensión arterial sistólica superior a 140 mmHg requiere un seguimiento estricto, dado el riesgo de desplegar hipertensión diastólica. Por otro lado, la hipertensión arterial severa se diagnostica cuando la presión sistólica supera los 160 mmHg o la presión diastólica es mayor de 110 mmHg. Para confirmar este diagnóstico, es necesaria una subalterna comprobación luego de los quince minutos posteriormente a la primera, en el brazo que se estuvo midiendo. Si la prominencia no es inflexible, se demanda la toma de la tensión arterial de manera seriada con la finalidad de corroborar el diagnóstico.

Finalmente, la hipertensión aislada, también conocida como resultado guardapolvo blanco, se refiere a una presión arterial diastólica superior a 90 mmHg registrada dentro de los ambientes de examen clínico, pero con valores normales al medirse en casa.²⁰

2.2.2. LOS FACTORES

a) Componentes sociales y demográficos

El tiempo de vida de la madre y el Peligro de Hipertensión Provocada por la gestación.

Según diversos expertos, el tiempo de vida maternas (menos de 20 y más 35 años) están consideradas un factor de peligro importante en la presencia de la elevación de la tensión arterial durante la gestación (HIE). Se ha observado que, en estas franjas de edad, el riesgo de sufrir preeclampsia (PE) puede duplicarse.

Existen varias teorías para explicar este aumento del riesgo. Una de las principales teorías existentes manifiesta que las señoras con

tiempo de vida mayor a los 35 años tienden a presentar en mayor proporción patologías vasculares diarias, lo que podría facilitar la aparición de la preeclampsia.

En contraste con las pacientes mayores, se ha propuesto que las gestantes muy jóvenes tienen una mayor tendencia a desarrollar placentas anormales. Esta observación refuerza la teoría de que la placentación inadecuada es un factor clave en la aparición de la preeclampsia.

El Estado Civil y la Preeclampsia: Perspectivas de Diferentes Estudios

La relación entre el estado civil y la experiencia de la preeclampsia ha sido explorada en diversos estudios, arrojando resultados variados.

Un análisis que investigó la experiencia de la preeclampsia durante el vivir diario de un conjunto de señoras reveló que mayoritariamente fueron de estado civil casada, mientras que un porcentaje menor vivía convivencia conyugal y fueron pocas las que estaban sin pareja o solteras.

De otro lado, una investigación llevada a cabo por Laza en 2014, que se centró en la preeclampsia severa y sus causas en 10 mujeres de 20 a 42 años, encontró que la mayoría de las participantes pertenecían a un estado social y económico entre medio y bajo y su etapa civil predominante era la conviviente.

Nivel Educativo y Preeclampsia:

Según el INEI de 2017, la distribución educativa en la población peruana de 25 años o más es la siguiente: el 5.2% tiene educación inicial, el 26.0% primaria, el 38.6% educación secundaria, y el 30.1% superior.

En una monografía reciente, cuyo propósito era establecer la existencia de una correlación entre componentes que se disponen y el

síndrome y nivel de pre eclampsia, se halló mayoritariamente de las embarazadas participantes tenían el nivel educativo secundario.²¹

b) Elementos Maternos: El número de partos y el Riesgo de Preeclampsia

La paridad, definida como el número de partos que ha tenido una mujer, habiendo identificado que era un componente influyente en el peligro de pre eclampsia.

Estudios previos han señalado que las cifras altas de partos (tres a más partos anteriores) aumenta el riesgo de preeclampsia hasta 2.3 veces. Se ha observado que este riesgo se incrementa aún más cuando la multiparidad se combina con una mayor edad materna, en comparación con la multiparidad como factor independiente.

Sin embargo, los hallazgos pueden variar. Por ejemplo, un estudio de Pasquel indicó que ser multigesta representa un riesgo 2.3 veces mayor de desarrollar preeclampsia. Curiosamente, ser segundigesta mostró una relación inversa con la preeclampsia en un análisis no paramétrico, aunque esta asociación fue descartada en el cálculo del Odds Ratio (OR) debido a que el intervalo de confianza incluía la unidad.

Por otro lado, algunas investigaciones concluyen que la primiparidad (primer embarazo) representa un elemento de peligro frecuente en la aparición de la elevación de la tensión arterial en la gestación (HIE), lo cual está en línea con la literatura existente. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar la paridad durante las destrezas usadas para planificar la familia, la vigilancia epidemiológica, la consejería pre concepcional de las embarazadas.

La Importancia de la Atención Prenatal (CPN)

La Atención Prenatal (CPN) comprende un conjunto de acciones y procedimientos organizados de forma sistemática y periódica. Su objetivo principal es prevenir, diagnosticar y tratar cualquier factor que pueda poner en riesgo el bienestar de la vida materna como del recién nacido.

A través del CPN, se supervisa de cerca el desarrollo del embarazo y se identifican posibles factores de riesgo que puedan afectar a la madre y al feto. De esta manera, se busca reducir las posibilidades de enfermar o morir durante esta etapa, además de tomar adecuadas para la preparación de la madre en el proceso del parto como en el proceso de la crianza de su hijo-

Principios y Objetivos de la Atención Prenatal

La vigilancia anterior al nacimiento es esencial para el logro de una gestación sana y debe ser:

- **Precoz:** Iniciando tan pronto como se sospecha el embarazo, incluso ante un simple retraso menstrual.
- **Periódica:** Con una frecuencia mensual hasta la semana 32, luego quincenal, y finalmente semanal a partir de la semana 37 hasta el final de la gestación.
- **Integral:** Requiere la colaboración de diversos profesionales de la salud para asegurar una prevención efectiva de complicaciones durante la gestación.

Dentro de los propósitos fundamentales de la atención prenatal están la identificación de las embarazadas de mayores peligros realizando procedimientos oportunos para la prevención de los peligros mencionados, buscando de esta manera resultados perinatales óptimos. Las consultas habituales no solo detectan riesgos obstétricos y perinatales de manera temprana, sino que también facilitan la implementación de medidas preventivas y promueven hábitos saludables a lo largo del embarazo.

2.2.3. ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU IMPACTO EN EL EMBARAZO

La hipertensión arterial (HTA) es una complicación que afecta al a una población de gestantes en un 10% representando una procedencia significativa de enfermedad y muerte materna, fetales y perinatales.

Esta enfermedad representa la forma de HTA inducida por el embarazo, cuya causa está vinculada a un aumento en la producción de proteínas antiangiogénicas. Sus manifestaciones clínicas son variadas, pudiendo ir desde una HTA leve con proteinuria, hasta cuadros muy severos que incluyen:

- Trombopenia (disminución de plaquetas)
- Disminución en los niveles de hemoglobina
- Disfuncionalidad del hígado
- Acumulación de líquido en los pulmones
- Convulsiones

Diabetes

Diabetes mellitus es la patología que más comúnmente complica el embarazo, con repercusiones tanto en el estado de salud futura materna como la del niño. Aproximadamente portan con la enfermedad diabética un 0.3% de las señoras durante su etapa fértil. Se estima que entre el 0.2% y el 0.3% de los embarazos ocurren en mujeres con diabetes preexistente a la gestación, mientras que patología diabética durante el embarazo tiende a complicar entre un uno y el catorce por ciento de las gestaciones.

Por vez primera diagnosticada la diabetes durante la gestación esta tiende a afectar en un tres a cinco por ciento de las gestantes. El ochenta por ciento de estos temas, se cree que se debe a una réplica deficiente del páncreas, deficiente e inepta de subsanar la tenacidad funcional a la insulina que ocurre durante el embarazo. El restante veinte por ciento se entiende estar relacionado con un aumento en la firmeza en resistir frente a la insulina que no es convenientemente compensado con una réplica normal del páncreas.

Los efectos negativos de la diabetes en el embarazo se atribuyen a los cambios metabólicos causados por una mayor tenacidad frente a

la insulina, posiblemente influenciada por el lactógeno placentario. Esto lleva a presentar una hiperinsulinemia compensatoria; sin embargo, los grados de glucemia postprandial acrecientan significativamente a la forma como avanza la gestación. Durante el último trimestre del embarazo, en ayunas la glicemia tiende a disminuir esto se debe al mayor dispendio de glucosa de parte del feto y también de la placenta.

2.2.4. LA OBESIDAD Y SU IMPACTO EN LA PREECLAMPSIA Y EL EMBARAZO

El aumento en lo concerniente al índice de masa corporal (IMC) eleva el peligro de presentar una pre eclampsia, lo que esto conlleva a consecuencias adversas para la madre y el bebé. La obesidad es una condición metabólica y endocrina compleja que puede generar diversas complicaciones durante el embarazo. Ha sido identificada como un factor de riesgo para la preeclampsia, impactando negativamente el curso de la gestación. En particular, la obesidad combinada con hiperlipidemia (niveles elevados de lípidos en sangre) se asocia con un mayor nivel de estrés oxidativo y disfunción endotelial. Estos factores incrementan significativamente a una posibilidad mayor de desplegar pre eclampsia.

La hiperlipidemia en madres con obesidad consigue intensificar la fuerza oxidativa, lo que a su vez provoca disfuncionalidad en las células del endotelio, así como desequilibra la síntesis de los que componen los vasos activos como la prostaciclina y el tromboxano. La excesiva peroxidación de lípidos, la disfuncionalidad celular endotelial y la alteración en la producción de la prostaciclina y del tromboxano representan los fenómenos mayores frecuentes en las señoras gestantes con pre eclampsia más comunes en mujeres con preeclampsia y que cursaron con una tensión arterial normal.²²

Factores Placentarios en la Preeclampsia

Preeclampsia se entiende como un síndrome directamente ligado a una gestación, estando ligado su presencia a una dependencia intrínsecamente a la existencia placentaria durante esta etapa. Se ha

propuesto que la raíz de esta condición reside en una anomalía placentaria.

Esta anomalía se exterioriza debido a una disminución en la perfusión sanguínea a la placenta, la cual puede ser causada debido a la presencia de una anormal placentación o debido a una falla en la reorganización de las arterias espirales o a una vasodilatación. En términos más simples, la placenta no se forma ni funciona correctamente, lo que compromete el flujo de sangre necesario.

Se postula que la preeclampsia está directamente ligada a la interacción con la embarazada y el feto/placenta. Específicamente, se sugiere una anormal placentación podría ser desencadenada debido a una inmunología errónea. Este error impulsaría una cascada de eventos fisiopatológicos culminando en el desarrollo de la preeclampsia.

Desde una perspectiva inmunológica, la unión feto placentaria puede considerarse un aloinjerto. Cuando los mecanismos de tolerancia inmunitaria entre el tejido fetal trofoblástico y el de la madre fallan, se produce una repercusión inmunitaria anómala. Esto ocurre al sensibilizarse el sistema inmune materno con antígenos fetales de origen paterno.

La teoría inmunológica ayuda a explicar por qué el riesgo de preeclampsia aumenta en ciertas situaciones, tales como:

- La primera gestación
- Tener pareja nueva luego al embarazo anterior
- Gestaciones con óvulos donados

Curiosamente, un riesgo de preeclampsia parece disminuir con una mayor permanencia de una práctica sexual activa con una sola pareja antes del embarazo, si es que ocurre cuando la persona no haya usado como método anticonceptivo los de barrera. Esto sugiere una posible exposición y adaptación inmunológica.

Como se mencionó, se han identificado diversas modificaciones inmunitarias en casos de preeclampsia. Por ejemplo, están demostrados una baja en los grados circulantes de inmunoglobulinas IgG e IgM. Además, otra alteración notoria es la reducción de los anticuerpos bloqueantes, los cuales normalmente ayudarían a prevenir una respuesta inmunológica adversa.

Tradicionalmente, se especulaba que la inmunidad humoral estaba complicaba el desarrollo de la pre eclampsia. Pero existen, investigaciones posteriores han demostrado que los antígenos fetales igualmente consiguen que se inicie un proceso inmunológico, originado por las células de la decidua. Es conocido que la decidua tiene un preponderante rol para el reconocimiento inmunológico del tejido trofoblástico (parte de la placenta).

En este momento, están identificados antígenos de histocompatibilidad clave, el HLA-G. Este antígeno se enuncia en el citotrofoblasto y es fundamental para la protección inmunológica y el de la gestación. En casos de preeclampsia, se ha observado que este antígeno presenta alteraciones.

2.2.5. NUEVOS HALLAZGOS EN LA ETIOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA: GENÉTICA, INMUNIDAD Y PLACENTA

Recientes investigaciones han identificado una variante alélica del gen HLA-G en pacientes con preeclampsia, sugiriendo una base genética. Además, se propone que citoquinas caso de la interleucina-6 (IL-6) y el componente de gangrena tumoral (TNF), moléculas de adhesión celular, y productos derivados de neutrófilos podrían contribuir al desarrollo de la enfermedad.

Más allá de los factores inmunitarios, otras hipótesis sobre la causa de la preeclampsia se centran directamente en la placenta. Se plantea que un tamaño placentario aumentado o modificaciones en su microvasculatura podrían reducir significativamente la perfusión sanguínea. Esta disfunción también se asocia con alteraciones en la

diferencia e irrupción del citotrofoblasto y un término anómala de proteínas de la matriz extracelular, todos factores que contribuyen a la patología.²³

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. FACTOR DE RIESGO

El componente de peligro viene a ser cualesquiera de las particularidades o condiciones que incrementa una probabilidad de que el ser humano pueda desarrollar una patología o soporte un problema en la salud. Estos factores no son la causa directa de las patologías, pero sí la predisponen o facilitan su aparición.²⁴

2.3.2. ASOCIADOS

El término asociados se refiere a variables que guardan una relación con un resultado o fenómeno, aunque esta conexión no implica necesariamente una causa y efecto. Es decir, son elementos que pueden influir en, o estar vinculados a, un evento, una condición o un comportamiento.²⁵

2.3.3. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS

Las enfermedades hipertensivas, comúnmente conocidas como hipertensión, se caracterizan por una elevación sostenida de la presión arterial. Esto significa que la sangre ejerce una fuerza excesiva contra las paredes de las arterias de forma constante, lo que puede causar daños en el sistema cardiovascular y en otros órganos del cuerpo.²⁶

2.3.4. INDUCIDAS POR EL EMBARAZO

El término inducidas por el embarazo hace referencia a aquellas condiciones médicas que aparecen o empeoran a causa de la gestación.

Un caso representativo es la hipertensión inducida por el embarazo (HIE), o hipertensión gestacional. Se caracteriza por el aumento de la presión arterial durante la gestación en mujeres que anteriormente presentaban valores normales.²⁷

2.3.5. GESTANTE

Una gestante es una mujer que está en el proceso biológico de albergar y desarrollar un feto en su útero. La duración de la gestación puede variar, y puede concluir con el parto o con la interrupción del embarazo.²⁸

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

Ha. Existen los factores de riesgo asociados a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024

Ho. No existen relación factores de riesgo asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores asociados

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Enfermedades Hipertensivas

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición	Dimensiones	Indicador	Categoría	Escala de medición	Tipo de variable	
Factores de riesgo	Una circunstancia o situación que eleva la probabilidad de que una paciente desarrolle una enfermedad hipertensiva es un factor de riesgo . Estos factores no causan directamente la enfermedad, pero sí la predisponen o facilitan su aparición.	Socio demográficas	Edad	Menores a 20 20 a 35 Mayor de 35	Ordinal	Cuantitativa	
			Estado civil	Casada Conviviente Soltera Divorciada	Nominal	Cualitativa	
			Procedencia	Área urbana Área rural	Nominal	Cualitativa	
			Religión	Católica Evangélica Otra	Nominal	Cualitativa	
			Nivel educativo	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior incompleta Superior completa	Ordinal	Cualitativa	
			Materna	Paridad	Primípara Multípara Gran multípara	Nominal	Cualitativa
				APN	Si No		

		Nivel de presión arterial	140/90 mmHg =140/90 mmHg >140/90 mmHg	Ordinal	cuantitativa
		Diabetes	Si No		Cualitativa
		Obesidad	Sí No		Cualitativa
	Placentaria	DPP	Si No	Nominal	Cualitativa
		PP	Si No		Cualitativa
		RCIU	Si no		Cualitativa
Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo	Bajo la denominación de trastornos hipertensivos del embarazo se agrupa una serie de condiciones que comparten una característica fundamental: la presencia de tensión arterial elevada en la etapa del embarazo.	Preeclampsia	Sí No		Cualitativa
		Eclampsia	Si No	Nominal	Cualitativa
		Síndrome de HELLP	Si No	Nominal	Cualitativa

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio se caracteriza por su diseño observacional, lo que significa que el investigador no intervino en las condiciones de los participantes.

En cuanto a su alcance, es clínico-epidemiológico, buscando analizar aspectos de la salud en un contexto poblacional.

Por la cifra de medidas en las variables, se clasifica como correlacional descriptivo ya que busca describir las variables y explorar posibles relaciones entre ellas.

Finalmente, la recolección de datos se realizó de manera transversal retrospectiva, recopilando información de un único momento en el tiempo, pero basándose en datos ya existentes.

3.1.1. ENFOQUE

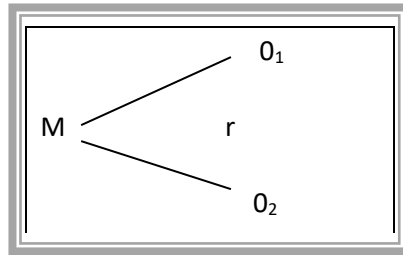
Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo, basándose en la medición numérica y el análisis estadístico para identificar patrones de comportamiento. Esto se logró a través de la observación y evaluación de los fenómenos en estudio, transformándolos en datos numéricos que fueron analizados estadísticamente.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

Este estudio se sitúa en un nivel básico y descriptivo. Su objetivo principal es analizar la manera en que se manifiesta el fenómeno observado, enfocándose en detallar sus características sin buscar relaciones causales profundas.

3.1.3. DISEÑO

Concerniente a nuestro trabajo se usaron un diseño investigativo correlacional descriptivo, siendo el esquema usado:



Donde:

M = es la muestra del estudio.

O₁, O₂ = Indica las observaciones o las mediciones en cada una de las variables.

r = es el coeficiente de correlación entre las variables. ²⁹

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Población: estuvo representada por un numero de 52 pacientes que cursaron con la enfermedad en estudio durante el periodo 2024 en el Hospital donde se realizará el estudio

3.2.2. MUESTRA

Estuvo representada por el universo del estudió, o sea por la totalidad de la población en el tiempo designado para la realización del trabajo, que son 52 pacientes.

3.2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En este estudio, la información se recopilará mediante la técnica de observación, utilizando una ficha de datos como instrumento principal. Esta ficha permitió recolectar información específica basada en las variables e indicadores definidos para la investigación.

Los instrumentos clave que se emplearon para obtener las identificaciones fueron los historiales clínicos de las embarazadas y un cuestionario preliminarmente constituido.

3.2.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de los datos, se utilizaron el software estadístico SPSS versión 24.0. Este se aplicó a un nivel descriptivo explicativo, buscando establecer relaciones entre las variables estudiadas.

La exposición de los gráficos se realizó con Excel 2016.

Se emplearon métodos de estadística descriptiva, incluyendo:

- Medidas de tendencia central: rango, media, mediana y moda.
- Medidas de dispersión: desviación estándar.
- Proporciones o porcentajes.30

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 1. Edades

Edades	N°	%
Menos de 20 años	10	19
20 a los 35 años	31	60
Las mayores de los 35 años	11	21
TOTAL	52	100

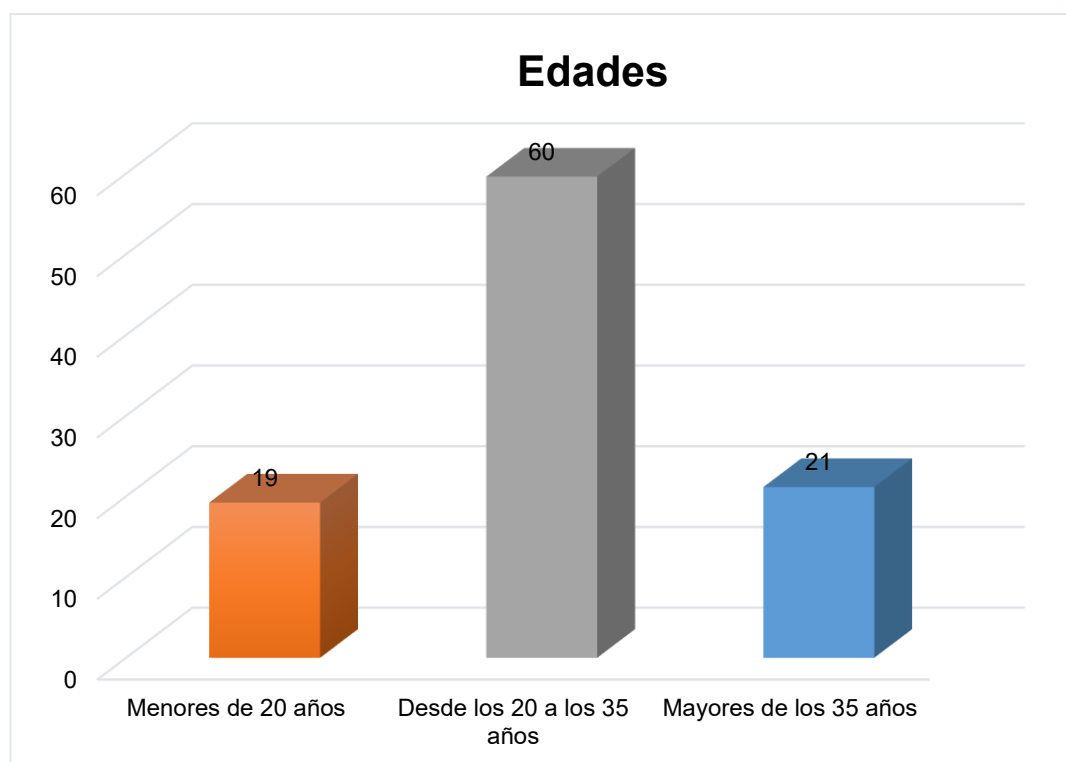


Gráfico 1. Edades

Interpretación. Según se evidencia en los resultados tenemos al 19% edades menores a 20 años. El 60% edades de 20 a 35 años y 21% edades mayores a los 35 años.

Tabla 2. Estado civil

Estado civil	N°	%
Casada	10	19
Conviviente	26	50
Soltera	11	21
Otro	05	10
TOTAL	52	100

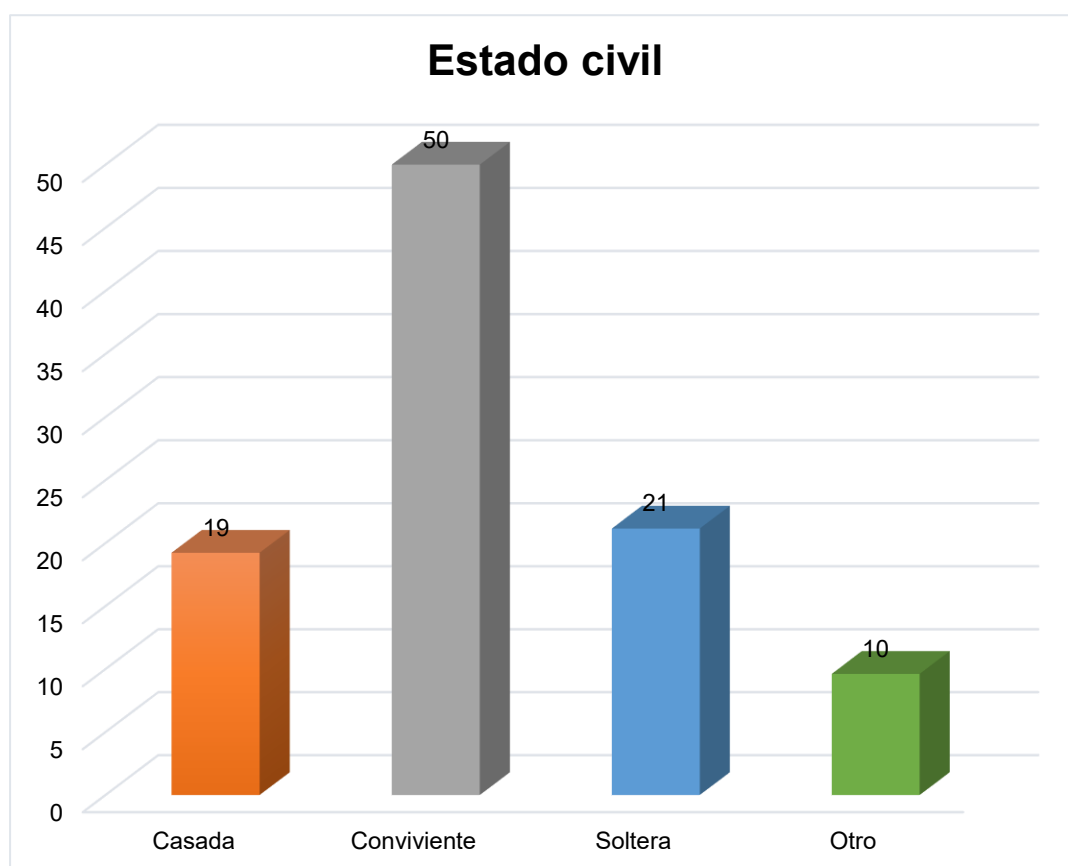


Gráfico 2. Estado civil

Interpretación. De acuerdo a lo que evidencia en el presente resultado, referente al estado civil, encontramos 19% casadas, 50% convivientes, 21% solteras y 10% otro estado civil.

Tabla 3. Procedencia

Procedencia	N°	%
Zonas urbanas	42	81
Zonas rurales	10	19
TOTAL	52	100

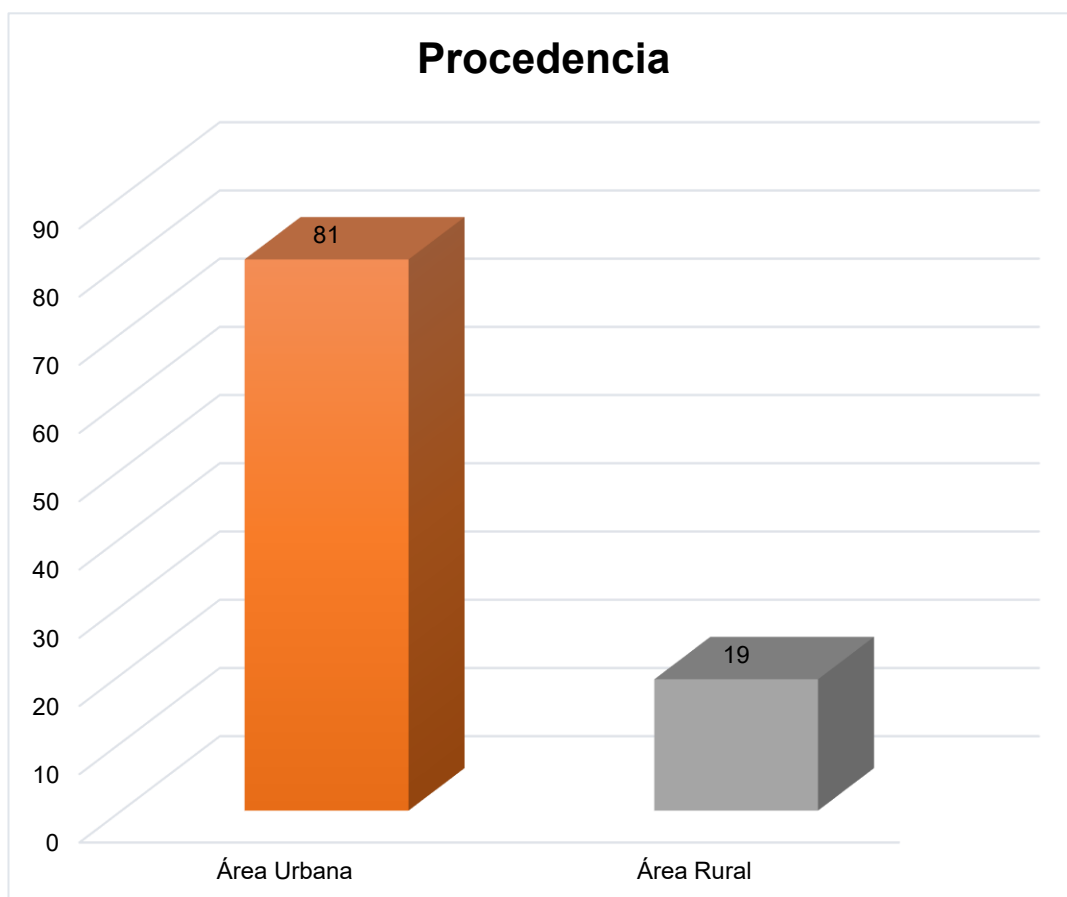


Gráfico 3. Procedencia

Interpretación. En los resultados presentes, en relación a la procedencia de las pacientes estudiadas, encontramos 81% de procedencia del área urbana y el 19% de procedencia del área rural.

Tabla 4. Religión

Religión	N°	%
Católica	25	48
Evangélica	16	31
Otra	11	21
TOTAL	52	100

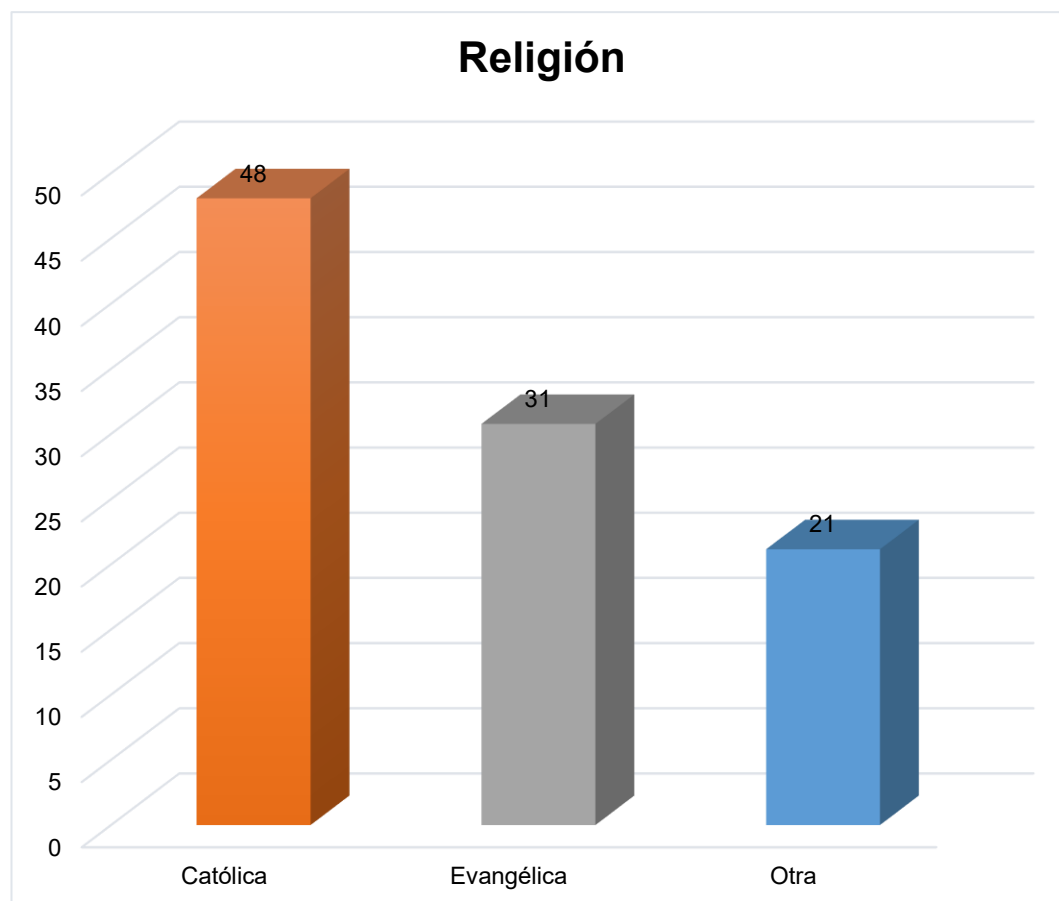


Gráfico 4. Religión

Interpretación. Conforme se evidencia en los resultados, en referencia a la religión, se encuentra 48% de religión católica, 31% de religión evangélica y el 21% de otras religiones.

Tabla 5. Nivel educativo

Nivel educativo	N°	%
Sin nivel	02	04
Primaria	13	25
Secundaria	26	50
Superior	11	21
TOTAL	52	100

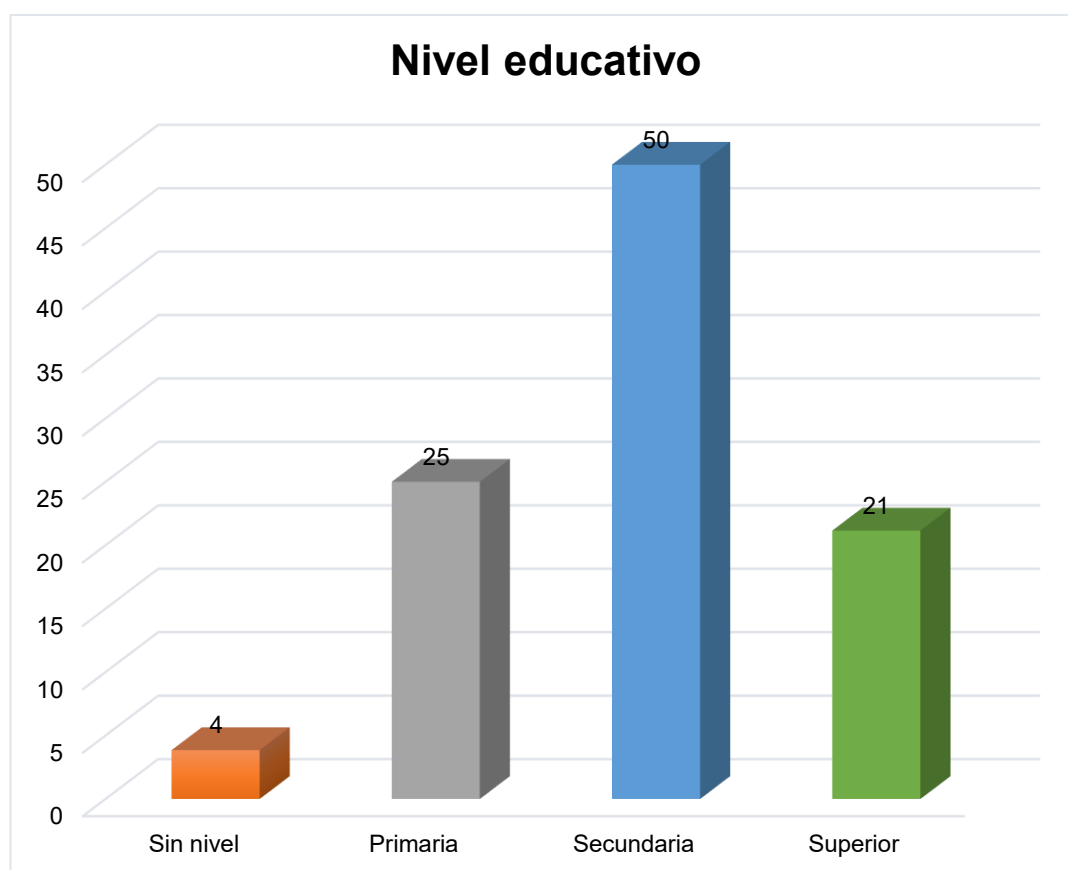


Gráfico 5. Nivel educativo

Interpretación. De acuerdo a lo que nos muestra el presente resultado, relacionado al nivel educativo, se observa al 04% sin ningún nivel educativo, 25% nivel primario, 50% nivel secundario y el 21% nivel superior.

4.2. FACTORES MATERNOS

Tabla 6. Paridad

Paridad	N°	%
Primípara	16	31
Múltipara	23	44
Gran múltipara	13	25
TOTAL	52	100

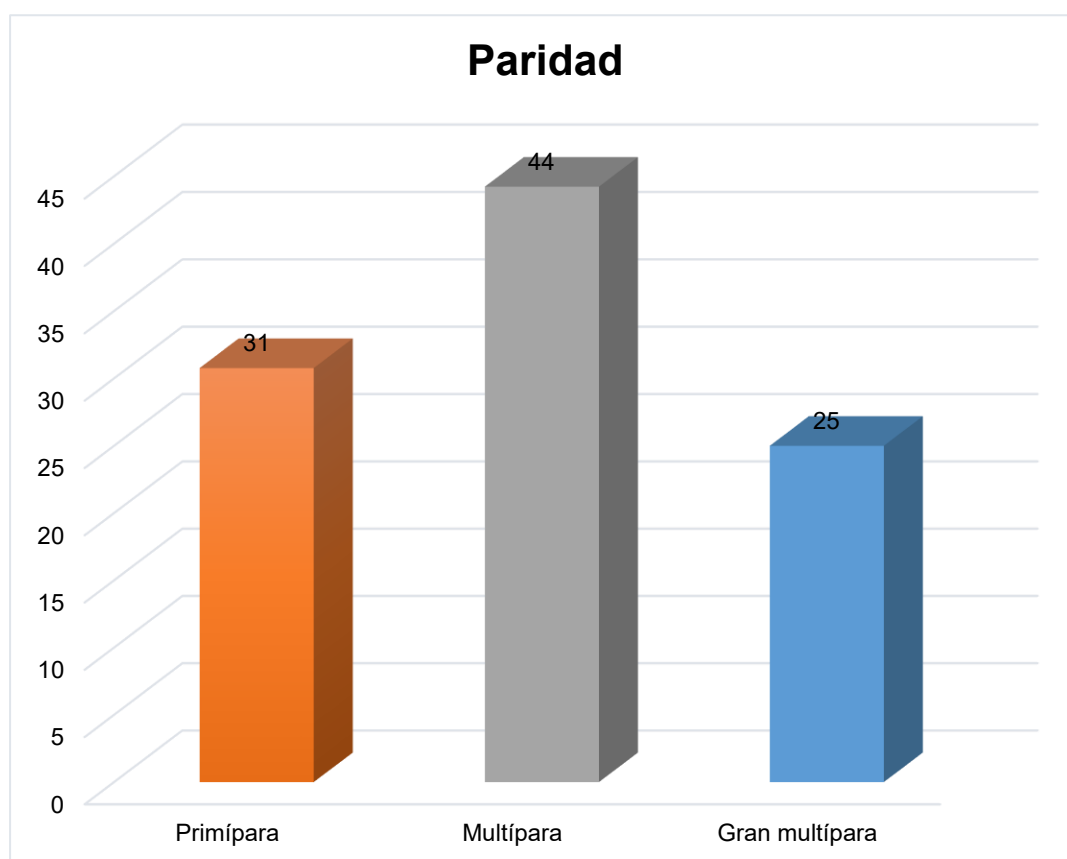


Gráfico 6. Paridad

Interpretación. Según se evidencia en el resultado de la tabla y gráfico presente, de acuerdo a la paridad de las pacientes, encontramos al 31% primíparas, 44% múltiparas y al 25% gran múltiparas

Tabla 7. Atenciones pre natales

Atenciones pre natales	N°	%
Si	41	79
No	12	23
TOTAL	52	100

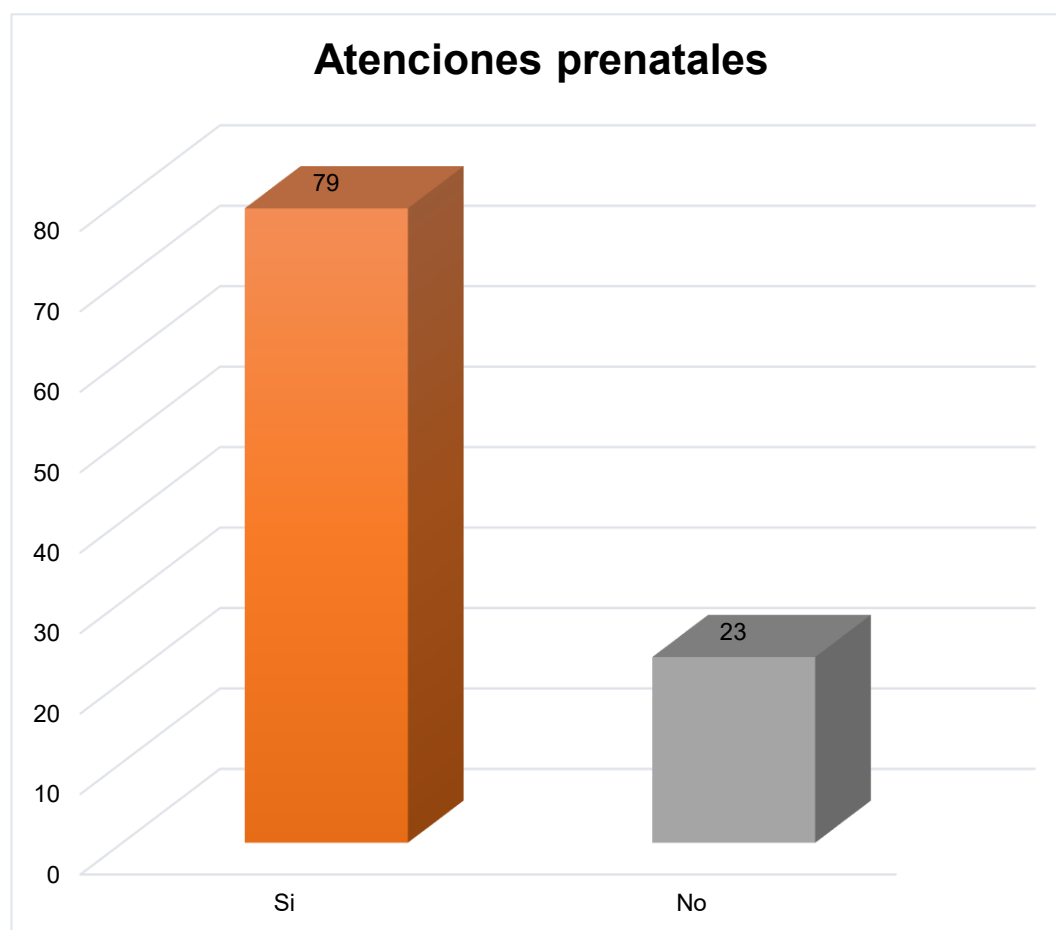


Gráfico 7. Atenciones pre natales

Interpretación. Evidenciamos en los resultados, en relación a las atenciones pre natales, al 79% si tuvo atenciones pre natales, mientras que el 23% fueron sin atención pre natal.

Tabla 8. Nivel de la presión arterial

Nivel de la presión arterial	N°	%
140/90 mmHg	15	29
=140/90 mmHg	23	44
>140/90 mmHg	14	27
TOTAL	52	100

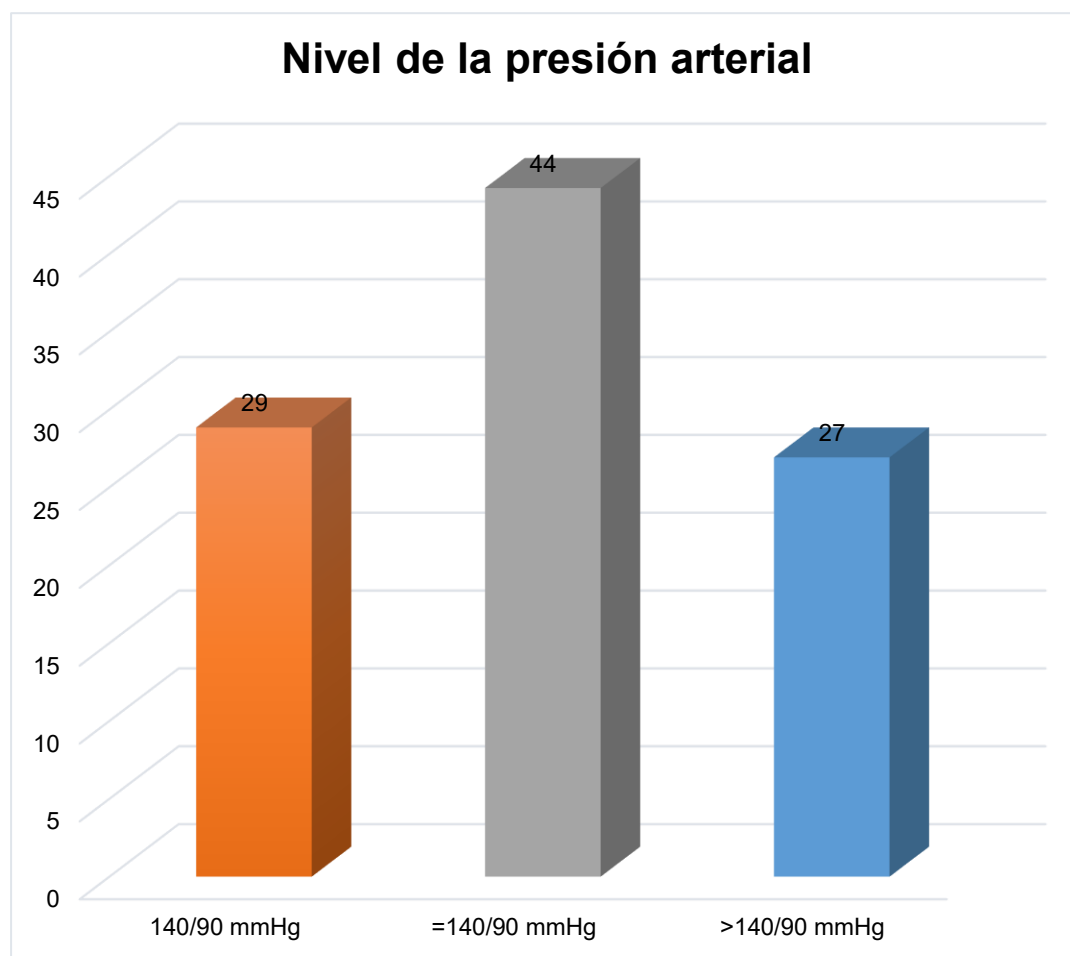


Gráfico 8. Nivel de la presión arterial

Interpretación. Como se evidencia en los resultados presentes, de acuerdo al nivel de la presión arterial, tenemos al 29% con niveles de presión arterial 140/90 mmHg, 44% igual a 140/90 mmHg y 27% mayores de 140/90 mmHg.

Tabla 9. Diabetes

Diabetes	N°	%
Si	09	17
No	43	83
TOTAL	52	100

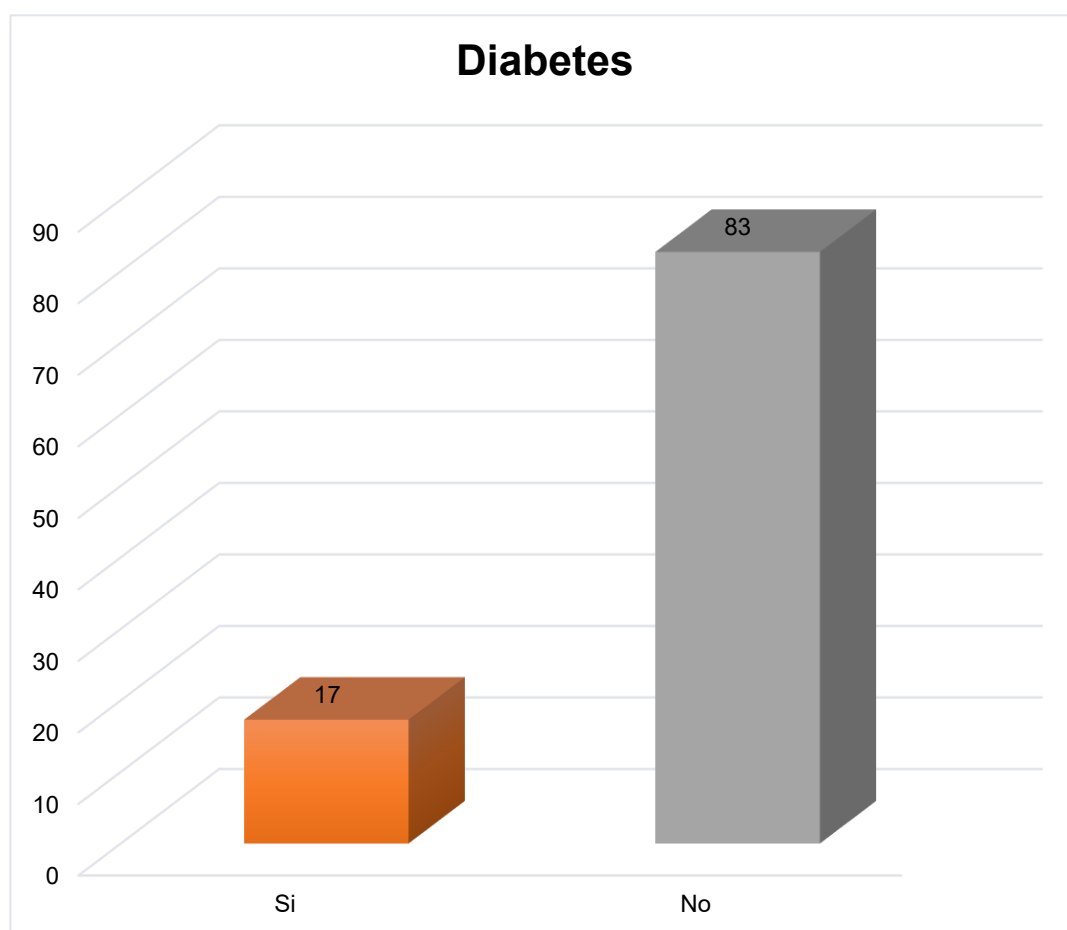


Gráfico 9. Diabetes

Interpretación. Conforme evidenciamos en el presente resultado, encontramos, en relación a la presencia de diabetes, el 17% de las pacientes si cursaron con diabetes y el 83% no presentaron esta patología.

Tabla 10. Obesidad

Obesidad	N°	%
Si	29	56
No	23	44
TOTAL	52	100

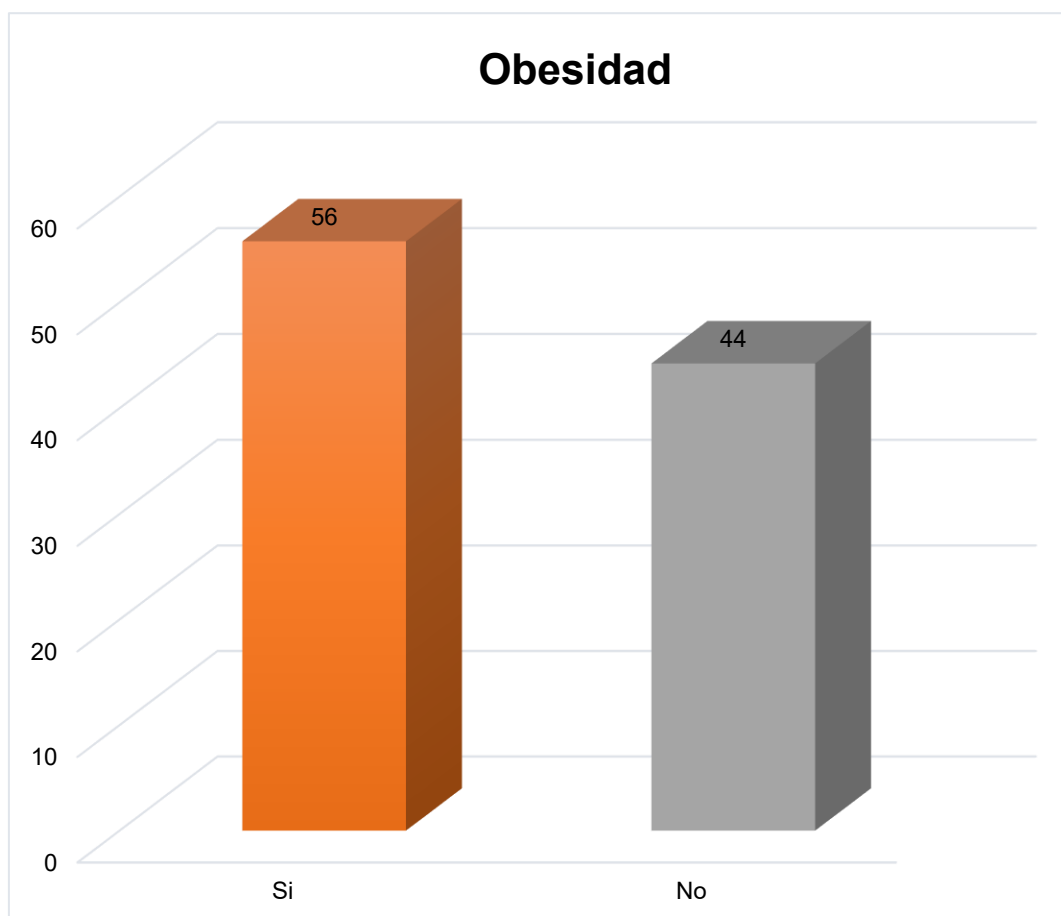


Gráfico 10. Obesidad

Interpretación. Conforme se evidencia en los resultados, en relación a la obesidad, encontramos al 56% de las pacientes que presentaron obesidad y el 44% no presentaron esta complicación.

4.3. FACTORES PLACENTARIOS

Tabla 11. DPP

DPP	N°	%
Si	04	08
No	48	92
TOTAL	52	100

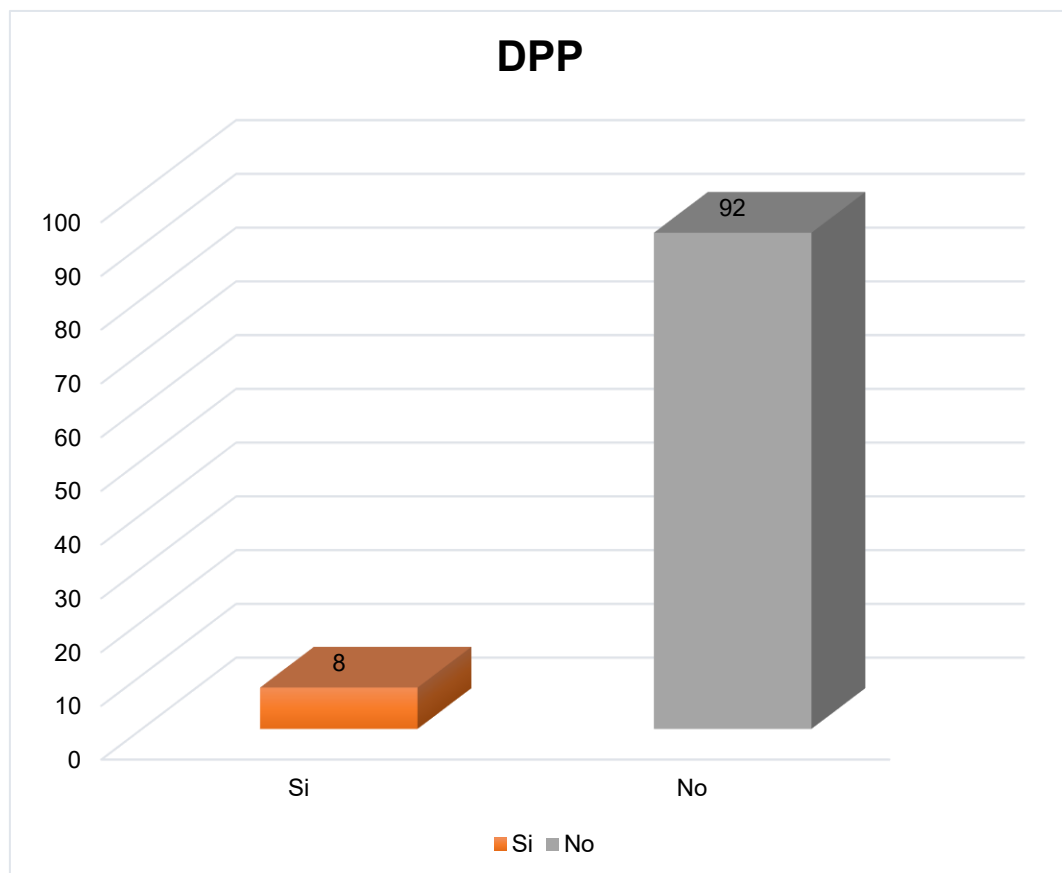


Gráfico 11. DPP

Interpretación. De acuerdo a lo que nos evidencia el presente resultado, encontramos, referente al DPP, que el 08% de las pacientes presentaron esta complicación, mientras que el 92% no lo presentaron.

Tabla 12. Placenta Previa

Placenta Previa	N°	%
Si	06	12
No	46	88
TOTAL	52	100

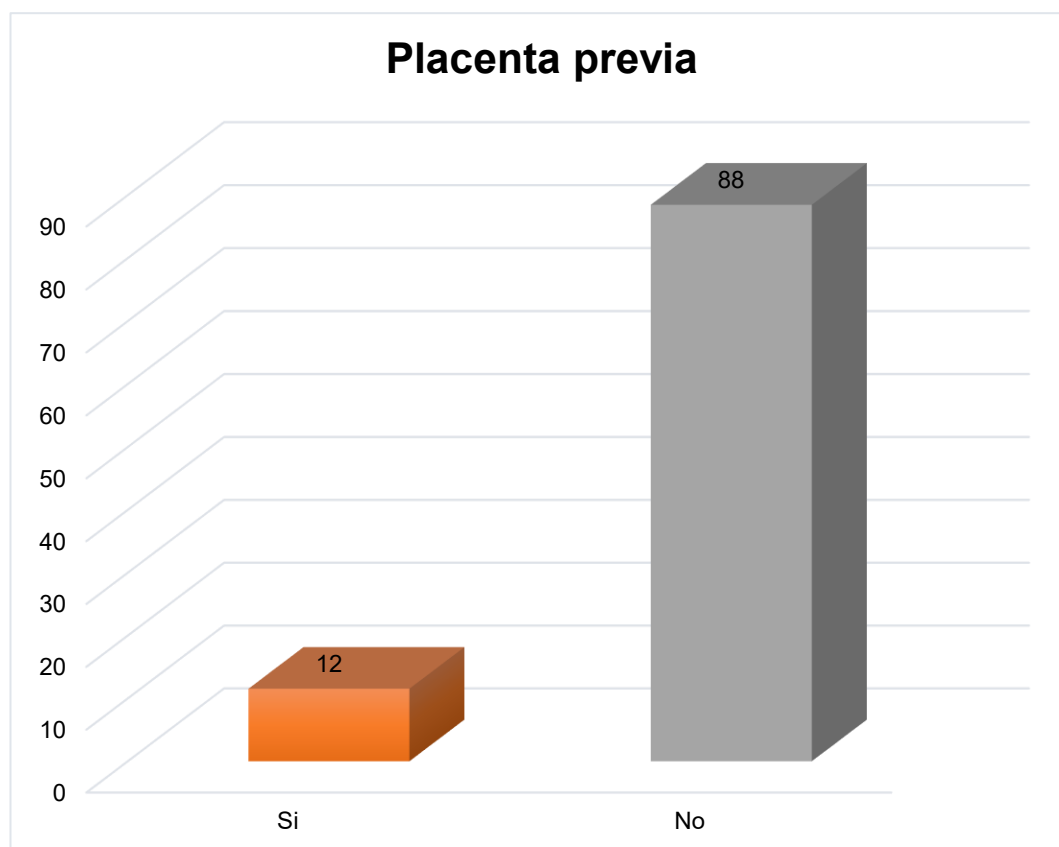


Gráfico 12. Placenta Previa

Interpretación. En los resultados de la presente tabla y gráfico evidenciamos, referente a la placenta previa, el 12% de las pacientes presentaron esta complicación, mientras que el 88% no lo presentaron.

Tabla 13. RCIU

RCIU	N°	%
Si	21	40
No	31	60
TOTAL	52	100

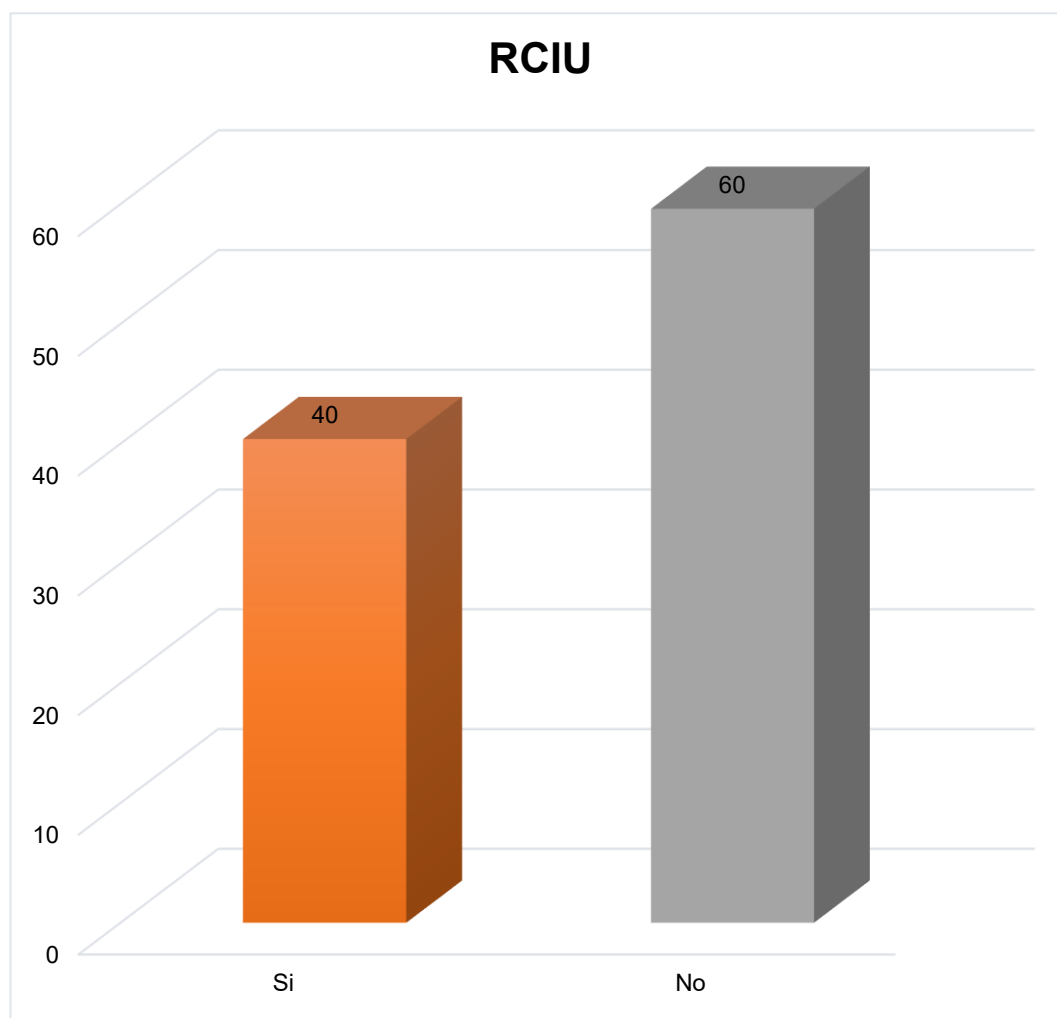


Gráfico 13. RCIU

Interpretación. Se puede evidenciar en el presente resultado, en relación al RCIU, tenemos al 40% que sí presentó esta patología y al 60% que no presentó la complicación.

DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente trabajo donde se determinó cuáles fueron los componentes de peligro coligados a enfermedades Hipertensivas por la gestación, se hallaron resultados dentro de los Factores sociodemográficos al 19% edades menores a 20 años. El 60% edades de 20 a 35 años y 21% edades mayores a los 35 años. Referente al estado civil, encontramos 19% casadas, 50% convivientes, 21% solteras y 10% otro estado civil. En relación a la procedencia de las pacientes estudiadas, encontramos 81% de procedencia del área urbana y el 19% de procedencia del área rural. Rrelacionado al nivel educativo, se observa al 04% sin ningún nivel educativo, 25% nivel primario, 50% nivel secundario y el 21% nivel superior; así mismo en el estudio realizado por Díaz Silva en un estudio sobre enfermedades hipertensivas y sus peculiaridades sociales y demográficas en la salud de las embarazadas que fueron consultadas en un Nosocomio de la ciudad de Cajamarca en el periodo de tiempo del 2022. Los resultados del estudio revelan el siguiente perfil de las gestantes: Edad: La mayoría, un 63.3%, tenía entre 21 y 35 años. Nivel Educativo: El 51.2% de las participantes había completado la educación secundaria. Procedencia: Más de la mitad, el 54.2%, provenía de zonas rurales, que son resultados similares encontrados en nuestro estudio. Como también encontramos a Alarcón Tito y colaboradores: Quienes desarrollaron un estudio relacionado a los elementos de peligro de la pre eclampsia en embarazadas que fueron evaluadas en un establecimiento de salud de San Juan de Lurigancho de Lima en el tiempo del 2022 en el Servicio de Ginecoobstetricia. Los resultados de este estudio revelaron diversas asociaciones con los trastornos hipertensivos en el embarazo: Factores sociales y demográficos: El tiempo de vida de 20 a 34 años estuvieron de forma preponderante, representando el 74.5% de los casos. También dentro de los factores sociales y demográficos encontramos resultados coincidentes con el estudio realizado por Vega Garay, quien En estudio realizado analizó los trastornos hipertensivos en gestantes, donde halló resultados: Edad La mayoría eran jóvenes (74.5%), seguidas por adultas (13.8%) y adolescentes (11.7%). Nivel de instrucción: Predominó la secundaria (62.8%), seguida por la superior (26.6%) y primaria (10.6%).

Estado civil: La mayoría vivía en convivencia (71.3%), mientras que el 15.9% eran casadas y el 12.8% solteras. Procedencia: El 73.4% de las pacientes procedía de áreas urbanas, y el 26.2% de áreas rurales. Ocupación: La mayoría eran amas de casa (84.0%), con un 10.6% que trabajaban y un 5.4% que estudiaban.

En cuanto a los factores maternos en nuestro estudio encontramos resultados: Referente a la paridad de las pacientes, encontramos al 31% primíparas, 44% multíparas y al 25% gran multíparas. En relación a las atenciones prenatales, al 79% si tuvo atenciones prenatales, mientras que el 23% fueron sin atención pre natal. De acuerdo al nivel de la presión arterial, tenemos al 29% con niveles de presión arterial 140/90 mmHg, 44% igual a 140/90 mmHg y 27% mayores de 140/90 mmHg. En relación a la presencia de diabetes, el 17% de embarazadas si cursaron con diabetes y el 83% no presentaron esta patología. En relación a la obesidad, encontramos al 56% de las pacientes que presentaron obesidad y el 44% no presentaron esta complicación, resultados que son semejantes a los encontrados por Vega Gray quien reporta: En cuanto a las particularidades obstétricas: Periodo Intergenésico (PIG): Un 24.5% tuvo un PIG corto, 19.1% adecuado y 18.1% largo. Paridad: La mayoría eran multigestas (61.7%), y el 38.3% primigestas. Edad gestacional al momento del diagnóstico: El 84.0% estaba a término, el 14.9% pretérmino y el 1.1% postérmino. Control prenatal (APN): El 73.4% de las gestantes tuvo un control prenatal adecuado, mientras que el 26.6% lo tuvo inadecuado.

Referente a los Factores placentarios en nuestro estudio hallamos presencia de DPP, que el 08% de las pacientes presentaron esta complicación, mientras que el 92% no lo presentaron. Referente a la placenta previa, el 12% de las pacientes presentaron esta complicación, mientras que el 88% no lo presentaron. En relación al RCIU, tenemos al 40% que sí presentó esta patología y al 60% que no presentó la complicación. Sin embargo, no se encontró reportes de otros estudios en relación a este factor de similitud o diferencia.

CONCLUSIONES

Dentro de las conclusiones a las que llegamos tenemos:

En primer lugar, se confirma la existencia de componentes coligados a enfermedades hipertensivas inducidas la gestación en embarazadas atendidas en el establecimiento de salud donde se desarrolló el trabajo.

Dentro de los factores encontrados tenemos los **factores sociodemográficos** donde se halló: al 19% edades menores a 20 años. El 60% edades de 20 a 35 años y 21% edades mayores a los 35 años. Referente al estado civil, encontramos 19% casadas, 50% convivientes, 21% solteras y 10% otro estado civil. En relación a la procedencia de las pacientes estudiadas, encontramos 81% de procedencia del área urbana y el 19% de procedencia del área rural. En referencia a la religión, se encuentra 48% de religión católica, 31% de religión evangélica y el 21% de otras religiones. Rrelacionado al nivel educativo, se observa al 04% sin ningún nivel educativo, 25% nivel primario, 50% nivel secundario y el 21% nivel superior. **Factores maternos:** De acuerdo a la paridad de las pacientes, encontramos al 31% primíparas, 44% multíparas y al 25% gran multíparas. En relación a las atenciones prenatales, al 79% si tuvo atenciones prenatales, mientras que el 23% fueron sin atención pre natal. De acuerdo al nivel de la presión arterial, tenemos al 29% con niveles de presión arterial 140/90 mmHg, 44% igual a 140/90 mmHg y 27% mayores de 140/90 mmHg. En relación a la presencia de diabetes, el 17% de las pacientes si cursaron con diabetes y el 83% no presentaron esta patología. En relación a la obesidad, encontramos al 56% de las pacientes que presentaron obesidad y el 44% no presentaron esta complicación. **Factores placentarios:** Referente al DPP, que el 08% de las pacientes presentaron esta complicación, mientras que el 92% no lo presentaron. Referente a la placenta previa, el 12% de las pacientes presentaron esta complicación, mientras que el 88% no lo presentaron. En relación al RCIU, tenemos al 40% que sí presentó esta patología y al 60% que no presentó la complicación.

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- Considerar el manejo de un protocolo propio para el diagnóstico, manejo y la atención para el manejo de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, bajo un enfoque de trabajo en equipo, que permitan aportar al manejo de estas patologías en las gestantes disminuyendo el riesgo de la mortalidad materna por esta causa.
- Promover la atención prenatal reenfocada incidiendo en la toma de presión arterial adecuada y efectuar la educación continua a través de programas y sensibilizaciones sobre la hipertensión arterial durante la gestación en las embarazadas y la población en general.
- Promover estilos de vida saludables, donde se incluyan temas sobre dieta, actividad física, estrés, entre otros y fomentar la práctica de la auto medición de la presión arterial domiciliaria, sobre todo en gestantes con riesgo de cursar con esta complicación.

;

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pacheco. Hipertensión inducida por el embarazo nuevos conceptos. Ginecología y Obstetricia. 2014
2. Luna SD, Martinovic TC. Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. Rev Médica Clínica Las Condes. 2023
3. Hospital Cayetano Heredia-MINSA. Resolución Directoral 326-2019. Guía Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo, preeclampsia. 2019
4. Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Atención Inmediata de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. 2013.
5. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. junio 2019.
6. OMS: Factores suben el riesgo de morbilidad y mortalidad maternas 2020
7. Pacheco Romero J. Del editor sobre las guías de hipertensión en el embarazo del ACOG. Rev. Peruana Ginecol Obstet. 2013.
8. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. 2019.
9. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Reporte Epidemiológico de la Mortalidad materna en el Perú 2012. 2013
10. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Información para la red 2013.
11. Múnere-Echeverri Ana G. Muñoz-Ortiz, Edison, Ibarra-Burgos Jaime A. Hipertensión arterial y embarazo Medellín Colombia 2021:
12. Miranda Téllez Delvis José, Sánchez Bermúdez Yader Alberto: Factores de riesgo asociados a síndrome hipertensivo gestacional en pacientes

atendidas en sala de alto riesgo obstétrico en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, I semestre 2020 Masaya, Nicaragua, 2020.

13. Macedo Ribeiro Fernanda Bárbara, Enfermedades hipertensivas y gestación en Cochabamba – Bolivia 2020.
14. Alarcón Tito Kelly, Diaz Pérez de Murga Silvana Lourdes Isabel: Factores de riesgo relacionados a la pre eclampsia en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de San Juan de Lurigancho - Lima, 2022.
15. Díaz Silva Ítala Elizabeth, Enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022
16. Mendoza-Vilca Huamán Jenny, Muñoz- De La Torre Rossibel Juana, Díaz-Lazo Aníbal Valentín. Factores asociados a hipertensión arterial inducida por embarazo en personas que viven en altura Lima 2021.
17. Vega garay Yesenia: Trastornos hipertensivos en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno de Ayacucho 2019 y 2020 - Huancavelica, Perú 2021.
18. Montañez Rodríguez, Magaly Ennit Factores de Riesgo y la Hipertensión Inducida por el Embarazo, en el Hospital II de Apoyo Jesús Nazareno, Ayacucho, Periodo 2019. Gómez Borda Ayacucho - Perú 2021.
19. Niño Palomino Lidiana Yolanda, Panduro Chávez Judit Silvia: Factores asociados a hipertensión arterial inducida por embarazo en personas que viven en altura, Hospital Regional Daniel Alcides Carrión de Cerro de Pasco – 2021.
20. Ministerio de salud. Boletín Epidemiológico del Perú. Lima, Perú: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2019
21. Garay E. Incidencia de pre eclampsia y sus factores de riesgo en pacientes gestantes en el Hospital Regional de Ica 2021.

22. Domínguez F. Características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con pre eclampsia en el Hospital Rezola de Cañete durante el año 2018.
23. Mamani F. Trastorno hipertensivo en el embarazo relacionada a complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2019.
24. Morey K. Pre eclampsia y su relación con el parto pre término en gestantes del Hospital Regional de Loreto, 2019.
25. Muñoz E. Características sociodemográficas y clínicas de gestantes covid-19 atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, abril 2020 - enero 2021.
26. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. AEP. 2022.
27. Ministerio de Salud. NTS N° 105-MINSA/DGSP V.01: 2013. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima MINSA; 2013. [citado el 05 de junio de 2022].
28. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guías de Práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima, Perú: MINSA; 2007 Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
29. Instituto Nacional Materno Perinatal (2017). Guía práctica clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia – versión extensa-.
30. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGRAW-HILL; 2014.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Enriquez M. Factores de Riesgo asociados a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales - Oxapampa 2024 [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026 [Consultado] Disponible en: <http://>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema general	Objetivo general	Ha. Existen los factores de	Variable Independiente	Tipo de investigación
¿Cuál son los Factores de Riesgo asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024?	Determinar los Factores de Riesgo asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024	riesgo asociados a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024	Factores asociados	Observacional, descriptivo correlacional, transversal retrospectivo. Enfoque: cuantitativo Nivel Nivel básico, descriptivo Diseño diseño descriptivo correlacional
Problemas específicos	Objetivos específicos	Ho. No existen relación	Variable Dependiente	Población: Estará
PE1. ¿Cuál son los factores de riesgo sociodemográficos asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024?	OE1. Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024	factores de riesgo asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán	Enfermedades Hipertensivas	conformada por el total de 52 casos de enfermedad hipertensiva inducido por el embarazo presentados durante el año 2024 en el Hospital donde se realizará el estudio

<p>PE2. ¿Cuál son los factores de riesgo maternos asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024?</p>	<p>OE2. Determinar los factores de riesgo maternos asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024</p>	<p>Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024</p>	<p>Muestra: Estará conformada por el total de la población o casos presentados en el periodo designado para la investigación, que son 52 pacientes</p>
<p>PE3. ¿Cuál son los factores de riesgo placentarios asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024?</p>	<p>OE3. Determinar los factores de riesgo placentarios asociadas a Enfermedades Hipertensivas inducidas por el embarazo en gestantes atendidas en el hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzales-Oxapampa 2024</p>		

ANEXO N 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores sociodemográficos

1. Edad

- a. Menores de 20 años
- b. De 20 a los 35 años
- c. Mayores de los 35 años

2. Estado civil

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

3. Procedencia

- a. Área urbana
- b. Área rural

4. Religión

- a. Católica
- b. Evangélica
- c. Otra

5. Nivel educativo

- a. Sin nivel
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

Factores maternos

6. Paridad

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

7. Atenciones prenatales

- a. Si
- b. No

8. Nivel de la presión arterial

- a. 140/90 mmHg
- b. =140/90 mmHg
- c. >140/90 mmHg

9. Diabetes

- a. Si
- b. No

10. Obesidad

- a. Si
- b. No

Factores placentarios

11. DPP

- a. Si
- b. No

12. PP

- a. Si
- b. No

13. RCIU

- a. Si
- b. No