



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN TRASTORNOS
HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL
"CARLOS MONGE MEDRANO"
JULIACA, 2016

PRESENTADA POR
MADELEINE MAMANI MESTAS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN
ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

JULIACA – PERÚ
2017



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

TRABAJO ACADÉMICO

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN TRASTORNOS
HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL
"CARLOS MONGE MEDRANO"
JULIACA, 2016

PRESENTADA POR
MADELEINE MAMANI MESTAS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN
ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

APROBADA POR EL JURADO:

PRESIDENTE


Dra. Elizabeth Vargas Onofre

PRIMER MIEMBRO


Dr. Obdulio Collantes Menis

SEGUNDO MIEMBRO


MSc. María Amparo del Pilar Chambi Catacora

RESOLUCIÓN DIRECTORAL Nº 107-2017-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 27 de Junio 2017

VISTOS:

Las solicitudes presentadas por los egresados del Programa de Segunda Especialidad Profesional en "ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS", de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, los egresados del Programa de Segunda Especialidad Profesional en "Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas", de la Sede central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; solicitaron el sorteo de jurados y fijación de fecha para la **SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO**, requisito para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo Nº 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad, establece la modalidad de sustentación de trabajo académico, para optar el Título;

Que, los Artículos N 12 al Nº 25 el reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido **SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO**; y,

En Uno de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "h" el artículo 15 e Reglamento General de la Escuela de Postgrado, y el Art. 228 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la **SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO** a los Egresado del Programa de Segunda Especialidad Profesional en "Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas", de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el artículo segundo de la presente resolución, siendo los jurados los siguientes Docentes:

Presidente : Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Primer Miembro : Dr. OBDULIO COLLANTES MENIS
Segundo Miembro : MSc. MARIA AMPARO CHAMBI CATAORA

SEGUNDO.- DETERMINAR, que el **EXAMEN DE SUFICIENCIA** se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Programa : **SUSTENTACION DE TRABAJO ACADEMICO** a los Egresados del Programa de Segunda Especialidad Profesional en "ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS", de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca

Fecha : Miércoles 28 de Junio del 2017
Hora : 09: 00 am.
Local : Aula Nº 207 - Escuela de Posgrado –UANCV-Juliaca



PROGRAMA SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN OBSTETRICIA "ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS"

N°	N° EXP.	APELLIDOS Y NOMBRES	SEP	SEDE CENTRAL/ SUB SEDES
01	11851	REVILLA ARCE JUDITH MARIA	AREO	JULIACA
02	11426	RODRIGUEZ FLOREZ NOHEMI	AREO	CUSCO
03	11850	MUÑOZ PACHECO KATHLEEN SHEILA	AREO	CUSCO
04	013070	MAMANI MESTAS MADELEINE	AREO	JULIACA

A cuya finalización el jurado registra el resultado en el Libro de Actas.

TERCERO.- AUTORIZAR la difusión de la presente resolución a Coordinación General de Programas de Segunda Especialidad Profesional e Interesados.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

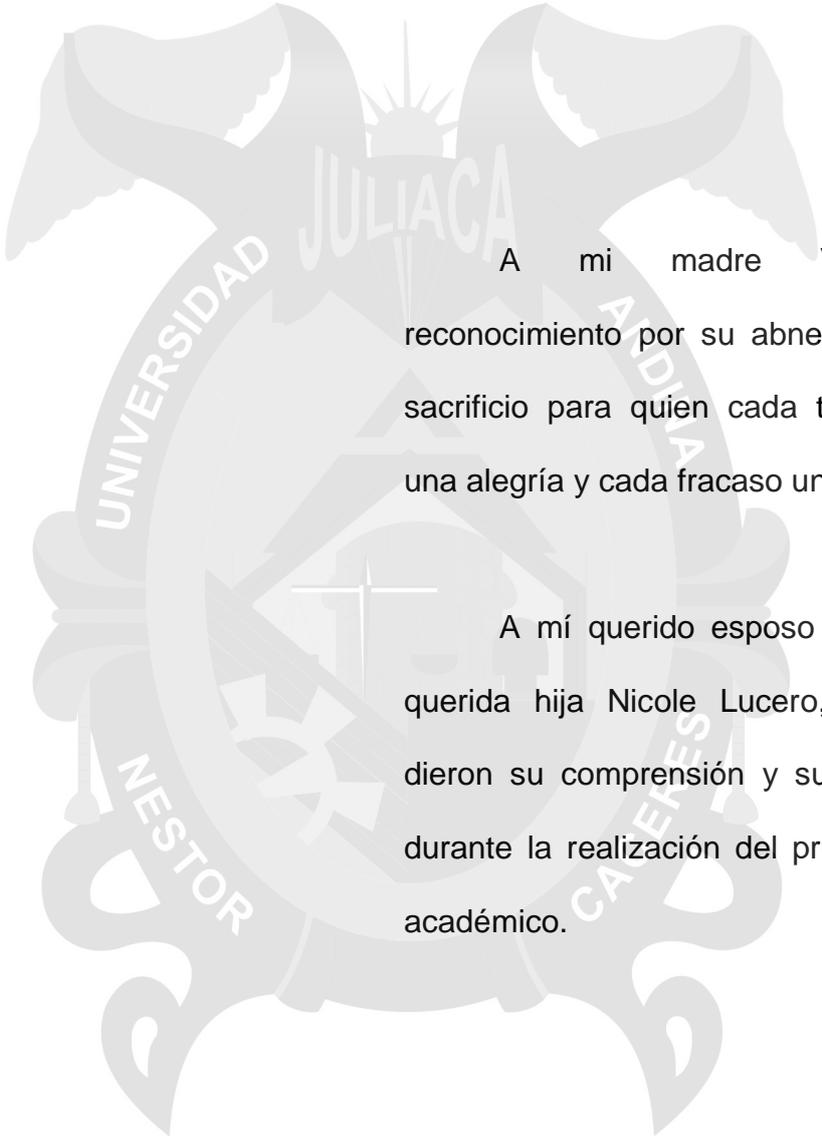


UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
[Signature]
Dr. OSCAR Colantes Menis
DIRECTOR



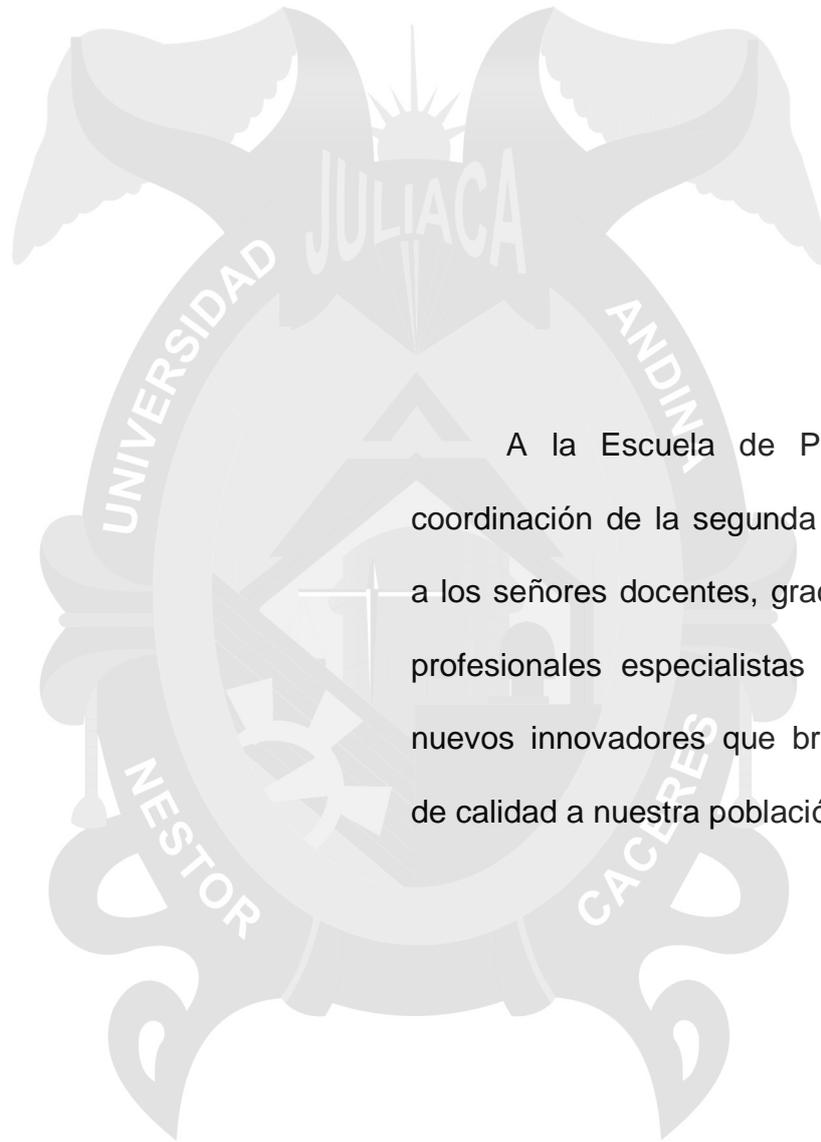
UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
[Signature]
Mg. Luis Chayña Aguirre
SECRETARIO ACADÉMICO





A mi madre Victoria, en reconocimiento por su abnegada ayuda y sacrificio para quien cada triunfo mío es una alegría y cada fracaso una pena.

A mí querido esposo Jesús y a mi querida hija Nicole Lucero, quienes me dieron su comprensión y su apoyo moral durante la realización del presente trabajo académico.



A la Escuela de Posgrado, a la coordinación de la segunda especialidad y a los señores docentes, gracias por formar profesionales especialistas que serán los nuevos innovadores que brinden atención de calidad a nuestra población gestante.



ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE	i
INTRODUCCIÓN	iii
CAPÍTULO I	
ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO	
1.1. TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO	1
1.1.1. Local.....	1
1.1.2. Duración: (fecha de inicio y fecha de término)	1
1.1.3. Responsables	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO	3
1.4. OBJETIVOS.....	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos específicos	5

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ANTECEDENTES.....	4
2.1.1. A nivel internacional.....	6
2.1.2. A nivel nacional	9



2.2. MARCO TEÓRICO 11

 2.2.1. FACTORES DE RIESGO 11

 2.2.1.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS 13

 2.2.1.2. FACTORES OBSTÉTRICOS..... 18

 2.2.2. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS 22

 2.2.2.1. PREECLAMPSIA..... 23

2.2. MARCO CONCEPTUAL 32

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

3.1. PLANIFICACIÓN 35

3.2. VARIABLES E INDICADORES 36

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 37

3.4. EJECUCIÓN 38

3.5. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD..... 39

 3.5.1. REVISIÓN DE LOS DATOS..... 39

 3.5.2. CODIFICACIÓN DE LOS DATOS 39

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hipertensiva según estadísticas ocupa uno de los primeros lugares en morbilidad durante el embarazo, debemos tener presente que esta enfermedad agrava el estado de salud de la madre e hijo si no se detecta y se da un tratamiento adecuado. Las complicaciones más graves que puede ocasionar en una gestante es eclampsia, alteraciones renales y pulmonares, daño cerebral o neurológico, y de trastornos en la coagulación sanguínea, entre otros, que pueden ser fatales tanto para la madre y el bebe.

De acuerdo con Nassif J, "los cuadros de hipertensión asociados al embarazo continúan presentando un alto impacto en la morbilidad materna como perinatal, siendo de gran preocupación en todos los países del mundo. La incidencia en la mayoría de los servicios de obstetricia oscila entre un 5% a un 10% del total de los embarazos". (2)

Observando la importancia que esta enfermedad representa en el bienestar del binomio madre feto me pareció interesante estudiar el tema.

"Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa importante de muertes maternas en muchos países, están presentes en alrededor del 10 % de los embarazos^(2,3) y son causa contribuyente para numerosas complicaciones graves durante el embarazo, entre ellas el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, 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 y shock, entre otros".⁽²⁾

Según estudios realizados refieren que esta enfermedad tiene "diversos factores vasculoendoteliales, inmunológicos y genético-hereditarios, para explicar la fisiopatología de la enfermedad hipertensiva gravídica y la solución definitiva de este problema, parece distante; de ahí que la atención prenatal a las embarazadas constituye la base principal para detectar la hipertensión arterial incipiente y de ese modo evitar su progresión hacia formas clínicas graves de la enfermedad".⁽²⁾

Se ha observado que varios trabajos de investigación afirman que los factores epidemiológicos que más susceptibles a padecer esta enfermedad durante el embarazo, son la nuliparidad, multiparidad, bajo nivel escolar, las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, historia familiar de preeclampsia-eclampsia, obesidad y desnutrición mujeres delgadas por debajo de su peso normal para la talla. Debemos enfatizar que los factores tales como el hidramnios, hydrops fetal, mola hidatiforme y multigestas fecundadas por un nuevo matrimonio y el tabaquismo.

En otras investigaciones demostraron que las enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial crónica, la diabetes mellitus, antecedente de familiar con hipertensión arterial, cardiopatías y epilepsia pueden desencadenar una enfermedad hipertensiva como es la preeclampsia.



El presente trabajo académico, se ha desarrollado teniendo en cuenta el esquema básico vigente de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", de la Escuela de Posgrado de segundas especialidades y tiene las siguientes partes:

En el Capítulo I, se presenta los aspectos generales del trabajo académico, dentro de ello se inserta; el título del trabajo académico, la descripción del problema, la justificación del trabajo académico y los objetivos.

En el capítulo II, se abordan los aspectos teóricos relacionados a la fundamentación teórica, antecedentes, marco teórico y el marco conceptual.

En el capítulo III, se abordan sobre la planificación, ejecución y resultados de la investigación, en las cuales se encuentran la planificación, las variables, operacionalización de variables, métodos de investigación, población y muestra, las técnicas e instrumentos de investigación, ejecución, resultados de la actividad, revisión de los datos y codificación de los datos.

Y por último se presentan las conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas.



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"





CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" JULIACA, 2016

1.1.1. LOCAL

La investigación se ha desarrollado en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital "Carlos Monge Medrano" Juliaca.

1.1.2. DURACIÓN: (Fecha de inicio y fecha de término)

La investigación se ha desarrollado de abril a junio del 2016

1.1.3. RESPONSABLE:

Madeleine Mamani Mestas

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Durante el embarazo la enfermedad hipertensiva se caracteriza de hipertensión arterial bien sea sistólica, diastólica o ambas, al encontrarse cifras tensionales de 140-90 mmHg o una presión arterial media (PAM) de 105 mmHg en dos ocasiones con un intervalo de seis horas o una tensión arterial de 160-110 mmHg en una sola ocasión.

La enfermedad hipertensiva es una de las primeras causas de morbilidad materna y neonatal en muchos países, presentes en alrededor del 10 % de los embarazos y son causa contribuyente para numerosas complicaciones graves durante el embarazo, entre ellas el ruptura uterina, DPP (desprendimiento de la placenta normalmente insertada), mortalidad fetal y neonatal, parto pretérmino y test de Apgar bajo; en la madre ocasiona consecuencias muy graves, tales como daño cerebral o neurológico, alteraciones renales y pulmonares y trastornos de coagulación sanguínea, entre otros que pueden ser letales para la madre y el bebe.

En diversos trabajos de investigación demostraron factores epidemiológicos que predisponen a presentar esta enfermedad durante el embarazo, y estas pueden ser edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, bajo nivel escolar, nuliparidad, historia familiar de preeclampsia–eclampsia, multiparidad, obesidad y mujeres con desnutrición.

También se han señalado factores tales como la mola hidatiforme, el hydrops fetal, hidramnios, multigestas fecundadas por un nuevo matrimonio y el tabaquismo. Otros han observado la asociación de enfermedades crónicas con esta enfermedad, entre ellas la diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, antecedente familiar de hipertensión arterial, cardiopatías y epilepsia.

La enfermedad hipertensiva en gestantes aún no se puede evitar, pero se puede prevenir el objetivo de este trabajo académico es investigar cuales son los factores de riesgo locales asociados con la hipertensión inducida por el embarazo, con el propósito de mejorar y disminuir las morbimortalidad materna en beneficio del binomio materno fetal.

¿Cuáles son los factores de riesgo que influyen en los trastornos hipertensivos en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

La enfermedad hipertensión durante el embarazo es la complicación más frecuente hoy en día es catalogada como una de las primeras causas de muerte materna en el embarazo, a la vez es causa significativa de prematuridad en el recién nacido y presenta un alto porcentaje de morbimortalidad perinatal. Su frecuencia estadística es variable, la



incidencia de esta complicación obstétrica en diferentes series a nivel mundial, está entre un 6 y 30% del total de embarazos.

Según una estimación de la OMS más de 200.000 muertes maternas ocurren cada año en el mundo como consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia-eclampsia, en su mayor parte prevenibles. Mayor morbilidad materna y perinatal fue referida en aquellas enfermas que desarrollan la enfermedad antes de la 33ª semana de gestación, en quienes padecen enfermedades previas, y en poblaciones pertenecientes a naciones subdesarrolladas. De acuerdo con las cifras publicadas en nuestro país por organismos gubernamentales, la enfermedad hipertensiva, junto a las hemorragias y a las infecciones, constituyen las principales causas de morbi-mortalidad materna.

En países desarrollados la mortalidad actual vinculada con la enfermedad hipertensiva en el embarazo es 1,4 por cada 100.000 nacimientos y a nivel mundial representa el 16,1% de las muertes maternas. La afección se presenta en el 6% a 8% de las gestantes.

Sin embargo la incidencia es muy variable dependiendo de las características poblacionales. Suecia registra uno de los índices mas bajos: 0,5% de las embarazadas, mientras que en algunos países africanos supera el 10%.

En un reciente registro nacional llevado a cabo en EEUU durante varios años, se comprobó que el 8% de las embarazadas fueron hipertensas y que la población se conformaba por: 3% de hipertensas gestacionales, 2,2% de preeclámpticas.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Detectar los factores de riesgo que influyen en trastornos hipertensivos en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indicar el tipo de transtorno hipertensivo más frecuente que se presenta en el embarazo.
- Precisar los factores de riesgo sociodemográficos de los trastornos hipertensivos del embarazo.
- Mencionar los factores de riesgo sobre antecedentes gineco-obstétricos en los trastornos hipertensivos del embarazo

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

De acuerdo a Guzmán W., Ávila M., Contreras R. Factores relacionados con hipertensión gestacional y preeclampsia. Ginecol Obstet Mex 2012;80(7):461-466.

Los antecedentes en las complicaciones hipertensivas en el embarazo son causa de morbilidad y mortalidad materna. Estudios previos han identificado similitudes y diferencias en los factores de riesgo para complicaciones hipertensivas en el embarazo.

Objetivo: determinar los factores asociados con la hipertensión gestacional y la preeclampsia.

Pacientes y método: estudio de casos y controles. "Se incluyeron mujeres que completaron la gestación sin complicaciones (n=260) con

diagnóstico de hipertensión gestacional (n=65) y de preeclampsia (n=65). Se excluyeron las pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional o pregestacional, con enfermedad tiroidea (hipo e hipertiroidismo), con enfermedades inmunológicas (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide) o cardiopatía o neuropatía previa al embarazo".⁽⁷⁾

Los resultados que nos da en esta investigación nos permite observar similitudes en los factores de riesgo: edad mayor de 35 años (RM 8.08; IC 95%2.91-22.40) y antecedentes de hipertensión gestacional (RM 64.16 IC 95% 13.04-315.57) en el caso de pacientes con preeclampsia. Se muestra una gran diferencia en la magnitud de estas asociaciones porque la razón estimada fue mayor para pacientes con preeclampsia que para pacientes con diagnóstico de hipertensión gestacional, edad mayor de 35 años (RM 3.33; IC 95%1.03-10.72) y antecedentes de hipertensión gestacional (RM 27.27 IC 95% 5.60-132.87). La primigravidez mostró asociaciones similares (RM 3.11 IC 95%1.52-6.38) en caso de preeclampsia o hipertensión gestacional (RM 3.14 IC 95%1.65-5.97).

Conclusión: los resultados de este estudio muestran que existen similitudes en los factores de riesgo: edad materna \geq 35 años, antecedente de hipertensión gestacional y primigravidez, para llegar a padecer hipertensión gestacional y preeclampsia.



Palabras clave: hipertensión gestacional, preeclampsia, factores de riesgo.

Altunaga M; Lugones M. Incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con signos de gravedad. Rev Cubana Obstet Ginecol v.36 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010.

Objetivo: Conocer la incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con síntomas de gravedad.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo sobre la incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con signos de gravedad en el Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" en el periodo comprendido entre enero de 2007 a diciembre de 2007.

"El universo de estudio estuvo constituido por el total de púerperas y la muestra por todas las pacientes que se realizó diagnóstico de preeclampsia con signos de gravedad en el Hospital Docente Ginecoobstétrico "Eusebio Hernández" donde se estudiaron las siguientes variables: edad, paridad, edad gestacional en el momento del diagnóstico y modo de nacimiento". .⁽⁸⁾

Resultados: La mayor incidencia de preeclampsia estuvo en el grupo de 21-34 años, con un 54,1 %.



La nuliparidad representó la mayor incidencia con el 60,7 % de las pacientes, el diagnóstico de la enfermedad se realizó con la edad gestacional de 37 a 41,6 sem, y el mayor número de nacimientos se obtuvo mediante la cesárea primitiva, con 52,5 %.

Conclusiones: Entre los factores de riesgo estudiados, la nuliparidad fue el más frecuente, el diagnóstico de preeclampsia de las pacientes estudiadas fue entre las 37 y 41,6 sem y la mayoría de los nacimientos fueron por cesárea.

Palabras clave: Preeclampsia, factores de riesgo.⁽⁸⁾

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Morales C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. Revista Peruana de Epidemiología, ISSN-e 1609-7211, Vol. 15, N°. 2, 2011.

Objetivos: Métodos: Resultados: Conclusiones: Calcular la incidencia de preeclampsia e identificar los factores de riesgo asociados al diagnóstico de preeclampsia. Estudio de Casos y Controles realizado entre abril y junio de 2010 en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC).

Para el trabajo de investigación se incluyeron todos los casos de preeclampsia diagnosticados y la participación de cada paciente fue con

el debido consentimiento e información. El grupo casos contó con 132 participantes.

“El estudio fue clasificado uno a uno según edad materna y edad gestacional. La incidencia de preeclampsia fue de 10.8%. Los factores de riesgo que más resaltaron fueron: antecedente de violencia física (OR: 1.32; IC: 1.19-4.8; <0.05), no planificación del embarazo (OR: 1.23; IC95%: 1.12-10.56; <0.05), primigravidad (OR: 1.54; IC95%: 1.3-8.72; <0.01), antecedente previo de preeclampsia (OR: 3.16; IC95%: 1.1-7.4; <0.01) e IMCalto (OR: 3.2; IC95%: 2.25-7.35; <0.01)”.⁽⁹⁾

“La preeclampsia es un fenómeno frecuente en el HNDAC y cuya naturaleza muestra una clara asociación con fenómenos de naturaleza psicosocial. Nuestros resultados en relación a los factores de riesgo condicen con lo revelado por la evidencia publicada. Se sugiere la creación de un programa de atención y de investigación para los casos de preeclampsia en el HNDAC”.⁽⁹⁾

Según Centeno G., Crispin L. Período intergenésico prolongado es factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero - marzo del 2013

Objetivos: Determinar si el período intergenésico prolongado es un factor de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia. Materiales y métodos:

Estudio caso – control, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el período de enero a marzo del 2013. Se estudió 78 puérperas, en donde se comparó 39 de ellas que tuvieron preeclampsia (casos) con 39 puérperas que no tuvieron la enfermedad (controles) a las cuales se les midió el período intergenésico prolongado (mayor a 48 meses), características maternas, obstétricas y hábitos psicobiológicos.

Un factor potencial asociado a preeclampsia usando la prueba de asociación Odd Ratio (OR). Dio como resultados que existe mayor riesgo de presentar preeclampsia en mujeres con período intergenésico prolongado (mayor a 48 meses), en los casos se observó que un 69.2% presentaron esta patología a diferencia de los controles que lo presentaron un 38.5% (OR: 5.4, IC=95%) En la investigación realizada el período intergenésico prolongado (mayor a 48 meses) es un factor de riesgo de preeclampsia. Las mujeres que tienen este factor poseen un riesgo incrementado para que su embarazo sea complicado con preeclampsia.

Palabras Claves: Preeclampsia, Período Intergenésico Prolongado, Embarazo⁽¹⁰⁾.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. FACTORES DE RIESGO

“En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo

implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor". ".⁽¹¹⁾

Si tomamos como ejemplo los tipos de cáncer, cada uno tiene diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición sin protección a los rayos solares es un factor de riesgo para el cáncer de piel, y el fumar es un factor de riesgo para el cáncer de pulmón, laringe, boca, faringe, esófago, riñones, vejiga urinaria y otros órganos.

Debemos diferenciar los factores de riesgo de los factores pronóstico, que son aquellos que predicen el curso de una enfermedad una vez que ya está presente. Existe también marcadores tumorales que nos ayudan a diagnosticar a tiempo el cáncer y poder darles tratamiento oportuno.

En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características (variables) que nos ayudan a diagnosticar a tiempo una enfermedad o el evento estudiado.

El estudio epidemiológico que mejor identifica un factor de riesgo es un estudio prospectivo como el estudio de cohortes.

“El término "factor de riesgo" fue utilizado por primera vez por el investigador de enfermedades cardiacas Thomas Dawber en un estudio publicado en 1961, donde atribuyó a la cardiopatía isquémica

determinadas situaciones como son la presión arterial, el colesterol o el hábito tabáquico".⁽¹¹⁾

2.2.1.1. FACTORES DEMOGRÁFICOS

A) EDAD

Mujeres mayores de 40 años. Las edades extremas (menor de 20 y mayor de 35 años) es catalogado como un factor de riesgo que más predisposición a tener preeclampsia se duplica.

Según estudios realizados se podido comprobar que las mujeres s mayores de 35 años presentan con mayor frecuencia enfermedades crónicas vasculares, y esto facilita el surgimiento de la preeclamsia.

"Por otra parte, se ha dicho que en el caso de las pacientes muy jóvenes se forman con mayor frecuencia placentas anormales, lo cual le da valor a la teoría de la placentación inadecuada como causa de la PE".⁽¹²⁾

B) ÍNDICE DE MASA CORPORAL

IMC \geq 30 kg/m² (Las pacientes con IMC menor de 20,0 kg/m² o mayor de 25,0 kg necesitan mayor atención para su requerimiento dietético).

Se ha demostrado en estudios anteriores que la malnutrición se asocia con la preeclampsia. La desnutrición trae como consecuencia la anemia, lo cual significa un déficit en la



captación y transporte de oxígeno, que puede ocasionar la hipoxia del trofoblasto.

Cuando una gestante esta desnutrida tiene deficiencia de varios micronutrientes, como calcio, magnesio, zinc, selenio y ácido fólico, cuya falta o disminución se ha demostrado que aumenta el riesgo de tener preeclampsia .

“La obesidad es una condición que se caracteriza por un acúmulo excesivo de grasa en el tejido subcutáneo y existen al respecto muchos puntos de vista contradictorios en los humanos. Algunos señalan que es el resultado de un efecto metabólico, que no es más que dejar libre el placer que se encuentra en comer, otros afirman que es una enfermedad genética determinada, así como consecuencia de la abundancia de alimentos y una vida sedentaria”.⁽¹³⁾

Durante el embarazo y el parto la obesidad aumenta el riesgo de padecer diversas enfermedades que complicar el bienestar de ella y la de su bebé.

Las consecuencias que trae la obesidad en una gestante pueden ser diversas y comprometer no solo su bienestar sino la de su bebe tales como la cesáreas, diabetes gestacional,



preeclampsia, partos prematuros, hemorragias y problemas de infección posparto.

Nuestro objetivo es determinar la influencia de la obesidad en los resultados maternos y perinatales en gestantes con riesgo de preeclampsia/eclampsia se realiza esta investigación.

C) HISTORIA FAMILIAR

La historia o vínculo familiar nos permitirá observar y describir el factor de riesgo de padecer una preeclampsia en hijas e hermanas de mujeres que sufrieron una PE durante su gestación.

Se ha investigado familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer que ha padecido una preeclampsia, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se embarazan. Igualmente, las familiares de segundo grado tienen un riesgo de padecerla de 2 a 3 veces mayor, comparado con aquellas mujeres en cuyas familias no hay historia de preeclampsia.

Este resultado nos permite definir la preeclampsia como una enfermedad compleja, en la que los factores genéticos que contribuyen a su origen, y que suelen ser múltiples, interactuarían de la forma siguiente entre ellos y con el ambiente: 2 o más genes entre sí (herencia poligénica), o 2 o más genes con diferentes

factores medioambientales (herencia multifactorial), y donde la heterogeneidad genética del individuo determinaría diferentes respuestas a un factor externo.

Según estudios los genes que originan el surgimiento de la preeclampsia los cuales se han encontrado más de 26, han sido agrupados, de acuerdo con su papel etiológico en 4 grupos: aquellos que regulan el proceso de placentación, los que intervienen en el control de la tensión arterial (TA), los que están involucrados en el fenómeno de isquemia placentaria y, por último, los que rigen el proceso de daño/remodelado del endotelio vascular.

Los estudios hechos en gemelos de sexo femenino demuestran que una gran mayoría se presenta PE en gemelos homocigóticos que en dicigóticos.

Se ha demostrado que el efecto genético sobre la susceptibilidad para desarrollar una preeclampsia está dado, en gran medida, por genes de origen materno; pero que también los genes paternos, por medio del genotipo fetal, pueden contribuir a esta predisposición, ya que estos últimos genes tienen un papel importante en la placentación.

La influencia de los genes paternos como factor de riesgo de preeclampsia, es crucial ya que si su compañero sexual tiene como antecedente ser el progenitor masculino de una gestación previa en la que la mujer sufrió una PE. La mujer tiene 80 % más de riesgo para desarrollar una PE

“A su vez, los hombres cuyas madres padecieron una PE durante la gestación que los procreó, tienen 110 % más riesgo de que una mujer por ellos embarazada desarrolle esta enfermedad durante la gestación”.^(14,15,16)

“Así, como la susceptibilidad para desarrollar una PE está mediada en gran parte por un componente genético heredable, que contribuye en aproximadamente un 50 % al riesgo de sufrir la enfermedad, indagar sobre la existencia de historia familiar de PE puede ser una herramienta valiosa para detectar embarazos con alto riesgo de padecerla”.⁽¹⁷⁾

2.2.1.2. FACTORES OBSTÉTRICOS

A) ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA

“Se ha observado que entre un 20 y 50 % de las pacientes que padecieron una PE durante un embarazo anterior, sufren una recurrencia de la enfermedad en su siguiente gestación”.⁽¹⁸⁾



Según Torales y otros investigadores encontraron en su estudio que 56 gestantes hipertensas el 31 % de ellas tenía el antecedente de presentar preeclampsia durante el embarazo anterior, mientras que Álvarez y Mendoza encontraron en su investigación el mismo resultado hecho en 100 embarazadas hipertensas en Barquisimeto, que el 50 % tenía también el mismo antecedente ya referido.

Asimismo, Sánchez y otros "plantearon que uno de los hallazgos más llamativos de su estudio de 183 mujeres preeclámplicas, fue la diferencia significativa entre casos y controles, en cuanto al antecedente referido de PE en un embarazo previo, y concluyeron que las mujeres con este antecedente tuvieron un riesgo de padecer una PE durante la gestación actual que se estudió, casi 9 veces mayor que las que no la refirieron".⁽¹⁹⁾

Se ha demostrado que este factor de riesgo de recurrencia estaría justificado por el hecho de que existe una susceptibilidad para presentar una preeclampsia en toda mujer que la sufre, y en esto jugaría su papel el factor genético utilizando como mediador al sistema inmunológico.

"Este supuesto tendría una explicación satisfactoria, sobre todo, en el caso de las pacientes que no lograron desarrollar una

tolerancia inmunológica a los mismos antígenos paternos a los que ya se expusieron en gestaciones anteriores".⁽¹⁹⁾

B) PERIODO INTERGENÉSICO

Se considera período intergenésico al intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro.

El tiempo propicio para poder volver a embarazarse es mayor a 2 años ya que menos de dos años puede traer complicaciones para el bebé y para la madre.

"En el caso del bebé puede suponer retraso en el crecimiento en el útero de la madre, placenta previa, aborto espontáneo, etc. Para la madre puede suponer un envejecimiento precoz de las células que pueden derivar en problemas del sistema nervioso, músculos, órganos, etc".⁽²⁰⁾

C) PARIDAD

"Esto ha sido comprobado por múltiples estudios epidemiológicos, que sustentan la validez de este planteamiento, siendo en las primigestas la susceptibilidad de 6 a 8 veces mayor que en las multíparas".⁽²¹⁾

Actualmente la preeclampsia sees considerada como una enfermedad provocada por un fenómeno de inadaptación inmunitaria de la madre al conceptus fetal.



La unidad fetoplacentaria contiene antígenos paternos que son extraños para la madre huésped, y que se supone sean los responsables de desencadenar todo el proceso inmunológico que provocaría el daño vascular, causante directo de la aparición de la enfermedad.

En la PE, el sistema reticuloendotelial no elimina los antígenos fetales que pasan a la circulación materna, y se forman entonces inmunocomplejos, que se depositan finalmente en los pequeños vasos sanguíneos y provocan daño vascular y activación de la coagulación con nefastas consecuencias para todo el organismo.

Se ha demostrado que durante el primer embarazo se pondría en marcha todo este mecanismo inmunológico y surgiría la preeclampsia pero, a la vez, también se desarrollaría el fenómeno de tolerancia inmunológica, que evitará que la enfermedad se presente en gestaciones posteriores, siempre que se mantenga el mismo compañero sexual. Así, el efecto protector de la multiparidad se pierde con un cambio de compañero.

“El fenómeno de tolerancia inmunológica disminuye con el tiempo y aproximadamente 10 años después de una primera gestación, la mujer ha perdido la protección que le confiere esta”.⁽²²⁾



En varios trabajos de investigación se ha demostrado que pacientes primigestas y multigestas, el mayor tiempo de duración de la cohabitación sexual antes de la concepción tiene una relación inversa con la incidencia de preeclampsia.

Por el contrario, "la modificación de la paternidad o un breve período de exposición a los espermatozoides del compañero sexual, se han relacionado con un incremento sustancial del riesgo de padecer la enfermedad, y lo mismo sucede con los embarazos ocurridos por inseminación artificial heteróloga o por donación de ovocitos, y con el hecho de tener un compañero que fue el progenitor masculino en un embarazo con PE en otra mujer".⁽²³⁾

Por otra parte, "se ha dicho también que la mujer primigesta, por no haber tenido sometido previamente el útero a la distensión de un embarazo, tiene durante toda su evolución un mayor tono del miometrio que, por compresión, disminuye el calibre de las arteriolas espirales, y esto limita la perfusión sanguínea a esta zona, con la consecuente posibilidad de hipoxia trofoblástica, fenómeno que también ha sido implicado en la génesis de la PE".⁽²⁴⁾

Así, "la inadecuada perfusión de la placenta es seguida por sus cambios patológicos, el escape de trofoblasto a la circulación, y el consecuente y lento desarrollo de una coagulación intravascular

sistémica con efectos deletéreos importantes en todo el organismo".⁽²⁵⁾

"Se ha comprobado que en la PE la irrigación uteroplacentaria está disminuida en un 50 %, lo que produce una degeneración acelerada del sincitiotrofoblasto y trombosis intervillosa e infartos placentarios, lo cual conduce al síndrome de insuficiencia placentaria, y altera el intercambio diaplacentario de sustancias y la producción y secreción hormonal de la placenta, facilitándose, además, su desprendimiento prematuro, con sus consecuencias nefastas para la madre y el feto".⁽²⁶⁾

2.2.2. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son problemas médicos muy importantes que presentan cuadros de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia es una de las enfermedades hipertensivas que de no ser detectada y tratada a tiempo podría terminar en la muerte.

Para poder prevenir un trastorno hipertensivo es tener presente los cambios de la presión arterial la elevación de la presión arterial en cuanto a la basal indica un factor de riesgo y del volumen intravascular que tienen lugar durante el embarazo.

La preeclampsia se caracteriza por vasoconstricción extrema, aumento de la reactividad vascular y disminución del volumen intravascular.

Esta enfermedad pone en riesgo el binomio madre-feto porque no existen estudios de vigilancia prolongada con los diferentes fármacos antihipertensivos.

“En esta revisión se presenta una propuesta de tratamiento donde se discuten las pautas terapéuticas fundamentales basadas en la correcta utilización de los pilares principales de terapia antihipertensiva, con eficacia y seguridad reconocida, que incluye la metildopa, la hidralacina, los bloqueadores α y β (labetalol), los anticálcicos y los betabloqueadores”.⁽²⁷⁾

2.2.2.1. PREECLAMPSIA

La preeclampsia es una patología exclusiva del embarazo. Se presenta a partir de la semana 20 y hasta el día 30 posparto, y se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria (proteínas en la orina).

La preeclampsia también puede ir acompañada de edema, aunque no es una condición necesaria para diagnosticar la enfermedad.⁽²⁸⁾



La preeclampsia (PE) es una enfermedad que se desarrolla durante el embarazo a partir de las 20 semanas que actualmente presenta una elevada tasa de morbimortalidad perinatal, y que se caracteriza por el aumento de la presión arterial y proteinuria durante la segunda mitad del embarazo.

“Se presenta en todas las poblaciones con una incidencia general que varía entre el 5 y el 7 %; sin embargo, diferencias geográficas, socioeconómicas y raciales hacen que su frecuencia en algunas áreas sea 3 veces mayor que en otras”.⁽²⁹⁾

“A pesar de la importancia de la PE en términos de salud pública, ya que constituye la mayor causa de mortalidad materna en los países desarrollados, así como de morbilidad gestacional a corto y largo plazo, de muerte perinatal, parto pretérmino y retardo del crecimiento intrauterino.^(30,31) los mecanismos que la desencadenan no están totalmente precisados y han sido múltiples las teorías que se han enumerado para explicar su etiología”.^(32,33)

“Se acepta que es una enfermedad compleja, en la cual la manifestación individual de la enfermedad depende de la interacción entre varios genes maternos con el genotipo fetal y con factores medioambientales, lo que determina la generación de una respuesta que conduce a la aparición de hipertensión arterial, proteinuria y edema, signos evidentes del desarrollo de la PE”.⁽³⁴⁾

No obstante, aunque se ha acumulado bastante evidencia sobre el aporte genético y medioambiental en la predisposición a desarrollar una PE, pocos estudios hasta la fecha han intentado cuantificar y discriminar el peso que cada uno de ellos tiene, en relación con este aspecto, y menos clara es todavía la importancia que tienen los nuevos factores de riesgo para anticipar el surgimiento de esta enfermedad.

Nuestro objetivo principal es actualizar y ampliar el conocimiento que se tiene sobre los factores de riesgo de preeclampsia en este momento, y presentar en este trabajo académico la mayor cantidad de información posible, en relación con este aspecto de este proceso mórbido.

La Preeclampsia es una enfermedad que se presente a partir de las 20 semanas de gestación con elevación de la presión arterial y acompañada de proteinuria, debemos tener presente y diferenciarlo de la enfermedad trofoblástica o hidrops fetal

“Sólo el 20% de las mujeres que desarrollan hipertensión por encima de las 20 semanas serán diagnosticadas de preeclampsia y el 80% restante se clasificará como hipertensión gestacional o transitoria, siendo la proteinuria el signo clínico utilizado para diferenciar estas dos entidades”. ”.(35)

La enfermedad hipertensiva propia del embarazo y se caracteriza por presentar proteínas en la orina en 24 horas asociada o no a edemas. Muchos estudios dicen que esta enfermedad afecta de preferencia a las nulíparas, aparece después de las 24 semanas de gestación y es reversible en el posparto inmediato.

La preeclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto, además de ser causal de repercusiones sobre la madre y el recién nacido.⁽³⁵⁾

Esta enfermedad afecta múltiples órganos y sistemas, existiendo una alteración común en todos ellos, que es la vasoconstricción arteriolar secundaria al incremento de la sensibilidad vascular a las aminas presoras.

- Por un mecanismo dependiente de la respuesta inmune materna, hay falta de invasión del segmento miometrial de las arterias espirales.
- Por ello se dilatan y siguen respondiendo a estímulos vasoconstrictores.
- Esto causa flujo sanguíneo deficiente para feto y placenta, con isquemia y daño local.⁽³⁵⁾

Esto produce lo siguiente:

- Producción de renina de origen fetal y placentario.
- Desequilibrio en la producción placentaria de Tromboxano A2 (que se produce principalmente en las plaquetas) y prostaciclina (que se produce en el endotelio vascular y la corteza renal), el predominio de Tromboxano A2 da lugar a vasoconstricción, agregación plaquetaria, flujo placentario, contractibilidad uterina.
- Liberación a la circulación materna de tromboplastina placentaria por el daño isquémico. Esto traería depósito glomerular de criofibrinogeno, el cual causaría la proteinuria.

“El Ministerio de Salud la define como una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg en embarazo mayor o igual a 20 semanas en mujer previamente normotensa, proteinuria en 24 horas mayor o igual a 300 mg, o tirilla reactiva positiva + o más”.⁽³⁵⁾

A) PREECLAMPSIA LEVE

“La presión arterial se sitúa en valores a partir de 140/90 mmHg, o se ha constatado una elevación de 30 mmHG en la presión sistólica y de 15 mmHG en la presión diastólica (conociendo previamente los valores basales). La proteinuria es de más de 300

mg en 24 horas, y no hay vaso espasmo (contracción de los vasos sanguíneos)".⁽²⁸⁾

"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".⁽³⁶⁾

B) PREECLAMPSIA SEVERA

"La presión arterial es de 160/110 mmHg o superior, la proteinuria es mayor de 5 gramos en 24 horas y hay otros síntomas como edema, cefalea, acúfenos y fosfenos (sensación de ver manchas luminosas)".⁽²⁸⁾

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, acufenos, 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.

Como la proteinuria puede ser una manifestación tardía, se puede sospechar la preeclampsia en una embarazada con hipertensión acompañada de cefalalgia, dolor abdominal o anomalías en los exámenes de laboratorio. La hipertensión que sobreviene en la preeclampsia es causada por un aumento de la resistencia vascular periférica. El gasto cardiaco suele ser menor que en el embarazo 11 normotensivo.

“La hipertensión causa desplazamiento preferencial de líquido del espacio intravascular al intersticial. El aumento de la permeabilidad vascular a las proteínas podría ser secundario a lesión de las células endoteliales de causa indeterminada. En la preeclampsia hay disfunción generalizada de las células endoteliales con caída en la síntesis de PGI₂, aumento de fibronectina celular plasmática y activación del factor de Von Willebrand”.⁽³⁷⁾

C) PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA.

“En el caso de que la paciente tuviera problemas de riñón o de hipertensión anteriores al embarazo, se habla de preeclampsia sobreañadida”.⁽³¹⁾

“Preeclampsia sobreañadida. La embarazada por hipertensión arterial crónica, vascular o renal, está sometida a la contingencia de que se añada una preeclampsia a su proceso de base. La frecuencia con que esto ocurre es reportada de manera muy distinta, pues depende del criterio diagnóstico utilizado. La incidencia oscila alrededor del 8 al 10%”.⁽³⁷⁾

D) PREECLAMPSIA RECURRENTE

Se caracteriza por presentarse esta condición en dos gestación distintas.

Las mujeres multíparas que han presentado preeclampsia tienen mayor riesgo de presentar complicaciones perinatales que las pacientes nulíparas. Las primeras doblan el riesgo de partos prematuros, cuadruplican el de mortinatos y sextuplican el de desprendimiento de placenta.



En un estudio realizado en Finlandia, se encontró una recurrencia de preeclampsia del 15% en gestantes que la presentaron en su primer embarazo.

En estudios realizados se demostró que si una gestante no desarrollaba preeclampsia recurrente, no existían problemas o complicaciones con el peso fetal, distrés fetal o prematuridad; sin embargo, la tasa de cesáreas fue mayor. No se dispone de ninguna prueba dotada de la sensibilidad suficiente para predecir el desarrollo de preeclampsia.

Se recomienda a toda gestante acudir a sus controles desde la concepción y la evaluación de presión arterial y las proteínas urinarias mediante una tira reactiva de orina en cada una de las visitas TASS, así como identificar los singos o señales de peligro.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA: Se ha demostrado en estudios de investigación que entre un 20 y 50 % de las gestantes que presentaron preeclampsia durante el embarazo anterior pueden presentar esta enfermedad en su siguiente embarazo.

2.3.2. EDAD: Las gestantes mayores de 40 años y menores de 15 años (menor de 20 y mayor de 35 años) constituyen uno de los principales factores de riesgo para presentar enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, y se ha informado que en estos casos el riesgo de padecer una PE se duplica.

2.3.3. FACTORES DE RIESGO: Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud. Los factores de riesgo implican que las personas afectadas por dicho factor de riesgo, presentan un riesgo sanitario mayor al de las personas sin este factor.

2.3.4. HISTORIA FAMILIAR: En investigaciones se ha demostrado que hay mayor probabilidad de padecer preeclampsia en hijas y hermanas de mujeres que sufrieron una preeclampsia durante su embarazo. Aquellos familiares de primer grado de consanguinidad de una mujer que ha presentado una preeclampsia, tienen de 4 a 5 veces mayor riesgo de presentar la enfermedad cuando se

embarazan.

2.3.5. ÍNDICE DE MASA CORPORAL: $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (Las pacientes con IMC menor de $20,0 \text{ kg/m}^2$ o mayor de $25,0 \text{ kg/m}^2$ necesitan mayor atención para su requerimiento dietético). La malnutrición es un factor de riesgo que se asocia con la preeclampsia.

2.3.6. PARIDAD: Las primigestas tiene mayor probabilidad de presentar esta enfermedad PE es decir de 6 a 8 veces mayor que en las multíparas.

2.3.7. PERIODO INTERGENÉSICO: Se considera período intergenésico al intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro.

2.3.8. PREECLAMPSIA LEVE: La presión arterial se sitúa en valores a partir de $140/90 \text{ mmHg}$, o se ha constatado una elevación de 30 mmHg en la presión sistólica y de 15 mmHg en la presión diastólica (conociendo previamente los valores basales). La proteinuria es de más de 300 mg en 24 horas, y no hay vasoespasmos (contracción de los vasos sanguíneos).

2.3.9. PREECLAMPSIA RECURRENTE: Se denomina así a la preeclampsia que aparece en la misma embarazada en dos gestaciones distintas. Las mujeres que tienen una preeclampsia recurrente presentan mayor riesgo perinatal que las pacientes que

presentaron preeclampsia como nulíparas.

2.3.10. PREECLAMPSIA SEVERA: La presión arterial es de 160/110 mmHg o superior, la proteinuria es mayor de 5 gramos en 24 horas y hay otros síntomas como edema, cefalea, acúfenos y fosfenos (sensación de ver manchas luminosas).

2.3.11. PREECLAMPSIA SOBREAÑADIDA: La embarazada por hipertensión arterial crónica, vascular o renal, está sometida a la contingencia de que se añada una preeclampsia a su proceso de base. La frecuencia con que esto ocurre es reportada de manera muy distinta, pues depende del criterio diagnóstico utilizado. La incidencia oscila alrededor del 8 al 10%.

2.3.12. PREECLAMPSIA: La preeclampsia es una patología exclusiva del embarazo. Se presenta a partir de la semana 20 y hasta el día 30 posparto, y se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria (proteínas en la orina).

2.3.13. TRASTORNOS HIPERTENSIVOS: Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son problemas médicos muy importantes que presentan cuadros de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia es una de las enfermedades hipertensivas que de no ser detectada y tratada a tiempo podría terminar en la muerte.

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

3.1. PLANIFICACIÓN

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo y el diseño es inductivo en gestantes atendidas en el Hospital "Carlos Monge Medrano" 2016.

Población:

La población está representada por todos los casos de gestantes con hipertensión atendidos en el Hospital "Carlos Monge Medrano" de la ciudad de Juliaca entre los meses Abril – Junio del 2016.

Muestra:

Está conformado por 25 gestantes que sufren de trastornos hipertensivos en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca entre los meses Abril – Junio del 2016.

Criterios de inclusión:

- Todas las gestantes que sufren de trastornos hipertensivos en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, con un resultado sugerente de trastorno hipertensivo.

Criterios de exclusión:

- Gestantes que a pesar de tener un resultado de trastornos hipertensivos en gestantes no acuden para la atención del parto al Hospital.
- Gestantes que no presentan trastornos hipertensivos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**Técnica:**

Encuesta.

Instrumentos:

Cuestionario de preguntas

3.2. VARIABLES E INDICADORES**Variables Independientes**

Factores de riesgo

Variable Dependiente

Trastornos hipertensivos

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE VALORACIÓN
INDEPENDIENTES FACTORES DE RIESGO	• Sociodemográfico	• Edad	<ul style="list-style-type: none"> • < 19 años • 20 a 35 años • 35 a más
		• IMC	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 18 • 18 a 26 • 27 a 30 • 31 a más
	• Obstétricos	• Historia familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Mama • Hermana • Otra • Ninguna
		• Antecedente de hipertensión	<ul style="list-style-type: none"> • Si presenta • No presenta
		• Periodo Intergenérico	<ul style="list-style-type: none"> • < 2 años • de 2 a 4 años • >de 4 años
		• Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Multípara
DEPENDIENTES TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	• Preeclampsia	• Leve	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		• Severa	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		• Sobreañadida	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
		• Recurrente	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

3.4. EJECUCIÓN



El trabajo académico de realizo en el Hospital "Carlos Monge Medrano" de Juliaca, San Román, en el departamento de Gineco obstetricia, en pacientes con trastornos hipertensivos en gestantes del Hospital "Carlos Monge Medrano" del periodo de 01 de Abril al 30 de Junio del año 2016. Se solicitó la autorización de la dirección del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Se coordinó con la oficina de admisión y estadística, para realizar la revisión respectiva.

El recabó el diagnostico, procedimiento y tratamiento indicado, se revisa prolijamente las historias clínicas y cuaderno de seguimiento.

Los datos fueron vaciados a la hoja de encuesta. Los datos obtenidos fueron procesados para su respectivo análisis e interpretación.

De la aplicación del instrumento: Se diseñó la ficha de recolección de datos, en el que considero datos de los factores de riesgo como variable independiente y trastornos hipertensivos como variable dependiente.

Para la aplicación del cuestionario se solicitó, autorización a la dirección del Hospital Carlos Monge Medrano, con atención al Unidad de estadística, para tener acceso a las historias clínicas con diagnóstico de Factores de trastornos hipertensivos en gestantes.

3.5. RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

Se analizó los resultados teniendo en consideración las siguientes fases:

3.5.1. REVISIÓN DE LOS DATOS

Control de calidad de llenado de las fichas de recolección de datos a fin de hacer la corrección necesaria.

3.5.2. CODIFICACIÓN DE LOS DATOS

En la etapa de recolección de la información, que es la tendencia se transforma los datos en códigos numéricos, de acuerdo a la respuesta esperada en el cuestionario estructurado.

Los resultados se realizaron la técnica de la encuesta en su modalidad de cuestionario, con el fin de conocer los factores de riesgo que influyen en trastornos hipertensivos en gestantes del Hospital "Carlos Monge Medrano" de Juliaca. 2016.

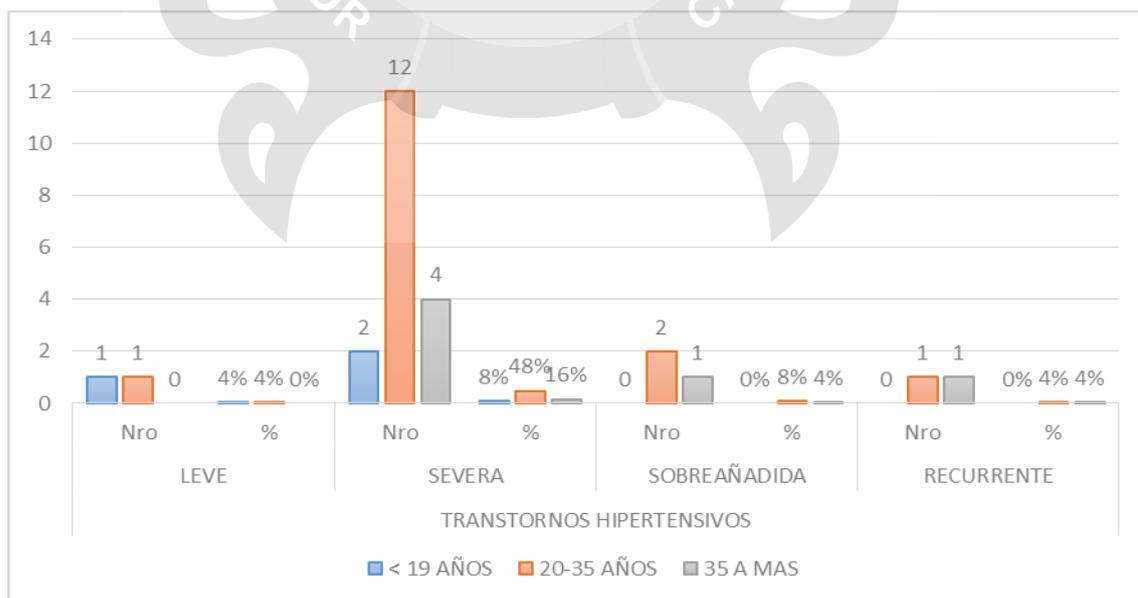
TABLA 1

**EDAD Y TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL
GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016**

EDAD	TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS								TOTAL	
	LEVE		SEVERA		SOBREAÑADIDA		RECURRENTE			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
< 19 AÑOS	1	4	2	8	0	0	0	0	3	12
20-35 AÑOS	1	4	12	48	2	8	1	4	16	64
35 A MAS	0	0	4	16	1	4	1	4	6	24
TOTAL	2	8	18	72	3	12	2	8	25	100

FUENTE: Ficha de investigación

GRÁFICO 1



FUENTE: Tabla 1

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 1 y gráfico 1, referidos a las variables edad y trastornos hipertensivos nos muestran.

En relación a la edad: El 64% son entre 20 a 35 años, el 24% son de 35 a más y el 12% son >19 años.

En el grupo de hipertensión leve: El 4% son >19 años, el 4% están entre los 20 a 35 años.

En el grupo de hipertensión severa: el 48% está entre los 20 a 35 años, el 16% de 35 a más años, el 8% son menores de 19 años.

En el grupo de hipertensión sobre añadida: el 8% es de 20 a 35 años, el 4% es de 35 a más años

En el grupo de hipertensión recurrente el 4% se da de 20 a 35 años, el 4% es de 35% a mas años.

El tipo de hipertensión el 72% es severa, el 12% es sobreañadida el 8% leve y el 8% es recurrente

Según las autoras Ayllon Ana Luisa Jhelyna Carolina Arenas Victoria Vásquez Díaz. Del Centro de Salud Villa del Norte, Lima 2011 Las mujeres con edad adecuada para salir gestando representan un porcentaje de 20 a- 35 años es 64.2%, y < 19 años es 28.9% las mujeres que corren riesgo de salir gestando por no presentar una edad adecuada.

En conclusión se puede decir que los factores de riesgo que influyen en trastornos hipertensivos en gestantes esto ocurre entre las edades 20 a 35



años que equivale a un 88% y se debe tener más cuidado en sus controles hipertensivos durante su embarazo.



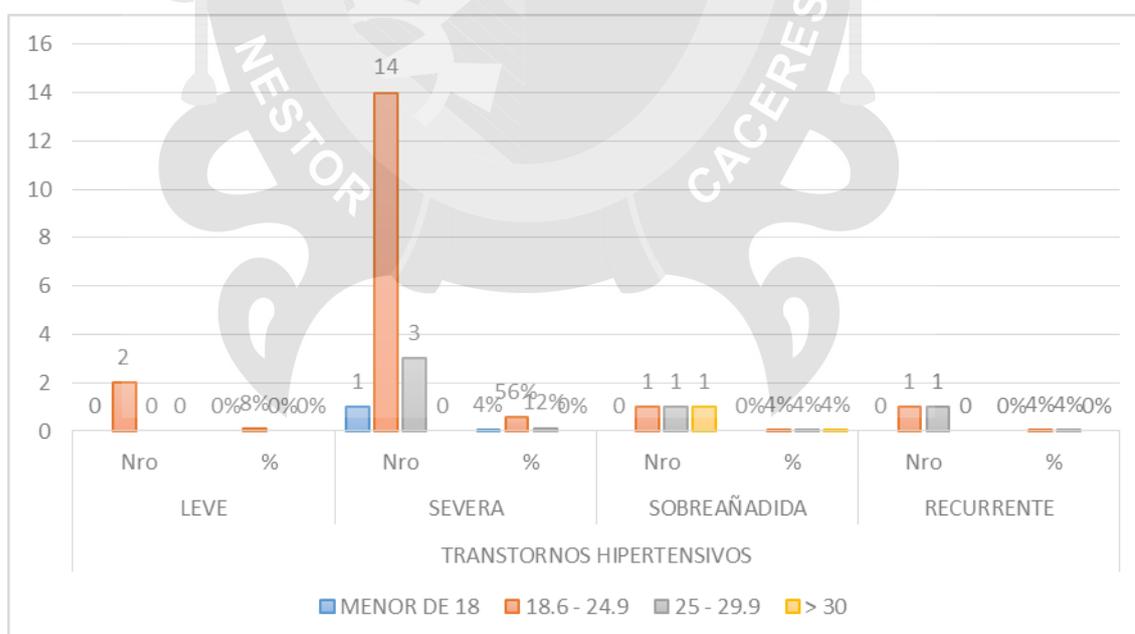
TABLA 2

EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y DE TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE DE JULIACA. 2016

IMC	TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS								TOTAL	
	LEVE		SEVERA		SOBREAÑADIDA		RECURRENTE			
	f	%	f	%	f	%	F	%	f	%
MENOR DE 18	0	0	1	4	0	0	0	0	1	4
18.6 - 24.9	2	8	14	56	1	4	1	4	18	72
25 - 29.9	0	0	3	12	1	4	1	4	5	20
> 30	0	0	0	0	1	4	0	0	1	4
TOTAL	2	8	18	72	3	12	2	8	25	100

FUENTE: Ficha de investigación

GRÁFICO 2



FUENTE: Tabla 2

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 2 y gráfico 2, referidos a las variables el índice de masa corporal y de trastornos hipertensivos nos muestran.

En relación al IMC: El 72% está dentro de 18.6-24.9, el 20% está dentro de 25-29.9, el 4% es menor 18, el 4% es >30.

En el grupo de hipertensión leve: El 0% está dentro de 18.6-24.9, el 8% está dentro de 25-29.9, el 0% es menor 18, el 0% es >30.

En el grupo de hipertensión severa: El 56% está dentro de 25-29.9, el 12% está dentro de 18, el 4%, el 4% está dentro de 18.6-24.9, el 0% es >30.

En el grupo de hipertensión sobre añadida: El 4% está dentro de 25-29.9, el 4% es menor 18, el 4% es >30.

En el grupo de hipertensión recurrente: El 4% está dentro de 25-29.9, el 4% es menor 18, el 0% es >30.

Según las autoras Ana Luisa Victoria Vásquez Jhelyna Carolina Arenas Ayllon Díaz sobre en el c.s. Villa norte Lima 2011, En el primer trimestre de gestación IMC < de 20. Aquellas mujeres embarazadas con bajo índice de masa corporal pregestacional deberán ser tratadas por un especialista para mejorar su estado de salud y una monitorización de la ganancia de peso periódica en cada visita prenatal. El riesgo de tener bebés con bajo peso de nacimiento puede ser disminuido con una ganancia ponderal total entre 12,5 y 18,0 Kg, lo que equivale aproximadamente a 0,5 Kg por semana.

Las causas de índice de masa corporal bajo en el embarazo pueden ser identificadas durante el control prenatal y así poder disminuir el porcentaje que este representa.



En conclusión que el IMC es un factor de riesgo que influyen en trastornos hipertensivos en gestantes en un 20% ya que representan sobrepeso, esto implica que se debe tener más cuidado en estas gestantes que tienen índice de masa corporal elevada.



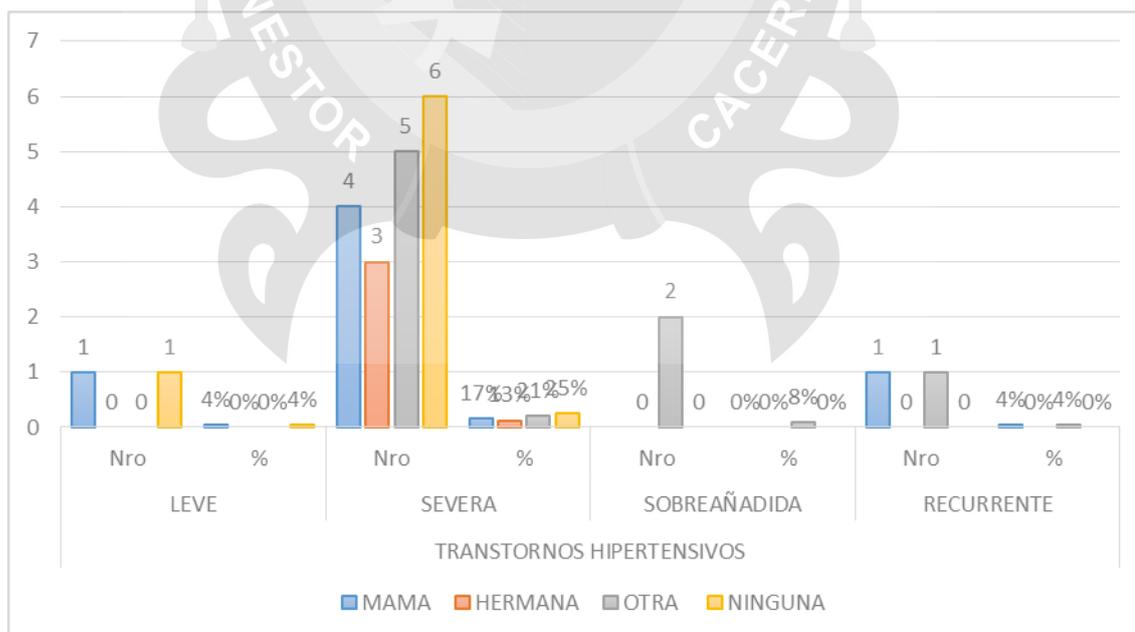
TABLA 3

LA HISTORIA FAMILIAR Y TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016

HISTORIA FAMILIA	TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS								TOTAL	
	LEVE		SEVERA		SOBREAÑADIDA		RECURRENTE			
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
MAMA	1	4	4	16	1	4	1	4	7	28
HERMANA	0	0	3	12	0	0	0	0	3	12
OTRA	0	0	5	20	2	8	1	4	8	32
NINGUNA	1	4	6	24	0	0	0	0	7	28
TOTAL	2	8	18	72	3	12	2	8	25	100

FUENTE: Ficha de investigación

GRÁFICO 3



FUENTE: Tabla 3

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 3 y gráfico 3, referidos a las variables historia familiar y trastornos hipertensivos nos muestran.

En relación a la historia familiar: El 32% de hipertensión refiere otra causa, el 28% de hipertensión esta en relación a la madre, 28% refiere ninguna, y el 12% de hipertensión esta en relación a la hermana.

En el grupo de hipertensión leve: El 4% de hipertensión esta en relación a la madre, 4% refiere ninguna, el 0% en relación a la hermana y otro.

En el grupo de hipertensión severa: El 20% de hipertensión refiere otra causa, el 16% de hipertensión esta en relación a la madre, 24% refiere ninguna, y el 12% de hipertensión esta en relación a la hermana.

En el grupo de hipertensión sobre añadida: El 8% de hipertensión refiere otra causa, el 4% de hipertensión esta en relación a la madre, 0% refiere ninguna, y el 0% de hipertensión esta en relación a la hermana.

En el grupo de hipertensión recurrente: El 4% de hipertensión refiere otra causa, el 4% de hipertensión esta en relación a la madre, 0% refiere ninguna, y el 0% de hipertensión esta en relación a la hermana.

Según los autores, Yanes Quesada Marelis, Hernández García Pilar, Yanes Quesada Marelis, Isla Valdés Ariana, Cruz Hernández Jeddú. Revista Cubana de Medicina General. Indican que se ha observado en trabajos de investigación de familiares presentan mayor riesgo de desarrollar hipertensión en hijas y hermanas de mujeres que presentaron esta patología durante su embarazo, con un riesgo de 4 a 5 veces más cuando se embarazan. En tanto los familiares de segundo grado tienen un riesgo menor de 2 a 3 veces más,



comparado con aquellas mujeres que no tienen antecedentes familiares de hipertensión.

En conclusión se puede decir la historia familiar está relacionado con otras tipo de vínculo en un 32%, Este tipo de predisposición familiar apoya la definición de Trastornos Hipertensión en como una enfermedad compleja.

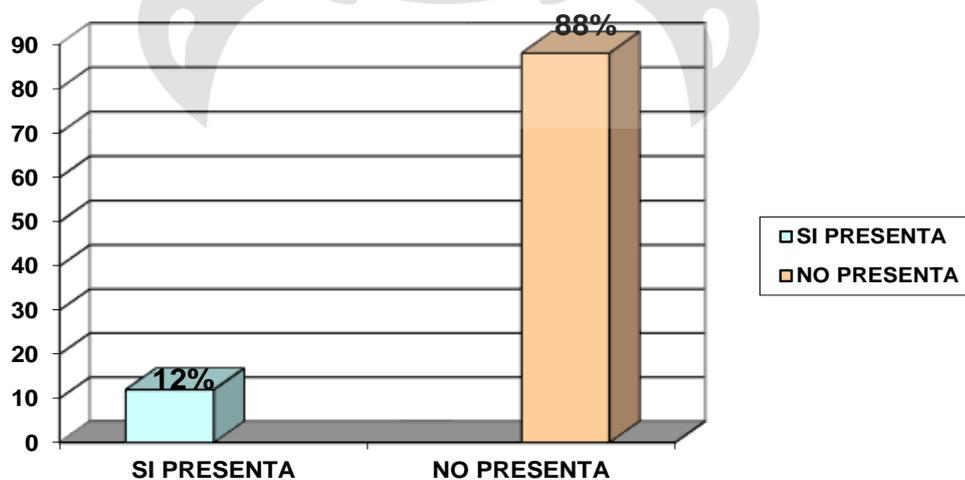


TABLA 4

ANTECEDENTES DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016

ANTECEDENTE DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS	f	%
SI PRESENTA	3	12
NO PRESENTA	22	88
TOTAL	25	100

FUENTE: Ficha de investigación

GRÁFICO 4

FUENTE: Tabla 4

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 4 y gráfico 4 del total de encuestadas que son 25 personas se puede apreciar sobre antecedentes de trastornos hipertensivos respondieron 22 personas que NO PRESENTAN que equivale a 88%, luego respondieron 3 personas SI PRESENTAN la MAMÁ que equivale a 12%,

Según la autora Matías De La Cruz Rocío Pamela Hospital gineco-obstétrico enrique c. Sotomayor, Guayaquil 2013, Según los trabajos realizados mencionaron que los antecedentes patológicos maternos presentaron: un 72% de casos sin ningún antecedente, 20% de ellos con enfermedad hipertensiva, 8% correspondieron a la diabetes mellitus y el 2% de casos con antecedente de preeclampsia materna. Esto ha científicamente comprobado en estudio de cohortes como el de Ortiz y Col quienes mencionaron que el "antecedente de preeclampsia en un embarazo previo tiene mayor riesgo de recurrencia de la enfermedad (RR: 2.91; IC 95%:1.8-6.61).^{2, 12}. El riesgo de recurrencia varía dependiendo de la gravedad del cuadro de preeclampsia previo, presentado antes del embarazo índice, reportándose de 25 a 65% en pacientes con preeclampsia severa previa y de 5-7% en pacientes con preeclampsia leve comparado con la frecuencia de menos de 1% en pacientes con un embarazo previo normoevolutivo".⁽²⁵⁾

En conclusión se puede decir que no presentan antecedentes de trastornos hipertensivos que equivale a 88% de las encuestadas no tienen riesgo de trastornos hipertensivos.

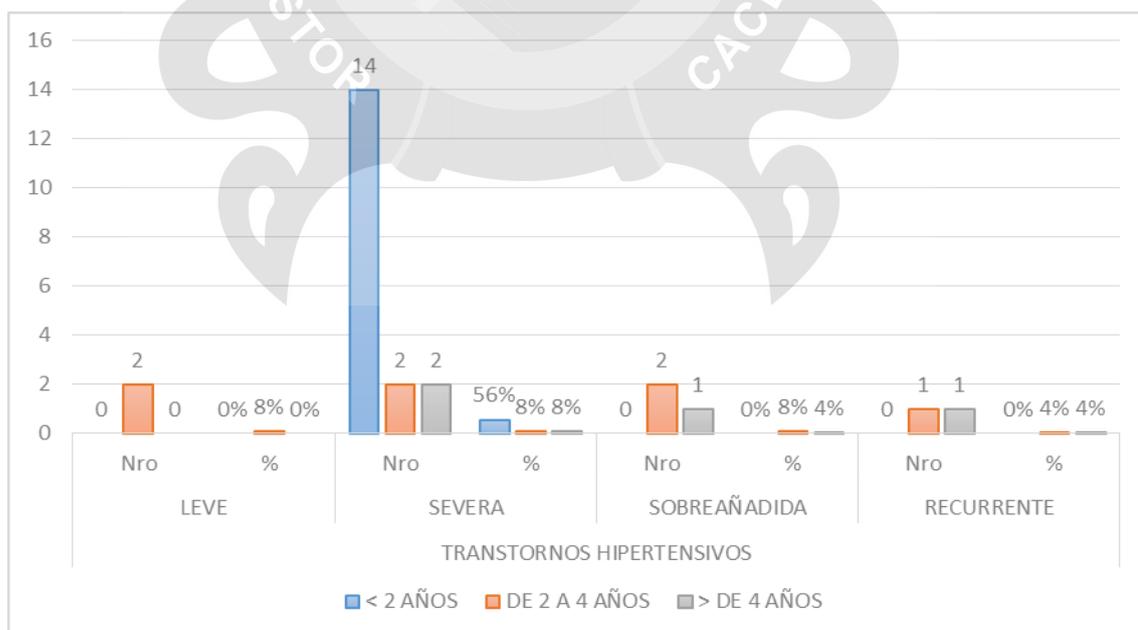
TABLA 5

PERIODO INTERGENÉSICO Y SU RELACIÓN CON TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016

PERIODO INTERGENESICO	TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS								TOTAL	
	LEVE		SEVERA		SOBREAÑADIDA		RECURRENTE			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
< 2 AÑOS	0	0	14	56	0	0	0	0	14	56
DE 2 A 4 AÑOS	2	8	2	8	2	8	1	4	7	28
> DE 4 AÑOS	0	0	2	8	1	4	1	4	4	16
TOTAL	2	8	18	72	3	12	2	8	25	100

FUENTE: Ficha de investigación

GRÁFICO 5



FUENTE: Tabla 5

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 5 y gráfico 5, referidos a las variables periodo intergenésico y su relación con trastornos hipertensivos nos muestran.

En relación al periodo intergenesico: El 56% son < 2 años, el 28% es de 2 a 4 años, y el 16% son >4 años.

En el grupo de hipertensión leve: El 8% es de 2 a 4 años, el 0% son <2 años y >4 años.

En el grupo de hipertensión severa: El 56% son < 2 años, el 8% es de 2 a 4 años, y el 8% son >4 años.

En el grupo de hipertensión sobre añadida: El 8% es de 2 a 4 años, el 4% son >4 años. El 0% son < 2 años.

En el grupo de hipertensión recurrente: El 4% es de 2 a 4 años, el 4% son >4 años, el 56% son < 2 años

En "cuanto a la variable del período intergenésico, de las 39 mujeres que pertenecen al grupo caso, el 69.2% tenían un período intergenésico prolongado, mayor de 48 meses, mientras que en el grupo control solo fue un 38%, además se encontró que las mujeres con período intergenésico prolongado fueron 5 veces más propensas a desarrollar preeclampsia con un OR=5,4 con diferencias estadísticamente significativas (IC=1,8-15,6; p=0,001). con respecto al período intergenésico de 24 a 48 meses se observó en el grupo caso un 17,9%, mientras que en el grupo control hubo una mayor cantidad 53,8%, por último las pacientes con período intergenésico menos de 24 meses grupo caso 12,8% y grupo control 7,7% esto no tuvo diferencias significativas(IC=0,9-26,4; p=0,047)" (1)



En conclusión, se puede decir que tienen un periodo intergenésico < 2 años que equivale a un 56% que puedan sufrir riesgo con trastornos hipertensivos, porque el periodo intergenésico se considera al intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro.



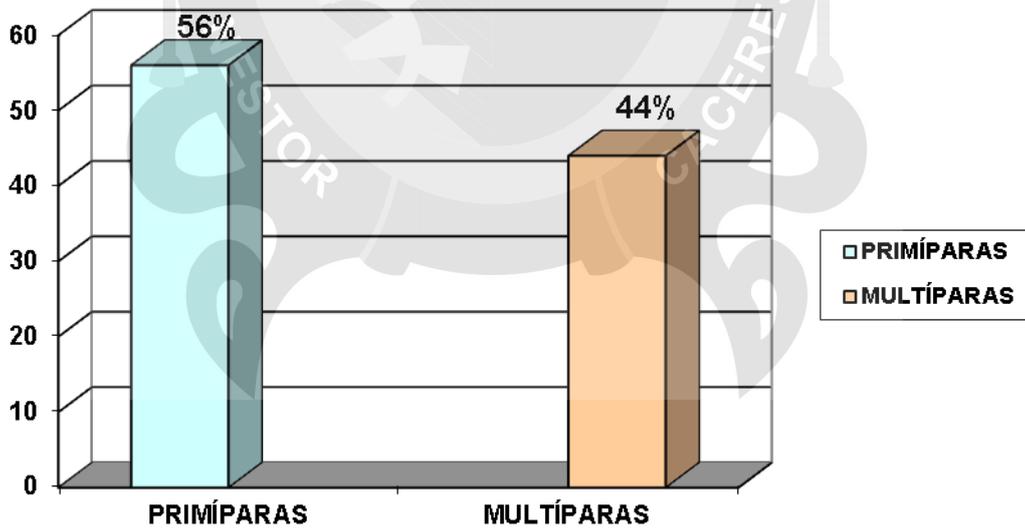
TABLA 6

PARIDAD EN TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL
"CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016

PARIDAD	f	%
PRIMÍPARA	14	56
MULTÍPARA	11	44
TOTAL	25	100

FUENTE: Ficha de investigación

GRÁFICO 6



FUENTE: Tabla 6



INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 6 y gráfico 6 del total de encuestadas que son 25 personas se puede apreciar sobre PARIDAD, respondieron 14 personas la alternativa primípara que equivale a 56%, y por último 11 personas optaron la respuesta MULTÍPARA que equivale a 44%,

Según la autora Núñez Miranda, Diana Gabriela sobre paridad indican que de 53 pacientes de la muestra total de estudio el número de gestantes varió entre 1 a 9, con un promedio de 2 por mujer. Se clasificó de la siguiente manera como Primigestas y Multigestas; el 53.1% es decir 137 de 258 de las gestantes estuvieron en esta última condición.

En conclusión se puede decir que los factores de riesgo que influyen en trastornos hipertensivos en gestantes presentan un 56% en las primíparas con un porcentaje alto de 56%, sobre paridad.

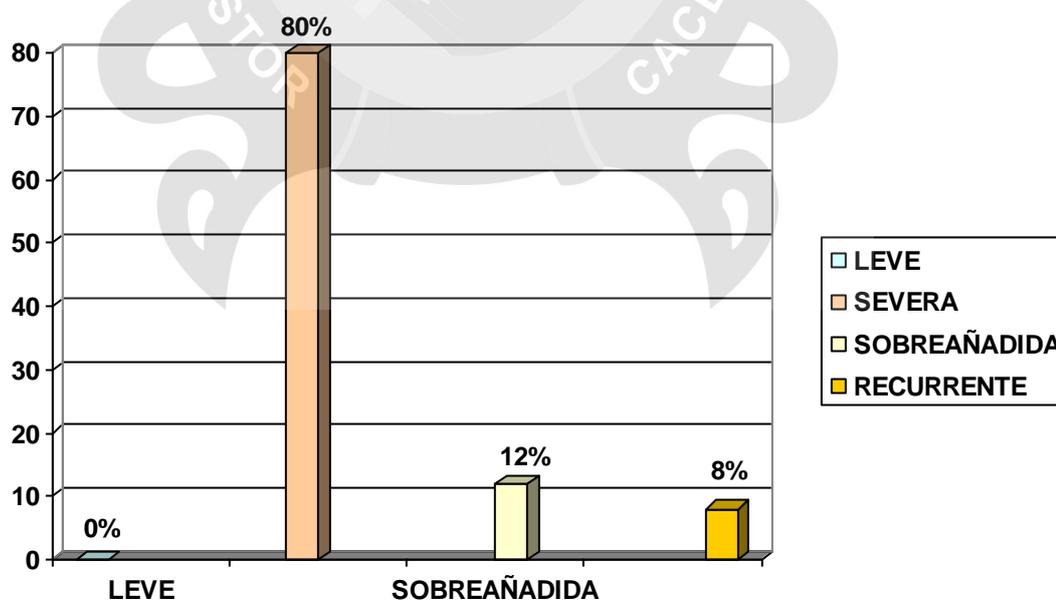
TABLA 7

TIPOS DE HIPERTENSIÓN EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016

TIPOS	f	%
LEVE	2	8
SEVERA	18	72
SOBREAÑADIDA	3	12
RECURRENTE	2	8
TOTAL	25	100

FUENTE: Ficha de investigación

GRÁFICO 7



FUENTE: Tabla 7

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla 7 y gráfico 7 del total de encuestadas que son 25 personas se puede apreciar sobre TIPOS, respondieron 18 personas la alternativa SEVERA que equivale a 95%, y por último 1 personas optaron la respuesta SOBREAÑADIDA que equivale a 5%,

Según la autora Matías De La Cruz Rocío Pamela en el hospital ginecoobstétrico Enrique C. Sotomayor, Guayaquil 2013 la siguiente tabla determina que se presentaron 25 casos (15%) en gestantes con Preeclampsia leve y el 87% con 158 casos de gestantes con Preeclampsia severa; lo que indica que con mayor frecuencia se presentan casos de preeclampsia severa .

En conclusión, se puede decir que el tipo de hipertensión es la severa un 95% que es un factor de trastorno en gestantes, esto se debe a que la presión arterial aumenta antes de las 32 semanas. Esta indicación, aunque potencialmente peligrosa para la madre, ha sido apoyada por varios estudios según los autores, Sibai B, Goffinet F, Haddad B, Deis S, Schiff E, Paniel B, Cabrol D, Sibai B. y Friedman S, Lubarsky S.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.-** En la investigación realizada en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca .Abril del 2016 a Junio del 2016 se han identificado factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos los cuales están relacionados con los transtornos hipertensivos preeclampsia leve, severa, sobreañadida y recurrente.
- SEGUNDA.-** Los tipos de hipertensión que más frecuente se presenta en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca es la preeclampsia severa 72%, el 12% es sobreañadida el 8% leve y el 8% es recurrente.
- TERCERA.-** En cuanto a los factores sociodemográficos (edad de 20-35 años sufre más riesgo con 65%, IMC el 20% sufre de sobrepeso, y la historia familiar representa un 32% con otros vinculo) se relacionan de manera importante con los transtornos hipertensivos.
- CUARTA.-** En cuanto a los factores obstétricos (antecedentes de hipertensión no presenta en un 88%, periodo intergenesico menor de 2 años 56%, primiparidad 56%) se relacionan de manera importante con los transtornos hipertensivos.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA.-** A los profesionales de salud obstetras del Hospital "Carlos Monge Medrano" obstetras de la Red de Salud San Román deben realizar atenciones preventivas promocionales en el primer nivel de atención, para evitar riesgo de hipertensión en gestantes. En el servicio de gineco-obstetricia se recomienda a los médicos gineco obstetras, médicos residentes, obstetras, internos de medicina, internos de obstetricia realizar una adecuada vigilancia a las gestantes que sufren de preeclampsia.
- SEGUNDA.-** Los médicos Gineco obstetras del Hospital Carlos Monge Medrano debe dar indicaciones a las gestantes para que acudan a sus controles para disminuir el tipo de hipertensión severa, ya que cuenta con un alto porcentaje.
- TERCERA.-** El personal profesional del Hospital Carlos Monge Medrano que labora en el Servicio de Gineco obstetra deben seguir una atención prenatal y control minucioso a las gestantes para que no sufran riesgo de hipertensión por edad, índice de masa corporal e historia familiar, de esta forma estarán cuidando a la gestante para que puedan dar a luz sin riesgo alguno.
- CUARTA.-** El personal profesional, médicos Gineco-obstetras, personal obstetra del Hospital Carlos Monge Medrano se deben preocuparse en brindar una buena atención a las gestantes para



disminuir los factores hipertensivos obstétricos como son en el periodo intergenésico, paridad y disminuir el tipo de preeclampsia severa.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nassif J. Actualización de la atención en hipertensión y embarazo. Bs. As, Argentina. Revista de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires; 1998: volumen 29 nº 157. Disponible en http://med.unne.edu.ar/revista/revista103/sindrome_hellp.html
2. Chesley LC. Historia y epidemiología de la preeclampsia-eclampsia. Clínicas obstétricas y ginecológicas. 1984;4:1026-48. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500007
3. Jimeno JM, Costales BC, García SF, Jimeno JM. Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial durante el embarazo. Revisión de la literatura. Toko-gin Pract. 2000;59(4):194-212. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500007
4. Roiz HJ, Jiménez LJ. Preeclampsia-eclampsia. Experiencia en el centro médico nacional de Torreón. Ginec Obstet Mex. 2001;69:341-45. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500007
5. Robert CC, Ferry-K M. Preconceptional health care: a practical guide. 2ed. St Louis: Mosby; 1995. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500007



6. Romero AJ, Ulloa GG, Lara GH, Alpuche G. Factores de riesgo para preeclampsia. Análisis multivariado. *Gin Obst Mex*. 2000;68:357-62. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000500007
7. Ávila-Esparza M, Guzmán-Juárez W, Contreras-Solís RE, Levario-Carrillo M. Factores asociados con enfermedad hipertensiva gestacional y preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(7):461-466. Disponible en <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14199/401640.pdf?sequence=1>
8. Altunaga M; Lugones M. Incidencia de algunos factores de riesgo en la preeclampsia con signos de gravedad. *Rev Cubana Obstet Ginecol* v.36 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2010. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300006
9. Morales C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. *Revista Peruana de Epidemiología*, ISSN-e 1609-7211, Vol. 15, Nº. 2, Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516005.pdf>
10. Centeno G., CRÍSPIN L. Período intergenésico prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Enero - Marzo del 2013. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/3010>



11. Miguel F. (1998). Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Atención Primaria*, 22, 585-595. Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo
12. OMS. Conferencia internacional sobre la mortalidad sin riesgo. Disponible en <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/normapar.htm>. 21 de marzo de 2000
13. Gil E., Cataño. Mortalidad materna y factores de riesgo. Estudio de casos y controles. Medellín: Marín Vieco, 2001. p. 80. Disponible en <http://www.worldcat.org/title/mortalidad-materna-y-factores-de-riesgo-estudio-de-casos-y-contrroles-area-metropolitana-de-medellin-octubre-1-de-1988-septiembre-30-de-1989/oclc/778003843>
14. Benítez Pérez. Cambios Socio-Demográficos De La Familia Cubana En La Segunda Mitad Del Siglo Xx. Centro de Estudios Demográficos. Universidad de la habana. Disponible en <http://documents.mx/documents/maria-e-benitez-cambios-sociodemograficos-de-la-familia-cubana-en-la.html>
15. Dr. Gazitúa, Ricardo. Anyecedentes Ginecoobstrético. Chile 2007. Disponible en <https://es.scribd.com/doc/128587242/Manuel-de-semiok-Ricardo-Gazitua-docx>
16. Espinosa de los Reyes Sánchez; Víctor M., Sánchez Santos Sergio Azcárate (1997-1998). « HYPERLINK "http://www.drscope.com/pac/gineobs/o1/o1_pag18.htm" Cambios

fisiológicos durante el embarazo ». Programa de Actualización Continua para Ginecología y Obstetricia libro 1 (Vigilancia prenatal): pp. 18. Consultado el 25 de enero de 2008., Disponible de https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_humano

17. OHSU Health information library topic. HYPERLINK

"http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Oregon_Health_%26_Science_University&action=edit&redlink=1" \o "Oregon Health & Science University (aún no redactado)" Oregon Health & Science University (ed.): « HYPERLINK "<http://www.ohsu.edu/health/health-topics/getContentById.cfm?ContentTypeId=85&ContentId=P08042>"

Embarazo múltiple » (en español). Consultado el 27 de mayo de 2009. «El embarazo múltiple se denomina cuando se presenta mas de dos productos de concepcion. Los mellizos, trillizos, cuatrillizos, etc., se consideran embarazos múltiples. Disponible https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_m%C3%BAltiple

18. Gilbert, Stepp Elizabeth; Harmon Judith S. (2003) (en español). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo* (3ra edición). España:Elsevier. pp. 529. Disponible Gilbert, Elizabeth Stepp; Judith S. Harmon (2003) (en español). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo* (3ra edición). España:Elsevier. pp. 529. Disponible https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_m%C3%BAltiple

19. Terence Zach; Arun K Pramanik y Susannah P Ford (octubre de 2007). eMedicine.com (ed.): «Multiple Births» (en inglés). *Pediatrics: Cardiac*



- Disease and Critical Care Medicine*. Consultado el 27 de mayo de 2009.
Disponibile en https://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_m%C3%BAltiple
20. Faúndez A: Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterraneo Ltda. Capítulo 12 - Segunda Edición, página 156-167, 1992. Disponibile en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4013/1/MEDI02.pdf>
21. Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. (s.f.). Presión arterial alta. Disponibile en <https://medlineplus.gov/spanish/highbloodpressure.html>
22. Annales Nestlé (Ed española) 68(1):17-28 · November 2010. Ganancia de peso durante el embarazo: Su importancia para el estado de salud materno-infantil. Disponibile en https://www.researchgate.net/publication/232479222_Ganancia_de_peso_durante_el_embarazo_Su_importancia_para_el_estado_de_salud_materno-infantil
23. Salas Diverges shwarcz. (2002). Obstetricia. Quinta edición: página: 311-321. Disponibile en <http://ciberoteca.blogspot.pe/2012/07/enfermedades-intercurrentes-del-embarazo.html>
24. Sibai B, Dekker J, Sibai . Primary, Secondary and tertiary prevention of preeclamsia. Lancet. 2001;357:209-15. Disponibile en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232005000400010



25. Martín Cristina. (2016). Preeclampsia. Definición. Disponible en <http://www.onmeda.es/enfermedades/preeclampsia-definicion-18128-2.html>
26. Serrano NC, Páez MC, Martínez MP, Casas JP, Gil L, Navarro AA. Bases genéticas y moleculares de la preeclampsia. Rev Medunab. 2002;5(15):185-94. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012
27. Fernández F, Ciero M, Rodríguez D. Enfermedad hipertensión arterial: riesgo para la madre y el bebé. Farmacoter. 2003;1(3):91-8. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012
28. Tisiana L, Ulanowicz MG, Parra KE, Rozas GV. (2005). Hipertensión gestacional. Consideraciones generales, efectos sobre la madre y el producto de la concepción. Rev Posgr Vía Catedr Med.;152:19-22. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012
29. Irrazabal JE, Schiaffino PM, Torales CM, Zelaya MB, Lanzós SC, Aguirre JD, et al. (2003). Estados hipertensivos durante el embarazo en el Hospital "Dr. Ramón Madariaga". Rev Posgr Vía Catedr Med.;126:20-8.
30. Monterrosa A, Bello AM. (2001). Incidencia y aspectos clínicos relacionados con la eclampsia. Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena, Colombia 1995-2001. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2002; 53

- (3):279-90. Disponible en
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012
31. Serrano NC, Díaz LA. (2005). Influencia de los factores genéticos y medioambientales en la susceptibilidad para desarrollar preeclampsia. Rev MEDUNAB.; 8(2):159-63. Disponible en
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012
32. Botella Llusía J. (2008). Tratado de Ginecología Español. 10 Edición 1072. Disponible en <https://es.scribd.com/doc/127542447/Tratado-de-Ginecologia>
33. Mateo Soto, Luis Alberto. (2016). Factores de riesgo de preeclampsia en mujeres de 16 – 20 años atendidas en consultorio externo del Hospital Hipólito Unanue agosto – noviembre del 2015. Disponible en http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/553/1/Mateo_I.pdf
34. Rigor Ricardo, Orlando. Preeclampsia sobreañadida. Obstetrica y Ginecología Tomo II. Disponible en https://www.ecured.cu/Preeclampsia_sobrea%C3%B1adida
35. Spinnato J II, Freire S, Pinto E, et al. Antioxidant therapy to prevent preeclampsia: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007;110(6):1311–1318.
36. Duhl A, Paidas M, Ural S, et al. Antithrombotic therapy and pregnancy: consensus report and recommendations for prevention and treatment of venous thromboembolism and adverse pregnancy outcomes. Am J Obstet Gynecol



2007;197(5):457.

Disponible

en

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/456/1/CASANA_GABRIELA_FACTORES_RIESGO_PREECLAMPSIA_GESTANTES.pdf





ANEXOS

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO



Sra. Responda con la verdad y marque con una x la respuesta que usted viera por conveniente:

1. **EDAD Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016**
 - a) < 19
 - b) 20 a 35
 - c) 35 a más

2. **EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS PEN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016**
 - a) 18 a 26
 - b) 27 a 30
 - c) 31 a más

3. **LA HISTORIA FAMILIAR Y TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016**
 - a) Mamá
 - b) Hermana
 - c) Otra
 - d) Ninguna

4. **ANTECEDENTES DE TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016**
 - a) Si presenta
 - b) No presenta



5. PERIODO INTERGENÉSICO EN TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016
 - a) < 2 años
 - b) De 2 a 4 años
 - c) > de 4 años
6. PARIDAD EN TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016
 - a) Primípara
 - b) Multípara
7. TIPOS DE HIPERTENSIÓN EN GESTANTES DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA. 2016
 - a) Leve
 - b) Severa
 - c) Sobreañadida
 - d) Recurrente