



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en
pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital
Santa María del Socorro de Ica en el 2022**

Presentado por:

ESPINOZA TORNERO MAYRA JUDITH

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 22 de julio del 2024

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Facultad De Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión"



TESIS

**Prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en
pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital
Santa María del Socorro de Ica en el 2022**

Línea de investigación

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

Tesis para optar el título profesional de
MÉDICO CIRUJANO

AUTORA:

MAYRA JUDITH ESPINOZA TORNERO

ASESORA:

DRA. JESUS NICOLASA MEZA LEON

ICA – PERÚ

2024

DEDICADO A:

El presente trabajo de investigación está dedicado con mucho amor y aprecio principalmente a Dios, por darme la inspiración, la fuerza para continuar con mis estudios y metas.

A mis padres por su gran trabajo, amor, apoyo y sacrificio en todos estos tiempos que hicieron por mí. Gracias a ustedes he logrado llegar hasta este momento tan especial y dar un paso en mi vida profesional. Me siento muy afortunada y orgullosa de ser su hija y tener a los mejores padres.

A mi hermano, que él me motiva a ser un modelo y ejemplo para él.

A mis abuelos, que siempre me inculcaron la responsabilidad y la ayuda moral para seguir con mis estudios.

AGRADEZCO A:

A mis padres Alfonso y Sunilda, por su amor y apoyo incondicional, durante toda mi formación profesional, por brindarme la oportunidad que ellos no tuvieron.

A mis maestros, por los conocimientos que me dieron e inculcarme el amor a esta profesión tan hermosa.

A la doctora Jesus Nicolasa Meza Leon, asesor de mi tesis, por guiarme y contribuir en el desarrollo de este trabajo.

A la Facultad de Medicina Humana “Daniel Alcides Carrión “de Ica por acogerme en sus aulas y e impulsar mis deseos profesionales.

ÍNDICE

	Pag
Portada.	
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice de contenido	IV
Índice de tablas	V
Índice de figuras	VI
Resumen	VII
Abstract	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	22
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	31
V. CONCLUSIÓN	35
VI. RECOMENDACIONES	36
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
VIII. ANEXOS	41

ÍNDICE DE TABLAS

N°	Tabla	Pág
Tabla 1	Prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.	23
Tabla 2	Severidad de la preeclampsia de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.	24
Tabla 3	Edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	25
Tabla 4	Grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	26
Tabla 5	Domicilio de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	27
Tabla 6	Edad gestacional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	28
Tabla 6	Estado nutricional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	29

ÍNDICE DE FIGURAS

N°	Figueras	Pág
Figura 1	Prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.	23
Figura 2	Severidad de la preeclampsia de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.	24
Figura 3	Edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	25
Figura 4	Grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	26
Figura 5	Domicilio de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	27
Figura 6	Edad gestacional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	28
Figura 6	Estado nutricional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022	29

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.

Material y métodos. Estudio no experimental, transversal, retrospectiva y descriptiva, en una población de 320 gestantes con preeclampsia de donde se obtuvo un tamaño de muestra de 175 pacientes, seleccionadas al azar simple. **Resultados.** La prevalencia de hipertensión arterial crónica posparto en las gestantes que tuvieron preeclampsia fue de 25,1%. De las pacientes con hipertensión arterial crónica posparto el 65,9% tuvieron grado severo de preeclampsia y el 34,1% presentaron grado leve de preeclampsia en la gestación. La edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto el 56,8% eran mayores de 35 años, 25% de edades entre 20 a 35 años y el 18,2% menores de 20 años. El grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto, el 38,6% solo tenía primaria, mientras que el 40,9% tuvo grado de instrucción secundaria y el 20,5% tenía grado de instrucción superior. El 31,8% de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto tienen su domicilio en zonas rurales y el 68,2% en zonas urbanas. El 45,5% de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto, presentaron parto prematuro y el 54,5% tuvieron parto a término. De las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto el 43,2% fueron normopeso, mientras que el 45,5% tuvieron sobrepeso, en tanto el 11,4% fueron obesas.

Conclusión. La prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes fue de 25,1%, la severidad de la preeclampsia fue en 65,9% de los casos, la edad de las pacientes en su mayoría fue mayores de 35 años, el grado de instrucción mayormente fue secundaria, el domicilio en su mayoría fue en zonas urbanas, la edad gestacional mayor de 37 semanas fue alta, el estado nutricional mostró alta prevalencia de sobrepeso y normopeso.

Palabras clave: Prevalencia, hipertensión arterial crónica postparto, preeclampsia, antecedentes, gestantes, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of postpartum chronic arterial hypertension in patients with a history of preeclampsia at Santa Maria del Socorro Hospital in Ica in 2022.

Materials and Methods: A non-experimental, cross-sectional, retrospective, and descriptive study was conducted in a population of 320 pregnant women with preeclampsia, from which a sample size of 175 patients was randomly selected.

Results: The prevalence of postpartum chronic arterial hypertension in pregnant women who had preeclampsia was 25.1%. Among patients with postpartum chronic arterial hypertension, 65.9% had severe preeclampsia, and 34.1% had mild preeclampsia during gestation. Regarding the age of patients with postpartum chronic arterial hypertension, 56.8% were over 35 years old, 25% were between 20 and 35 years old, and 18.2% were under 20 years old. In terms of education level, 38.6% of patients with postpartum chronic arterial hypertension had only completed primary education, while 40.9% had secondary education, and 20.5% had higher education. 31.8% of patients with postpartum chronic arterial hypertension lived in rural areas, while 68.2% lived in urban areas. 45.5% of patients with postpartum chronic arterial hypertension experienced preterm delivery, and 54.5% had term delivery. Of the patients with postpartum chronic arterial hypertension, 43.2% were of normal weight, 45.5% were overweight, and 11.4% were obese.

Conclusion: The prevalence of postpartum chronic arterial hypertension in patients was 25.1%. The severity of preeclampsia was observed in 65.9% of cases. The majority of patients were over 35 years old, had secondary education, lived in urban areas, had a high prevalence gestational age greater than 37 weeks, and showed a high prevalence of overweight and normal weight.

Keywords: Prevalence, postpartum chronic arterial hypertension, preeclampsia, background, pregnant, risk factor's.

I. INTRODUCCIÓN

Los cambios en la presión arterial en el embarazo son responsables de complicaciones obstétricas frecuentes y de un riesgo significativo de enfermedad y muerte tanto para la madre como para el recién nacido. A pesar de los esfuerzos considerables realizados para controlar este problema, incluyendo la búsqueda de medidas preventivas, sigue siendo un desafío importante en la actualidad¹.

A nivel mundial, aproximadamente 10 millones de mujeres desarrollan preeclampsia durante el embarazo cada año, y se estima que 76,000 mueren debido a esta condición o a trastornos relacionados con la hipertensión. Además, se estima que alrededor de 500,000 recién nacidos fallecen cada año debido a las complicaciones de estas enfermedades².

El pronóstico puede mejorar mediante un diagnóstico temprano, lo que va a permitir un tratamiento oportuno. La incidencia de preeclampsia varía según la ubicación geográfica, pero se estima que afecta al 6-8% de todos los embarazos cada año en todo el mundo. Por ejemplo, se estima que afecta al 5.6% de los embarazos en Estados Unidos, al 4.1% en Francia, al 4% en el Reino Unido y entre el 5% y el 18% en el África subsahariana y América Latina la incidencia varía entre (7% en Colombia, 8% en Honduras)³. Mientras que en Perú durante todo el año 2022 los trastornos hipertensivos en gestantes ocuparon el primer lugar de muerte materna.

El instituto Nacional Materno Perinatal informó que durante el periodo del 2007 al 2018, la preeclampsia fue la principal causa materna con un 44,3 %¹⁹.

Un estudio realizado por el Dr. Arriaga sobre la Prevalencia de las categorías de hipertensión inducido por el embarazo que preceden a la eclampsia, en México. Reveló que la preeclampsia con criterios de gravedad era la forma más común de hipertensión gestacional antes de desarrollar eclampsia. También se observaron casos de preeclampsia e hipertensión gestacional que no cumplían con los criterios de gravedad, e incluso algunos casos en los que no se presentaba hipertensión antes de las convulsiones⁴.

La hipertensión arterial postparto, también conocida como hipertensión posparto o preeclampsia posparto, es una condición médica que afecta a algunas mujeres después de dar a luz. Se caracteriza por presión arterial elevada y proteinuria después del parto. Es importante destacar que la hipertensión arterial posparto es diferente de la hipertensión arterial gestacional o la preeclampsia que se desarrolla durante el embarazo⁵.

La hipertensión arterial posparto puede manifestarse en cualquier momento desde las primeras 48 horas hasta varias semanas después del parto. Los síntomas pueden incluir presión arterial alta (140/90 mmHg o más), malestar general, dolor de cabeza intenso y persistente, visión borrosa o visión doble, zumbido en los oídos, hinchazón en las extremidades (manos, piernas, pies) incluso en el rostro, dolor abdominal, náuseas, vómitos, disminución de la frecuencia de la orina y dificultad para respirar².

Las causas exactas de la hipertensión arterial posparto aún no se comprenden completamente, pero se cree que están relacionadas con los cambios en los vasos sanguíneos durante el embarazo y la respuesta inflamatoria del cuerpo. Todos estos cambios pueden inducir a una disfunción endotelial que favorece al aumento de presión arterial después del parto⁴. También puede estar asociadas con factores genéticos y una predisposición personal, lo que indica que algunas mujeres podrían tener mayor riesgo a causa de su historia familiar o a sus características individuales de la gestante ⁴.

Es importante tener en cuenta que la hipertensión arterial posparto es una condición médica seria y que puede tener complicaciones graves si no se trata adecuadamente. Por esta razón, desarrollamos esta investigación que permite determinar los factores que prevalecen en las gestantes que presentan hipertensión arterial después del parto.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el año 2022. Esta información permitirá a los profesionales de la salud a realizar actividades preventivas y promocionales, de esa manera identificar los riesgos que las gestantes presentan, facilitando el tratamiento oportuno, que podrán salvar la vida de muchas gestantes, así como también complicaciones de los recién nacidos. Y mejorar los resultados estadísticos en nuestra comunidad.

Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

FAJARDO Y. El objetivo de este estudio realizado en el Hospital Carlos Manuel de Céspedes y Del Castillo en Bayamo, Granma, Cuba en 2020 fue determinar la frecuencia de hipertensión arterial crónica en pacientes que tenían antecedentes de preeclampsia, además de caracterizar la muestra analizada. Los resultados mostraron que la prevalencia de hipertensión arterial crónica después de la preeclampsia fue del 27.7%. El grupo de pacientes con edades entre 20 y 35 años representó el porcentaje más alto, con un 62.22% del total de encuestados. La mayoría de los pacientes no tenían antecedentes genéticos relevantes. Se observó una proporción alta de obesidad en la muestra, alcanzando un 24.44%. En cuanto al control de la hipertensión, el 62.22% de los participantes se trataba con un único medicamento antihipertensivo. Solo un 13.3% de las pacientes presentaban preeclampsia con daños multiorgánicos documentados. En conclusión, la prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto es alta, y la preeclampsia no severa fue el tipo más común de preeclampsia observada en los antecedentes de los pacientes⁶.

MEDINA D. Perfil clínico de las gestantes hipertensas crónicas. Hospital Provincial Gineco - obstétrico José Ramón López Tabrane. Cuba en 2022. El objetivo de este estudio fue conocer el perfil de las gestantes con hipertensión arterial crónica. El estudio se llevó a cabo utilizando un enfoque descriptivo prospectiva en 126 gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial crónica. De estas gestantes, 86 tenían más de 35 años y la mayoría fueron clasificadas como hipertensas leves. Además, se encontró que el 70.6% de los casos tenían alguna enfermedad asociada. En cuanto al aumento de peso, el 25.4% mostró un incremento normal. En cuanto a los métodos utilizados para interrumpir el embarazo, la cesárea fue el método preferido en el 81% de las pacientes. Las principales complicaciones observadas fueron el parto pretérmino en el 27.1% de los casos, preeclampsia en el 16.7% y mala evolución posparto en 24 casos. En conclusión, las gestantes con hipertensión arterial crónica en este estudio generalmente tenían más de 35 años y presentaban anemia asociada. La hipertensión arterial crónica leve fue la forma más común de hipertensión observada, y se observó un aumento de peso excesivo. La cesárea fue la vía de elección para interrumpir los embarazos y fue el método predominante para los embarazos a término⁷.

FAJARDO T. El objetivo de este estudio realizado en el Hospital Provincial Universitario, Granma, Cuba, 2020 fue determinar el valor predictivo de la prueba FullPIERS (Estimación integrada del riesgo de preeclampsia) para la hipertensión posparto crónica en pacientes con antecedentes de preeclampsia. Se llevó a cabo un estudio de cohorte prospectivo en 162 pacientes con preeclampsia. Los resultados mostraron que el grupo de edad más predominante fue el de 20 a 35 años, con una edad promedio de 26.8 años. En el análisis univariado, se encontró que un

nivel elevado de creatinina ($>70.72 \mu\text{mol/L}$) tenía un riesgo relativo (RR) de 3.088 para hipertensión posparto crónica. Otros factores que mostraron un RR significativo fueron una puntuación FullPIERS superior al 5% (RR de 2002), un nivel elevado de transaminasas (TGP $>49 \text{ UI}$, RR de 2112) y un recuento bajo de plaquetas ($<150,000$, RR de 1550). Sin embargo, en el análisis multivariado, solo se encontró que la elevación de creatinina por encima de $70.72 \mu\text{mol/L}$ era predictiva de hipertensión posparto crónica. En conclusión, este estudio determinó que la prueba FullPIERS no tiene valor predictivo para la hipertensión arterial crónica posparto en gestantes que tuvieron preeclampsia. Sin embargo, se encontró que un nivel elevado de creatinina puede ser un indicador de riesgo en este contexto⁸.

ARIAS A. El objetivo de este estudio realizado en Ecuador en 2021 fue investigar las complicaciones posparto en mujeres con hipertensión arterial crónica y preeclampsia severa. Se utilizaron métodos retrospectivos, a priori, documentales y transversales para llevar a cabo el estudio. La muestra consistió en 130 pacientes. Los resultados obtenidos mostraron que un 54.6% de las puérperas no presentaron complicaciones posparto. Sin embargo, se observó que un 9.2% de las puérperas presentaron complicaciones en el inicio del posparto y un 3.1% experimentaron un accidente cerebrovascular. En conclusión, aunque muchas de las mujeres incluidas en este estudio no tuvieron complicaciones posparto, es importante destacar que los trastornos hipertensivos son potencialmente mortales y requieren una vigilancia y atención adecuadas durante el período posparto⁹.

TOVAR J. El objetivo de este estudio realizado en Servicio de Obstetricia del Hospital Juárez de México, 2019 fue investigar la prevalencia de diferencias de presión arterial en mujeres embarazadas y puérperas con hipertensión arterial y obesidad, así como sus efectos en los recién nacidos. Se incluyeron un total de 493 pacientes en el estudio, de las cuales 223 estaban en el embarazo y 270 en el posparto. Se midieron las diferencias de presión arterial en grupos específicos, donde 55 pacientes (11.2%) presentaban hipertensión arterial, 12 pacientes (2.4%) tenían hipertensión crónica más preeclampsia y 9 pacientes (1.8%) presentaban síndrome HELLP. Se encontró que 78 pacientes (22.5%) tenían normopeso, mientras que el resto mostraba diferentes grados de sobrepeso y obesidad. En cuanto a las diferencias de presión arterial, se encontró que el 76.91% de las pacientes (379 pacientes) presentaban una diferencia de presión arterial entre los brazos de 10 mmHg o menos. Además, 102 pacientes (20.7%) tenían diferencias de presión arterial entre 11 mmHg y 20 mmHg, y 12 pacientes (2.4%) presentaban diferencias mayores a 20 mmHg. En conclusión, este estudio reveló que existen diferencias en la presión arterial entre los brazos en mujeres embarazadas y puérperas con hipertensión arterial y obesidad. La mayoría de las pacientes tenían diferencias de presión arterial relativamente pequeñas, aunque un porcentaje

significativo presentaba diferencias más amplias. Es importante entender cómo estas diferencias pueden afectar la salud de los recién nacidos¹⁰.

Antecedentes Nacionales

MÉNDEZ S. La preeclampsia se identifica como un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial crónica en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Trujillo en 2018. El objetivo del estudio fue determinar si la preeclampsia es un factor de riesgo para la hipertensión arterial crónica. Se llevó a cabo un estudio de caso y control, donde se evaluaron un total de 300 mujeres con edades comprendidas entre los 35 y 50 años. Los resultados revelaron que las que se asociaron a la enfermedad fueron la edad ($44,18 \pm 4,80$ y $41,59 \pm 5,24$ años) y el índice de masa corporal alto ($28,85 \pm 3,23$ y $27,71 \pm 2,50$ Kg/m²). Multiparidad también resultó significativa (28% y 14,50%; ORc = 2,29 [1,27-4,13]). Además, los antecedentes de preeclampsia en cada grupo fueron significativos (19% y 6,50%; $p < 0,01$; ORc = 3,37 [1,59-7,16]). Otros factores significativos fueron el tipo de cesárea (55% y 24%; $p < 0,01$; ORc = 3,87 [2,32-6,45]) y la edad gestacional al parto ($37,83 \pm 1,58$ y $38,58 \pm 1,27$ semanas, $p < 0,01$). En conclusión, este estudio encontró que tener antecedentes de preeclampsia es un factor de riesgo para desarrollar hipertensión arterial posparto en estas pacientes¹¹.

VILA J. El objetivo de este estudio realizado en el Hospital de Huaycán en 2020 fue identificar los factores asociados a complicaciones posparto en pacientes sometidas a cesáreas. Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo que incluyó una muestra de 167 pacientes. Se encontró que diversos factores estaban significativamente asociados con la presencia de complicaciones posparto. En conclusión, las complicaciones posparto estuvieron asociadas con diversos factores sociodemográficos, ginecológicos, obstétricos y comorbilidades. Además, se encontró que el número de partos, el antecedente de cesárea y la presencia de hipertensión arterial mostraron una asociación estadísticamente significativa con el tiempo de recuperación¹².

VALDIVIEZO I. El objetivo de este estudio realizado en el Hospital de la Amistad Perú Coria II-2 Santa Rosa, Piura en 2020 fue establecer los factores de riesgo asociados a complicaciones posparto en pacientes adultas mayores durante el parto. Estudio de caso y control, utilizando una metodología retrospectiva basada en fuentes secundarias transversales. El estudio se centró en mujeres embarazadas de edad avanzada en el tercer trimestre del embarazo. Los resultados mostraron que el 33.9% de las pacientes adultas mayores presentaron complicaciones posparto. Las complicaciones más frecuentes fueron la ruptura prematura de membranas (RTE) y la hemorragia, presentes en el 66.7% y el 25.6% de los casos, respectivamente. Además, el 92.3% de las pacientes con ruptura prematura de membranas presentaron preeclampsia. El estudio

también encontró que casi todas las pacientes de edad avanzada (94.8%) tenían factores de riesgo asociados a complicaciones posparto. En conclusión, se encontró que los factores de riesgo como la presencia de condiciones preexistentes como hipertensión y diabetes, así como una duración intergénica prolongada, estaban directamente relacionados con las complicaciones posparto en pacientes de edad avanzada¹³.

PEREIRA K. En el Hospital María Auxiliadora (HAMA) en Lima, Perú, en 2018, se realizaron investigaciones sobre los factores asociados a las complicaciones durante el puerperio. En esta etapa las puérperas pueden presentar hemorragias, infecciones e hipertensión posparto. El objetivo del estudio fue identificar las complicaciones atribuidas a la preclamsia en el puerperio. Se utilizó un diseño de estudio observacional transversal con componentes analíticos. Los resultados revelaron que la prevalencia de complicaciones posparto fue del 33.3%. Las complicaciones más frecuentes fueron la hipertensión posparto, que afectó al 9.7% de las mujeres, y la atonía uterina, que afectó al 5.9% de las mujeres. En conclusión, se encontró que la prevalencia de complicaciones posparto fue del 33.3% en este estudio. La complicación más común fue la hipertensión posparto, con un 9.7% de los casos, seguida de la atonía uterina con un 5.9%. Las lesiones del canal del parto fueron menos comunes, afectando solo al 2.1% de las mujeres¹⁴.

HUAYTA L. Se realizó un estudio para examinar la frecuencia de complicaciones en puérperas tratadas en el C.S. Chilca durante el periodo de julio a diciembre de 2019. Se llevó a cabo una encuesta descriptiva, transversal y retrospectiva que incluyó a 200 puérperas. Los resultados revelaron que la hipertensión arterial se presentó en 9 puérperas (4.5%), las laceraciones cervicales en 10 (5%), la endometritis en 6 (3%), la mastitis en 34 (17%), la anemia en 61 (30.5%), la infección del tracto urinario en 9 (4.5%) y la depresión posparto no se especificó en los resultados. En conclusión, se encontró que la hipertensión posparto es una de las complicaciones asociadas a la hipertensión gestacional en las puérperas¹⁵.

Antecedentes Locales

No se encontró antecedentes de investigaciones, ni estudios locales sobre la prevalencia de hipertensión arterial crónica en pacientes con antecedentes de preeclampsia por lo cual no se podrá comparar con otros estudios estadísticos.

Marco teórico

La hipertensión posparto es una condición en la cual las pacientes presentan presión arterial elevada después del parto. La mayoría de las pacientes con preeclampsia experimentan una mejora notable poco después del parto, pero hay un grupo de pacientes con actividad preeclampsia persistente que muestra disfunción endotelial e hiperreactividad vascular. Estas pacientes desarrollan hipertensión posparto, que se define como una presión arterial igual o superior a 140/90 mmHg que persiste hasta 12 semanas después del parto¹⁶.

Se recomienda controlar la presión arterial durante el período posparto, ya que no se conoce bien la evolución natural de la hipertensión posparto ni el tiempo que lleva que la presión arterial se normalice. Es importante tener en cuenta que hasta dos tercios de los casos de hipertensión posparto no presentaron hipertensión durante el embarazo, lo que indica que la preeclampsia y la eclampsia posparto pueden desarrollarse en un corto período de tiempo después del parto, incluso en algunas pacientes dentro de las tres semanas posteriores al parto¹⁶.

Existen pacientes que no necesitan medicamentos antihipertensivos durante el embarazo, pero que requieren tratamiento farmacológico para controlar la hipertensión en el período posparto temprano. Sin embargo, debido a la falta de evidencia y a las preocupaciones sobre el tratamiento innecesario, aún existe incertidumbre sobre la necesidad de usar terapia antihipertensiva en el período posparto. Las decisiones al respecto se toman en base a la experiencia y al uso común en lugar de evidencia sólida¹⁶.

La hipertensión posparto se asocia con un mayor riesgo de complicaciones graves, como el síndrome HELLP, hematoma hepático, eclampsia, enfermedad cerebrovascular, lesión renal aguda, edema pulmonar agudo, arritmia, coagulación intravascular y fallo multiorgánico. Estas complicaciones requieren una atención médica cuidadosa y oportuna¹⁶.

La detección temprana de mujeres que experimentan embarazos complicados por preeclampsia (PE) ofrece una oportunidad para mejorar la salud de estas mujeres a través de un seguimiento cuidadoso y la implementación de acciones preventivas oportunas¹⁷.

En este contexto, es crucial prestar atención al seguimiento clínico en el período posparto. Esto adquiere una mayor importancia cuando se presentan condiciones como preeclampsia severa, síndrome HELLP o eclampsia antes de término o de forma recurrente. Además, cuando las condiciones hipertensivas están acompañadas de comorbilidades como diabetes, enfermedad arterial, hipertensión, enfermedad crónica sistémica, hiperlipidemia y obesidad extrema (síndrome metabólico)¹⁷.

La hipertensión posparto se ha relacionado con la posibilidad de desarrollar daño vascular crónico, por lo tanto, las mujeres con preeclampsia podrían beneficiarse de los efectos de los bloqueadores de los receptores de la angiotensina II (ARA II). Estos medicamentos no solo ayudan a reducir la presión arterial, sino que también protegen la función cardíaca, cerebral y renal a largo plazo¹⁶.

Los trastornos hipertensivos del embarazo (EHE) abarcan diferentes condiciones que se presentan durante el embarazo y que se caracterizan por la presencia de hipertensión arterial (HTA). Estos trastornos representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad tanto en las mujeres embarazadas como en los recién nacidos, con una incidencia global que varía entre el 1% y el 10% dependiendo del país, y del 1% al 2% en nuestra área, siendo el 75% de los casos de carácter leve¹⁸.

La preeclampsia es la forma más común y compleja de hipertensión asociada al embarazo, y su manejo requiere de un alto nivel de técnicas y recursos humanos¹⁸.

Siempre que se diagnostica preeclampsia, se reconoce la presencia de disfunción orgánica, y es importante realizar un monitoreo de los criterios de afectación severa en cada órgano vital. Esta condición es fundamental para comprender la alta morbilidad y mortalidad asociada a este síndrome.

Los criterios diagnósticos de preeclampsia durante el embarazo incluyen:

- Mujeres embarazadas con una presión arterial superior a 140/90 mmHg en al menos dos mediciones consecutivas con una diferencia de al menos 4 horas, y una excreción de proteínas en orina superior a 300 mg/L en 24 horas.
- Embarazadas con hipertensión arterial, pero sin presencia de proteinuria, que cumplan con alguno de los siguientes criterios:
- Recuento de plaquetas inferior a 100.000.
- Enzimas hepáticas dos veces por encima de los valores normales.
- Aumento de la creatinina sérica a 1,1 mg/dL (97,24 μmol/L) o el doble del valor normal en ausencia de enfermedad renal. El nivel normal de creatinina durante el embarazo es de 0,8 mg/dL (70,72 μmol/L).
- Presencia de edema pulmonar o síntomas sensoriales relacionados.

De allí que, el diagnóstico de preeclampsia implica la presencia de disfunción orgánica y se deben seguir los criterios establecidos para evaluar la gravedad de la afectación en cada órgano vital. Estos criterios son fundamentales para comprender la alta morbimortalidad asociada a este síndrome¹⁹.

Existen diferentes clasificaciones internacionales para los trastornos hipertensivos durante el embarazo. El Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre distingue entre los siguientes:

Hipertensión gestacional:

Se refiere a la presencia de presión arterial alta que se desarrolla después de las 20 semanas de gestación, sin la presencia de proteinuria, y que vuelve a la normalidad después del parto⁹.

O diagnosticado por primera vez en el puerperio, antes de las 12 semanas después del parto (hipertensión transitoria)²⁰.

La hipertensión gestacional se asocia con resultados adversos perinatales. EL 50% de las mujeres con hipertensión gestacional eventualmente desarrollaran proteinuria u otra disfunción de órgano compatible con el diagnóstico de preeclampsia (PE), y esta progresión es más probable cuando la hipertensión se diagnostica antes de las 32 semanas de gestación. Por esa razón, esta entidad requiere mayor vigilancia durante su aparición²¹.

Preeclampsia:

Se caracteriza por la PAS ≥ 140 mmHg y/o la PAD ≥ 90 mmHg, después de la semana 20 de gestación, que puede o no estar acompañada de proteinuria²⁰.

La preeclampsia se puede subclasificar en:

Preeclampsia sin signos de severidad: Gestante hipertensa que presenta una PA sistólica < 160 mmHg y diastólica < 110 mmHg, con proteinuria cualitativa de 1+ (ácido sulfosalicílico) o 2+ (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg en orina de 24 horas, y que no presenta daño en otro órgano blanco²⁰.

Preeclampsia con signos de severidad: Aquella preeclampsia asociada a uno de los siguientes criterios clínicos:

- **Presión arterial severamente elevada** (TA sistólica ≥ 160 mmHg o TA diastólica ≥ 110 mmHg) en al menos dos mediciones con un intervalo de 4 horas, mientras el paciente está en reposo. Se debe iniciar terapia antihipertensiva si la hipertensión es grave y no se requiere esperar el intervalo de 4 horas para establecer el diagnóstico de gravedad^{22, 23}.
- **Síntomas de disfunción del sistema nervioso central**, como la aparición repentina de discapacidad visual, que puede incluir fotsia, escotoma, ceguera cortical y vasoespasma retiniano, así como cefalea intensa o persistente que no responde al tratamiento analgésico y no puede atribuirse a otros diagnósticos diferenciales^{22,23}.
- **Anomalías hepáticas**, que pueden manifestarse como dolor severo y persistente en el cuadrante superior derecho o dolor epigástrico que no mejora con el uso de medicamentos, en ausencia de otros diagnósticos diferenciales, o niveles elevados de transaminasas hepáticas más de dos veces el límite superior de lo normal^{22,23}.
- **Trombocitopenia**, con un recuento de plaquetas inferior a 100,000 plaquetas/microL.
- **Anomalías renales**, como insuficiencia renal con niveles de creatinina superiores a 1.1 mg/dl (97.2 micromoles/l) o el doble del nivel sérico de creatinina en ausencia de enfermedad renal.
- **Edema pulmonar.**

Estos signos y síntomas indican la presencia de preeclampsia grave y requieren una atención médica inmediata^{22,23}

Síndrome HELLP

Se refiere a una forma grave de preeclampsia, y su diagnóstico se realiza cuando se cumplen los siguientes criterios:

- **Hemólisis:** Evidenciada por esquistocitos en el frotis sanguíneo, niveles elevados de lactato deshidrogenasa (LDH) mayores a 600 UI/l, bilirrubina elevada o disminución de los niveles de haptoglobina²⁴.
- **Elevación de las enzimas hepáticas:** Los niveles de transaminasas GOT o GPT están por encima del doble del límite superior de la normalidad.
- **Trombocitopenia:** recuento de plaquetas menor a 100,000/dl²⁴.
- **Proteinuria:** se define por la presencia de proteína en la orina sin evidencia de infección o contaminación del tracto urinario. Puede ser determinada mediante un cociente de proteína/creatinina mayor o igual a 30 mg/mmol o mayor a 300 mg/gr, o bien, mediante la presencia de proteína 2+ o más en tiras reactivas de orina, o una excreción de proteína mayor o igual a 0.3 g (300 mg) al día (medida mediante una recolección de orina de 24 horas)²⁵.

Una vez que se ha diagnosticado la presencia de proteinuria, no se considera necesario realizar un seguimiento adicional, ya que aporta poca información en la evaluación de la gravedad de la enfermedad y no se tiene en cuenta para clasificarla como preeclampsia grave²³.

Los pacientes que presentan proteinuria, pero no tienen hipertensión deben recibir un seguimiento cercano para detectar la aparición de preeclampsia o enfermedad renal, aunque no necesitan ser tratados como casos de preeclampsia. Se estima que alrededor del 50% de las mujeres con estas características desarrollarán preeclampsia durante el embarazo²⁴.

La eclampsia:

Se define por la presencia de convulsiones tónico-clónicas en el contexto de hipertensión gestacional, con o sin proteinuria y/o hipertensión, sin que se encuentren otras causas conocidas de convulsiones²³.

Es importante destacar que la búsqueda de la causa subyacente de las convulsiones no debe retrasar el inicio del tratamiento para la eclampsia, y cualquier convulsión generalizada que ocurra después de las 20 semanas de gestación debe ser tratada como eclampsia a menos que se identifique otra causa. Los síntomas más comunes que se presentan antes de la eclampsia incluyen dolor de cabeza intenso, alteraciones visuales y náuseas, que se observan en un porcentaje variable de los pacientes. Se ha informado que hasta un tercio de las pacientes con eclampsia no presentaban presión arterial alta antes del inicio de los ataques²⁶

Hipertensión crónica:

Es una hipertensión que ya estaba presente antes del embarazo o que se diagnostica antes de las 20 semanas de gestación y que persiste hasta 12 semanas después del parto⁹.

Además, se puede añadir la preeclampsia a la hipertensión crónica si se presenta proteinuria mayor a 0,3 g en un periodo de 24 horas⁹.

La prevalencia de estos trastornos puede variar. Según algunos estudios, alrededor del 1% de las mujeres presentan hipertensión crónica, el 4,9% presenta hipertensión gestacional y el 2,1% preeclampsia. Sin embargo, las cifras pueden variar en diferentes estudios, con una incidencia estimada de hipertensión gestacional del 5% al 9%, preeclampsia del 2% al 8% y hipertensión crónica del 1% al 5%. La incidencia de preeclampsia tiende a ser más alta durante este periodo¹⁰. Es importante que estas pacientes reciban asesoramiento antes de la concepción, sean manejadas con los medicamentos adecuados y sean derivadas a un centro obstétrico para el manejo del embarazo, ya que tienen un mayor riesgo de desarrollar preeclampsia²⁶.

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada:

Se considera preeclampsia sobreagregada cuando ya existe un diagnóstico materno de hipertensión crónica y posterior a las 20 semanas de gestación aparece proteinuria, agravamiento o hipertensión resistente al tratamiento o un daño importante de órganos diana²⁰.

La hipertensión posparto (PPHT)

Afecta a diferentes grupos de mujeres, incluyendo a aquellas con hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia. Además, la preeclampsia puede desarrollarse después del parto. Sus causas y las manifestaciones clínicas de estos tipos de hipertensión son diferentes, los pacientes pueden ser evaluados y tratados de manera similar²⁵.

La hipertensión arterial se presenta en aproximadamente el 6-10% de las mujeres embarazadas, sin embargo, se ha prestado poca atención a la incidencia de hipertensión posparto en los estudios. Además, hay pocos datos disponibles sobre la reclasificación de estas pacientes a las 12 semanas después del parto, lo que impide conocer su prevalencia e incidencia²⁶

Fisiopatología

Aunque no se ha comprendido completamente la fisiopatología de los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo, se han identificado algunos mecanismos involucrados. Durante el embarazo, se produce una modulación del sistema renina-angiotensina que resulta en una reducción de la resistencia vascular sistémica y una disminución de la presión arterial a partir de la semana 7 de gestación. Sin embargo, hacia el final del tercer trimestre, la presión arterial materna comienza a aumentar y se acerca a los niveles previos al embarazo²⁷.

El desencadenante para el desarrollo de los trastornos hipertensivos durante el embarazo es la infiltración anormal de los citotrofoblastos en las arterias espirales, lo que provoca una disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario. La isquemia resultante desencadena una respuesta inflamatoria y altera el equilibrio entre los factores angiogénicos y la agregación

plaquetaria, lo cual contribuye a la disfunción endotelial y se manifiesta clínicamente con un aumento de la presión arterial²⁷.

Se ha propuesto un desequilibrio entre varios factores, incluyendo una disminución de la síntesis de óxido nítrico, como un mecanismo implicado en la preeclampsia. Esta condición se caracteriza por un aumento en la resistencia vascular sistémica, una mayor poscarga del ventrículo izquierdo, disfunción diastólica, reducción del gasto cardíaco, alteraciones en el tono vascular y dilatación de la aurícula izquierda²⁷.

Además, la disminución del flujo sanguíneo también afecta la filtración glomerular, lo que puede conducir a una disminución de la función renal. Aunque la causa exacta de los accidentes cerebrovasculares asociados a la preeclampsia no se ha esclarecido por completo, se sospecha que están relacionados con la encefalopatía hipertensiva y la isquemia secundaria. Los cambios visuales pueden ser atribuidos al edema en el hemisferio cerebral posterior²⁷.

En resumen, la fisiopatología de los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo involucra una interacción compleja entre factores inflamatorios, alteraciones vasculares y disfunción endotelial que contribuyen al desarrollo de la hipertensión y las complicaciones asociadas²⁷.

Etiología:

Actualmente, se postula que el desequilibrio entre vasodilatadores y vasoconstrictores, así como la disregulación inmunológica materna frente a los alelos fetales paternos, predisposición materna, enfermedades preexistentes maternas, y factores inmunológicos y vasoreguladores, son teorías que respaldan el proceso etiológico. Aunque estos factores tienen su propia relevancia, no desempeñan un papel protagónico en la etiología. En la última década, se ha investigado ampliamente la existencia de factores angiogénicos y antiangiogénicos²⁸.

Durante el 2º trimestre del embarazo, la placenta requiere un mayor acceso a la sangre materna, lo cual se logra a través de la remodelación de las arterias espirales. En este proceso, la infiltración del trofoblasto juega un papel crucial, generando un sistema de alto flujo y baja resistencia que permite un mayor acceso a los vasos maternos. Estos cambios se inician desde el día 21 de gestación y están influenciados por la expresión de factores angiogénicos solubles en el trofoblasto, la decidua materna y los macrófagos. Los factores más importantes en este proceso son el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y el factor de crecimiento placentario (FCP). Sin embargo, para que estos cambios ocurran, deben equilibrarse con factores antiangiogénicos. Uno de los factores antiangiogénicos más potentes es la forma soluble del receptor de tirosina quinasa (Flt-1s)²⁸.

El VEGF induce la angiogénesis y el desarrollo vascular placentario al unirse al receptor de tirosina quinasa de alta afinidad (Flt1) presente en las células endoteliales. Por otro lado, el FCP actúa uniéndose exclusivamente al receptor Flt1 y su disfunción causa alteraciones sistémicas

debido a la disfunción endotelial. Se han observado cambios en los niveles circulantes de muchos de los factores relacionados semanas antes del inicio de los síntomas de la enfermedad. Además del Flt-1s, también se han identificado otras formas truncadas del receptor VEGF-A y de la endogлина soluble (Engs), que se unen y antagonizan el factor de crecimiento transformante- β y están reguladas por el receptor celular del óxido nítrico, lo cual contribuye a la vasodilatación³⁰. Flt-1 desencadena la inhibición de las funciones proangiogénicas de FCVE y FCP al unirse directamente a ellos, así como a los receptores de membrana de las células endoteliales. Esto reduce su disponibilidad y niveles elevados de Flt-1 contribuyen a la gravedad de la preeclampsia, causando disfunción endotelial, hipertensión, proteinuria, trastornos del sistema hemostático, disminución del flujo sanguíneo, remodelación vascular y pérdida de sangre. Se ha encontrado una fuerte correlación entre los niveles de Flt-1 y el desarrollo de daño endotelial extenso, trastornos fetales (como infarto placentario, retraso en el crecimiento intrauterino, hipoxia, trastornos metabólicos y hematológicos, y muerte fetal) y trastornos maternos²².

Sin embargo, en pacientes con bajo riesgo de preeclampsia, estos factores tienen una utilidad clínica limitada en el diagnóstico. Por lo tanto, algunos autores sugieren que la inclusión de factores no placentarios en el modelo de diagnóstico podría mejorar la eficacia de estas herramientas²².

Los autores coinciden en que también existen factores extra placentarios involucrados en el desarrollo de la preeclampsia, como el inicio tardío en pacientes con embarazos previos interrumpidos y el compromiso cardiovascular materno como etiología de la preeclampsia. Estos factores podrían explicar las diferencias hemodinámicas y la predisposición a la disfunción entre los casos de preeclampsia de inicio tardío y temprano. Además, esta falta de adaptación materna adecuada también se observa en casos de restricción del crecimiento fetal, donde el aumento del gasto cardíaco durante el embarazo temprano es significativamente menor en comparación con otros casos. En esta etapa gestacional, la influencia de la placenta aún no se ha desarrollado por completo, ya que su circulación uteroplacentaria funcional se establece varias semanas después²⁴. En lugar de ser una adaptación deficiente, se ha planteado la hipótesis de que un subgrupo de mujeres tiene un riesgo preexistente de enfermedad cardiovascular, y este riesgo se manifiesta como preeclampsia e hipertensión durante el embarazo. Esto se respalda con evidencia de niveles elevados de triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad, colesterol y presión arterial antes del embarazo¹³.

El mecanismo exacto aún no está claro, pero se ha sugerido que pueden existir dos fenotipos distintos de preeclampsia, dependiendo de la influencia dominante de uno u otro factor. Uno está asociado con un inicio temprano, malformaciones placentarias y restricción del crecimiento fetal, mientras que el otro está asociado con un inicio tardío, malformaciones placentarias y restricción del crecimiento fetal. Aunque ambos fenotipos están relacionados con una formación placentaria deficiente y un crecimiento fetal restringido, el segundo fenotipo también se ha asociado con

factores no relacionados con la placenta, como enfermedad vascular, diabetes, insuficiencia renal, hipertensión crónica y síndrome metabólico neonatal precoz. Estos factores también se han relacionado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y periférica a largo plazo en las madres¹³.

La hipertensión de bata blanca puede ocurrir durante el embarazo y no es una condición completamente benigna. Aproximadamente la mitad de las pacientes con esta condición pueden desarrollar hipertensión gestacional y un 8% puede desarrollar preeclampsia. Esto también es útil para diagnosticar la hipertensión nocturna, que tiene más complicaciones maternas y fetales¹⁵.

Hay otras indicaciones para el control ambulatorio de la presión arterial durante el embarazo, como la variación significativa entre las mediciones de la presión arterial, la detección de hipertensión enmascarada, la hipertensión preexistente o crónica, antecedentes de preeclampsia, diabetes mellitus y presión arterial en el límite superior de lo normal. El protocolo utilizado para el monitoreo ambulatorio de la presión arterial durante el embarazo es similar al utilizado en mujeres no embarazadas. Sin embargo, existen recomendaciones contradictorias en los estudios sobre la predicción de la preeclampsia, como el examen Doppler de la arteria uterina en la semana 20-22 y la relación sFlt-1:PIGF. La ESC recomienda su uso, pero las pautas de ACOG y Columbia no lo recomiendan¹³.

Durante el embarazo, hay un aumento en el volumen sanguíneo y el gasto cardíaco, lo que conduce a edema y aumento de la presión arterial. Después del parto, la presión arterial sigue elevada durante los primeros cinco días, probablemente debido a la redistribución de líquidos desde los tejidos hacia los vasos sanguíneos. Durante el embarazo, se acumulan aproximadamente 6-8 litros de agua en el cuerpo y 950 mEq de sodio²⁹.

La natriuresis, que es la eliminación de sodio a través de la orina, ocurre de 3 a 5 días después del parto. Esto puede ser resultado de un aumento en el péptido natriurético auricular (ANP) y la supresión de hormonas como la aldosterona, la angiotensina II y la vasopresina, que están implicadas en la regulación del equilibrio de líquidos y la presión arterial durante la primera semana posparto. Además, las hormonas sexuales como los estrógenos y la progesterona también desempeñan un papel en la producción de óxido nítrico, que es una sustancia vasodilatadora producida por el endotelio vascular²⁹.

El retorno a la fisiología previa al embarazo puede estar afectado por diversas condiciones, como preeclampsia, hipertensión crónica, enfermedad renal, enfermedad cardíaca y el uso de ciertos medicamentos durante el parto, como los derivados del cornezuelo del centeno (metilergonovina y ergometrina). Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) de alta dosis, como los inhibidores selectivos de la COX-2, también pueden causar retención de líquidos y sodio, así como vasoconstricción, lo que puede elevar la presión arterial²⁹.

Los efectos antidiuréticos de la oxitocina se deben a su similitud estructural con la vasopresina, ya que difieren en solo dos aminoácidos. Estos cambios fisiológicos durante el período posparto

se vuelven más complejos cuando se presentan trastornos hipertensivos. Dado que la evidencia y los datos sobre el uso de medicamentos antihipertensivos en el período posparto son limitados, es importante considerar el escenario clínico específico de hipertensión posparto/preeclampsia al seleccionar el tipo de medicamento antihipertensivo, así como establecer pautas de dosificación y seguridad en base a una revisión cuidadosa²⁹.

Factores de riesgo

Se ha observado en investigaciones limitadas que existen factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia posparto, entre los cuales se incluyen:

Presión arterial elevada durante el embarazo reciente: La presencia de hipertensión después de las 20 semanas de gestación (llamada hipertensión gestacional) incrementa el riesgo de desarrollar preeclampsia posparto³⁰.

- **Obesidad:** La obesidad aumenta el riesgo de preeclampsia posparto.
- **Embarazo múltiple:** Tener gemelos, trillizos u otros múltiples en un solo parto incrementa el riesgo de preeclampsia³⁰.
- **Hipertensión crónica:** La hipertensión no controlada previa al embarazo aumenta el riesgo de preeclampsia tanto durante el embarazo como en el periodo posparto³⁰.
- **Diabetes mellitus:** Tanto la diabetes tipo 1 o tipo 2, así como la diabetes gestacional, aumentan el riesgo de preeclampsia tanto durante el embarazo como en el periodo posparto³⁰.

Las complicaciones asociadas con la preeclampsia posparto son las siguientes:

- **Eclampsia posparto:** La eclampsia posparto es una condición en la que se presentan convulsiones en el contexto de la preeclampsia posparto. Puede causar daño permanente a órganos vitales como el cerebro, los ojos, el hígado y los riñones³¹.
- **Edema pulmonar:** Esta es una enfermedad pulmonar potencialmente mortal que se produce cuando hay acumulación excesiva de líquido en los pulmones³¹.
- **Accidente cerebrovascular:** El accidente cerebrovascular ocurre cuando el flujo sanguíneo hacia una parte del cerebro se interrumpe o se reduce drásticamente, privando al tejido cerebral de oxígeno y nutrientes. Es una emergencia médica³¹.
- **Tromboembolismo:** El tromboembolismo es la obstrucción de un vaso sanguíneo por un coágulo de sangre que se ha desplazado desde otra parte del cuerpo. También es una emergencia médica³³.
- **Síndrome HELLP:** Se caracteriza por la destrucción de glóbulos rojos, niveles elevados de enzimas hepáticas y una disminución en el recuento de plaquetas. Es una condición peligrosa que puede afectar varios sistemas de órganos. Los síntomas incluyen náuseas, vómitos, dolor de cabeza y dolor en el cuadrante superior derecho. En algunos casos, la hipertensión puede desarrollarse de forma repentina³¹.

Durante el período posparto, se producen cambios en la circulación sanguínea y en el sistema cardiovascular. Estos cambios están siendo objeto de investigación para comprender mejor su perfil hemodinámico. Algunos de los cambios fisiológicos cardiovasculares que ocurren durante este período incluyen una disminución del volumen sanguíneo en un 16% para el tercer día posnatal, llegando al 40% al final de la primera semana. También se observa un aumento en la resistencia vascular periférica a medida que se pierde la circulación placentaria, que es un sector de baja resistencia. El gasto cardíaco aumenta en un 13% inmediatamente después del parto y luego disminuye en un 40% en el período posparto tardío. Se espera que la frecuencia cardíaca, la presión arterial diastólica y la presión arterial sistólica vuelvan a los valores anteriores al embarazo para el final de la segunda semana posparto³².

Durante el mismo período, se ha observado un aumento en la excreción de sodio en la orina, lo que ha llevado a la hipótesis de que esto puede ser el resultado de un aumento en la eliminación de sodio a través de la natriuresis y la acción del péptido natriurético auricular (ANP), que tiene un papel en la inhibición de la aldosterona, la angiotensina II y la vasopresina. Sin embargo, también se ha observado que la presión arterial aumenta gradualmente durante los primeros cinco días después del parto, alcanzando su punto máximo entre los días 3 y 6. Además, la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto y en el puerperio también pueden contribuir al desarrollo de hipertensión arterial en este período³³.

La incidencia de trastornos hipertensivos en el puerperio varía según los diferentes estudios. Existe un consenso en que el riesgo de desarrollar preeclampsia / eclampsia es más en la primera semana después del parto, especialmente en las primeras 48 horas. Se ha observado que el 29% de los casos de eclampsia ocurren después del parto, la mayoría de ellos dentro de las primeras 48 horas. Un informe de Suecia indica que el 96% de los casos ocurren en las primeras 20 horas³⁶. Se estima que la incidencia de preeclampsia en el puerperio tardío puede ser del 6%, incluso en ausencia de evidencia perinatal o prenatal de este trastorno. Sin embargo, la eclampsia posparto ocurre con mayor frecuencia dentro de las primeras 48 horas, con una incidencia que varía entre el 13% y el 37%. Según un estudio, la incidencia de eclampsia en el puerperio fue del 19%, y la mayoría de los casos se presentaron en las primeras 24 horas³⁴.

En la mayoría de las mujeres posparto que desarrollan preeclampsia antes o durante el parto, la presión arterial vuelve a la normalidad dentro de las primeras 24 a 48 horas, junto con la regresión de los valores de laboratorio que confirman la mejoría del proceso. Sin embargo, una minoría (25%) no logra una regresión exitosa y puede seguir experimentando preeclampsia y eclampsia³⁶. El inicio precoz de la preeclampsia y la duración predicen la probabilidad de desarrollar hipertensión postparto. La persistencia de la hipertensión arterial durante este período podría explicarse por mayores alteraciones hemodinámicas³⁴.

Los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo pueden estar limitados al período posparto, pero también pueden extenderse más allá de ese periodo o reaparecer en embarazos posteriores³⁵.

Las mujeres que experimentan preeclampsia severa o eclampsia tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión crónica en el futuro. Esto puede manifestarse inicialmente como hipertensión persistente durante el posparto. El riesgo de desarrollar hipertensión crónica es del 14,8% en comparación con mujeres que no tuvieron preeclampsia o eclampsia durante el embarazo, que presentan un riesgo del 5,6%³⁵.

En el caso de la hipertensión gestacional, se espera que la presión arterial se normalice dentro de las primeras 48 horas o aproximadamente 10 días después del parto o el puerperio. Sin embargo, en algunas mujeres embarazadas, la hipertensión gestacional puede ser un síntoma temprano de preeclampsia o un indicio de hipertensión crónica subyacente no diagnosticada³⁵.

Un estudio identificó factores asociados con esta evolución, como la edad avanzada, antecedentes de trastornos hipertensivos en embarazos anteriores y el sobrepeso. En Australia, se reportó que el 3% de las mujeres que tuvieron hipertensión gestacional o preeclampsia en su primer embarazo fueron diagnosticadas con hipertensión crónica al comienzo de su segundo embarazo. Otro estudio encontró que el 17% de las pacientes desarrollaron hipertensión crónica durante su segundo embarazo. Por lo tanto, la tasa de hipertensión crónica confirmada en mujeres con hipertensión gestacional varía del 3% al 17%, dependiendo de la población estudiada³⁵.

Un estudio realizado para evaluar la persistencia de hipertensión posparto en mujeres con preeclampsia/eclampsia encontró que el 27,7% de las mujeres encuestadas (195 mujeres) experimentaron persistencia de hipertensión después del parto³⁶.

Los trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo deben considerarse como el inicio, o posiblemente la continuación, de una serie de eventos potenciales que aún no se comprenden completamente. Se plantea la idea de que, en el caso de la preeclampsia, el parto solo resuelve la "crisis" temporal desencadenada por el embarazo y no proporciona una cura definitiva para el trastorno³⁶.

Las complicaciones potenciales en el período posparto incluyen

El empeoramiento persistente de la hipertensión que no responde al tratamiento convencional, deterioro renal con disminución de la producción de orina, la aparición rápida o persistente del síndrome HELLP, preeclampsia, eclampsia u otros trastornos neurológicos. También pueden presentarse alteraciones en el estado mental, signos neurológicos focales, edema retiniano o pérdida de visión, dolor abdominal intenso, anormalidades en las enzimas hepáticas, coagulación intravascular diseminada, evidencia de trombosis central o periférica, especialmente embolia pulmonar, sepsis resistente al tratamiento con antibióticos y síndrome de dificultad respiratoria aguda³⁷.

La preeclampsia posparto es una condición grave que se desarrolla durante el embarazo cuando la madre experimenta presión arterial alta y niveles elevados de proteína en la orina dentro de las 48 horas después del parto, aunque en algunos casos los síntomas pueden aparecer dentro de las 6 semanas posteriores al nacimiento del bebé³⁷.

Es crucial tratar la preeclampsia posparto de manera rápida, ya que puede progresar rápidamente hacia formas más severas como la preeclampsia grave, la eclampsia o el síndrome HELLP, lo cual puede ocasionar cambios graves y poner en peligro la vida de la madre. Es una enfermedad de suma importancia que requiere atención médica inmediata³⁷.

Hasta ahora, no se conoce la causa exacta de la preeclampsia posparto, pero los estudios clínicos indican que ciertas condiciones pueden desencadenarla, como:

- Diabetes mellitus.
- Embarazos múltiples.
- Hipertensión durante el embarazo.
- Obesidad.
- Hipertensión arterial crónica³⁸.

La preeclampsia posparto puede presentar diferentes signos y síntomas, aunque muchas mujeres pueden no experimentarlos. Algunos de los signos más evidentes son:

- Aumento repentino de peso.
- Disminución en la producción de orina.
- Dolores de cabeza intensos.
- Presencia de proteínas en la orina.
- Dificultad para respirar.
- Hipertensión.
- Hinchazón en la cara y las extremidades.
- Malestar en la parte superior del abdomen, generalmente en el lado derecho.
- Náuseas.
- Vómitos.
- Sensibilidad a la luz.
- Visión borrosa.
- Pérdida temporal de la visión.
- La preeclampsia posparto conlleva riesgos y complicaciones, que incluyen:
 - Accidente cerebrovascular.
 - Convulsiones.
 - Formación de coágulos de sangre.
 - Acumulación excesiva de líquido en los pulmones.
 - Daño permanente en el cerebro, hígado, riñones u ojos.

- Síndrome HELLP, caracterizado por elevación de las enzimas hepáticas y destrucción de glóbulos rojos³⁸.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022?

Problemas específicos

¿Cuál fue la severidad de la preeclampsia de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022?

¿Cuál es la edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022?

¿Cuál es el grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022?

¿Cuál es el domicilio de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022?

¿Cuál es la edad gestacional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022?

¿Cuál es el estado nutricional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación

La hipertensión crónica postparto es una condición médica que afecta a un número significativo de mujeres después de dar a luz. Se caracteriza por la presencia de hipertensión arterial persistente durante al menos 12 semanas después del parto. Esta condición puede tener consecuencias graves para la salud materna, como el desarrollo de enfermedades cardiovasculares a largo plazo. A pesar de su relevancia clínica, la hipertensión crónica postparto ha recibido relativamente poca atención en comparación con otras complicaciones del embarazo.

Relevancia metodológica: La investigación obtuvo los datos de manera lógica y sistemática para que los resultados sean sin sesgos y puedan ser útiles para comparaciones con otros estudios realizados en diferentes realidades.

Relevancia teórica: Aunque se han identificado algunos factores de riesgo para la hipertensión crónica postparto, aún se desconocen muchos de los mecanismos subyacentes que contribuyen al desarrollo de esta condición. Realizar un estudio exhaustivo puede permitir identificar factores de

riesgo adicionales, como el estilo de vida o las condiciones médicas preexistentes, y comprender mejor los mecanismos biológicos involucrados.

Relevancia social: La hipertensión crónica postparto puede tener un impacto significativo en la salud a largo plazo de las mujeres. Se ha observado que los hijos de mujeres con hipertensión crónica postparto tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de presión arterial alta y otras enfermedades cardiovasculares en la edad adulta. Comprender mejor los factores de riesgo y las estrategias de prevención de la hipertensión crónica postparto contribuirá a mejorar la salud y el bienestar de las mujeres después del embarazo.

Relevancia práctica: Actualmente, el manejo de la hipertensión crónica postparto se basa principalmente en el control de la presión arterial y el uso de medicamentos antihipertensivos. Sin embargo, estos enfoques pueden no ser suficientes para prevenir o tratar eficazmente la enfermedad a largo plazo. Un estudio detallado ayudará a identificar nuevos enfoques terapéuticos, como modificaciones en el estilo de vida, terapias complementarias o medicamentos específicos, que puedan mejorar los resultados clínicos y reducir la carga de la enfermedad.

Importancia

La Hipertensión arterial crónica después del parto, es una enfermedad que afecta a varias mujeres del Perú con antecedentes de hipertensión crónica previa a la gestación, hipertensión gestacional y preeclampsia.

Estas alteraciones hipertensivas pueden persistir más de 12 semanas después del parto y pueden establecerse como crónicas. Incluso a lo largo del tiempo pueden causar complicaciones cardiovasculares y orgánicas que ponen en peligro la vida de la madre.

Los resultados que generen esta investigación nos permitió conocer cuáles son los factores que determinan la hipertensión arterial crónica en paciente con antecedentes de preeclampsia, así también conocer cuál fue el grado de severidad de la preeclampsia, para llegar a padecer una hipertensión crónica.

Viabilidad.

La investigación es viable metodológicamente debido a que se tuvo la asesoría de docentes de la Universidad que guiarán el proceso de investigación, es viable técnicamente porque se tiene una muestra representativa de casos que hacen posible obtener resultados reales, económicamente se dispuso de los recursos financieros para solventar los gastos que genere el estudio, éticamente es viable en razón que no se produjo daños a los participantes.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.

Objetivos específicos

Determinar la severidad de la preeclampsia de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Determinar la edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Determinar el grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Determinar el domicilio de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Determinar la edad gestacional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Determinar el estado nutricional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Variables e hipótesis de la investigación

Variables

Variable dependiente

Prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto

Variables independientes

Gestantes con antecedentes de preeclampsia

Variables intervinientes

- Edad
- Grado de instrucción
- Domicilio
- Edad gestacional
- Estado nutricional

Hipótesis

Estudio descriptivo que no considera hipótesis

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo. El estudio es de tipo transversal porque las medidas de las variables no tuvieron seguimiento y solo se realizó una vez en el tiempo, retrospectiva porque los datos que se obtuvieron de las historias clínicas son del pasado, descriptiva porque es un estudio de una variable y observacional pues no existió intervención sobre las variables.

Diseño. Cuantitativo

Población. La población corresponde a las gestantes que presentaron preeclampsia de diferentes grados atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en año 2022 que son 320 gestantes.

Muestra

Fórmula para tamaño de muestra de estudio univariado

$$\frac{Nz^2pq}{(N-1)d + z^2pq}$$

Z=1.96

p: Proporción que incrementa al máximo el tamaño de muestra= 0,5

q: 1-p= 0,5

P: 0,56

D: especificidad=0,05

N= 320

n= 175

Muestra. 175 gestantes con preeclampsia

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Gestante que presentó preeclampsia en la gestación que fue atendida en el año 2022

Gestante con feto único

Gestante que tuvo parto por cesárea o vaginal

Gestante con historia clínica con los datos completos para la investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Gestante con daño renal.

Gestante que tuvo parto feto con malformaciones.

Gestante con feto que tuvo incompatibilidad sanguínea.

Muestreo. - La muestra fue seleccionada aleatoriamente al azar simple hasta completar el tamaño de muestra

La técnica: La técnica para recolectar la información fue la documental, en razón a que se remite a revisar y analizar la información que tienen las historias clínicas y obtener los datos a partir de éstos, las que son trasladada a una ficha de datos.

Instrumento: El instrumento es una ficha de recolección de datos que fue utilizado en el estudio de Méndez S. Preeclampsia factor de riesgo para hipertensión arterial crónica en pacientes atendidas en Hospital Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo 2018¹¹.

Procesamiento de datos.

Los datos de las historias clínicas se accedieron con el permiso escrito de la Dirección del Hospital Santa María del Socorro Ica, se solicitaron las historias clínicas del Unidad de Estadística, los datos se trasladaron a una ficha de datos individual, a partir de éstos se digitaron al programa estadístico SPSS v24 para obtener los estadísticos de tipo descriptivo, como son los valores absolutos como los valores relativos, las que se interpretan y explican con tablas y figuras.

Todo el procesamiento y análisis de los datos se realizó en una computadora portátil HP® modelo Pavilion con procesador AMD® Ryzen MD.

Ética

El estudio se desarrolló teniendo en cuenta los principios éticos de Belmont, que indica que los participantes no deben sufrir daños en el proceso de la investigación, respecto a esto el estudio se realizó en las historias clínicas por lo que no se produjo daños a las personas. Respecto al principio de beneficencia, el estudio tiene el propósito de mejorar la calidad de vida de las puérperas al identificar y tratar oportunamente a los factores que favorecen el desarrollo de la hipertensión arterial crónica postparto. Y el principio de justicia se cumplió al identificar a cada participante con un número correlativo lo que permite el trato justo de cada participante al no conocer de qué tipo de paciente se trata al tabular los datos.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Prevalencia de hipertensión arterial crónica posparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.

Hipertensión arterial crónica posparto	Frecuencia	Porcentaje
Con HTA crónica posparto	44	25,1%
Sin HTA crónica posparto	131	74,9%
Total	175	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La prevalencia de hipertensión arterial posparto en las gestantes que tuvieron preeclampsia en la gestación fue de 25,1%.

Figura 1. Prevalencia de hipertensión arterial crónica posparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.

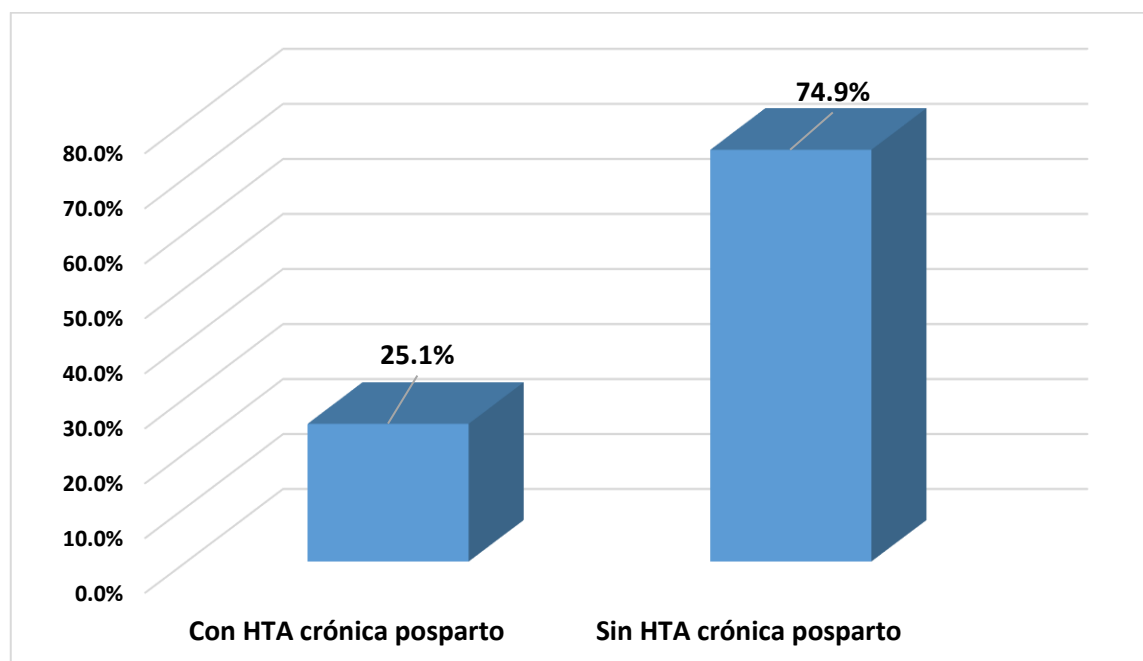


Tabla 2. Severidad de la preeclampsia de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.

Grado de preeclampsia	Frecuencia	Porcentaje
Severa	29	65,9%
Leve	15	34,1%
Total	44	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto el 65,9% tuvieron grado severo de preeclampsia y el 34,1% presentaron grado leve de preeclampsia en la gestación.

Figura 2. Severidad de la preeclampsia de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.

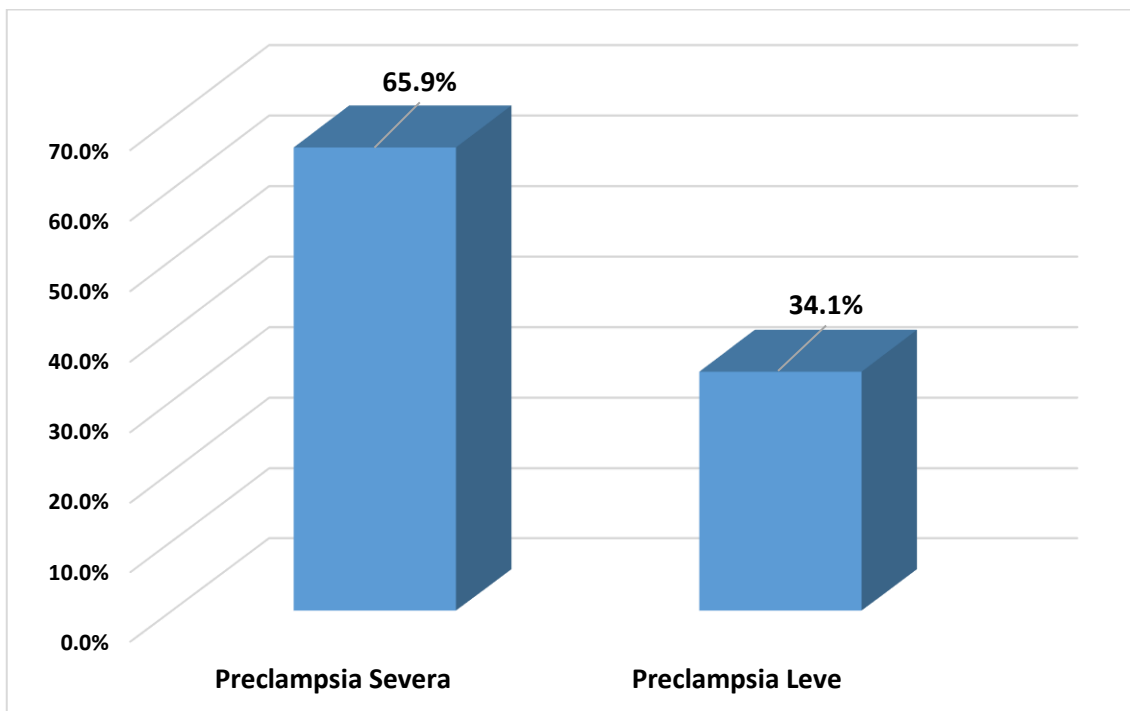


Tabla 3. Edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Edad	Frecuencia	Porcentaje
> 35 años	25	56,8%
20 a 35 años	11	25,0%
< 20 años	8	18,2%
Total	44	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto el 56,8% eran mayores de 35 años, 25% de edades entre 20 a 35 años y el 18,2% menores de 20 años.

Figura 3. Edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

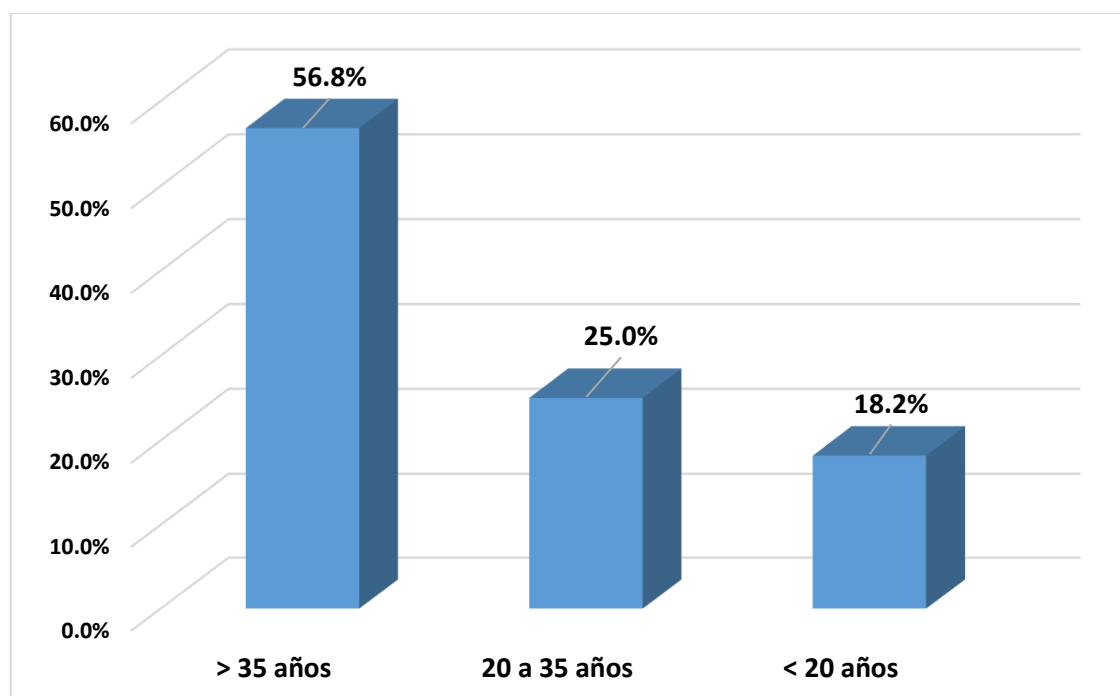


Tabla 4. Grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	17	38,6%
Secundaria	18	40,9%
Superior	9	20,5%
Total	44	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto, el 38,6% solo tenía primaria, mientras que el 40,9% tuvo grado de instrucción secundaria y el 20,5% tenía grado de instrucción superior.

Figura 4. Grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

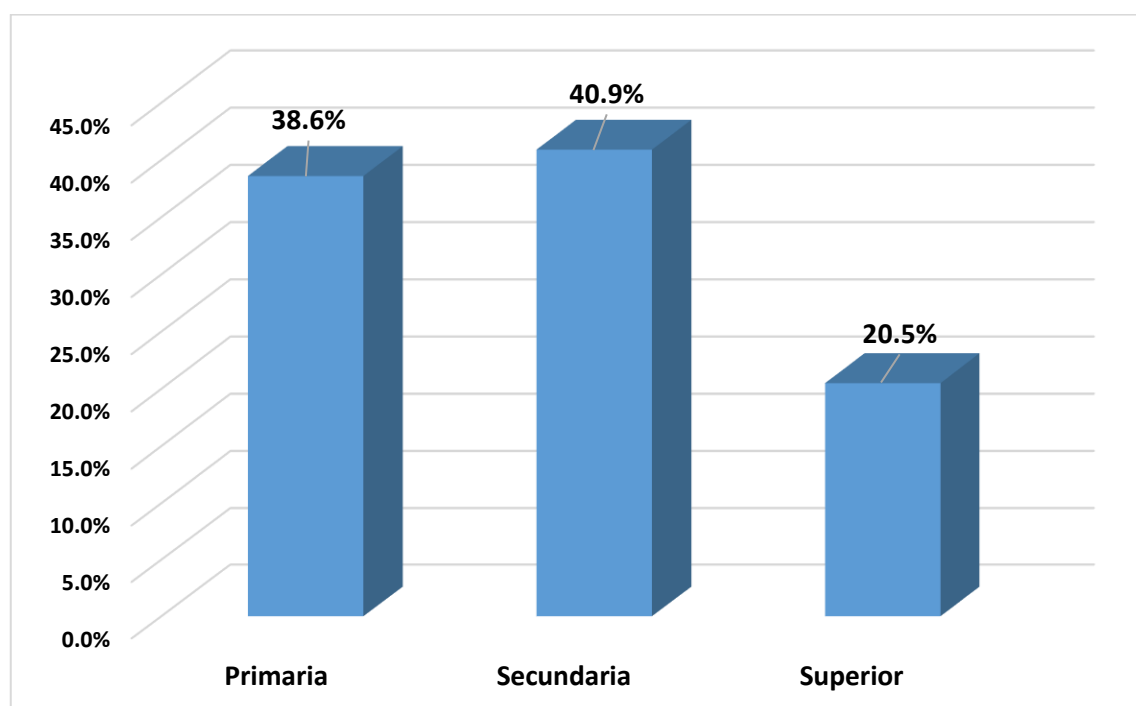


Tabla 5. Domicilio de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Rural	14	31,8%
Urbana	30	68,2%
Total	44	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El 31,8% de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto tienen su domicilio en zonas rurales y el 68,2% en zonas urbanas.

Figura 5. Domicilio de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

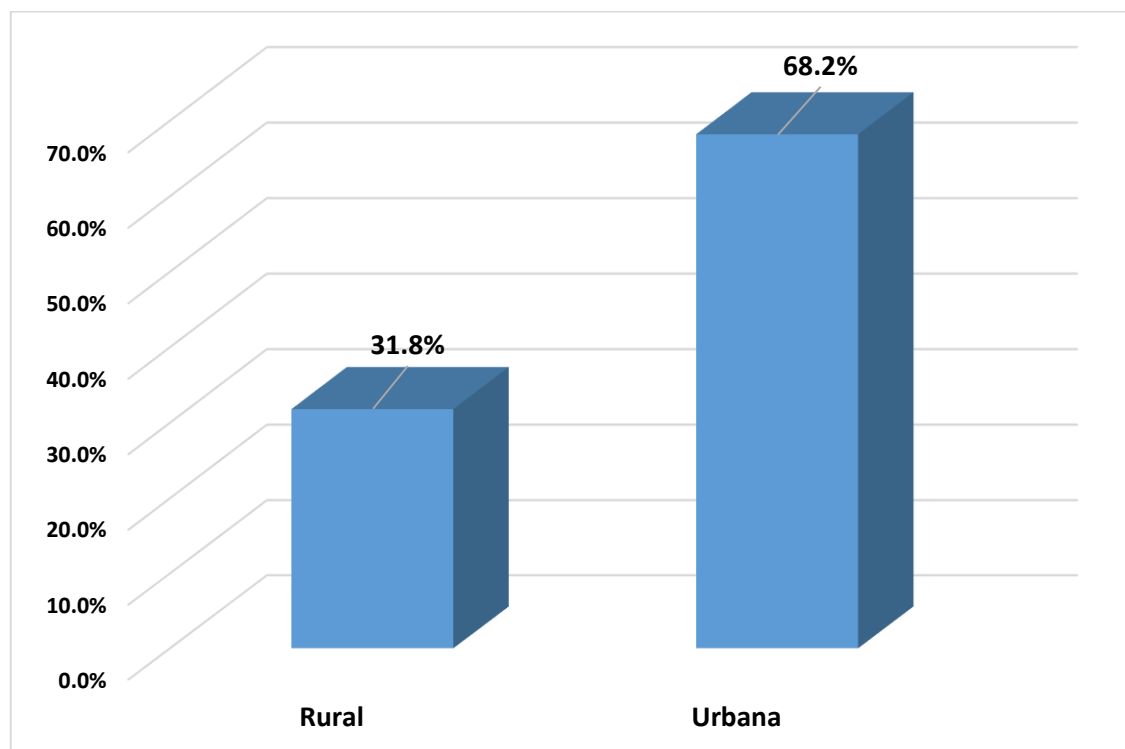


Tabla 6. Edad gestacional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje
< 37 semanas	20	45,5%
37 a más semanas	24	54,5%
Total	44	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El 45,5% de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto, presentaron parto prematuro y el 54,5% tuvieron parto a término.

Figura 6. Edad gestacional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

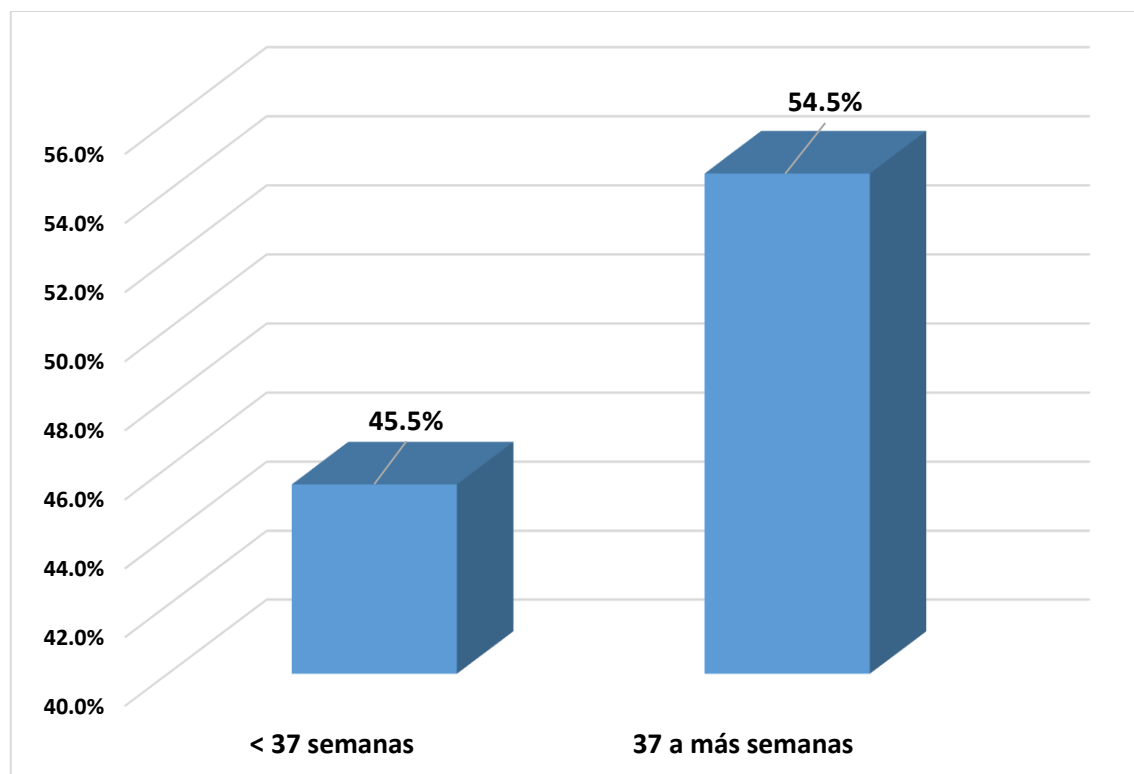


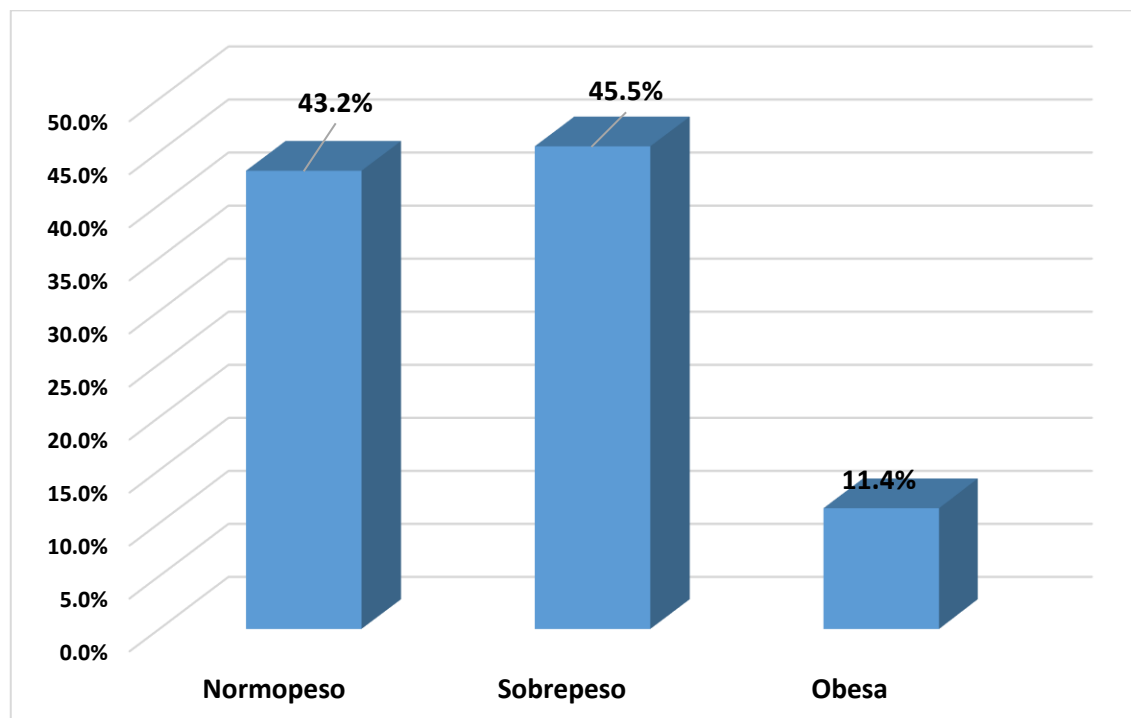
Tabla 7. Estado nutricional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Normopeso	19	43,2%
Sobrepeso	20	45,5%
Obesa	5	11,4%
Total	44	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto el 43,2% fueron normopeso, mientras que el 45,5% tuvieron sobrepeso, en tanto el 11,4% fueron obesas.

Figura 7. Estado nutricional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022



IV. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial crónica postparto es muy importante ya que puede causar la muerte prematura de la puérpera. Esta enfermedad está asociada con un riesgo mayor a las enfermedades cardiovasculares. La etiología implica diferentes interacciones de los factores ambientales, fisiopatológicos y genéticos. Y uno de estos factores es haber tenido preeclampsia.

La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna que puede afectar a los órganos blancos, teniendo grandes repercusiones en la salud de la madre y del niño, muchas de ellas irreversibles, que pueden llevar a la muerte de ambos.

Este estudio de carácter transversal y con estadística descriptiva se realizó en un establecimiento hospitalario público, de segundo nivel de atención, en el área de Ginecología y Obstetricia, cuya población son las pacientes que presentaron hipertensión arterial crónica posparto.

La prevalencia se presentó en el 25,1% de las puérperas que presentaron preeclampsia durante la gestación, siendo este porcentaje bastante significativos, como se describe en tabla 1. Por lo tanto, se requiere tratar adecuadamente la preeclampsia en la gestación sobre todo aquellas gestantes que tienen grado severo de preeclampsia. Estos resultados son concordantes con lo encontrado por Fajardo⁶ que encuentra una prevalencia de hipertensión arterial postparto de 27,7% en Cuba en el año 2020. Sin embargo, Pereira¹⁴ en el 2018 encuentra una prevalencia del 9.7% de puérperas con hipertensión arterial postparto en el Hospital María Auxiliadora en Lima, demostrando así una menor prevalencia debido a que es un hospital de mayor complejidad, por lo tanto, cuentan con mayor capacidad diagnóstica, lo que permite realizar un adecuado tamizaje para poder prevenir la preeclampsia y sus posibles complicaciones.

Al valorar el grado de severidad de preeclampsia que presentaron las pacientes que desarrollaron hipertensión arterial crónica posterior al parto se encontró que 65.9% de puérperas presentaron una alta proporción de grado severo, mientras que solo presentaron grado leve un 34.1%, tal como se observa en la tabla 2. Siendo el primer grupo la mayoría, lo que condiciona una mayor probabilidad que desarrollen hipertensión arterial crónica posparto. Estas pacientes presentan mayor daño en los órganos blancos como el riñón, el hígado, el pulmón y principalmente en el sistema cardiovascular por lo que se relacionan íntimamente con el desarrollo de hipertensión arterial, ya que la disfunción de estos órganos contribuye a la persistencia y agravamiento de esta enfermedad, pudiendo presentar eclampsia o síndrome de Hellp, y posteriormente puede provocar la muerte de la puérpera. El daño del riñón conlleva a una menor capacidad de estas, para regular la presión arterial y desechar el exceso de líquidos y sodio. El daño del hígado afecta la producción de proteínas, enzimas. y otros factores que intervienen en la regulación de presión arterial. El

daño cardiovascular como la rigidez arterial y la disfunción endotelial pueden perpetuar con el tiempo en hipertensión arterial. Estos resultados difieren de lo reportado por Fajardo⁸ donde se hallaron que el 13.3% de los pacientes presentaron preeclampsia severa con daños multiorgánicos. Así mismo, Arias⁹ concluye en su estudio en el año 2021 en Ecuador, que 54.6 % presentaron preeclampsia leve y menos de la mitad desarrollaron complicaciones en su gestación. Estos dos últimos estudios nos indican que el porcentaje a desarrollar preeclampsia severa es menor en comparación a este estudio. Por esta razón es muy importante el manejo y el seguimiento durante todo el embarazo como también en el periodo postparto, para prevenir la progresión y complicaciones.

En la tabla N° 3, se observa que las edades de los pacientes que tuvieron hipertensión arterial crónica posparto, la mayoría se trataron de pacientes mayores de 35 años con un porcentaje de 56.8%, seguido de las que tuvieron de 20 a 35 años con el 25%, y finalmente los menores de 20 años que solo obtuvieron el 18.2%. Esto explica que las pacientes cuanta más edad tienen presentan más probabilidades a desarrollar comorbilidades como la diabetes, la obesidad y enfermedades cardiovasculares que favorecen a la presentación de cuadros más severos de hipertensión arterial durante la gestación y por ende esto puede complicar el embarazo, inclusive puede continuar después del parto. Mientras que para Fajardo⁶ el grupo de edad que presenta con mayor frecuencia la hipertensión arterial posparto con el 62.22% son los pacientes de 20 a 35 años, siendo en menor proporción las menores de 20 años. Así mismo tiene similitud con en el estudio de Valdiviezo¹³, donde evalúa las complicaciones postparto de las pacientes añosas, y se observó que el 84.6% de las pacientes con más de 38 años presentaron complicaciones en el postparto, siendo la más frecuente la complicación de preeclampsia. De esta manera los estudios coinciden con la variable, Por lo tanto, se evidencia que las gestantes antes de los 20 y después de los 35 años pueden presentar un mayor riesgo durante el embarazo, así como también durante el puerperio, incluso puede ocasionar la muerte.

El grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica posparto tal como se observa en la tabla 4, el 40.9% se trata de pacientes que solo tenían secundaria completa, de esta manera indicando que es el grado de instrucción que más prevalece en la población en general, seguido de 20.5% de las pacientes que tenían primaria completa o secundaria incompleta y finalmente un 18.2% de pacientes con estudios superiores. Los estudios por Vila J¹² en el 2020 no incluyeron las variables referidas a la hipertensión arterial posparto; no obstante se pudo identificar que las pacientes que presentaron mayores complicaciones como la preeclampsia durante la gestación fueron pacientes que solo tenían estudios secundarios con un 47.6%, seguido de los que presentaban estudios primarios con un 36.8% y por último los que presentaban estudios superiores con 33.3%. Estos estudios también son similares con el de Pereira¹⁴ Donde indica que

el 1.7% se trata de puérperas analfabetas, mientras que el 26.6% solamente tiene estudios primarios completos, el 64.1% se trata de pacientes con secundaria culminada y siendo la minoría los que presentan estudios superiores concluidos, de esta manera se observa que los estudios coinciden por lo cual se evidencia que las pacientes con estudios secundarios junto con los que tienen solo primaria completa son los más vulnerables para desarrollar preeclampsia en la gestación y luego hipertensión arterial postparto, debido a que este grupo tiene menos información, además que tienen menor capacidad para comprender los riesgos que puede ocasionar si no se realizan todos los controles prenatales.

Respecto a la procedencia de las pacientes como se evidencia en la tabla N° 5, se determinó en la investigación que 68.2% de las pacientes con hipertensión arterial postparto proceden de zonas urbanas, siendo este grupo la mayoría, ya que los pacientes que se atienden por partos en este nosocomio son procedentes de estas zonas, además que la incidencia de hipertensión arterial en este grupo de gestantes es mayor por los malos estilos de vida como el sedentarismo, que suelen tener los que viven en la urbe. Mientras que los pacientes que proceden de zonas rurales representan solo el 31.8%. Así mismo en el estudio realizado por Pereira¹⁴ desarrollado en el hospital María Auxiliadora en Lima, indica que 97.5% de las puérperas provienen de zonas urbanas y que solo el 2.5% provienen de zonas rurales, indicándonos que este último grupo por su estilo de vida son menos propensas a presentar esta enfermedad. Se observa que los estudios coinciden porque en las zonas urbanas las personas por lo general son sedentarias, también están más propensas a consumir alimentos envasados, golosinas que pueden condicionar la obesidad en la gestante y esto puede influir de una manera negativa en el embarazo, posteriormente ocasionando hipertensión arterial postparto. Pero a su vez las personas de procedencia rural tienen menor información sobre las complicaciones del embarazo y muchas de ellas no realizan sus controles prenatales, lo que induciría a que ellas también presenten riesgo de desarrollar esta enfermedad.

La condición de preeclampsia en una gestante favorece la presencia de embarazos que terminan antes de las 37 semanas. En este estudio, por lo contrario, se observó que la mayoría de las puérperas que presentaron hipertensión arterial crónica postparto terminaron su gestación después de las 37 semanas, teniendo un porcentaje de 54.5% tal como se indica en la tabla N°6. Seguido de 45.5% de puérperas que terminaron su gestación antes de las 37 semanas. Así mismo lo demuestra el estudio de Medina⁷ donde su investigación concluye que las pacientes que terminaron su gestación después de las 37 semanas fueron más de 70%, mientras las que terminaron antes de las 37 semanas fueron cerca de 30%. Este resultado también está en el estudio de Méndez¹¹ en Trujillo donde indica una media de la edad gestacional del parto entre $(37 \pm 1,58$ y $38,58 \pm 1,27$ semanas). Esto concluye que los estudios coinciden ya que, en casi la mitad de los

casos, la edad gestacional de parto fue más de 37 semanas. Así mismo se debe tener en cuenta que los embarazos que desarrollan preeclampsia severa o síndrome de Hellp antes de las 37 semanas se deben terminar inmediatamente para poder evitar complicaciones maternas y del recién nacido.

Finalmente, las gestantes que desarrollaron hipertensión arterial crónica posparto, presentaron en una alta proporción de sobrepeso con 45.5%, seguido de 43.2% que estaban en su peso normal y un 11.4% que presentaron obesidad, tal como se indica en la tabla N° 7. El sobrepeso y la obesidad son comorbilidades que favorecen el desarrollo de cuadros severos de preeclampsia y por ende estas pacientes pueden desarrollar luego hipertensión arterial crónica posparto. Esta es una condición observada en el estudio de Méndez¹¹ en Trujillo, una alta proporción de pacientes con sobrepeso y obesidad, siendo la media un IMC de $28,85 \pm 3,23$. Estas comorbilidades influyen en desarrollar hipertensión arterial posparto, muchas de ellas con fallos multiorgánicos, Así mismo el estudio de Tovar¹⁰ en México en el 2019 indica que las pacientes con hipertensión arterial crónica posparto en la mayoría eran obesas, siendo solo 22.5% pacientes con peso normal. Esto difiere del estudio de Pereira¹⁴, donde se aprecia que el 35,4% presentan un índice de masa corporal normal, mientras que el 33.8% se encuentran en sobrepeso y en el 24% se encuentra en obesidad I, seguido de la obesidad mórbida con 1.%. Teniendo concordancia con el estudio de Fajardo⁶ donde la obesidad en pacientes con hipertensión arterial crónica solo representó el 24.44%, mientras el 75.56% tenían un peso normal. Esto confirma que no es suficiente solo el antecedente de la preeclampsia, sino que también es muy importante la interacción de otros factores de riesgo como en este caso la obesidad y el sobrepeso.

Por todo lo expuesto anteriormente, las mujeres gestantes deberían tener un mejor acceso a los asesoramientos sobre la modificación del estilo de vida, así como también a la monitorización de los controles prenatales y de la presión arterial, para prevenir el riesgo a desarrollar hipertensión arterial durante la gestación y el postparto.

De la misma manera, debería tenerse una mayor consideración en la población rural y en las madres gestantes jóvenes y añosas para poderles brindar una mejor información sobre las posibles complicaciones.

Las limitaciones del estudio fue ser descriptivo, ya que todos los estudios transversales no tienen la última palabra, ya que no se tuvo seguimiento, porque solo se basa en la recolección de datos mediante las historias clínicas. A pesar de eso nuestros estudios son útiles porque van permitir a identificar la prevalencia de la hipertensión arterial posparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia, de esa manera se puede tomar medidas preventivas, además de poder realizar un diagnóstico precoz en las gestantes y así evitar complicaciones.

V. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 fue de 25,1%.
2. La severidad de la preeclampsia de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 fue severa en el 65,9% de los casos.
3. La edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 fueron en su mayoría mayores de 35 años.
4. El grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 fue mayormente secundaria.
5. El domicilio de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 en su mayoría en zonas urbanas.
6. La edad gestacional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 en una alta proporción menores de 37 semanas.
7. El estado nutricional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 mostraron alta prevalencia de sobrepeso y obesidad.

VI. RECOMENDACIONES

1. Abordar en los factores de riesgo que desencadena la preeclampsia, de esa forma incrementar la cobertura de controles prenatales que permitirán a los profesionales Gineco-Obstetras identificar los riesgos que la gestante presenta y así poder tratar de manera oportuna.
2. Tratar de manera eficaz y completa a las gestantes que presentan preeclampsia a fin de que no se manifiesten las complicaciones asociadas a esta condición. Modificando los estilos de vida de la gestante acompañada de un tratamiento farmacológico adecuado y con un monitoreo estricto de la presión arterial.
3. Orientar los esfuerzos preventivos a las gestantes añosas pues son las que más riesgo tienen de desarrollar la patología, por lo que estas gestantes deben ser evaluadas de manera integral y completa, considerando que las comorbilidades son más frecuentes en ellas.
4. Realizar actividades preventivas y promocionales en la comunidad a fin de captar gestantes en riesgo, como son el grado de instrucción primaria o secundaria y poder hacer un seguimiento más cerca de ellas, pues pueden desarrollar preeclampsia e hipertensión arterial crónica posparto. Estas actividades deben estar a cargo de los especialistas gineco-obstetras.
5. Realizar visitas domiciliarias a las gestantes cuyas viviendas se encuentran en zonas rurales, acercándose el profesional hacia ellas, lo que posibilitaría la detección temprana de gestantes en riesgo para cualquier complicación sobre todo para preeclampsia por antecedentes previos.
6. Tomar las precauciones en las gestantes con preeclampsia para evitar el parto prematuro, tratando oportunamente la hipertensión, así como las demás comorbilidades que incrementan el riesgo de tener un parto prematuro.
7. Promover una dieta adecuada de las gestantes para evitar la ganancia de peso exagerado durante su embarazo, lo que incluye ejercicios, buenos estilos de vida y alimentarios.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Muñoz Sauñe, A. Complicación por eclampsia, Síndrome de Hellp en el Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio César Demarini Caro” - Chanchamayo - Junín 2018. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12819/748>
- 2.-OPS/OMS 2019. Día de Concientización sobre la Preeclampsia. <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
- 3.- Múnera-Echeverri A. Hipertensión arterial y embarazo. Rev Colomb Cardiol. 2021;28(1)
- 4.- Arriaga-García P. Prevalencia de las categorías de hipertensión inducida por el embarazo que preceden a eclampsia. Ginecol. obstet. Méx. vol.89 no.5 Ciudad de México may. 2021 Epub 28-Feb-2022
<https://doi.org/10.24245/gomv89i5.4679>
- 5.- Orozco MC, Cañizares LO, Sarasa MNL, et al. Vulnerabilidad cardiometabólica y presión arterial en el posparto a corto plazo. Rev cubana med. 2021;60(1):1-8.
- 6.- Fajardo Tornes Y. Prevalencia de la hipertensión arterial crónica posparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia. Hospital Carlos Manuel de Céspedes y del Castillo. Bayamo, Granma. Cuba 2020.
- 7.- Medina-Rodríguez D. Caracterización clínica de las gestantes hipertensas crónicas. Hospital Provincial Ginecobstétrico Docente José Ramón López Tabrane. Rev.Med.Electrón. vol.44 no.3 Matanzas mayo.-jun. 2022 Epub 30-Jun-2022
- 8.- Fajardo TYL, Nápoles MJD, Álvarez AA. Prueba FullPIERS como predictor de hipertensión arterial crónica posparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2020;46(2):1-9.
- 9.- Arias Soriano, A. Complicaciones postparto en mujeres que presentaron hipertensión arterial crónica con preeclampsia sobreañadida Ecuador 2021. URI: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/63128>.
- 10.- Tovar Rodríguez J. Diferencia de la presión arterial entre brazos en un grupo de mujeres embarazadas y puérperas con y sin hipertensión arterial y su impacto sobre la persona recién nacida. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Volume 46, Issue 2, April–June 2019, Pages 69-76.
- 11.- Méndez Rivera, S. Preeclampsia factor de riesgo para hipertensión arterial crónica en pacientes atendidas en Hospital Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo 2018. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/4094>.
- 12.- Vila Huapaya, J. Factores asociados a las complicaciones Post-Parto en pacientes cesareadas en el hospital de Huaycan 2020. URI <https://hdl.handle.net/20.500.14308/3460>

- 13.- Valdiviezo Castro, I. Factores de riesgo asociados a complicaciones post-parto en pacientes añosas, Hospital de la Amistad Perú-Corea II-2 Santa Rosa, Piura-2020. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6084>.
- 14.- Pereira Victorio, K. Factores que se asocian a las complicaciones durante el puerperio en el Hospital María Auxiliadora (HAMA) Lima – Perú 2018. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.12557/1446>.
- 15.- Huayta Maravi, L. Prevalencia de complicaciones en puérperas atendidas en el c.s. Chilca durante el periodo julio - diciembre del 2019. URI <http://hdl.handle.net/20.500.14127/305>.
- 16.- Vázquez-Rodríguez, J. Tratamiento de la hipertensión arterial posparto con losartán en la preeclampsia grave Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2020; vol. 58, núm. 5, , pp. 574-582 Instituto Mexicano del Seguro Social Distrito Federal, México DOI: <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000087>.
- 17.- Villalaín González C. Salud cardiovascular y renal en la mujer: la preeclampsia como marcador de riesgo. Nefrología 2023;43(3), Pages 269-280. <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2022.04.010>.
- 18.- Múnera-Echeverri A. Hipertensión arterial y embarazo. Rev. Colomb. Cardiol. vol.28 no.1 Bogota Jan./Feb. 2021 Epub Mar 19, 2021. <https://doi.org/10.24875/rccar.m21000002>.
- 19.- Herrera Sánchez K. Preeclampsia. Revista Médica Sinergia Vol.3 Num:3 Marzo 2018 pp: 8 – 12 ISSN:2215-4523 EISSN:2215-5279.
- 20.- Guia de Practica Clinica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología: Instituto Nacional Materno Perinatal. 2018; 2:87-97.
- 21.- Luna D. Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. Revista Médica Clínica Las Condes 2023. 34(1), Pages 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.006>.
- 22.- Lezcano Cabrera G. Consideraciones y actualización sobre definición, etiopatogenia y diagnóstico de los desórdenes hipertensivos del embarazo. Rev.Med.Electrón. vol.41 no.5 Matanzas sept.-oct. 2019 Epub 31-Oct-2019.
- 23.- Guevara-Ríos E. Factores de riesgo de preeclampsia, una actualización desde la medicina basada en evidencias. Rev Peru Investig Matern Perinat 2019; 8(1):30-5. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2019140>.
- 24.- Bryce Moncloa A. Hipertensión en el embarazo. Rev. peru. ginecol. obstet. vol.64 no.2 Lima abr./jun. 2018. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>.
- 25.- Luna Resendiz A. Valoración de la función renal en pacientes con antecedente de preeclampsia con criterios de severidad a los 12 meses postparto atendidas en Hospital General de Naucalpan de enero 2018 a julio 2019. URI: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/110897>.

- 26.- Segovia Vázquez M. Criterios de severidad de la enfermedad hipertensiva del embarazo. *Rev. Nac. (Itauguá)* vol.10 no.2 Itauguá Dec. 2018.
<https://doi.org/10.18004/rdn2018.0010.02.105-120>.
- 27.- Romero Lorenti, D. J., Vargas López, R. S., López Olives, K. E., & Reyes Yagual, E. I. (2019). Fisiopatología y riesgo materno-fetal asociados a la preeclampsia. *RECIMUNDO*, 3(3 ESP), 589-606. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3.Esp\).noviembre.2019.589-606](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.589-606).
- 28.- Otero Antón, E. Complicaciones inmediatas de postcesareadas con hipertensión inducida por la gestación en el hospital de apoyo de Sullana II-2 2018.
<http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1192>.
- 29.- Carrillo-Mora P. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* vol.64 no.1 Ciudad de México ene./feb. 2021 Epub 06-Jul-2021.
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>.
- 30.- Checya-Segura J. Factores asociados con preeclampsia severa en pacientes atendidas en dos hospitales de Huánuco, Perú. *Ginecol. obstet. Méx.* vol.87 no.5 Ciudad de México may. 2019 Epub 30-Jun-2021.
<https://doi.org/10.24245/gom.v87i5.2753>.
- 31.- Velumani V. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* vol.64 no.5 Ciudad de México sep./oct. 2021 Epub 03-Feb-2022.
<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02>.
- 32.- Pereira Calvo J. Actualización en preeclampsia. *Revista Médica Sinergia* 2020. 5(1) e340. DOI: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.340>.
- 33.- Del Prado Díaz S. Cambios hemodinámicos y adaptación morfológica y funcional del corazón materno durante la gestación única y gemelar 2021.
URI <http://hdl.handle.net/10486/696700>.
- 34.- Tatal Muñoz L. Manejo farmacológico de la hipertensión materna durante la lactancia: un reto terapéutico. *Rev. Perú. ginecol. obstet.* vol.65 no.3 Lima jul./dic 2019.
<http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2183>.
- 35.- Ríos-Nequis G. Manifestaciones clínicas retinianas durante el puerperio inmediato en pacientes con preeclampsia en un hospital de México. *Rev. mex. oftalmol* vol.94 no.3 Ciudad de México may./jun. 2020 Epub 25-Jun-2021.
<https://doi.org/10.24875/rmo.m20000115>.
- 36.- Jenny Mendoza-Vilcahuaman, Rossibel Juana Muñoz- De La Torre, Anibal Valentin Diaz-Lazo. Factores asociados a hipertensión arterial inducida por embarazo en personas que viven en altura. *Rev. Fac. Med. Hum.* Julio 2021; 21(3):528-533. DOI 10.25176/RFMH.v21i3.3425.
- 37.- García Prieto J. Complicaciones del puerperio: mecanismos fisiopatológicos y principales hallazgos radiológicos asociados. *Radiología* 63 (2021) 22-31.
<https://doi.org/10.1016/j.rx.2020.08.001>.

38.- Montenegro Rivera E. Complicaciones obstétricas durante puerperio mediato, en relación a la nueva clasificación de embarazo a término de la ACOG, en el hospital de Vitarte, año 2018. DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.20202>.

VIII.ANEXOS

Anexo1: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
<p>Problema general ¿Cuál es la prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuál fue la severidad de la preeclampsia de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022? ¿Cuál es la edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022? ¿Cuál es el grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el</p>	<p>Objetivo general Determinar la prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022.</p> <p>Objetivos específicos Determinar la severidad de la preeclampsia de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 Determinar la edad de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 Determinar el grado de instrucción de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa</p>	<p>Hipótesis general Estudio descriptivo no tienen hipótesis</p>	<p>Variable dependiente Prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto.</p> <p>Variables independientes Gestantes con antecedentes de preeclampsia.</p> <p>Variables intervinientes Edad Grado de instrucción Domicilio Edad gestacional Estado nutricional</p>	<p>Tipo. El estudio es de tipo transversal porque la medida de las variables no tiene seguimiento y solo se realiza una vez en el tiempo, retrospectiva porque los datos que se obtuvieron de las historias clínicas son del pasado, descriptiva porque es un estudio de una variable y observacional pues no existirá intervención sobre las variables.</p> <p>Diseño Cuantitativo</p> <p>Población. La población corresponde a las gestantes que presentaron preeclampsia de diferentes grados atendidos en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en año 2022 que son 320 gestantes.</p> <p>Muestra. 175 gestantes con preeclampsia</p>

<p>Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022? ¿Cuál es el domicilio de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022? ¿Cuál es la edad gestacional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022? ¿Cuál es el estado nutricional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022??</p>	<p>María del Socorro de Ica en el 2022 Determinar el domicilio de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 Determinar la edad gestacional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022 Determinar el estado nutricional de las pacientes con hipertensión arterial crónica postparto en el Hospital Santa María del Socorro de Ica en el 2022</p>			<p>La técnica: La técnica para recolectar la información es la documental, en razón a que se remite a revisar y analizar la información que tienen las historias clínicas y obtener los datos a partir de éstos, los que son trasladados a una ficha de datos.</p> <p>Instrumento: El instrumento es una ficha de recolección de datos que fue utilizado en el estudio de Méndez S. Preeclampsia factor de riesgo para hipertensión arterial crónica en pacientes atendidas en Hospital Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo 2018⁶.</p>
---	---	--	--	---

Anexo 2: Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Instrumento	Fuente
V. Dependiente						
Prevalencia de hipertensión arterial crónica postparto	Hipertensión arterial que persiste después del parto por al menos 12 semanas	Presión arterial >140 / 90 mm Hg	Presión arterial en mmHg	Presente Ausente	Ficha de datos	Historia clínica
VI. Independientes						
Pacientes con antecedentes de preeclampsia.	Paciente que presenta hipertensión arterial después de las 20 semanas de la gestación	Presencia de hipertensión arterial después de las 20 semanas de gestación.	Presión arterial \geq 120/80 mmHg.	Presente Ausente	Ficha de datos	Historia clínica
V. Intervinientes						
Edad	Años de vida de una persona	Fecha de diagnóstico de hipertensión arterial crónica postparto-fecha de nacimiento	Años	< 20 años 20 a 35 años > 35 años	Ficha de datos	Historia clínica
Grado de instrucción	Nivel educativo que tiene una persona adquirido en instituciones educativas de un país	Nivel de estudios alcanzados por una persona	Grado de estudios	Primaria Secundaria Superior	Ficha de datos	Historia clínica

Domicilio	Lugar donde habita una persona ubicada según la cercanía al centro de la ciudad	Lugar geográfico donde que el domicilio de la paciente	Lugar	Rural Urbana	Ficha de datos	Historia clínica
Edad gestacional	Tiempo que dura la gestación	Edad en semanas que duró la gestación	Semanas	< 37 semanas ≥ 37 semanas	Ficha de datos	Historia clínica
Estado nutricional de las puérperas	Relación del peso con la talla medida según el IMC	IMC calculada a partir del peso y la talla	Peso Talla	IMC < 18,5 bajo peso IMC 18,5-24,9 normopeso IMC 25 a 29,9 Sobrepeso IMC ≥ obeso	Ficha de datos	Historia clínica

Anexo 3: Instrumentos de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Validada por: Méndez S. Preeclampsia factor de riesgo para hipertensión arterial crónica en pacientes atendidas en Hospital Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo 2018¹³.

1.- Ficha N° _____

2.- Hipertensión arterial crónica postparto (Hipertensión arterial que persiste después del parto por al menos 12 semanas)

(Presente) (Ausente)

3.- Severidad de la preeclampsia

(Leve) muestra una presión arterial diastólica <100 mmHg, con proteinuria 1+ y una elevación mínima de enzimas hepáticas.

(Severa) muestra una presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg, proteinuria severa persistente, síntomas clínicos de eclampsia, incluyendo convulsiones, edema pulmonar, creatinina sérica elevada, enzimas hepáticas con trombocitopenia

4.- Edad ____ años (< 20 años) (20 a 35 años) (> 35 años)

5.- Grado de instrucción

(Primaria) (Secundaria) (Superior)

6.- Domicilio

(Rural) (Urbano)

7.- Edad gestacional

(< 37 semanas) (≥ 37 semanas)

8.- Estado nutricional de las puérperas Peso _____ kg Talla _____ metros

(IMC < 18,5 bajo peso) (IMC 18,5-24,9 normopeso)

(IMC 25 a 29,9 Sobrepeso) (IMC \geq obesa)

Anexo 4: Validación de instrumento de recolección de información

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe, Edith Gloria Velásquez Serna, con Documento de identidad N° 21436563, de profesión Médico - Cirujano Con Grado de Especialidad y Magister ejerciendo actualmente como Gineco-Obstetra En el Hospital Sta María del Socorro - Ica.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento, a los efectos de su aplicación del proyecto de investigación: Prevalencia de Hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, en el 2022.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los ítems				X
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				X

Fecha: 08/01/24

Dra Edith Velásquez Serna
Firma
GINECO OBSTETRA
CMP 17504 RNE 8316

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe, Núñez Aguilar Carla Gianina, con
Documento de identidad N° 43248130, de profesión Médico Cirujano
Con Grado de Especialista, ejerciendo actualmente como Ginecologo.
En el Hospital Santa María del Socorro Ica.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento, a los efectos de su aplicación del proyecto de investigación: Prevalencia de Hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, en el 2022.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los ítems				X
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				X

Fecha: 08-01-24

Gobierno Regional de Ica
Dirección Regional de Salud de Ica
Hospital "Santa María del Socorro"
M.C. CARLA NÚÑEZ AGUILAR
Médico Gineco-Obstetra
M.P. 063621

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe, Elizabeth Doris Morales Bellido, con Documento de identidad N° 28271407, de profesión Medico Cirujano.
Con Grado de Especialista, ejerciendo actualmente como Gineco-obstetra.
En el Hospital Santa Maria del Socorro.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento, a los efectos de su aplicación del proyecto de investigación: Prevalencia de Hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, en el 2022.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los ítems				X
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

Fecha: 10-01-24

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO
Elizabeth Doris Morales Bellido
M.C. ELIZABETH DORIS MORALES BELLIDO
Médico GINECOOBSTETRA
C.E.P. 39718 R.N.E. 22218

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

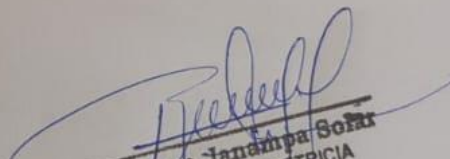
Quien suscribe, Janampa Solar Rafael Fernández, con
Documento de identidad N° 40874671, de profesión Médico cirujano
Con Grado de ESPECIALISTA ejerciendo actualmente como GINECOLOGO
En el HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el instrumento, a los efectos de su aplicación del proyecto de investigación: Prevalencia de Hipertensión arterial crónica postparto en pacientes con antecedentes de preeclampsia en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, en el 2022.


Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.


	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los ítems				X
Claridad y precisión			X	
Pertinencia				X

Fecha: 10/01/2024


Dr. Enrique Janampa Solar
GINECOLOGIA - OBSTETRICIA
E.C.M.P. 54643
E.P.M.a

Anexo 5: Resolución Decanal


UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DECANATO



"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Resolución Decanal N° 414-D-FMH-UNICA-23

Sea 15 de setiembre de 2023

VISTO:

El Oficio N° 548-DUI-FMH-UNICA-2023, remitido por el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Rectoral N° 024-R-UNICA-2023, de fecha 11 de mayo de 2023, se encarga al Dr. FERNANDO FORTUNATO CARRANZA QUISPE, como Decano Interino de la Facultad de Medicina Humana, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

Que, la Facultad de Medicina Humana, es una unidad de formación académica, profesional y de gestión, que forma profesionales médicos generales y de 2da. Especialidad y desarrolla sus actividades dentro de la autonomía de gobierno, académica y administrativa;

Que, con Oficio de Visto, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana, comunica que el docente, Dra. MEZA LEON, JESUS NICOLASA, asesora del Proyecto de Tesis Titulado: "PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA POSTPARTO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA EN EL 2022", de la Interna: ESPINOZA TORNERO, MAYRA JUDITH, para optar el Título de Médico Cirujano, ha presentado el informe de aprobación del proyecto en mención y solicita emitir la Resolución Decanal correspondiente, para lo cual adjunta el Acta de aprobación, la Constancia de Antiplagio y el proyecto de tesis culminado;

En uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano por el Art. 70° de la Ley Universitaria N° 30220 y, Art. 39° del Estatuto Universitario.

SE RESUELVE:

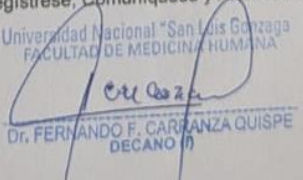
Artículo Unico.- Aprobar, el Proyecto de Tesis, para optar el Título de Médico Cirujano que a continuación se detalla:
"PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA POSTPARTO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA EN EL 2022"

Autor : - Interna: ESPINOZA TORNERO, MAYRA JUDITH

Asesor: - Dra. MEZA LEON, JESUS NICOLASA

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. FERNANDO F. CARRANZA QUISPE
DECANO (I)

FFCQ/ecm
c.c. - Unidad de Investigación
- Asesor
- Interesado
- Archivo

Anexo 6: Resolución Directoral del Hospital Santa María del Socorro de Ica



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ICA
U.E. 405 HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO-ICA
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"



DICTAMEN DE AUTORIZADO

MAYRA JUDITH ESPINOZA TORNERO

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el Proyecto de Investigación titulado:

"PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA POSTPARTO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO DE ICA EN EL 2022" Que usted sometió a consideración del Comité de Ética e Investigación del Hospital Santa María del Socorro de Ica, de acuerdo a las recomendaciones de sus integrantes cumple con los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es AUTORIZADO para su desarrollo y publicación.

Número de Registro

R-2024-100-04

Ica, 23 de Febrero del 2024

DR. JORGE LUIS YBASETA MEDINA
PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA
E INVESTIGACION
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO

HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO DE ICA
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Calle Castrovirreyna N°759
Ica