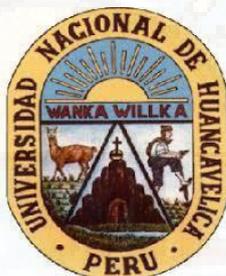


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA**

(CREADA POR LEY N°25265)

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**TESIS**

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS  
HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL SAN JUAN  
DE KIMBIRI - VRAEM, 2018 - 2020**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN  
SALUD MATERNA PERINATAL**

**PRESENTADO POR:**

**OBSTETRA. PATRICIA EVA, MEDINA LLONTOP**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:  
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**CUSCO – PERÚ**

**2021**

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a los veintisiete días del mes de abril a las 10:00 horas del año 2021 se reunieron los miembros del Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a):

**MEDINA LLONTOP PATRICIA EVA**

Siendo los Jurados Evaluadores:

**Presidente** : Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES  
**Secretaria** : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE  
**Vocal** : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI – VRAEM, 2018 – 2020.**

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 227 - 2021 - O - FCS - R - UNH concluyendo a las 10:35 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad durante 15 minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: **APROBADO** por **UNANIMIDAD**.

Observaciones:

.....  
.....  
.....

Ciudad de Huancavelica, 27 de abril del 2021

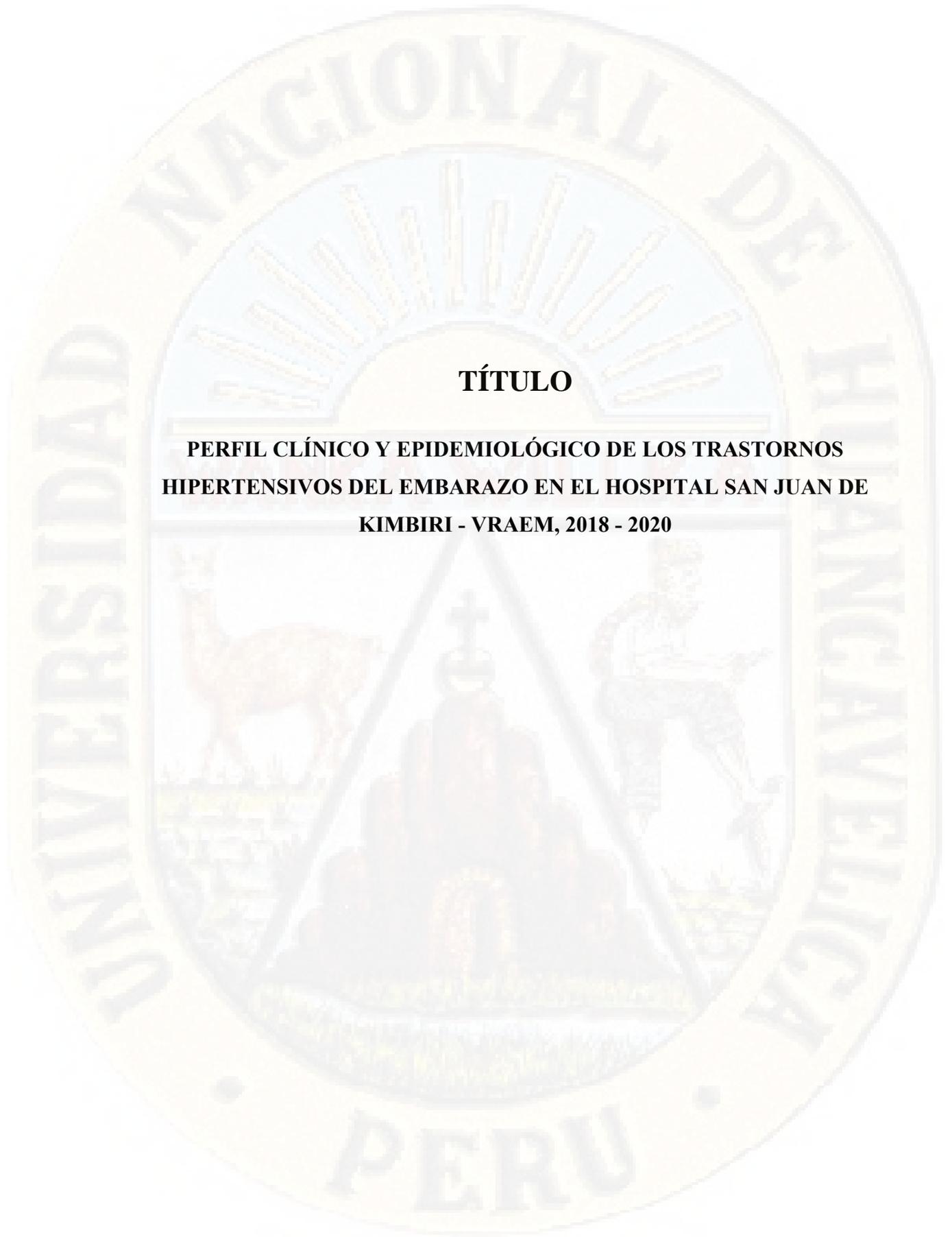
  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PRESIDENTE

  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre  
DOCENTE  
SECRETARIO

  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman  
DOCENTE  
VOCAL

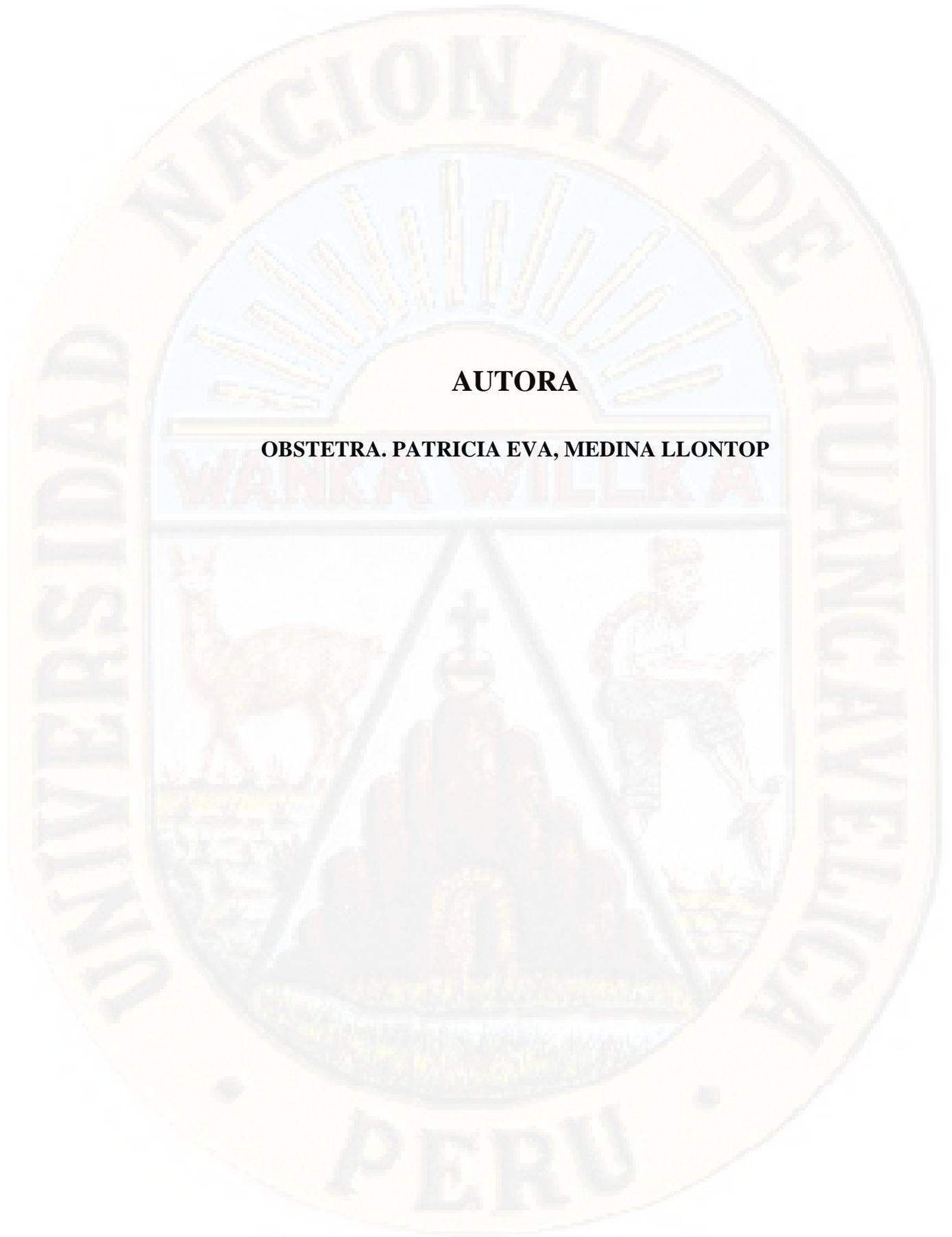
  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DECANATO  
V988 DECANA

  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECRETARIA  
Dra. Rossibel Juana De La Cruz Ramos  
DOCENTE  
V988 SECRETARIA DOC.



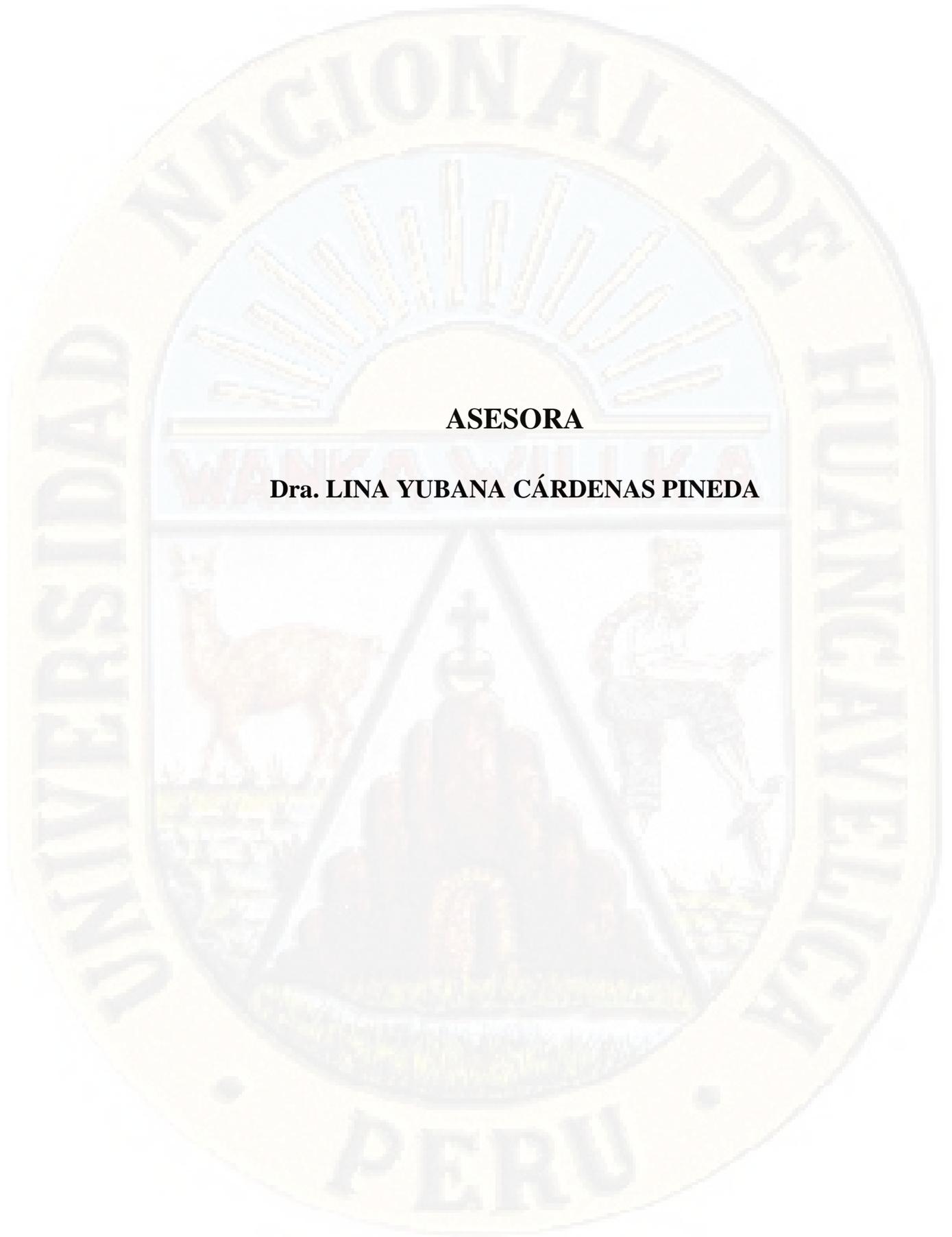
## **TÍTULO**

**PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS  
HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE  
KIMBIRI - VRAEM, 2018 - 2020**



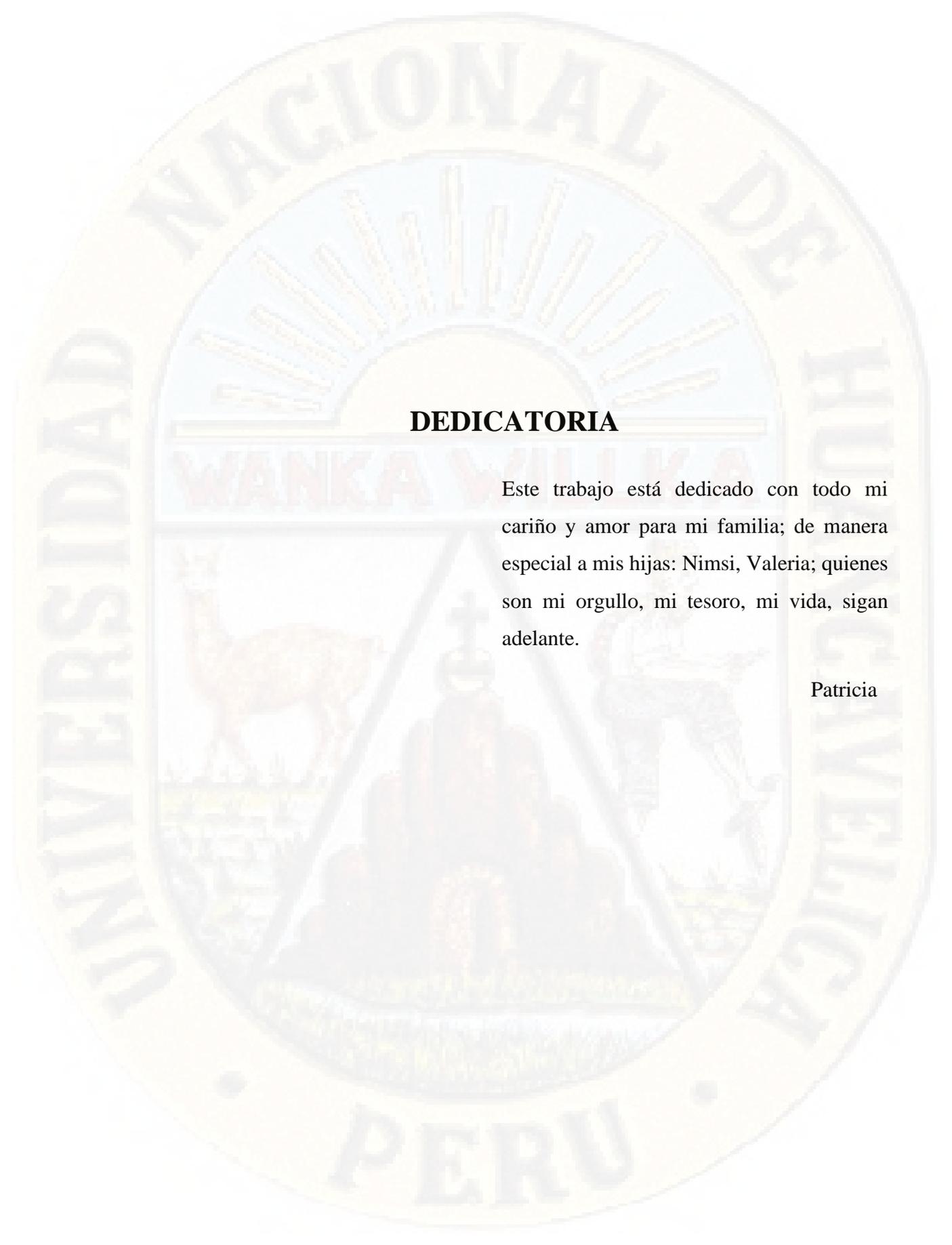
**AUTORA**

**OBSTETRA. PATRICIA EVA, MEDINA LLONTOP**



**ASESORA**

**Dra. LINA YUBANA CÁRDENAS PINEDA**



## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado con todo mi cariño y amor para mi familia; de manera especial a mis hijas: Nimsi, Valeria; quienes son mi orgullo, mi tesoro, mi vida, sigan adelante.

Patricia



## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo agradezco a Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mi esposo, Eli Santos Guevara Ortega que con su apoyo me ayuda alcanzar de mejor manera mis metas, a través de sus consejos, de su amor, y paciencia me ayudo a concluir esta meta.

*PATRICIA*

## ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>PORTADA</b> .....	<b>i</b>
<b>ACTA DE SUSTENTACIÓN</b> .....	<b>ii</b>
<b>TÍTULO</b> .....	<b>iii</b>
<b>AUTORA</b> .....	<b>iv</b>
<b>ASESORA</b> .....	<b>v</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>vi</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLA</b> .....	<b>x</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>xi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>xiii</b>
<b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL ROBLEMA</b> .....	<b>14</b>
1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	16
1.3. OBJETIVOS .....	16
1.3.1. Objetivo general .....	16
1.3.2. Objetivos específicos .....	16
1.4. JUSTIFICACIÓN .....	17
1.5. LIMITACIONES .....	17
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
2.1. ANTECEDENTES .....	18
2.2. BASES TEÓRICAS .....	21
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS .....	31
2.4. HIPÓTESIS .....	31
2.5. VARIABLE .....	31
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	32
<b>CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>34</b>
3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL .....	34
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	35
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	35

3.4.	DISEÑO DE INVESTIGACION.....	35
3.5.	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO .....	36
3.6.	INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS. 36	
3.7.	TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS.....	36
	<b>CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>45</b>
	<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>49</b>
	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>51</b>
	<b>APÉNDICES.....</b>	<b>54</b>

## ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1	Perfil epidemiológico – aspectos sociodemográficos de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.	38
Tabla 2	Perfil epidemiológico– antecedentes personales y características obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.	39
Tabla 3	Perfil clínico signos y síntomas que presentaron las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.	40
Tabla 4	Exámenes auxiliares que se realizaron a los pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.	41
Tabla 5	Determinar la proporción de los trastornos hipertensivos según clasificación en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.	42
Tabla 6	Características clínicas obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.	43
Tabla 7	Días de hospitalización y condición al alta, de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidos en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020	44

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020. **Metodología:** investigación observacional, retrospectivo, transversal, de nivel descriptivo, en 156 gestantes. **Resultados:** el 74,36% son de zona rural, el 30.77% adolescentes, y el 48.08% tienen entre 20 a 34 años, el 86.54% tienen unión estable, y el 82.05% se dedican a su casa. El 5.13% presentó antecedente de preeclampsia, el 50% fueron nulíparas, el 23.08% multíparas, el 18.59% tuvo antecedente de aborto. Los signos y síntomas fueron, hipertensión 75.64%, proteinuria 49.36%, cefalea 42.95%, escotomas visuales 13.46%, edema 10.90%, náuseas y vómitos, tinnitus y visión borrosa en menos del 10%. Se evaluó plaquetas al 98.08%, hemoglobina al 100%, hematocrito al 98.72%. bilirrubina al 50.64%, creatinina al 69.23%; se realizó NST al 57.69%, ecografía al 48.72%. Se encontró preeclampsia con criterios de severidad 46.79%, sin criterio de severidad 26.92%, hipertensión gestacional 24.36%, eclampsia 1,92%. Se tuvo 34 gestantes y 122 que ya habían dado a luz, el 50% por vía vaginal y el 50% por cesárea. Las complicaciones fueron, 1.92% eclampsia, 1.28% HELLP y un caso de ACV. La hospitalización duró un día 26.28%, dos 28.85%, tres 31.41% y más de tres días 13.46%. Referidas 23.08% y alta con tratamiento ambulatorio 76.92%. **Conclusión:** el perfil epidemiológico denota una población vulnerable, la presión arterial basal es fundamental para el diagnóstico, la cuarta parte aparentemente no presentó hipertensión, la evaluación hepática, renal y fetal es limitado, se debe fortalecer en equipamiento y capacitación del recurso humano.

**Palabras clave:** perfil clínico, perfil epidemiológico, trastorno hipertensivo, preeclampsia.

## ABSTRACT

Objective: To determine the clinical and epidemiological profile of patients with hypertensive disorders of pregnancy at the San Juan de Kimbiri hospital - VRAEM, 2018 - 2020. Methodology: observational, retrospective, cross-sectional, descriptive research, in 156 pregnant women. Results: 74.36% are from rural areas, 30.77% are adolescents, and 48.08% are between 20 and 34 years old, 86.54% have a stable union, and 82.05% are dedicated to their home. 5.13% had a history of preeclampsia, 50% were nulliparous, 23.08% multiparous, 18.59% had a history of abortion. The signs and symptoms were hypertension 75.64%, proteinuria 49.36%, headache 42.95%, visual scotomas 13.46%, edema 10.90%, nausea and vomiting, tinnitus and blurred vision in less than 10%. Platelets were evaluated at 98.08%, hemoglobin at 100%, hematocrit at 98.72%. bilirubin 50.64%, creatinine 69.23%; NST was performed at 57.69%, ultrasound at 48.72%. Preeclampsia was found with severity criteria 46.79%, without severity criteria 26.92%, gestational hypertension 24.36%, eclampsia 1.92%. There were 34 pregnant women and 122 who had already given birth, 50% vaginally and 50% by cesarean section. The complications were 1.92% eclampsia, 1.28% HELLP and one case of stroke. Hospitalization lasted one day 26.28%, two days 28.85%, three days 31.41% and more than three days 13.46%. Referred 23.08% and discharge with outpatient treatment 76.92%. Conclusion: the epidemiological profile denotes a vulnerable population, baseline blood pressure is essential for diagnosis, a quarter apparently did not present hypertension, liver, kidney and fetal evaluation is limited, it should be strengthened in equipment and training of human resources.

**Keywords:** clinical profile, epidemiological profile, hypertensive disorder, preeclampsia.

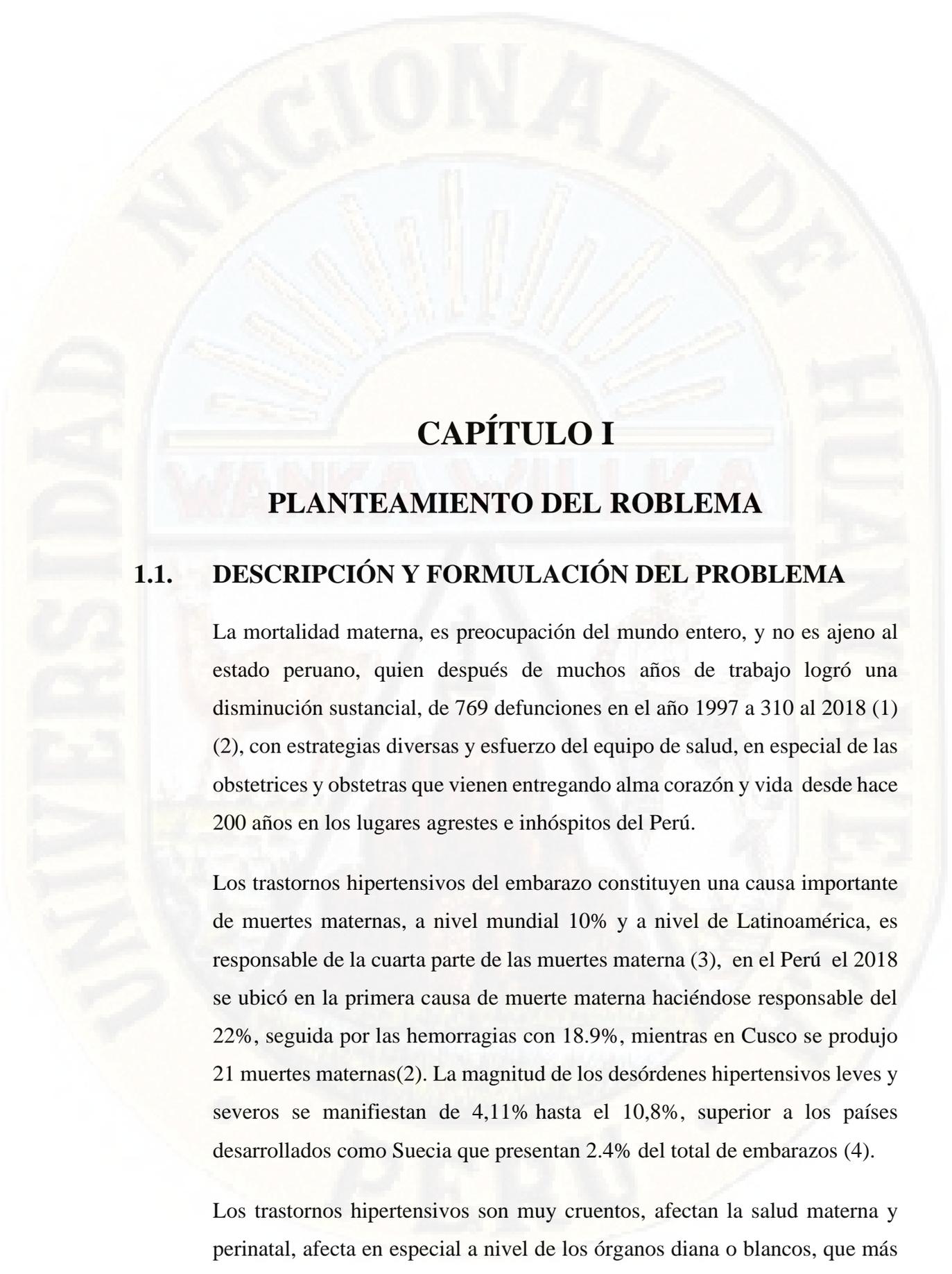
## INTRODUCCIÓN

La disminución de la mortalidad materna, es una de las prioridades en el Perú. para el 2019, se disminuyó hasta 302 muertes maternas directas e indirectas más 9 muertes tardías haciendo un total de 311. Cusco no es ajeno al problema el 2019 registró 9 muertes maternas y el 2020 a la semana epidemiológica 26 ya presentaba 10 muertes maternas, como sabemos, por el confinamiento y el temor de asistir al establecimiento de salud, muchas gestantes del país descontinuaron su atención prenatal, haciendo que no pueda diagnosticarse a tiempo las complicaciones como los trastornos hipertensivos.

Los trastornos hipertensivos del embarazo, constituyeron una de las tres primeras causas, que requiere una atención oportuna y eficaz , para el cual es importante conocer el perfil epidemiológico que nos ayuda a identificar población en riesgo y el perfil clínico nos muestra claramente como estamos respondiendo como establecimiento frente a esta entidad, por ello consideramos importante revisar el tema propuesto con el objetivo que los resultados sirvan para hacer una mejor prevención y un diagnóstico oportuno y que el establecimiento de salud cuente con todos sus recursos para responder adecuadamente el salvaguarda de la vida de la madre y del recién nacido.

El informe de tesis, tiene el esquema que nos proponen el reglamento único de grados y títulos, que se divide en cuatro capítulos: planteamiento del problema, marco teórico, metodología de la investigación y resultados, Esperemos contribuir con los hallazgos reportados para la toma de decisiones a los gestores del establecimiento de salud y a la comunidad universitaria a fin de que puedan profundizar investigaciones en el tema.

La autora



## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La mortalidad materna, es preocupación del mundo entero, y no es ajeno al estado peruano, quien después de muchos años de trabajo logró una disminución sustancial, de 769 defunciones en el año 1997 a 310 al 2018 (1) (2), con estrategias diversas y esfuerzo del equipo de salud, en especial de las obstetricas y obstetras que vienen entregando alma corazón y vida desde hace 200 años en los lugares agrestes e inhóspitos del Perú.

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una causa importante de muertes maternas, a nivel mundial 10% y a nivel de Latinoamérica, es responsable de la cuarta parte de las muertes materna (3), en el Perú el 2018 se ubicó en la primera causa de muerte materna haciéndose responsable del 22%, seguida por las hemorragias con 18.9%, mientras en Cusco se produjo 21 muertes maternas(2). La magnitud de los desórdenes hipertensivos leves y severos se manifiestan de 4,11% hasta el 10,8%, superior a los países desarrollados como Suecia que presentan 2.4% del total de embarazos (4).

Los trastornos hipertensivos son muy cruentos, afectan la salud materna y perinatal, afecta en especial a nivel de los órganos diana o blancos, que más

adelante deja abierto la posibilidad de padecer alteraciones vasculares, metabólicas, así manifestando que el riesgo de padecer hipertensión crónica es entre 2,3 y hasta 11 veces mayor, frente a los que no lo padecieron, tienen doble riesgo de accidente cerebro vascular y mayor frecuencia de arritmias y hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca. Asimismo, se observa un riesgo 10 veces mayor de enfermedad renal terminal a largo plazo (5).

La OMS, señala que los principales trastornos hipertensivos durante el embarazo es la preeclampsia y la eclampsia, la estrategia fundamental para evitar las muertes maternas por estas entidades, es la *“atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones”*. Asimismo, nos hace recomendaciones basadas en evidencias científicas, para mejorar las prácticas (3). Recomendaciones que han sido tomados en la guía de prevención y manejo del Instituto Nacional Materno Perinatal.

Por otro lado, las diversas sociedades científicas y médicas, concuerdan en el manejo de estas entidades, lo que debe primar es la prevención y el diagnóstico oportuno, para evitar los riesgos ya descritos, desde la atención preconcepcional y la evaluación continua, periódica y completa durante el embarazo desde el primer trimestre, hasta la atención del puerperio mediato.

Una intervención oportuna es factible siempre en cuando se pueda identificar a los grupos de riesgo, por ello se hace necesario describir el perfil clínico de las gestantes que lo padecen, el cual nos ayudaría a tipificar a las gestantes de alto riesgo, y poder brindar atención preventiva antes que se presente el problema. Entendiendo que esta patología una vez instalada inicia su cascada de deterioro que señalamos líneas arriba.

La respuesta de los establecimientos de salud frente a esta patología es fundamental para evitar las muertes maternas. El conocer el perfil clínico y epidemiológico de los trastornos hipertensivos, ayuda tomar decisiones en estrategias de intervención, dotación de recursos, aún más cuando estamos frente a un hospital joven como es el caso ubicado en el Valle del Rio

Amazonas, Ene y Mantaro (VRAEM), que atiende a una población excluida, con diversos problemas nutricionales y de salud.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 - 2020?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar el perfil epidemiológico – aspectos sociodemográficos de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.
- Determinar el perfil epidemiológico Perfil epidemiológico– antecedentes personales y características obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.
- Identificar los principales signos y síntomas que presentaron las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.
- Determinar los exámenes auxiliares que se realizaron a las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.
- Determinar la proporción de los trastornos hipertensivos según su clasificación en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.

- Determinar el perfil clínico - obstétrico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.
- Identificar los días de hospitalización y condición al alta, de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidos en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos hipertensivos del embarazo es una de las complicaciones, que puede llevar a la muerte a la madre durante el embarazo y el puerperio, o a severas complicaciones como mayor riesgo de padecer hipertensión crónica, insuficiencia renal, entre otras- el conocer el perfil clínico - epidemiológico, nos ayudaría a mapear a las mujeres con mayor riesgo y hacer las intervenciones oportunas.

Los resultados de esta investigación, nos ayudará a clasificar mejor a las gestantes con riesgo de padecer la patología estudiada, revisar nuestros protocolos y guías de atención, a los futuros investigadores será un insumo para profundizar investigaciones futuras.

#### **1.5. LIMITACIONES**

En la toma de datos, se encontró negativa de algunas gestantes, las cuales fueron superadas con una explicación adecuada, y en algunos casos se retiró de la investigación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES

Martínez, et al (6), en un artículo titulado “Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con trastorno hipertensivo asociado al embarazo en Medellín, Colombia”, cuyo objetivo fue describir las variables clínicas y sociodemográficas de mujeres con trastorno hipertensivo asociado al embarazo. En 50 pacientes con diagnóstico de hipertensión en el embarazo de una institución privada, durante el año 2015. Resultados: La edad promedio fue de  $26,8 \pm 5,9$  años. Un poco más de la mitad fueron estudiante (55 %). En cuanto a las variables clínicas, 72 % correspondió a formas no severas y 22 % a severas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: edema (46 %), cefalea (62 %) y proteinuria (55 %). Los antecedentes personales con más proporción fueron: enfermedad renal (14 %) e hipertensión arterial (6 %). Respecto a los antecedentes ginecobstétricos, 8 % de las mujeres presentó un episodio previo de hipertensión en el embarazo y 60 % de las pacientes fueron primigestas.

Altamirano (7), en su tesis “*Perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el Hospital Belén de Trujillo, 2012-2016*”, investigación desarrollada con el objetivo de determinar el perfil clínico y

epidemiológico de la paciente con preeclampsia, se realizó un estudio descriptivo simple en 1418 historias clínicas, la información se registró en una ficha de recolección de datos. Se encontró de acuerdo al perfil clínico: 32.09% preeclampsia leve y el 67.77% preeclampsia severa, según los signos y síntomas, el 77.43% presentó edema, el 100% presión arterial alta, el 74.29% proteinuria, según las complicaciones; 5.43% presentó síndrome de HELLP, la vía de terminación del parto fue 22.57% vaginal, 77.43% por cesárea y con condición de egreso sano el 99.71%. Según el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia, el promedio de edad fue de 26.47+/- 7.50 años; 70.08 % tienen un estado civil de conviviente; el 99.92 % no presenta hábito de fumar, el 98.73 % no presenta antecedentes de hipertensión arterial, el 21.93% presentó historial de abortos, y el 92.52% recibió atención prenatal y de ellas el 78.49% registró más de cuatro controles prenatales.

Sotelo (8), en una tesis "*Perfil epidemiológico de los trastornos hipertensivos del embarazo, Hospital "Daniel Alcides Carrión" de Huanta – Ayacucho. 2014 – 2016*", tuvo como objetivo determinar el perfil epidemiológico de los trastornos hipertensivos del embarazo, Hospital "Daniel Alcides Carrión" de Huanta – Ayacucho, estudio descriptivo retrospectivo, con muestra de 131 casos, en el periodo enero 2014 a diciembre 2016. Resultados: los trastornos hipertensivos del embarazo son frecuentes en mujeres con edades entre 16 a 30 años, y un 44.3% de mujeres que viven en convivencia la procedencia rural 45% y urbano 34.4%. La nuliparidad se relaciona con preeclampsia leve 41.2% y a preeclampsia severa 42.6%, el síntoma principal fue la cefalea (39.7%) y 45.8% tuvieron más de 6 controles prenatales. el 61.1% de casos se diagnosticó durante el embarazo, con mayor frecuencia entre las 37 - 40 semanas (64.1%), 32.1% se diagnosticó durante el parto y 6.8% durante el puerperio. la vía de parto más frecuente fue vaginal 51.9% y cesárea 48.1%. según su clasificación reporta que encontró en el 51.9% preeclampsia leve, 41.2% preeclampsia severa, 2.3% síndrome de hellp, 2.3% preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica, 1.5% eclampsia y 0.8% hipertensión

crónica. Conclusiones: existe tendencia al incremento de casos de trastornos hipertensivos del embarazo, con mayor incidencia la preeclampsia leve, preeclampsia severa y síndrome hellp.

Cristóbal (9), en la tesis “*Perfil clínico de las gestantes con Preeclampsia del Hospital de Apoyo Pichanaki 2017*”, un estudio descriptivo retrospectivo transversal. Se encontró: hipertensión arterial leve en un 96% (72), proteinuria igual o mayor a 2gr/24 horas en un 94,7% (71) y edema de una cruz (+) en un 80% (60). Los síntomas presentes en las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki fueron: trastornos auditivos 69,3% (52), cefalea 64% (48), dolor en el epigastrio 54,7% (41), trastornos visuales en un 48% (36) y mareos 41,3% (31). El tipo de parto en el que terminó los embarazos de las gestantes con preeclampsia del Hospital de apoyo de Pichanaki, fue: cesárea en un 72%(54) y parto vaginal en un 28% (21). El tipo de preeclampsia fue leve en un 96% (72) y severa en un 4% (3). en conclusión: el perfil clínico presentado fue hipertensión arterial leve, proteinuria igual o mayor a 2gr/24 horas, edema de una cruz (+), trastornos auditivos, cefalea y dolor en epigastrio.

Tingal (10), en una tesis “*Perfil clínico epidemiológico de pacientes con preeclampsia. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2019*”, tuvo como objetivo, determinar el perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el Hospital Regional Docente Cajamarca, estudio descriptivo simple, transversal, en una muestra de 154 pacientes con diagnóstico de preeclampsia. Se encontró de acuerdo al perfil clínico: según el tipo de preeclampsia el 31,8% presentaron preeclampsia sin criterios de severidad y el 68,2% preeclampsia con criterios de severidad, según los signos y síntomas, el 89,6% tuvo hipertensión arterial, el 47,4% proteinuria al azar; 45,5% presentó edema, el 50% manifestó cefalea intensa, el 91,1% experimentó visión borrosa, el 16,2% indicó escotomas visuales, el 26% expresó epigastralgia, el 8,4% presentó náuseas y vómitos y el 16,2% tuvo tinnitus; según los resultados de laboratorio, el 89,6% tuvo proteinuria en

orina de 24 horas; el 37% incremento de enzimas hepáticas y el 20,1% plaquetopenia; según las complicaciones; el 2,6% presentó eclampsia, el 10,4% tuvo síndrome HELLP, el 0,6% presentó rotura hepática; la vía de terminación del parto fue en el 29,9% por vía vaginal, y 70,1% por cesárea. Según el perfil epidemiológico de las pacientes con preeclampsia, el mayor porcentaje de pacientes (22,7%) perteneció al grupo etario de menores de 20 años, el 42,9% tenía secundaria, el 77,9% tienen un estado civil conviviente; el 71,4% reside en la zona rural, el 52,6% fueron primíparas.

## 2.2. BASES TEÓRICAS

### **Enfermedades hipertensivas en el embarazo**

Es la segunda causa de muerte materna y una de las principales que causan morbilidad. Se desconoce su causa, pero se atribuye a la isquemia placentaria relacionada con una remodelación anormal de las arterias espirales. En este síndrome las concentraciones séricas maternas circulantes del factor soluble *fms-like* tirosina cinasa-1 (sFlt-1) están elevadas y las del factor de crecimiento placentario (PIGF) disminuidas (11).

### **Factores de Riesgo**

Los factores asociados son diversos, se clasifican en:

- Moderados en el que tenemos: primer embarazo, edades extremas < de 18 o  $\geq 40$  años, IMC  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> en la primera consulta, embarazo múltiple y antecedentes familiares de preeclampsia.
- Dentro de los factores de alto riesgo tenemos: antecedente de trastornos hipertensivos en el anterior embarazo, enfermedad renal crónica, enfermedad autoinmune como lupus o síndrome antifosfolipídico, diabetes tipo 1 y 2 e hipertensión crónica.

### **Clasificación de las enfermedades hipertensivas:**

**Hipertensión gestacional:** elevación de la presión arterial en ausencia de proteinuria en gestantes después de las 20 semanas, o diagnosticada por primera vez en el puerperio; este diagnóstico es momentáneo: si la presión arterial vuelve a la normalidad antes de 12 semanas pos parto, se cataloga como hipertensión transitoria, y si persiste después del tiempo indicado se cataloga como hipertensión crónica.

**Preeclampsia:** trastorno de la gestación que se presenta después de las 20 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociada a proteinuria. En ausencia de proteinuria puede ser diagnosticada en asociación con trombocitopenia, insuficiencia renal progresiva, edema pulmonar, disturbios cerebrales o visuales.

La preeclampsia se subclasifica en:

- Preeclampsia leve o sin criterio de severidad, gestante hipertensa que presenta una presión sistólica menor a 160 y diastólica menor a 110mmHg, con proteinuria cuantitativa de una + (ácido sulfosalicílico) o dos ++ (tira reactiva), o con proteinuria cuantitativa  $\geq 300$  mg en orina de 24 hrs y que presenta daño en otro órgano blanco.
- Preeclampsia severa o con criterio de severidad, aquella que está asociada a uno de los siguientes criterios críticos: presión sistólica  $\geq$  a 110 mm Hg, deterioro de la función hepática (concentración de enzimas hepáticas dos veces el valor normal, persistencia de dolor en el cuadrante superior derecho o epigastrio que no se controla con medicamentos, trombocitopenia  $< 100,000/\text{mm}^3$ , creatinina  $> 1,1$  mm/dl, edema pulmonar o trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales.

**Hipertensión crónica:** la hipertensión ha sido diagnosticada antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación, o no se controla pasada las 12 semanas del parto.

**Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada:** pacientes con hipertensión crónica que después de las 20 semanas de gestación presentan proteinuria, elevación de 15 mm Hg de la presión diastólica o 30 mm Hg de la presión sistólica en relación a sus valores basales; y/o compromiso de órgano blanco producido por la preeclampsia (12).

Signos y síntomas que acompañan la enfermedad hipertensiva del embarazo.

### **Diagnóstico**

Es importante que los médicos realicen diagnósticos oportunos y precisos para prevenir resultados maternos y perinatales adversos.

En general, la mayoría de las mujeres presentarán una presentación clásica de preeclampsia. Sin embargo, estudios recientes han sugerido que existen los casos atípicos como los que se desarrollan antes de las 20 semanas de gestación y que presentan algunos de los signos y síntomas de la preeclampsia sin la hipertensión o proteinuria habituales, bastante frecuente en la sierra del Perú.

En España el protocolo de manejo de las enfermedades hipertensivas nos muestra esta tabla bastante práctica de las dos entidades más frecuentes teniendo en cuenta la edad gestacional (13).

	<b>&lt; 37 semanas</b> CRITERIO DIAGNÓSTICO: HTA + sFlt-1/PIGF + lesión/no lesión órgano diana	<b>≥ 37 semanas</b> CRITERIO DIAGNÓSTICO: HTA + lesión/no lesión órgano diana
<b>Hipertensión gestacional</b>	HTA ≥140/90 + sFlt-1/PIGF <38 pg/mL + Ausencia de lesión de órgano diana	HTA <160/110 + Ausencia de lesión de órgano diana
<b>Preeclampsia*</b>	HTA ≥ 140/90 mmHg + sFlt-1/PIGF ≥38 pg/mL o signos/síntomas de afectación de órgano diana no atribuibles a otro diagnóstico más probable.	HTA ≥ 140/90 mmHg + signos/síntomas de afectación de órgano diana no atribuibles a otro diagnóstico más probable.
		HTA ≥ 160/110 mmHg

**Fuente:** protocolo hipertensión y gestación, Centro de medicina fetal y neonatal, Hospital Sant Joan de Déu (13).

En el caso de gestaciones múltiples no existe evidencia sobre el uso de ratio sFlt-1/PIGF para el diagnóstico de PE, por lo que el diagnóstico de PE se establecerá si: HTA > 140/90 mmHg + signos/síntomas de afectación de órgano diana no atribuibles a otro diagnóstico más probable. Puede utilizarse la determinación de sFlt-1/PIGF.

Los principales signos y síntomas de afección de los órganos de diana, en una hipertensión inducida por el embarazo son: Doppler uterino patológico, presencia de proteinuria, plaquetopenia 1.2 mg/dL, alteración de las pruebas de coagulación (TP 40seg...), presencia de dolor epigástrico/vómitos, signos o síntomas de edema agudo de pulmón, sintomatología neurológica.

### **Exámenes auxiliares**

Se recomienda dos tipos:

- Patología clínica, se considera hemograma, perfil de coagulación, (plaqueta, fibrinógeno, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada) y lámina periférica; examen de orina: proteinuria (cualitativa y cuantitativa en 24 horas), cociente de

proteína/creatinina urinaria; pruebas de función hepática: TGO, TGP, bilirrubina (totales y fraccionadas) y deshidrogenasa láctica; pruebas de función renal: creatinina, úrea y ácido úrico; pruebas de trombofilia en gestantes menos de 34 semanas si lo amerita.

- Pruebas de bienestar fetal: monitoreo electrónico fetal (tes no estresante y/o estresante de acuerdo al caso), de imagen (perfil biofísico y/o ecografía doppler) (12).

### **Prevención y Tratamiento**

#### **Prevención:**

La parte preventiva en el Perú, está en la búsqueda activa de factores de riesgo durante la atención prenatal reenfocada, en el que es menester hacer una buena toma de presión arterial, además se hace en cada control prenatal la detección de la proteinuria cualitativa a pesar de las controversias de su utilidad para el diagnóstico.

Por otro lado, se ha evidenciado que probablemente el consumo del tomate por poseer el famoso licopeno tendría un factor protector, así mismo, el consumo de aspirina 100mg/días, suplementación con calcio, son algunas de las propuestas para administrar en población con riesgo. Sin embargo, el diagnóstico oportuno marca un punto de partida para la supervivencia fetal y materna. Aquí se tiene a la ecografía doppler, el doppler de la arteria uterina podrían predecir el riesgo y hacer un diagnóstico antes de las 20 semanas.

#### **Tratamiento:**

### **HIPERTENSIÓN GESTACIONAL**

El ingreso hospitalario para completar el estudio inicial y establecer la pauta a seguir NO es imprescindible, si el feto presenta pruebas de bienestar fetal correctas y la paciente sigue correctamente los controles. Control antenatal: autocontrol de la PA: 2-3 veces/ semana, visita ambulatoria cada 1 a 2 semanas desde el diagnóstico (13).

Control cada 2 semanas: o Analítica cada 15 días o antes si hay cambios clínicos. Se solicitará: hemograma completo, funcionalismo renal (creatinina, ácido úrico, Na, K), funcionalismo hepático (AST, ALT) y LDH. Si no hay trombopenia no se requieren estudios de coagulación adicionales a los propios del control gestacional. o Ratio proteína/creatinina en muestra de orina fresca. Si es positivo antes de las 37 semanas de gestación requiere confirmación con proteinuria de 24h. o Control del bienestar fetal cada 15 días o antes si hay cambio clínico. Valoración del crecimiento fetal, líquido amniótico, Doppler umbilico-fetal. - Medidas generales: o Información sobre los síntomas prodrómicos de eclampsia y preeclampsia (se recomienda que consulte a urgencias ante su aparición). reposo relativo y/o baja laboral y dieta normal (normocalórica, normosódica y normoproteica), Ácido Acetil Salicílico 100mg/24h desde el diagnóstico hasta las 36 semanas (13).

Entre los hipotensores se tiene varias opciones, entre los recomendados en España son los siguientes de acuerdo al manejo del médico tratante, Labetalol (Trandate®), 100, 200mg) 50-100mg/6h. Dosis máxima: 2400 mg/día. - Hidralazina (Hidrapress®), 25, 50 mg). Dosis máxima de 200 mg/día. - Nifedipino 10 mg 10 mg/6-8h, Nifedipino Retard 20mg; Adalat Oros® 30mg, 60 mg) 1 c/24h vo. Dosis máxima de 60 mg/día. - Alfa-metildopa (Aldomet® 250 mg) 250 mg/8h vo. Dosis máxima de 2-3 gr/24h (13).

### **PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE GRAVEDAD**

El ingreso hospitalario para completar el estudio inicial y establecer la pauta a seguir no es imprescindible si el feto presenta pruebas de bienestar fetal correctas y la paciente sigue correctamente los controles en domicilio.

Control antenatal: estricto, ya que la PE es extremadamente variable y puede empeorar bruscamente: - Al diagnóstico: Determinación de la ratio SFlt-1/PlGF (siempre que sea antes de las 36.6 semanas) o Proteinuria 24h. Sólo se realizará al diagnóstico, no se recomienda realizar determinaciones seriadas) - Autocontrol de la PA: 2-3 veces/día. - Control en Unidad

específica 1-2 veces/semana desde el diagnóstico. - Control cada 15 días: o Analítica: cada 15 días o antes si hay cambios clínicos. Incluirá: hemograma completo, funcionalismo renal (creatinina, ácido úrico, Na, K), funcionalismo hepático (AST, ALT) y LDH. Si no hay trombopenia se requieren estudios de coagulación adicionales a los propios del control gestacional. o Control del bienestar fetal cada 15 días o antes si hay cambio clínico. Valoración del crecimiento fetal, líquido amniótico, Doppler umbilico-fetal. - Determinación semanal de ratio sFlt-1/PIGF a partir de las 33-34 semanas. - Medidas generales: o Restricción de la actividad de la gestante (reposo relativo y/o baja laboral) y dieta normal (normocalórica, nomosódica y normoproteica) a no ser que otra patología lo contraindique. o Información sobre los síntomas prodrómicos de eclampsia y preeclampsia (se recomienda que consulte a urgencias ante su aparición). Si no hay co-morbilidad el objetivo es mantener las TAS entre 130-155 y la TAD entre 80-105. Iniciar tratamiento en aquellas pacientes que presenten cifras tensionales superiores a este rango de manera mantenida. Si existe co-morbilidad el objetivo es mantener las TAS entre 130-145 y las TAD entre 80-95. Se pueden utilizar diferentes fármacos, la elección de los cuales depende de la experiencia, Finalización de la gestación En aquellas pacientes con diagnóstico de PE sin criterios de gravedad entre las 34 y las 36.6 semanas se realizará la determinación de ratio sFlt-1/PIGF. En los casos con ratio sFlt-1/PIGF < 110 se recomienda su realización semanal hasta las 37 semanas, momento en el cual está indicada la finalización de la gestación. Si en la primera determinación o en alguna de las determinaciones seriadas la ratio sFlt-1/PIGF es > 110 se recomienda la finalización de la gestación a partir de las 34 semanas, previa maduración pulmonar fetal (13).

## **PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE GRAVEDAD**

Se establecerá el diagnóstico de PE con criterios de gravedad en aquellos casos con: TAS  $\geq$  160 mmHg o TAD  $\geq$  110 mmHg en dos ocasiones separadas 6 horas con la paciente en reposo; cifras de TAS  $>$ 180 o TAD  $>$ 120 en dos ocasiones separadas 30 minutos; pródromos de eclampsia persistentes; oliguria o insuficiencia renal; alteración de las pruebas hepáticas (AST y/o ALT x2 el límite superior de la normalidad); Trombocitopenia; Hemólisis (LDH x2 el límite superior de la normalidad); alteración de las pruebas de coagulación y/o edema de pulmón Ingreso de la gestante para realizar una valoración del estado materno-fetal y establecer la necesidad de tratamiento hipotensor y de prevención de eclampsia. Valoración inicial: ▪ Control de PA cada 5 minutos hasta la estabilización del cuadro. Posteriormente control horario. ▪ Exploración obstétrica general (incluye el TNS, estimación del crecimiento fetal y Doppler uterino/umbilical/fetal). ▪ Analítica al ingreso: Hemograma completo, función renal (ácido úrico, creatinina, urea, ionograma), perfil hepático (AST, ALT, Bilirrubina, FA), LDH, Lactato, sFlt-1/PIGF y coagulación. ▪ Cultivo SGB si  $>$ 32 semanas. ▪ Maduración pulmonar fetal entre las 24-34.6 semanas (según protocolo específico). No se recomienda la administración de dosis repetidas de maduración pulmonar de manera electiva, sólo se repetirá la tanda de maduración pulmonar cuando existan cambios clínicos fetales o maternos que puedan indicar la finalización de la gestación. Dieta normo calórica, normoproteica y normo sódica (13).

En las diversas literaturas se ha encontrado recomendaciones, los cuales, en la guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia del Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú, ha dado su calificación de acuerdo a las evidencias que sustentan, vale la pena mencionar a las que tienen evidencias moderadas y bajas:

- Usar sulfato de magnesio en gestantes con preeclampsia con condiciones severas, esta es una recomendación fuerte basada en evidencias de moderada calidad. En caso de emplear esta

recomendación es importante contar con protocolos de atención que especifiquen la dosis y la vía de administración por niveles de atención.

- Suplemento de calcio 1gr. Por día, para la reducción de riesgo de preeclampsia, recomendación de moderada calidad.
- Terminar el embarazo en gestantes con preeclampsia con condiciones severas en embarazos menores de 24ss, es una recomendación condicional.

**Recomendaciones fuertes con baja evidencia:**

- Conducta expectante por 6 días, en gestantes con preeclampsia con características severas entre las 24 a 33 semanas de embarazo, siempre en cuando la hipertensión esté controlada, no hay alteración de la funcionalidad de los órganos blancos, y no esté comprometido la salud del feto.
- Terminar el embarazo en preeclampsia con condiciones severas en gestantes de 34 a 36 semanas más 6 días.
- Terminar el embarazo en gestantes en preeclampsia con condiciones severas de más de 37ss.
- Usar sulfato de magnesio en lugar de fenitoína o diazepam en gestantes con eclampsia.
- Usar ácido acetil silícico en gestantes con riesgo de desarrollar preeclampsia. Tener en cuenta que el inicio debe ser antes de los 16 semanas hasta las 24, en mujeres con alto grado de riesgo de desarrollar preeclampsia (12).

### **Complicaciones de la preeclampsia:**

- Eclampsia
- Síndrome HELLP
- Anemia hemolítica microangiopática
- Rotura hepática
- Edema pulmonar
- CID
- Hemorragia cerebral, edema cerebral, amaurosis.
- Emergencia hipertensiva, encefalopatía hipertensiva, desprendimiento de retina y mortalidad materna.
- Criterios de referencia y contrarreferencia.

### **Para el tercer nivel:**

- Administrar 10 gr. (cinco ampollas de 10 ml al 20%), de sulfato de magnesio con cloruro de sodio al nueve por mil (9/1000 cc), pasar 400 cc en 20 minutos y continuar a 30 gotas por minuto (equivalente a 100 cc por hora) hasta llegar al establecimiento de salud.
- En establecimientos de salud que cuenten con volutrol se administrará 10 gr. (cinco ampollas de 10 ml al 20%) de sulfato de magnesio con 50 ml de cloruro de sodio al nueve por mil (9/1000 cc) pasar a 40 cc en 20 minutos y posteriormente 10 microgotas por minuto equivalente a 10 cc por hora.
- Segunda vía en miembro colateral para hidratación con cloruro de sodio al 9/1000 cc, 500 cc en 20 minutos.
- Colocar sonda Foley para controlar diuresis (12).

## **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

### **Perfil clínico**

Hace referencia a la sistematización de los antecedentes, signos y síntomas, características de la evolución del embarazo, evolución del trastorno y sus repercusiones en la madre y el feto.

### **Perfil epidemiológico**

La epidemiología es la disciplina científica que estudia la frecuencia y distribución de fenómenos en este caso relacionados con las mujeres que padecieron de trastornos hipertensivos y sus determinantes en la población estudiada (9).

### **Trastornos hipertensivos del embarazo**

Se denomina así a todos los problemas de hipertensión que se presenta durante el embarazo que involucra a la hipertensión gestacional, preeclampsia, hipertensión crónica, hipertensión con preeclampsia sobreagregada.

Es el conocimiento que poseen las gestantes sobre lavado de manos, distanciamiento social, higiene respiratoria y cuarentena.

## **2.4. HIPÓTESIS**

La presente investigación no requiere de hipótesis.

## **2.5. VARIABLE**

Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo.

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Ítems	Valor
Perfil clínico y epidemiológico de los trastornos hipertensivos	Son los signos y síntomas, que se manifiestan en las pacientes que cursan con trastornos hipertensivos, también las características sociodemográficas, de las mujeres que presentaron trastornos hipertensivos durante el proceso reproductivo.	El perfil clínico involucra, los signos y síntomas, hallazgos de laboratorio, exámenes de ayuda diagnóstica, diagnóstico, complicaciones maternas, vía del término del parto, días de hospitalización y condición al alta. En cuanto al perfil epidemiológico se considera los datos sociodemográficos, antecedentes personales, obstétricos y la vigilancia de la presión arterial y proteinuria durante el embarazo.	Perfil Epidemiológico	Procedencia	Rural Urbano	Cualitativo
				Edad en años cumplidos	Edad al momento que presenta el trastorno hipertensivo	Cuantitativo
				Estado civil	Soltera Casada, conviviente Separada, divorciada, viuda	cualitativo
				Ocupación	Ama de casa Agricultura Independiente Empleado público Estudiante	Cualitativo
				Antecedentes personales	Hipertensión crónica Insuficiencia renal Preeclampsia Eclampsia	Cualitativo
				Antecedentes obstétricos	Paridad Periodo intergenésico	Cualitativo
				Signos y síntomas	Hipertensión arterial Edema Cefalea Visión borrosa Epigastralgia Náuseas y vómitos Tinnitus	Cualitativo

			Exámenes auxiliares de patología clínica	Plaquetas: _____ Hemoglobina: _____ Hematocrito: _____ Bilirrubina: _____ Creatinina: _____	Cuantitativo
			Exámenes auxiliares de bienestar fetal	NST CST Ecografía obstétrica Perfil biofísico	Cualitativo
			Diagnóstico	Hipertensión crónica Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada Hipertensión gestacional Preeclampsia leve, o sin criterio de severidad Preeclampsia severa o con criterio de severidad Eclampsia	Cualitativo
			Vía de término del parto	Vaginal Cesárea	Cualitativo
			Complicaciones maternas	Eclampsia Síndrome de HELLP Ruptura hepática Accidente cerebro vascular Edema pulmonar CID Muerte materna	Cualitativo
			Días de hospitalización	Nº de días de Hospitalización desde el diagnóstico del trastorno	Cuantitativo
			Condición al alta	Referida a otro establecimiento con mayor capacidad Alta con tratamiento ambulatorio fallecida	Cualitativo



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL**

El hospital de Kimbiri, se crea el año 1995 en un pequeño local en el ovalo de Kimbiri, para el año 1996 la población otorga el local, en el Sector Buenos Aires, con un primer piso donde se acondiciona para brindar la atención preventiva y recuperativa con su primer director en ese entonces M.C. Javier Fernández Gómez, su atención abarcaba también los distritos de ese entonces Kimbiri y Pichari.

La DIRESA Cusco descentraliza funciones, a través de la UBASS KIMBIRI y organiza a la Micro Red Kimbiri dependiente aún de la Red La Convención, siendo difícil el acceso por la falta de comunicación y medios de transporte es así que funcionalmente el acceso era directo hacia Cusco.

1998, tiene una nueva infraestructura ubicada en el Sector de Villaflores que con el correr de los años quedó insuficiente frente a la creciente demanda. En el año 2014, la decisión de ya atender a nuestra población surge muy a pesar que todavía algunas unidades prestadoras de servicios de salud (UPS), no funcionaban, pero la parte preventiva si era necesario estar para la mejora de

la atención sobre todo en el binomio Madre-Niño, en Metaxénicas y en la recuperación de nuestras principales morbilidades.

Hoy en nuestros 06 años de operatividad vemos con gran optimismo el crecimiento y la mejora de nuestros indicadores preventivos y recuperativos. Asimismo, nuestro hospital es de nivel II-E, denominado “San Juan de Kimbiri-VRAEM” (HSJK-VRAEM), categorizado mediante R.D. N° 1600-2014 DRSC/DGDPH, siendo el establecimiento de salud de mayor complejidad y capacidad resolutive de segundo nivel de la margen derecha del ámbito del VRAEM.

El Hospital actualmente cuenta con población asignada, por la que aun desempeña actividades preventivos promocionales y recuperativas; debido a que nuestra población asignada aún no cuenta con un establecimiento de salud de primer nivel de atención (Kimbiri capital).

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación es observacional, retrospectivo, de corte trasversal, es observacional, porque nos limitamos a informar las características tal como se presenta en el contexto, retrospectivo, ya que la información obtenida se extrajo de fuentes secundarias y transversal porque se hizo en un solo periodo de estudio (14).

### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

La investigación es de nivel descriptivo, ya que los investigadores no influimos en los resultados, se presenta los resultados de los sucesos en el contexto natural (14).

### **3.4. DISEÑO DE INVESTIGACION**

El diseño de investigación es descriptivo simple (15).

M → O

**Dónde:**

- M= Muestra; constituida por todas las gestantes que tuvieron trastornos hipertensivos.
- O = Perfil clínico, epidemiológico que manifestaron las gestantes con trastornos hipertensivos.

### **3.5. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO**

**Población:** estuvo conformada por 156 gestantes que presentaron trastornos hipertensivos del embarazo del año 2018 – 2020.

**Muestra y muestreo:** la muestra estuvo constituida por todas las gestantes que presentaron trastornos hipertensivos, en el periodo estudiado, por lo tanto, se tuvo una muestra censal. No se empleó ningún tipo de muestreo.

### **3.6. INSTRUMENTO Y TÉCNICA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**

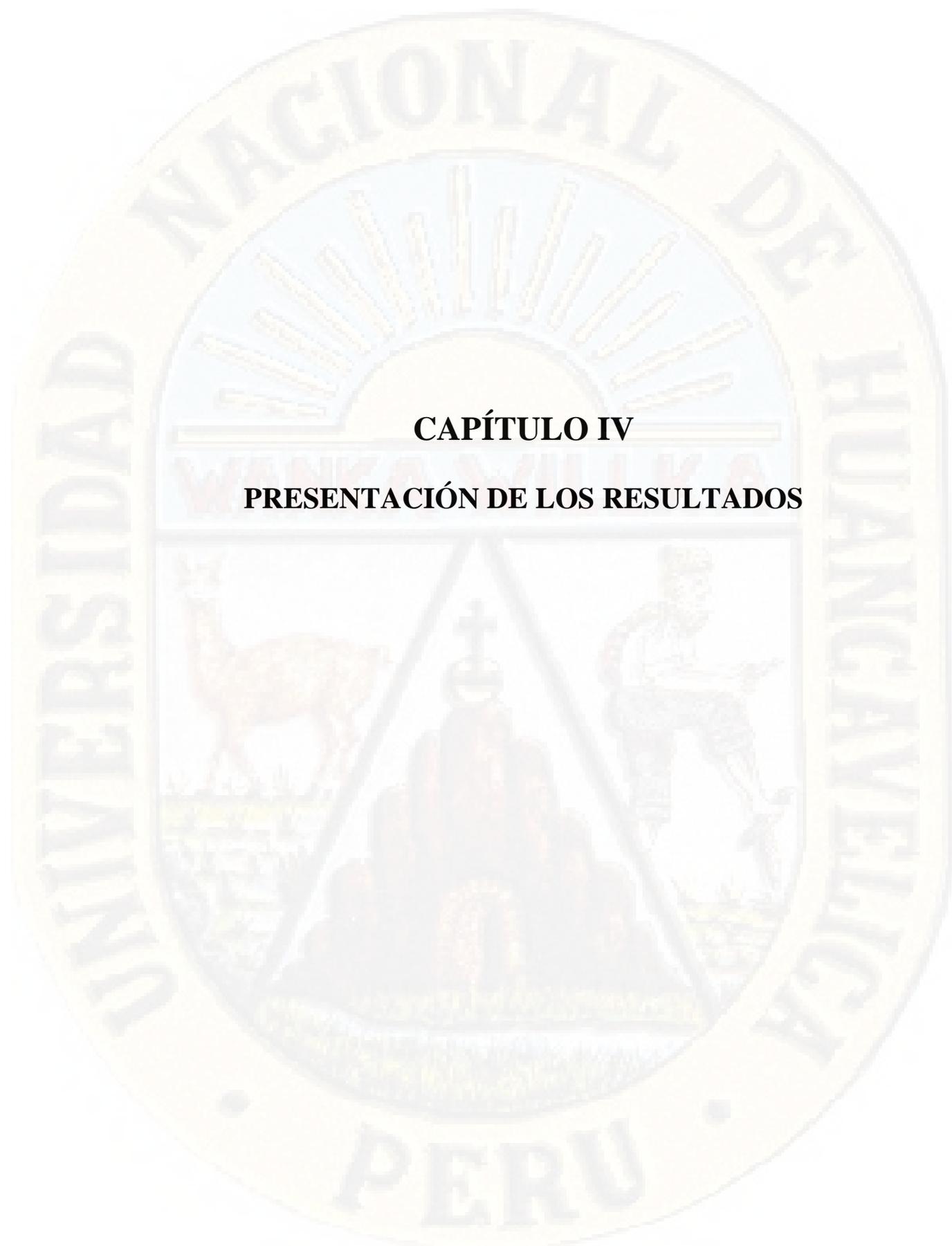
Como instrumento se usó la ficha de análisis documentaria y como técnica el análisis documentario.

Se pidió permiso al establecimiento de salud, se coordinó con el área de estadística para la revisión de las historias clínicas.

Cada ficha pasó por un control de calidad, antes de ingresar la información a una base de datos.

### **3.7. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS**

Para el proceso y análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva y la hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2010, permitiéndonos presentar tablas de una y dos entradas.



## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

Tabla 1 Perfil epidemiológico – aspectos sociodemográficos de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.

Características	Gestante THE	
	N=156	%
<b>Procedencia</b>		
Rural	116	74.36
Urbano	40	25.64
<b>Edad</b>		
12 a 19	48	30.77
20 a 34	75	48.08
≥ 35	33	21.15
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	21	13.46
Casada, conviviente	135	86.54
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	128	82.05
Independiente	9	5.77
Estudiante	8	5.13
Agricultura	7	4.49
Empleado Público	4	2.56

**Fuente:** ficha de análisis documental “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

En la tabla 01, se aprecia que, el 74.36% de las mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo proceden de zonas rurales, y el 25.64% son de zona urbana, en cuanto a la edad se encontró el 48.08% en edad óptima de reproducción (20 a 34 años), el 30.77% fueron adolescentes y un 21.15% en mayores o igual a los 35 años, la edad mínima fue 12 y la máxima 46 años; se tuvo más mujeres con estado civil estable, nos referimos a las casadas y convivientes; en su mayoría 82.05% se dedican a su casa, y en menor proporción son independientes en 5.77%, estudiante 5.13%, agricultoras 4.49% y solo un 2.56% son empleados públicos.

Tabla 2 Perfil epidemiológico– antecedentes personales y características obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidas en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.

Antecedentes y características	Gestante THE	
	N=156	%
<b>Antecedentes Personales</b>		
Ninguno	143	91.67
Preeclampsia	8	5.13
Hipertensión crónica	2	1.28
Eclampsia	1	0.64
Diabetes	2	1.28
<b>Paridad</b>		
Nulípara	78	50.00
Primípara	28	17.95
Múltipara	36	23.08
Gran múltipara	14	8.97
<b>Abortos</b>		
No tuvo aborto	120	76.92
Un aborto	29	18.59
Dos abortos	7	4.49
<b>Periodo intergenésico</b>		
No aplica	78	50.00
Menor a dos años	3	1.92
De dos a cuatro años	37	23.72
Mayor a cuatro años	38	24.36

**Fuente:** ficha de análisis documental “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

En la tabla 02, con respecto a los antecedentes, en su mayoría 91.67% no registró antecedente, solo un 5.13% presentó preeclampsia en embarazos anteriores, un 1.28% tuvo antecedente de hipertensión crónica y 1,28% reportó como antecedente la diabetes; el 50% fueron nulíparas, el 23% múltiparas y el 17.95% primíparas y se encontró 8.97% de gran múltiparas, la mayoría 76.92% no tuvo antecedente de aborto, el 18.59% tuvo un antecedente de aborto; el 24.36% tuvo un periodo intergenésico mayor a cuatro años, el 23.72% de dos a cuatro años.

Tabla 3 Perfil clínico signos y síntomas que presentaron las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.

Signos y síntomas	Gestantes	
	N=156	%
Hipertensión arterial	118	75.64
Proteinuria	77	49.36
Cefalea	67	42.95
Escotomas visuales	21	13.46
Edema	17	10.90
Epigastralgia	16	10.26
Náuseas y vómitos	10	6.41
Tinnitus	10	6.41
Visión borrosa	4	2.56

**Fuente:** ficha de análisis documentario “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

En la tabla 03, se observa que el 75.64% presentó hipertensión arterial, el 49.36% proteinuria, el 42.95% cefalea, el 13.46% escotomas visuales, el 10.90% edema, el 10.26% reportó presentar epigastralgia y el 6.41% presentó náuseas y vómitos, y en igual cantidad tinnitus, un 2.56% visión borrosa.

Tabla 4 Exámenes auxiliares que se realizaron a los pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.

Exámenes Auxiliares	Gestante THE			
	N=156			
	Se hizo	%	No se hizo	%
<b>Bioquímica</b>				
Plaquetas	153	98.08	3	1.92
Hemoglobina:	156	100.00	0	0.00
Hematocrito:	154	98.72	2	1.28
Bilirrubina:	79	50.64	77	49.36
Creatinina	108	69.23	48	30.77
<b>De vigilancia fetal</b>				
NST	66	42.31	90	57.69
CST	13	8.33	143	91.67
Ecografía obstétrica	76	48.72	80	51.28
Perfil biofísico	9	5.77	147	94.23

**Fuente:** ficha de análisis documentario “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

En la tabla 04, se observa que al 100% de las pacientes se realizó la cuantificación de la hemoglobina y al 98.72% hematocrito, al 98.08% se cuantificó las plaquetas, creatinina al 69.23% y bilirrubina al 50.64%; dentro de los exámenes auxiliares de vigilancia fetal se realizó Test No estresante (NST) al 42.31% y el test estresante (CST) solo al 8.33%, la ecografía obstétrica se realizó al 48.72%, perfil biofísico al 5.77%. a más del 50% de pacientes no se realizó examen de bienestar fetal.

Tabla 5 Determinar la proporción de los trastornos hipertensivos según clasificación en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.

Clasificación de los THE	Gestante THE	
	N=156	%
Preeclampsia severa o con criterio de severidad	73	46.79
Preeclampsia leve, o sin criterio de severidad	42	26.92
Hipertensión gestacional	38	24.36
Eclampsia	3	1.92

**Fuente:** ficha de análisis documental “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

En la tabla 05, del total de casos 156 de los trastornos hipertensivos del embarazo que se presentaron en el periodo del 2018 al 2020, el 46.79% presentó preeclampsia con criterios de severidad y el 26.92% preeclampsia sin criterio de severidad, y un 24.36% una hipertensión gestacional, y tuvo tres casos de eclampsia que representa el 1.92%.

Tabla 6 Características clínicas obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.

Características	Gestante THE	
	n=156	%
<b>Vía del parto (122) *</b>		
Vaginal	61	50*
Cesárea	61	50*
<b>Complicaciones</b>		
Ninguno	150	96.15
Eclampsia	3	1.92
Síndrome de HELLP	2	1.28
Accidente cerebro vascular (ACV)	1	0.64

**Fuente:** ficha de análisis documental “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

En la tabla 06, se observa que la vía de término del parto fue 50% por vía vaginal y una cifra igual terminó por cesárea y el 21.79% aún continuaban embarazadas al periodo de estudio. Se tuvo un 3.85% de las pacientes que se complicaron, presentando preeclampsia el 1.92%, síndrome de HELLP el 1.28% y un caso de accidente cerebro vascular (ACV).

Tabla 7 Días de hospitalización y condición al alta, de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidos en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020

Características	Gestante THE	
	N=156	%
<b>Hospitalización</b>		
Un día	41	26.28
Dos días	45	28.85
Tres días	49	31.41
Más de tres días	21	13.46
<b>Condición al alta</b>		
Referida	36	23.08
Alta con Tratamiento	120	76.92

**Fuente:** ficha de análisis documental “Perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020.

En la tabla 07, con respecto a los días de hospitalización se observa, que el 26.28% de las pacientes solo permanecieron un día, el 28.85% permaneció dos días y el 31.41% tres días y un 13.46% más de tres días; del total de pacientes con trastornos hipertensivos el 23.08% fue referido y el 76.92% fue dado de alta con tratamiento ambulatorio.

## DISCUSIÓN

La mortalidad materna en el mundo, y en particular en el Perú ha disminuido sustancialmente, gracias a los grandes esfuerzos que despliega en especial el personal de salud a pesar de las deficiencias de los recursos en cada una de sus dependencias. El comportamiento de su causalidad a cambiando, colocando en primer lugar a los trastornos hipertensivos del embarazo(16), probablemente es porque no se ha prestado la misma atención como a las hemorragias. Es menester implementar una atención oportuna y eficaz como señala la OMS (3).

Dentro del perfil epidemiológico de las pacientes con trastorno hipertensivo, se ha encontrado que la mayoría (74.36%) proceden de zona rural, son casadas y convivientes (86.54%), amas de casa (82.05%) la edad con mayor proporción (48.08%), fue de 20 a 34 años, seguida de los adolescentes con 30.77% y en el grupo etario de 35 años a más se tuvo 21.15%. Mientras, Martínez, et al (6) encuentran que el 55% eran estudiantes; por otro lado Altamirano (7), encuentra un 70.08% de mujeres que conviven, además reporta que la mayoría (99.92%) no fuman, hábito que no se estudió en el trabajo por no ser de práctica en la población, por otro lado Sotelo (8), encuentra mayor frecuencia de THE, entre los 18 a 30 años, y proceden de zona rural el 45%, cifras bajas a nuestro estudio, mientras Tingal (8) encuentra similar al nuestro (71.4%); La diferencia en la procedencia pueda deberse a la ubicación de los nosocomios en el que se estudia.

De todas las mujeres que sufrieron trastornos hipertensivos, el 50% no registró antecedente de parto, un 17.95% tuvo un parto y en las multíparas se presentó en el 23%, el 18.59% tuvo un aborto como antecedente, similar a Altamirano (7) que encuentra en el 21.93, en relación al periodo intergenésico, no se mostró diferencial entre en tiempo adecuado 23.72% y prolongado 24.36%, la mayoría de los casos se presentaron en nulíparas y primíparas, Martínez, et al (6), 60%, mientras Sotelo (8) encuentra preeclampsia leve en un 41.2% y la severa en un 42.6%, haciendo un total de 83.8%, mayor a los estudios anteriores.

Dentro del perfil clínico, se encontró como sintomatologías más frecuentes a la hipertensión arterial en el 75.64%, entendiéndose que un 24.36% de las gestantes, desarrollaron preeclampsia sin llegar a valores considerados como hipertensión, son los casos enmascarados, llevando a la mujer a hacer una enfermedad grave, que puede conducir a la mujer a la muerte. El hallazgo nos hace pensar que es importante determinar las basales en diferentes ámbitos geográficos y fundamental tener la presión arterial basal de la mujer antes del embarazo o del primer trimestre. Se encuentra proteinuria en el 49,36%, confirmándose que la proteinuria no siempre acompaña a los THE (13) (12), y cefalea se encontró en el 42.95%, en poca cantidad se presentaron escotomas visuales 13.46%, edema en el 10.90% y epigastralgia en el 10.26%. Mientras, Martínez, et al (6) en Colombia encuentra, al edema en 46%, cefalea 62 %, cifras superiores a nuestros reportes, mientras la proteinuria fue similar 55 %, Por otro lado Cristóbal (9), encuentra hipertensión en el 96% y proteinuria en el 94.7% frente al 75.67% y 49,36% de nuestro estudio, además reporta trastornos auditivos en el 69,3%, cefalea 64%, dolor en el epigastrio 54,7%, signo encontrado en nuestro estudio por debajo del 10%. Mientras, los resultados de Tingal (8), se asemejan al nuestro, en caso de presión arterial y proteinuria (89,6%, 47,4%), los demás signos y síntomas se mantuvo superior a nuestros hallazgos, 45,5% edema, el 50% manifestó cefalea intensa, el 91,1% experimentó visión borrosa, el 16,2% indicó escotomas visuales, el 26% expresó epigastralgia, el 8,4% presentó náuseas y vómitos y el 16,2% tuvo tinnitus. Las disparidades pueden deberse primero a la percepción de los síntomas y la facilidad de reportar de un sector de la población, y por otro lado la diferencia en la elaboración de la anamnesis y el reporte evolutivo, que depende de la acuciosidad del médico u profesional tratante, se recomienda para mayor precisión se realice un estudio prospectivo.

Con respecto a los exámenes auxiliares de ayuda diagnóstica, se evidencia que se solicitó al 98.08% la cuantificación de plaquetas, hemoglobina al 100%, hematocrito al 98.72%, bilirrubina al 50.64%, creatinina al 69.23%, los resultados del perfil hepático y renal fue en menor cuantía, cuando estos análisis están indicados. Para la evaluación fetal se usó la ecografía obstétrica en el 48.72%, cuando debe realizarse a todas las gestantes con esta patología para valorar la placenta, y el estado del feto,

otra prueba que está indicado cada tres días es el test no estresante (17) (18), el cual, solo se realizó al 42.31% en menor proporción se usó el test estresante y el perfil biofísico. Complementando lo señalado Tingal (8), reporta que el 89,6% tuvo proteinuria en orina de 24 horas; el 37% incremento de enzimas hepáticas y el 20,1% plaquetopenia.

Dentro de los trastornos hipertensivos, se encontró preeclampsia severa o con criterios de severidad en el 46.79%, preeclampsia leve o sin criterios de severidad en el 26.92% y el 24.36% correspondió a hipertensión gestacional, y se tuvo 1.92% (3) de eclampsia, que si no se actuaba a tiempo como equipo desde la identificación y referencia oportuna hubiera resultado en tres muertes maternas. Por otro lado Altamirano (7), nos presenta datos un poco superiores a nuestro trabajo, 67.77% de preeclampsia severa, 32,09% leve, mientras Sotelo(8), presenta 51.9% preeclampsia leve y 41.2% de preeclampsia severa, mientras la eclampsia 1.5%, fue similar a nuestro estudio 1.92%. similar a los autores precedentes Tingal (8), nos informa un 68.2% de preeclampsia con criterios de severidad y 31.8% sin criterios de severidad, en la mayoría de los estudios, se evidencia más casos con criterios de severidad, lo que indica que esta entidad requiere un manejo exhaustivo por todo el equipo de salud , enfatizando focalizando población en riesgo y aplicando medidas preventivas y vigilancia, para un diagnóstico y referencia oportuno. En el primer nivel, y al segundo nivel le corresponde responder con un tratamiento eficaz y oportuno (3) (17).

Por otro lado, dentro del perfil clínico – obstétricas se observó que el 39.10% de los partos fue vía vaginal y una cifra igual por vía alta, y el 21.80 continuaban embarazadas; por otro lado, Cristóbal (9), reportó más partos por cesárea 72% y 28% vaginal, similar al de Tingal (8), que presenta 29.9% por vía vaginal y 70.1% por cesárea; la vía del parto dependerá de la condición obstétrica, en caso de preeclampsia severa con 37 semanas de embarazo o más está indicado el parto vía vaginal, si no hay condiciones que se opongan, en caso de preeclampsia severa debe ser por la vía más rápida, en el Instituto Materno Perinatal los trastornos hipertensivos es la segunda causa de cesárea(17) en cuanto a las complicaciones fue pocas: eclampsia, síndrome de HELLP, y un accidente cerebro vascular, ligeramente a nuestros hallazgos

encuentra Tingal (8), 2,6% eclampsia, 10,4% HELLP, el 0,6% rotura hepática. Probablemente la poca complicación de los casos sea por una atención y referencia oportuna y eficaz, que también tiene repercusión en la vía de término del parto y la nula muerte materna que se tuvo en el nosocomio.

Por otro lado, en los aspectos clínicos se determinó los días de hospitalización, encontrando que el 13.46% se quedó más de tres días, el 31.41% se quedó 3 días, el 28.85% dos días y el 26.28% solo un día, las mayorías se refirió a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive (23.08%) y el 76.92% fue dado de alta con tratamiento y control ambulatorio. Quiere decir que la mayoría de los casos se resolvió en el establecimiento de salud. Con buenos resultados ya que durante este periodo de estudio no se tuvo ninguna muerte materna. El tiempo de estancia hospitalaria es moderado para la patogenicidad del trastorno.

## CONCLUSIÓN

Dentro del perfil epidemiológico - sociodemográfico, se encontró que el 74.36% residen en zona rural, el 86.54% tienen relación estable, la mayoría (82.05%) se ocupan de su casa, el 48.08% tienen entre 20 a 34 años, seguida por adolescentes con 30.77%, el 50% fueron nulíparas y el 23% multíparas.

Dentro del perfil clínico, los signos y síntomas más frecuentes fueron, hipertensión en el 75.64%, proteinuria en el 49.36%, cefalea en el 42.95%, y menor al 10% se encontró, escotomas. Edema, epigastralgia.

Los exámenes auxiliares base como recuento plaquetario, hemoglobina, hematocrito, fue masivo, sin embargo, el perfil hepático y renal solo se aplicó en el 50.64% y 69.23% respectivamente, los exámenes auxiliares de bienestar fetal más usados fueron la ecografía obstétrica y el test no estresante (48.72% y 42.31% respectivamente).

Dentro de la clasificación de los trastornos hipertensivos se encontró preeclampsia sin criterios de severidad 26.92%, con criterios de severidad 46.79%, 24,36% correspondió a hipertensión gestacional y un 1,92% desarrolló eclampsia.

Dentro del perfil clínico obstétrico la vía de término del parto fue igual entre el parto vaginal y cesárea cada una con el 39.10%. las principales complicaciones fueron eclampsia, síndrome del HELLP y un accidente cerebro vascular que no sobrasaron el 2%

El perfil clínico con respecta a la permanencia del paciente en el hospital, se encontró que el 31.46% permaneció 3 días, y más de 3 días un 13.46%, las pacientes que permanecieron un día en su mayoría se refirieron a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive, un 23.08%, el 76.92% fue dado de alta con tratamiento y control ambulatorio.

## **RECOMENDACIONES**

Al Hospital San Juan de Kimbiri- VRAEM:

Evaluar los recursos de laboratorio, de ser necesario implementar a fin se garantice las necesidades en exámenes auxiliares de los servicios ofertados.

Al servicio de Obstetricia implementar y solicitar capacitación en exámenes de bienestar fetal como ecografía y monitoreo materno fetal, para gineco – obstetras y obstetras.

A la DIRESA Cusco:

Fortalecer el primer nivel de atención, en logística, equipamiento y en especial la actualización del recurso humano.

Generar guías de prevención y vigilancia a población con factores de riesgo.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA:

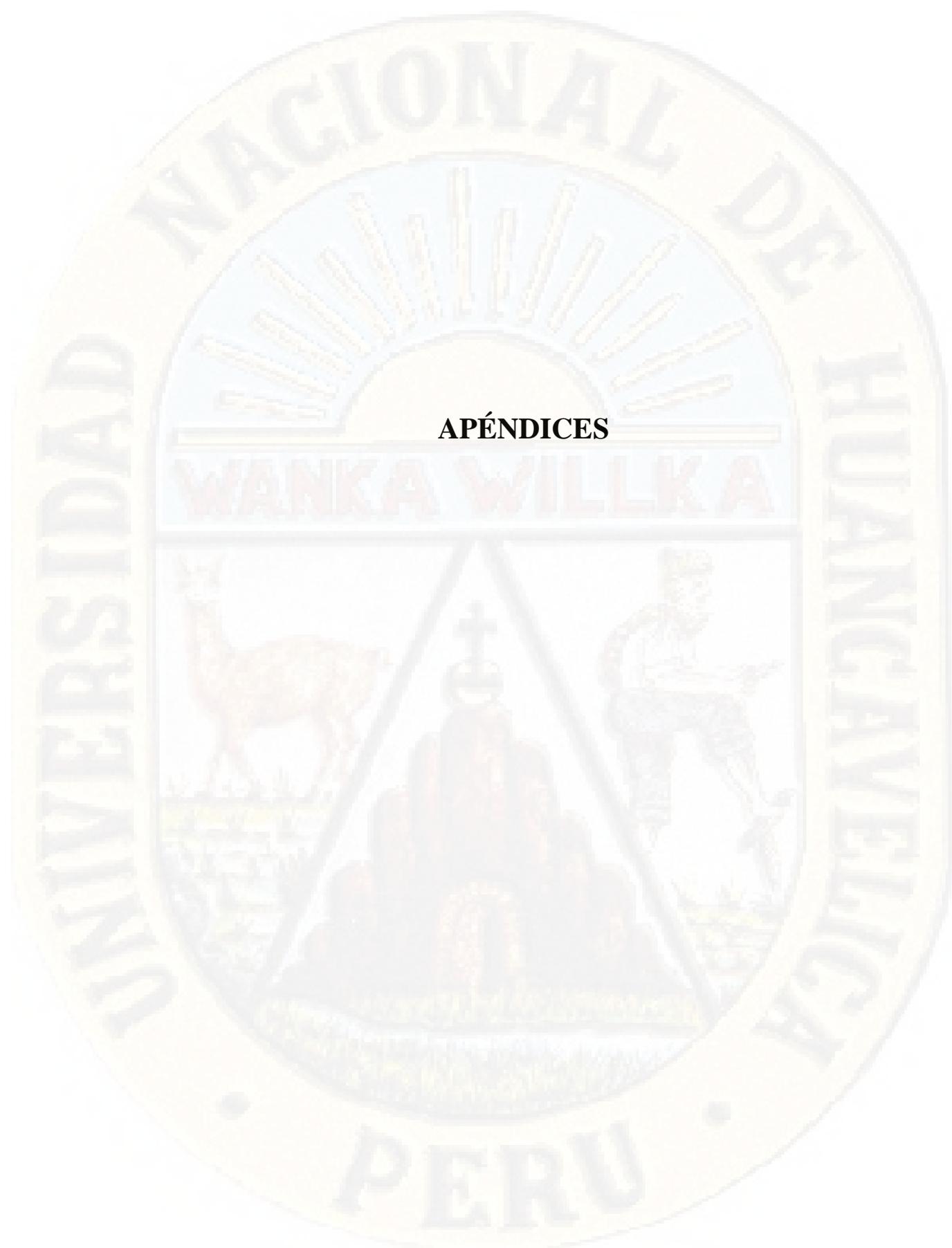
Realizar otras investigaciones particularizando los hallazgos reportados en esta investigación a fin de que se pueda delimitar mejor los grupos de riesgo.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

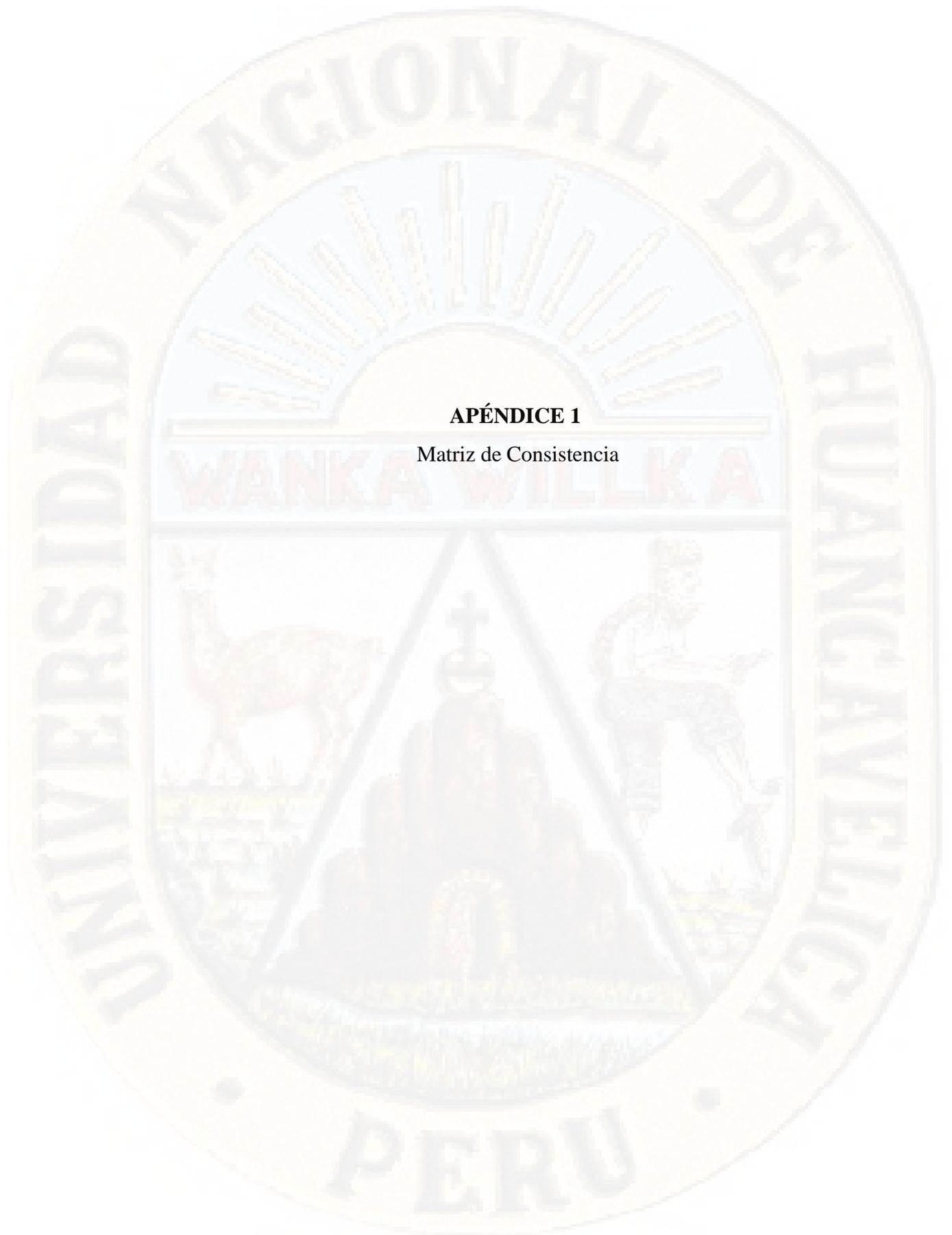
1. MINSA - PERÚ. Análisis de situación de salud del Perú - 2018. Lima; 116 p.
2. MINSA - PERÚ. Mortalidad materna Perú, del año 2020 - 2019 SE: 03 [Internet]. Lima; 2020 p. 6. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2020/SE03/mmaterna.pdf>
3. OMS. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333\\_spa.pdf;jsessionid=EF757A4F75453F0698EAFDAC3206D12A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf;jsessionid=EF757A4F75453F0698EAFDAC3206D12A?sequence=1)
4. Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia: update. Rev Peru Ginecol Obstet. octubre de 2014;60(4):309-20.
5. Bryce Moncloa A, Alegría Valdivia E, Valenzuela Rodríguez G, Larrauri Vigna CA, Urquiaga Calderón J, San Martín San Martín MG. Hipertensión en el embaraz. Rev Peru Ginecol Obstet. abril de 2018;64(2):191-6.
6. Martínez Sánchez LM, Rodríguez Gázquez M de los Á, Ruiz Mejía C, Hernández Restrepo F, Quintero Moreno DA, Arango Gómez AL. Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con trastorno hipertensivo asociado al embarazo en Medellín, Colombia. Rev Cuba Obstet Ginecol. junio de 2018;44(2):1-10.
7. Guerrero A, Bella F. Perfil clínico y epidemiológico de la paciente con preeclampsia atendida en el hospital belén de Trujillo, 2012- 2016. Univ Priv Antenor Orrego - UPAO [Internet]. 2017 [citado 4 de febrero de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3015>
8. Tineo S, Gladys M. Perfil epidemiológico de los trastornos hipertensivos del embarazo, Hospital “Daniel Alcides Carrión” de Huanta – Ayacucho. 2014 - 2016. Repos ACADÉMICO USMP [Internet]. 2018 [citado 4 de febrero de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3688>

9. Valentin C, Jessica J. PERFIL CLÍNICO DE LAS GESTANTES CON PREECLAMPSIA DEL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI 2017. Repos Inst - UNH [Internet]. 7 de diciembre de 2018 [citado 4 de febrero de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2248>
10. Tingal M. Perfil clínico epidemiológico de pacientes con preeclampsia. Hospital Regional Docente Cajamarca, 2019 [Internet]. 2019 [citado 4 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://190.116.36.86/handle/UNC/3973>
11. Romero-Arauz JF, Álvarez-Jiménez MG, Encalada-Mijangos A, Pérez-Valdés MC, Chan-Verdugo RG, Leños-Miranda A, et al. Diferencia entre la concentración de factores angiogénicos en preeclampsia e hipertensión gestacional y su relación con el resultado materno y perinatal. Ginecol Obstet México. 2017;85(9):561-8.
12. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia - Versión extensa | INSTITUTO NACIONAL DE SALUD [Internet]. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/acerca-del-ins/publicaciones/menu-del-dia/guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-y-manejo-de>
13. Hospital Sant Joan de Déu. Protocolo: hipertensión y embarazo [Internet]. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu; [citado 22 de marzo de 2021] p. 25. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/hipertensi%C3%B3n%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>
14. Supo J. Seminario de investigación científica - metodología de la investigación para las ciencias de la salud. segunda. Arequipa: Bioestadístico EIRL; 2014. 320 p.
15. Espinoza C. Metodología de la investigación tecnológica. 2da. Huancayo: Soluciones Gráficas; 2014. 204 p.
16. MINSA. Análisis situacional de salud del Perú 2019 [Internet]. 2019. Disponible en: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZPChAeHAaxAJ:https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis\\_peru19.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ZPChAeHAaxAJ:https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe)

17. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet. octubre de 2014;60(4):385-94.
18. Vásquez JM. Manual basico de Obstetricia y Ginecologia [Internet]. Issuu. [citado 24 de febrero de 2021]. Disponible en: [https://issuu.com/obstaamh/docs/manual\\_basico\\_de\\_obstetricia\\_y\\_gine/385](https://issuu.com/obstaamh/docs/manual_basico_de_obstetricia_y_gine/385)



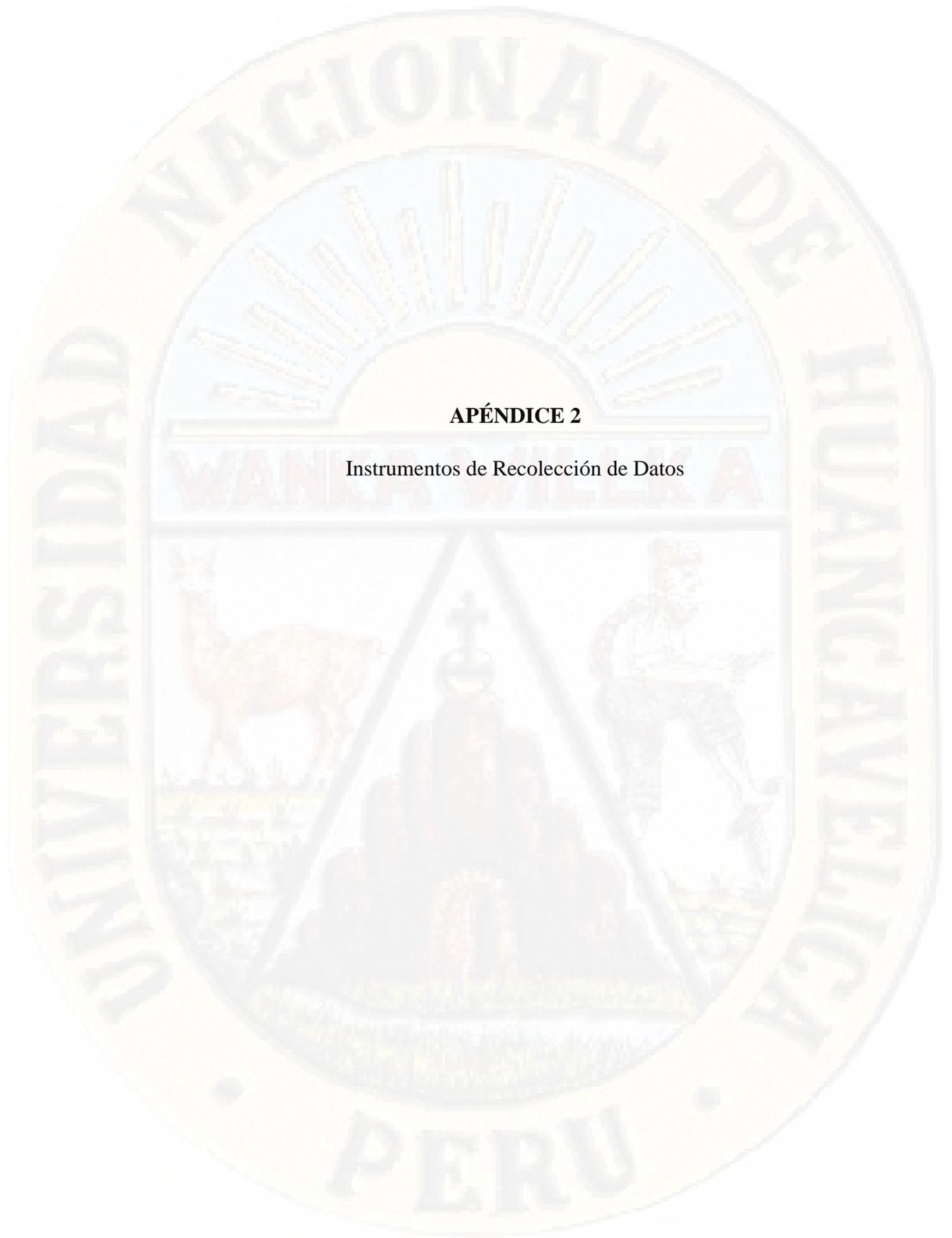
## APÉNDICES



**APÉNDICE 1**

Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuál es el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 - 2020?	<p><b>General:</b></p> <p>-Determinar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.</p> <p><b>Específico:</b></p> <p>-Determinar el perfil epidemiológico – aspectos sociodemográficos de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidos en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.</p> <p>-Determinar el perfil epidemiológico – antecedentes personales y características obstétricas de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.</p> <p>-Identificar los principales signos y síntomas que presentaron las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.</p> <p>-Determinar los exámenes auxiliares que se realizaron a las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.</p> <p>-Determinar la proporción de los trastornos hipertensivos durante el embarazo, según su clasificación, en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.</p> <p>-Determinar el perfil clínico obstétrico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.</p> <p>-Identificar los días de hospitalización y condición al alta, de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo atendidos en el hospital San Juan de Kimbiri – VRAEM, 2018 – 2020.</p>	No se plantea	perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo	<p>-Procedencia</p> <p>-Edad</p> <p>-Estado civil</p> <p>-Ocupación</p> <p>-Antecedentes personales y obstétricos</p> <p>-Presión arterial y proteinuria durante el embarazo</p> <p>-Signos y síntomas</p> <p>-Exámenes auxiliares de patología clínica</p> <p>-Exámenes auxiliares de bienestar fetal</p> <p>-Diagnóstico</p> <p>-Vía de término del parto</p> <p>-Complicaciones maternas</p> <p>-Días de hospitalización y condición de alta.</p>	<p><b>Tipo de investigación</b></p> <p>Observacional, retrospectivo, transversal</p> <p><b>Nivel de investigación</b></p> <p>Descriptiva.</p> <p><b>Población</b></p> <p>La población estuvo constituida por 156 pacientes que presentaron trastornos hipertensivos</p> <p><b>Muestra</b></p> <p>156 pacientes</p> <p><b>Muestreo</b></p> <p>Censal</p> <p><b>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b></p> <p>Técnica: análisis documental</p> <p>Instrumento: ficha de análisis documental</p> <p><b>Análisis de datos</b></p> <p>Estadística descriptiva</p>



**APÉNDICE 2**

Instrumentos de Recolección de Datos

### Ficha de Análisis Documentario

El presente instrumento nos ayuda a recabar los datos requeridos para la investigación titulado **“PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS PACIENTES CON TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI - VRAEM, 2018 - 2020”**

**INSTRUCCIÓN:** el instrumento debe ser aplicado a las gestantes o púerperas con diagnóstico de trastornos hipertensivos del embarazo, dentro del periodo de estudio, a través de las historias clínicas.

Código de ficha \_\_\_\_\_

H. CL \_\_\_\_\_

#### **I PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

##### **Lugar de procedencia**

Rural ( )

Urbano ( )

Edad al momento que presenta el trastorno hipertensivo: \_\_\_\_\_

##### **Estado civil**

Soltera ( )

Casada, conviviente ( )

Separada, divorciada, viuda ( )

##### **Ocupación**

Ama de casa ( )

Agricultura ( )

Independiente ( )

Empleado Público ( )

Estudiante ( )

##### **Antecedentes personales:**

hipertensión crónica ( )

insuficiencia renal ( )

preeclampsia ( )

eclampsia ( )

diabetes ( )

##### **Antecedentes obstétricos**

Paridad (número de partos): \_\_\_\_\_

Periodo intergenésico: \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses

## II PERFIL CLÍNICO

**Signos y síntomas que presenta, marque las que presenta**

Hipertensión arterial ( )

Proteinuria ( )

Edema ( )

Cefalea ( )

Visión borrosa ( )

Escotomas visuales ( )

Epigastralgia ( )

Náuseas y vómitos ( )

Tinnitus ( )

### **Exámenes auxiliares de laboratorio**

Plaquetas: \_\_\_\_\_

Hemoglobina: \_\_\_\_\_

Hematocrito: \_\_\_\_\_

Bilirrubina: \_\_\_\_\_

Creatinina: \_\_\_\_\_

### **Exámenes de vigilancia fetal y anexos**

NST: se hizo ( ) no se hizo ( )

CST: se hizo ( ) no se hizo ( )

Ecografía obstétrica: se hizo ( ) no se hizo ( )

Perfil biofísico: se hizo ( ) no se hizo ( )

### **Cuál es el estado materno al diagnóstico del trastorno hipertensivo:**

Gestante ( )

Puérpera ( )

### **Diagnóstico:**

Hipertensión crónica ( )

Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada ( )

Hipertensión gestacional ( )

Preeclampsia leve, o sin criterio de severidad ( )

Preeclampsia severa o con criterio de severidad ( )

Eclampsia ( )

Vía de terminación del parto ( )

Parto por vía vaginal ( )

Cesárea ( )

### **Complicaciones maternas**

Ninguno ( )

Eclampsia ( )

Síndrome de HELLP ( )

Ruptura hepática ( )

Accidente cerebro vascular ( )

Edema pulmonar ( )

CID ( )

Días de hospitalización, desde el diagnóstico de la Trastorno hipertensivo \_\_\_\_\_

Condición al alta

Referida a otro establecimiento con mayor capacidad \_\_\_\_\_

Alta con tratamiento ambulatorio

fallecida

SOLICITO: Autorización para realizar recolección de  
datos en trabajo de investigación

M.C. Iván Huacre Arce  
Director del Hospital San Juan de Kimbiri-VRAEM.



Yo, Patricia Eva Medina Llontop, identificada con DNI 09672994, Obstetra del Hospital San Juan de Kimbiri-VRAEM, COP 9543, egresada de la Universidad Nacional de Huancavelica de la especialidad de Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico, ante Ud. Me presento y expongo;

Que, se presenta el proyecto de investigación titulado; Perfil Clínico y Epidemiológico de los pacientes con Trastornos Hipertensivos del Embarazo en el Hospital San Juan de Kimbiri-VRAEM, 2018-2020., para optar el título de especialista en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico.

En tal sentido, solicito la autorización para la ejecución del Proyecto de investigación, recolección de datos. Así mismo me comprometo a cumplir con las buenas prácticas de investigación, se adjunta:

Ficha de Análisis Documentario.

Matriz de Consistencia.

Atentamente,

DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO  
RED DE SERVICIOS DE SALUD KIMBIRI - PICHARI  
HOSPITAL SAN JUAN KIMBIRI - VRAEM  
*Patricia Eva Medina Llontop*  
Patricia Eva Medina Llontop  
DNI: 09672994  
COP. 9543

Kimbiri, 08 de febrero del 2021.

RESPUESTA A LA SOLICITUD:

Presentada: Patricia Eva Medina Llontop.

Proyecto de Tesis: Perfil Clínico y Epidemiológico de los pacientes con Trastornos Hipertensivos del Embarazo en el Hospital San Juan de Kimbiri-VRAEM, 2018-2020.

Tras la verificación de lo expuesto en esta solicitud en relación con el uso de la información, el procedimiento propuesto y la pertinencia del mismo, esta solicitud es:

Autorizada:

No autorizada:

Observaciones:

Se encargará del ordenamiento en admisión y la entrega de acuerdo a lo solicitado.

En constancia de lo anterior firmo:

  
HOSPITAL SAN JUAN DE KIMBIRI-VRAEM  
Med. Fam. Irán A. Huamani Arco  
CMP 77222 RNE: 320004  
DNI: 44841178