

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO  
ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA -  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.  
BERNALES EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE  
2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER  
GLORIA TAMAYO TAMAYO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ  
2018**

ASESORA

Dra. Leny Bravo Luna.

## AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a Dios por ser el inspirador de cada uno de mis pasos; a mis padres por ser los guías en el sendero de mi vida y a mi hijo Salvador por ser el principal incentivo de todos mis días.

## DEDICATORIA

A mis padres, María y Amilcar por ser los pilares fundamentales en mi vida, por ser los guías que me acompañan a diario por este camino y por todo el amor infinito que me brindan. Los amo profundamente.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar si los trastornos hipertensivos del embarazo se asocian a la prematuridad en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

**METODOLOGÍA:** Estudio analítico, de casos y controles. El instrumento utilizado fue la ficha de recolección mediante la cual se extrajo los datos correspondientes de cada historia en el área de Archivo del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de un total de 280 gestantes dividiéndolas en 140 casos y otros 140 controles. Para determinar la relación entre variables cualitativas se utilizó Chi – cuadrado  $X^2$ , Odds Ratio y el respectivo intervalo de confianza al 95% en el programa estadístico SPSS versión 23.

**RESULTADOS:** De las 280 gestantes que se estudiaron se halló que del total de gestantes con estos trastornos tuvieron 68 bebés prematuros (24%) mientras que en las gestantes sin esta patología tuvieron sólo 22 bebés prematuros (7%). OR= 5.0657, IC: (2.8847-8.8954), valor  $p < 0.005$ . La preeclampsia fue la entidad más frecuente en el grupo de las gestantes expuestas, representando un 77%. La característica asociada al riesgo en las gestantes con esta entidad fue la nuliparidad siendo OR= 1.7343, IC: (1.0642 - 2.8264), valor  $p < 0.005$  y que la subcategoría de prematuros moderados a tardíos fue la más frecuente, representando un 43.6% del total de 140 recién nacidos de madres con esta patología.

**CONCLUSIONES:** El estudio concluye en que los Trastornos Hipertensivos del Embarazo expresan asociación en relación a la Prematuridad, donde se puede afirmar que la gestantes que presentan esta patología tiene un 5.0657 de riesgo probable para presentar recién nacidos prematuros en comparación a las gestantes sin esta patología.

**PALABRAS CLAVES:** Trastornos Hipertensivos del embarazo, Recién Nacido, Prematuridad, Asociación.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine if hypertensive disorders of pregnancy are associated with prematurity in pregnant women treated at the Gynecology - Obstetrics Service of the National Hospital Sergio E. Bernales in the period January - December 2017.

**METHODOLOGY:** Analytical study, of cases and controls. The instrument used was the collection form through which the corresponding data of each history was extracted in the Archive area of the National Hospital Sergio E. Bernales of 280 pregnant women dividing them into 140 cases and another 140 controls. To determine the relationship between qualitative variables Chi - square  $X^2$ , Odds Ratio and the respective 95% confidence interval were used in the statistical program SPSS version 23.

**RESULTS:** Of the 280 pregnant women studied, it was found that of the total of pregnant women with these disorders they had 68 premature babies (24%) while in pregnant women without this condition they had only 22 premature babies (7%). OR = 5.0657, IC: (2.8847-8.8954), p value <0.005. Preeclampsia was the most frequent entity in the group of pregnant women exposed, representing 77%. The characteristic associated to the risk in pregnant women with this entity was nulliparity with OR = 1.7343, CI: (1.0642 - 2.8264), p value <0.005 and that the subcategory of moderate to late preterm infants was the most frequent, representing 43.6% of the total of 140 newborns of mothers with this pathology.

**CONCLUSIONS:** The study concludes that the Hypertensive Disorders of Pregnancy express association in relation to the Prematurity, where it can be affirmed that the pregnant women that present this pathology has a 5.0657 of probable risk to present premature newborns in comparison to the pregnant women without this pathology.

**KEYWORDS:** Hypertensive disorders of pregnancy, Newborn, Prematurity, Association.

## **PRESENTACIÓN**

Esta patología representa un conjunto de entidades que acaecen en la gestación desde las primeras semanas y hasta en el postparto, ocasionadas por diversos mecanismos fisiopatológicos que tienen como síntoma común y principal la hipertensión arterial; los cuales son causa de morbimortalidad materno perinatal considerándose un dilema significativo de la salud pública y también de los países con desarrollo intermedio como el nuestro. El diagnóstico temprano de estas patologías puede aminorar la incidencia de complicaciones maternas y resultados perinatales adversos.

El presente estudio se encuentra comprendido: capítulo uno, el problema de la investigación, la formulación del problema, la justificación del problema, el objetivo general, los objetivos específicos, y el propósito de esta estudio. En el capítulo dos, se desarrollan la parte teórica indicando los antecedentes internacionales y nacionales, la base teórica relacionada al problema de investigación y la hipótesis. En el capítulo tres se realizó la metodología de estudio en donde se mencionó el tipo de estudio empleado, el área, la población, la muestra, la técnica e instrumento de la recolección de datos, diseño de recolección y la técnica de procesamiento de datos. En el capítulo cuatro; se obtuvo los resultados con cada una de sus interpretaciones, y las discusiones. Para finalizar en el último capítulo; se demuestran las conclusiones y finalmente se detallan las recomendaciones.

## ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESORA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
DEDICATORIA .....	IV
RESUMEN .....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS .....	X
LISTA DE GRÁFICOS .....	XII
LISTA DE ANEXOS .....	XIII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.4 OBJETIVOS.....	4
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.5 PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	6
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2 BASE TEÓRICA.....	11
2.3 HIPÓTESIS .....	18
2.4 VARIABLES .....	19
2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	21
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	21
3.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	21
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	21
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS....	23
3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	23

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	24
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	25
4.1 RESULTADOS .....	25
4.2 DISCUSIÓN. ....	39
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
5.1 CONCLUSIONES.....	42
5.2 RECOMENDACIONES. ....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
ANEXOS.....	49

## LISTA DE TABLAS

Pág.

<b>TABLA Nº 1:</b> Trastornos Hipertensivos del Embarazo como riesgo asociado a Prematuridad en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.	25
<b>TABLA Nº 2:</b> Prueba de Chi-cuadrado de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Prematuridad en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.	25
<b>TABLA Nº 3:</b> Tipos de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.	26
<b>TABLA Nº 4:</b> Paridad en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.	28
<b>TABLA Nº 5:</b> Nuliparidad como riesgo asociado a los trastornos Hipertensivos del embarazo en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.	30
<b>TABLA Nº 6:</b> Pruebas de Chi-cuadrado de Nuliparidad y Trastornos Hipertensivos del Embarazo en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.	30
<b>TABLA Nº 7:</b> Edad de las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.	31
<b>TABLA Nº 8:</b> Controles prenatales en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.	33

**TABLA N° 9:** Edad gestacional en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017. 34

**TABLA N° 10:** Contingencia entre la Edad Gestacional del Recién Nacido y los tipos de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017. 37

## LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

- GRÁFICO N° 1:** Distribución de los Tipos de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017. 27
- GRÁFICO N° 2:** Distribución de la edad de las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017. 28
- GRÁFICO N° 3:** Distribución de controles prenatales en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017. 32
- GRÁFICO N° 4:** Paridad en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017. 33
- GRÁFICO N° 5:** Edad gestacional en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017. 35

## **LISTA DE ANEXOS**

	Pag.
<b>ANEXO N° 1:</b> Operacionalización de Variables.	50
<b>ANEXO N° 2:</b> Instrumento.	52
<b>ANEXO N° 3:</b> Validación del Instrumento – Consulta de expertos.	54
<b>ANEXO N° 4:</b> Matriz de Consistencia.	60
<b>ANEXO N° 5:</b> Autorización del Hospital	64

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Los desafíos en los cuales hoy se enfrentan los sistemas de salud en Latinoamérica y particularmente Perú en la atención a la gestante están sometidos a la dificultad de adaptarse a los cambios que genera la población en riesgo y a sus padecimientos. Esta población tan vulnerable requiere en primer lugar de un acceso inmediato al tratamiento oportuno y a un servicio de calidad donde el recurso humano es y será el principal protagonista. Se sabe también que esta población tiene acceso limitado a campañas de salud desencadenando de esta manera la falta de información adecuada y más aún la no asistencia a sus controles prenatales desde los inicios de su gestación. Es por ello que resulta primordial brindar la información sobre el cuadro clínico de estos trastornos hipertensivos los cuales aparecen como entidades capaces de desencadenar diversas patologías y complicaciones. Estas entidades de carácter trascendente continúan siendo un problema mayor de salud. Por lo tanto es de suma importancia identificar y diagnosticar de forma temprana a las gestantes con algún tipo de estos trastornos reconociendo de esta manera a la población más susceptible en desarrollar complicaciones.

## 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Pregunta Principal:

¿Cuál es la asociación entre los trastornos hipertensivos del embarazo y la prematuridad en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017?

Preguntas Específicas:

1. ¿Cuáles son los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo presentes en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017?

2. ¿Cuál es la característica asociada al riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en las gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017?

3. ¿Cuál es la subcategoría de prematuros más frecuente en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación se realizó con el motivo de contribuir al personal de salud la información sobre los distintos tipos de trastornos hipertensivos y su asociación significativa con la prematuridad cuyos resultados de cada uno de ellos podrán sistematizarse en una propuesta para incorporar nuevas interpretaciones sobre la repercusión de los mismos en los resultados perinatales.

Esta investigación pretende también brindar un aporte al desempeño diario del personal de salud tratante en la inmediata y oportuna atención de gestantes que cursan con algún tipo de los trastornos hipertensivos del embarazo evitando de esta manera las posibles repercusiones en la salud de las mismas y en sus recién nacidos.

La presente investigación fue realizada a través de un estudio analítico el cual mediante la relación entre sus dos variables cualitativas demostró el riesgo que ofrece una gestación en relación al desarrollo de prematuridad proponiendo de esta manera generar un mayor énfasis en el personal de salud sobre el adecuado diagnóstico de estas patologías que son motivo de estudio y de investigación.

Y por último, se realizó para reconocer de forma oportuna a las gestantes con trastornos hipertensivos y de esta manera disminuir los casos de recién nacidos prematuros, lo cuales generan un gran impacto social en la familias afectadas y en la economía de nuestro medio.

## 1.4 OBJETIVOS.

### 1.4.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar si los trastornos hipertensivos del embarazo se asocian a la prematuridad en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

### 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar los tipos de los trastornos hipertensivos del embarazo presentes en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

2. Determinar la característica asociada al riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en las gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017

3. Identificar la subcategoría de prematuros más frecuente en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

## 1.5 PROPÓSITO.

Profundizar el conocimiento del profesional de Salud acerca de los trastornos hipertensivos del embarazo debido a que estas entidades representan todavía un dilema de salud a nivel nacional y mundial. El estudio constante de estos estados hipertensivos, fundamentalmente de la preeclampsia y eclampsia es muy importante debido a que en nuestro medio son fuente de mortalidad materna y como profesionales de la salud debemos estar capacitados para diagnosticar de modo temprano estas patologías; reduciendo de esta manera la aparición de complicaciones.

Se espera conseguir que a futuro el presente estudio tenga como aporte principal la contribución estadística e informativa sobre los casos diagnosticados de estos trastornos hipertensivos y su asociación directa con la prematuridad, contribuyendo de esta manera al mejoramiento del accionar médico basándose de forma exclusiva en el bienestar materno fetal y con la disminución de las muertes materno perinatales.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.

Antecedentes Internacionales.

**Vats Kritika, Mohini P. (2016) en la India en su publicación: “Estudio del resultado fetal en trastornos hipertensivos del embarazo en un hospital de maternidad de atención terciaria de Delhi”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo estudiar el resultado perinatal de este grave trastorno en el embarazo. **Metodología:** Estudio analítico, de casos y controles. Su muestra estuvo conformada por 100 mujeres embarazadas que presentaron trastornos hipertensivos y se compararon con 100 mujeres sin esta patología en el Hospital de Kasturba, Nueva Delhi desde enero de 2014 a Diciembre de 2014. Los datos recopilados se codificaron en variables las cuales fueron analizadas utilizando pruebas como chi-cuadrado y Test exacto de Fisher. **Conclusiones:** Concluyó que los embarazos complicados con trastornos hipertensivos están asociados con el resultado fetal y neonatal adverso en términos de prevalencia de la restricción del crecimiento intrauterino, prematuridad, puntaje de APGAR al nacer bajo y muerte neonatal temprana<sup>21</sup>.

**Cruz Barbosa, I. (2015) en Brasil en su publicación: “Resultados maternos y fetales en mujeres con trastornos hipertensivos del embarazo: el impacto de la atención prenatal”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo demostrar las características epidemiológicas de cada mujer con Trastornos Hipertensivos en un Hospital de referencia terciario brasileño. **Metodología:** Estudio analítico de cohorte retrospectiva, su muestra estuvo constituida por 1501 mujeres con esta patología en un Hospital Terciario en un período de 4 años. Se utilizó una prueba de proporciones para hallar diferencias entre dos proporciones. Odds ratio se usaron para comparar la asociación de complicaciones maternas y fetales con cuidado prenatal. **Conclusiones:** Concluyó que la Eclampsia y la

Hipertensión crónica con Preeclampsia superpuesta se están asociadas con tasas de mortalidad para las gestantes y sus fetos, mientras que los controles prenatales completos están asociados a una mejoría materna y fetal<sup>22</sup>.

**Jiménez Paucar, T. (2017) en Ecuador en su estudio: “Factores de riesgo y complicaciones materno fetales según el tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo en pacientes atendidas en el Hospital General Isidro Ayora de Loja”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar los factores de Riesgo y las complicaciones materno - fetales según el tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo. **Metodología:** Estudio descriptivo; su muestra estuvo constituida por 45 gestantes con el diagnóstico de algún trastorno hipertensivo en el Hospital General Isidro Ayora de Loja en el 2016. **Conclusiones:** Concluyó que del total de las pacientes el 42,2% presentaron preeclampsia y 28,8% hipertensión gestacional. Referente a las complicaciones fetales; el 77.8 % de pacientes con diagnóstico de esta patología no presentó complicaciones en su embarazo, se evidencia que un 2,2% de pacientes con preeclampsia e hipertensión gestacional presentaron retardo del crecimiento intrauterino entre otras complicaciones <sup>23</sup>.

**Morales García, B. (2017) en Cuba en su publicación: “Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (2015-2016)”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo describir el comportamiento de los trastornos hipertensivos en las gestantes. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo, su muestra de estudio estuvo constituida por 52 gestantes que culminaron su embarazo, las cuales pertenecen al Policlínico Docente "Santa Clara". **Conclusiones:** Concluyó que estos trastornos se presentan más en mujeres que se hallan en edades extremas de la etapa reproductiva (30,8%). Se presentó mayormente en nulíparas (34,6 %) y primíparas (28,8 %) con embarazos a término completos y hubo elevado índice de inducciones del

parto y cesáreas<sup>24</sup>

**Delance Reyes, K. (2017) en Cuba en su estudio: “Caracterización de la hipertensión inducida por el embarazo en el hospital gineco-obstétrico Fe del Valle Ramos”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar las características más importantes de las pacientes con hipertensión inducida por el embarazo.

**Metodología:** Estudio descriptivo, su muestra estuvo constituida por 70 gestantes diagnosticadas con esta patología. Se obtuvo la información de los carnets obstétricos de las gestantes y la historia clínica individual lo que garantizó la uniformidad en los resultados. **Conclusiones:** Concluyó que la enfermedad asociada más relevante fue la hipertensión arterial crónica, conjuntamente con las pacientes con edad gestacional entre 36 a 41.6 semanas y en su mayoría demandaron un parto distócico por cesárea<sup>25</sup>.

#### **Antecedentes Nacionales.**

**Lopez Vargas, V. (2016) en Perú en su estudio: “Prevalencia de Trastornos Hipertensivos en gestantes hospitalizadas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero- diciembre del 2015”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los tipos de trastornos hipertensivos en gestantes hospitalizadas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. **Metodología:** Estudio descriptivo, su muestra estuvo conformada por 142 pacientes con el diagnóstico de estas patologías. La información obtenida fue mediante la revisión de las historias procesándose mediante medidas de distribución de frecuencia.

**Conclusiones:** Concluyó que la hipertensión gestacional es el tipo más frecuente de estas patologías, que las multigestas tienen mayor prevalencia de esta patología y el rango de 37 – 40 semanas es la edad gestacional más frecuente <sup>26</sup>.

**Pasquel Silva, M. (2016) en Perú en su estudio: “Factores de riesgo asociados a enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. Hospital Regional de Loreto. Enero - Diciembre 2015”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a Enfermedad Hipertensiva inducida por el embarazo. **Metodología:** Estudio analítico, de casos y controles, su muestra estuvo constituida por 64 pacientes que cursaron con esta patología y 128 controles sin esta patología. Se tomaron dos controles por cada caso, y los controles fueron pareados considerando la edad de los casos. **Conclusiones:** Concluyó que existe una relación positiva entre la preeclampsia y la edad avanzada, es decir, una gestante con 35 años o más tiene 9.3 veces mayor probabilidad de tener preeclampsia. Con lo que respecta a la paridad, ser multigesta representa un 2.3 de probabilidad en desarrollar esta patología<sup>27</sup>.

**Inchaústegui Lozano, N. (2015) en Perú en su estudio: “Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre enero a diciembre del 2014”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo y los resultados perinatales en gestantes con preeclampsia. **Metodología:** Estudio analítico, de casos y controles, su muestra estuvo conformada por 136 madres divididas en casos con esta patología y su respectivo producto; controles sin preeclampsia y su respectivo producto. **Conclusiones:** Concluye que los recién nacidos de madres preeclámplicas tienen 11.37 veces más probabilidad de tener un menor peso que recién nacidos de madres sanas<sup>28</sup>.

**Tuesta Medina, H. (2017) en Perú en su estudio: “Estudio de factores asociados a Preeclampsia y su relación con Hipertensión Postparto”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar si los factores: prematuridad del recién nacido, antecedentes de trastornos hipertensivos, obesidad y diabetes pregestacional o gestacional; asociados a preeclampsia,

están relacionados con Hipertensión postparto. **Metodología:** Estudio Analítico de Cohortes prospectivas. Su muestra estuvo constituida por un grupo expuesto de 30 casos y un grupo no expuesto de 30 casos. **Conclusiones:** Concluye que las gestantes preeclámpicas tuvieron 2,4 veces más riesgo de padecer hipertensión postparto, respecto del grupo no expuesto<sup>29</sup>.

**Torres Ruiz, S. (2016) en Perú en su estudio: “Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana”.**

Realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la asociación entre los factores riesgo y la presencia de preeclampsia. **Metodología:** Estudio analítico, de casos y controles. Su muestra estuvo conformada por 80 gestantes con esta patología y 80 sin esta patología atendidas en el Hospital Iquitos César Garayar García de Iquitos-Perú de enero a septiembre del 2015 Para el análisis se aplicó la prueba de chi cuadrado. **Conclusiones:** Concluye que los factores riesgo para esta patología son: tener de 35 años a más, residir en zona rural, poseer un grado de instrucción primaria o sin estudios, ser nulípara y haber realizado solamente de cero a cinco controles prenatales<sup>30</sup>.

## 2.2 BASE TEÓRICA

Según la OMS en el 2013: publicó que los trastornos hipertensivos tienen afectación al 10% de todas las gestantes a nivel mundial. Esta patología es una causa gravitante de la morbilidad aguda severa, a largo plazo discapacidad y muerte en gestantes y bebés<sup>1</sup>.

La OPS en el 2014: publicó que en el 2013 se hallaron 77 defunciones en madres por cada 100.000 nacidos vivos en Latinoamérica y que dentro de las causas principales en toda América Latina los trastornos hipertensivos ocuparon el 14%<sup>2</sup>.

En Perú estos trastornos hipertensivos afectan al 7 – 10 % de la población gestante y que en el 2015 representó la segunda causa de muerte materna durante el embarazo (31%)<sup>3</sup>.

Estos trastornos son un conjunto de patologías que aparecen durante la gestación, parto o puerperio, cuya característica en común es la presencia de hipertensión arterial, 140 mmHg / 90 mmHg o más, acompañada por una sintomatología característica que permite clasificarla según su severidad<sup>6</sup>. Estas mediciones deben confirmarse mediante lecturas repetidas durante varias horas. El aumento de la presión sanguínea ha sido asociado con factores adversos maternos y neonatales, por lo tanto, ambos son importantes<sup>15</sup>.

Estos Trastornos tienen más probabilidad de aparecer en gestantes con las siguientes características<sup>7</sup>: 1. Estar expuestas por vez primera a las vellosidades coriónicas. 2. Estar expuestas a una mayor cantidad de estas vellosidades, por ejemplo: en el embarazo gemelar o en la mola hidatidiforme. 3. Tener trastornos preexistentes, los cuales generan la activación de las células endoteliales o inflamatorias, como diabetes, nefropatía o enfermedad cardiovascular. 4. Presentar una predisposición genética de hipertensión la cual se manifiesta durante la gestación<sup>7</sup>. Las posibles causas de la aparición de estos trastornos se deben a: 1. La placentación con invasión del trofoblasto

anormal de vasos uterinos. 2. Presencia de una intolerancia inmunitaria materna, paterna y fetal. 3. Una inadecuada adaptación de la gestante a las variaciones inflamatorias del embarazo normal. 4. Los genes inducidos predisponentes e influencias epigenéticas<sup>7</sup>. La patogenia de estas entidades se basan en: 1. El Vasoespasmo, que es la constricción vascular periférica que origina una hipoperfusión la cual conduce a hipertensión arterial subsiguiente. 2. La activación de Células endoteliales, la cuales se producen por la disminución de la liberación de sustancias vasodilatadoras, éstas a su vez aumentan las vasopresoras y por ende secreten sustancias que promueven la coagulación. 3. Óxido Nítrico: Potente vasodilatador que mantiene el organismo de la gestantes vasodilatado contribuyendo de esta manera al riego fetoplacentario<sup>7</sup>.

En las etapas iniciales del embarazo los cambios fisiopatológicos aumentan en intensidad y repercuten durante todo el embarazo, haciéndose evidente con la sintomatología que se presenta, poniendo riesgo tanto la vida de la madre como del recién nacido. Las distintas consecuencias maternas de esta patología se dividen en sistemas orgánicos aislados: 1. Aparato Cardiovascular: aumento de la postcarga cardíaca causado por la hipertensión, precarga cardíaca afectada por la hipovolemia y activación endotelial con la subsiguiente extravasación endotelial hacia el extracelular y en grado considerable, hacia los pulmones. 2. Cambios hemáticos: Trombocitopenia y cambios en la coagulación influyendo en el factor VIII. 3. Riñones: Perfusión renal y filtración glomerular reducidas. 4. Hígado: Hemorragia periportal y aumentos asintomáticos de transaminasas hepáticas. 5. Cerebro: Hemorragia intracerebral, cambios visuales y secuelas neurocognitivas a largo plazo. 6. Perfusión Uteroplacentaria: Afectada por el espasmo vascular debido a la los defectos de la invasión trofoblástica y en la placentación. Ésta última es responsable de la restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro y desprendimiento placentario<sup>7</sup>.

Clasificación de los trastornos: Las pautas de la Sociedad Americana de Hipertensión utilizó esta clasificación considerando<sup>5</sup>: 1. Hipertensión gestacional. 2. Síndrome de preeclampsia y eclampsia. 3. Hipertensión arterial crónica. 4. Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica<sup>5,7</sup>. Es importante diferenciar la preeclampsia y la eclampsia respecto de otros trastornos hipertensivos<sup>7</sup>. Esta clasificación refleja la fisiopatología de las condiciones constituyentes, así como los posibles riesgos perinatales. Ésta clasificación ha sido adoptada por numerosos Organismos internacionales, que difieren principalmente en si requieren proteinuria o no para el diagnóstico de preeclampsia<sup>15</sup>.

1. Hipertensión gestacional: se establece cuando se obtiene presión arterial de 140/90 mmHg o más por vez primera luego de las veinte semanas pero en quienes no se identifica proteinuria<sup>7</sup>. Por lo tanto es un marcador importante con respecto al seguimiento y las decisiones de medicina preventiva<sup>5</sup>. Se caracteriza también por ser la hipertensión de primer inicio después de las veinte semanas de gestación sin ninguna característica materna o fetal de preeclampsia, seguida del retorno de la presión sanguínea a normal dentro de los 3 meses posteriores al parto<sup>15</sup>.

2. Preeclampsia – Eclampsia: Patología hipertensiva específica con afectación a múltiples órganos. Usualmente acaece luego de las veinte semanas mayormente cerca del término. La preeclampsia es descrita por la manifestación de hipertensión y la existencia proteinuria: presión arterial sistólica de 140 mm Hg o más, una presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más, o ambas. Es leve hasta que los niveles alcanzan o superan los 160 mm Hg y 110 mm Hg. Para el diagnóstico se requiere al menos dos determinaciones con al menos 4 horas de diferencia, cuando se enfrenta a hipertensión severa, esta se confirma dentro de un tiempo más corto para facilitar la terapia oportuna<sup>5</sup>. La proteinuria de 24 horas es igual o superior a 300 mg en 24 horas o la relación de la proteína medida a creatinina en una

sola orina miccional mide o excede 3.0 mg / dL, denominada relación proteína / creatinina<sup>5</sup>.

La eclampsia es la etapa en donde se encuentran convulsiones y es una de las manifestaciones más severas de la enfermedad. Precedido por cefalea constante e hiperreflexia<sup>5</sup>. Pueden aparecer antes durante y después del trabajo de parto<sup>7</sup>. El diagnóstico de preeclampsia debería conducir a un aumento de la observación y vigilancia que es apropiada para condiciones que pueden simular preeclampsia<sup>15</sup>. Se puede hacer un diagnóstico de preeclampsia cuando surge hipertensión después de las veinte semanas y está acompañado por uno o más de los siguientes signos de afectación<sup>15</sup>: 1. Afectación renal: a. Proteinuria significativa: una proporción proteína / creatinina en la orina  $\geq 30$  mg / mmol. b. Creatinina sérica o plasmática  $> 90$   $\mu$ mol / L. c. Oliguria:  $< 80$  mL / 4 h. 2. Participación hematológica: a. Trombocitopenia  $< 100.000$  /  $\mu$ L. b. Hemólisis: esquistocitos o fragmentos de glóbulos rojos en la película sanguínea, bilirrubina elevada, lactato elevado deshidrogenasa  $> 600$  mUI / l y haptoglobina disminuida. c. Coagulación intravascular diseminada. 3. Participación del hígado: a. Aumento de las transaminasas séricas. b. Dolor severo epigástrico y / o del cuadrante superior derecho. 4. Participación neurológica: a. Convulsiones (eclampsia) b. Hipereflexia con clonus sostenido. c. Dolor de cabeza persistente y nuevo. d. Trastornos visuales persistentes (fotopsias, escotomas, ceguera cortical, reversible posterior síndrome de encefalopatía y vasoespasma retinal) e. Accidente cerebro vascular y 5. Edema pulmonar<sup>15</sup>

3. Hipertensión Hipertensión arterial crónica: Esta categoría incluye la hipertensión esencial, así como la hipertensión secundaria a una gama de condiciones<sup>15</sup>. Las causas secundarias importantes de la hipertensión crónica en el embarazo incluyen: 1. Enfermedad renal crónica. 2. Trastornos Endocrinos. 3. Lupus eritematoso sistémico. 4. Síndrome de Cushing e hiperaldosteronismo primario. 5. Coartación de la aorta. En ausencia de

cualquiera de las condiciones anteriores, es probable que una mujer con presión arterial alta en la primera mitad del embarazo tendrá hipertensión esencial<sup>15</sup>.

4. Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica: En algunas mujeres con hipertensión crónica, su presión arterial aumenta a cifras notablemente anormales, por lo regular después de las 24 semanas<sup>7</sup>. Si la agravación de la preexistente se acompaña de proteinuria de inicio reciente se diagnostica preeclampsia superpuesta. También tiende a ser más grave y muchas veces se acompaña de restricción del crecimiento fetal<sup>5</sup>. En mujeres con proteinuria preexistente, el diagnóstico de preeclampsia superpuesta es a menudo difícil ya que la proteinuria preexistente normalmente aumenta durante el embarazo. En tales mujeres los aumentos sustanciales de proteinuria y la hipertensión deberían levantar sospechas de preeclampsia y, por lo tanto, justificaría una vigilancia más estrecha, pero el diagnóstico no es seguro sin el desarrollo de otras características sistémicas maternas o efectos fetales<sup>15</sup>.

Investigación de la hipertensión de nueva aparición luego de las veinte semanas: Mujer que presente hipertensión nueva luego de las veinte semanas de gestación debe ser evaluada. Inicialmente, la evaluación y la gestión en una unidad de evaluación serán apropiadas si se detectan características de la preeclampsia, indicando el ingreso al hospital. La presencia de hipertensión severa, dolor de cabeza, dolor epigástrico, oliguria, náuseas y vómitos son signos ominosos que deberían conducir a una admisión y gestión urgentes, como cualquier preocupación sobre el bienestar fetal<sup>15</sup>. Las siguientes exámenes deben realizarse en todas las mujeres con hipertensión de nueva aparición: 1. Proporción de Proteínas/Creatinina en Orina. 2. Conteo sanguíneo completo. 3. Creatinina, electrolitos, urea. 4. Pruebas de función hepática. 5. Evaluación ecográfica del crecimiento fetal y Doppler de la arteria umbilical<sup>15</sup>.

Según OMS considera que un recién nacido prematuro es aquel que viene al mundo antes de las 37 semanas de gestación y estima que cada año se da lugar al nacimiento de unos quince millones de niños prematuros<sup>8</sup>. En nuestro medio en el 2014 la prematuridad fue la primera causa de mortalidad neonatal ocupando el 29%<sup>4</sup>. En el 2015 las complicaciones relacionadas con la prematuridad fueron causantes de un millón de defunciones en menores de 5 años<sup>8</sup>. La gran mayoría que sobrevive, sufre de algún tipo de discapacidad de por vida<sup>8</sup>.

La estimación de la edad gestacional resulta elemental para ofrecer una atención dirigida en prever los problemas relacionados a ella, especialmente en los prematuros<sup>18</sup>.

La clasificación más utilizada es la valoración propuesta por Capurro<sup>17</sup>, la cual emplea las siguientes peculiaridades: 1. La formación del pezón. 2. La textura de la piel. 3. La forma de la oreja. 4. El tamaño de la mama. 5. Los surcos plantares. También forman parte de la evaluación 2 neurológicos: 1. El signo de la bufanda y 2. El signo cabeza en gota. Consiste en dos estimaciones: Capurro A (7 parámetros) y Capurro B (5 físicos). La edad gestacional se calcula según la fórmula: Capurro A: Edad gestacional = (puntuación + 200) / 7 y Capurro B: Edad gestacional = (puntuación + 204) / 7<sup>18</sup>. La OMS clasifica a los niños prematuros en subcategorías<sup>8</sup>: 1. Prematuro extremo: Nacido entre las 22 a 27 semanas de gestación. 2. Prematuro intermedio: Nacido entre las 28 a 31 semanas de gestación. 3. Prematuro moderado a tardío. Nacido entre las 32 a 36 semanas de gestación<sup>8</sup>.

La edad materna es un antecedente biodemográfico que adquiere relevancia en el período fértil. La gestación que surge antes de los veinte años y después de los 35 años, está relacionada a un mayor riesgo materno y perinatal, entonces, en menores de 20 años implica un riesgo biológico y social; en mujeres de 35 años o más se relaciona a un aumento del riesgo de presentar

patologías maternas crónicas como la hipertensión en la gestación, que traen como desenlace una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal<sup>19</sup>.

La atención prenatal es la supervisión y evaluación integral de la gestante y el feto de forma periódica, destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal<sup>11</sup>. Los controles prenatales son las visitas programadas en la gestante para vigilar el desarrollo del embarazo y alcanzar una evaluación integral de la gestante y el feto<sup>9</sup>. Según el INMP esta atención es realizada por el profesional de salud y debe iniciarse lo más temprano posible. Se estima como mínimo que una gestante debe recibir seis atenciones prenatales, distribuidas de la forma subsecuente: 1. Dos atenciones antes de las 22 semanas. 2. La tercera atención entre las 22 a 24 semanas. 3. La cuarta atención entre las 27 a 29 semanas. 4. La quinta atención entre las 33 a 35 semanas y 5. La sexta entre las 37 a 40 semanas<sup>11</sup>.

La paridad es la clasificación según el número de hijos vivos o muertos que haya tenido la mujer<sup>9</sup>. Paridad: se define como el número total de partos tanto eutócicos como distócicos del producto de la gestación divididos en vivos o muertos con un peso  $\geq 500$  gramos y una EG  $>$  a 22 semanas. Esta característica se clasifica en: - Nulípara: mujer que no ha pasado por el proceso de parto. - Primípara: mujer que ha pasado por el proceso de parto en una ocasión. - Multípara: mujer que ha pasado por el proceso de parto en dos o más oportunidades. - Gran multípara: mujer que ha pasado por el proceso de parto en cinco o más oportunidades<sup>20</sup>. Se debe tener en cuenta que la gestante nulípara se encuentra en riesgo para el desarrollo de preeclampsia<sup>11</sup>.

## 2.3 HIPÓTESIS

Hipótesis General:

H<sub>I</sub>: Los trastornos hipertensivos del embarazo sí están asociados a la prematuridad en gestantes atendidas del Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

Hipótesis General Nula:

H<sub>0</sub>: Los trastornos hipertensivos del embarazo no están asociados a la prematuridad en gestantes atendidas del Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

Hipótesis Específicas:

1. Sí son la Hipertensión gestacional, la Preeclampsia, la Eclampsia, la Hipertensión arterial crónica y la Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica los tipos de los trastornos hipertensivos del embarazo presentes en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

2. Sí es la Nuliparidad la característica asociada al riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en las gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

3. Sí son los prematuros moderados a tardíos la subcategoría más frecuente en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

## 2.4 VARIABLES

- Variable Independiente:

Trastornos Hipertensivos del Embarazo.

- Variable Dependiente:

Prematuridad.

- Variables Intervinientes:

Edad Materna.

Número de Controles Prenatales.

Paridad

## 2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Hipertensión gestacional: Presión arterial de 140/90 mmHg o más por vez primera después de las veinte semanas de gestación pero en quienes no se identifica proteinuria<sup>10</sup>.

Preeclampsia: Presión arterial de 140/90 mmHg o más y proteinuria de inicio reciente que ocurre después de las 20 semanas de gestación<sup>10</sup>.

Eclampsia: Convulsiones tipo tónico clónicas en una mujer con diagnóstico de preeclampsia y en quien se han descartado otras causas<sup>10</sup>.

Hipertensión arterial crónica: Presión arterial de 140/90 mmHg o más conocida antes de la concepción o detectada antes de las veinte semanas de gestación pero que persiste a las 12 semanas tras el parto<sup>10</sup>.

Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica: Presión Arterial de 140/90 mmHg o más en las primeras 20 semanas, pero sin proteinuria, en quienes

posteriormente aparece proteinuria igual o mayor de 300 mg/dL<sup>10</sup>.

Prematuridad: Según la edad gestacional es el neonato nacido entre las 22 y 37 semanas de gestación<sup>8</sup>.

Edad materna: La edad es un antecedente biodemográfico medido en años cumplidos<sup>19</sup>.

Controles Prenatales: Son las visitas programadas para supervisar el desarrollo del embarazo y obtener una evaluación integral de la gestante y el feto<sup>9</sup>.

Paridad: Es el número total de partos tanto eutócicos como distócicos del producto de la gestación<sup>9</sup>.

Nulípara: Mujer que nunca ha presentado embarazo con resultado de feto viable<sup>9</sup>.

Primípara: Mujer que ha tenido un embarazo con resultado de feto viable<sup>9</sup>.

Multípara: Mujer que ha tenido dos o más embarazos con resultado de fetos viables<sup>9</sup>.

Gran multípara: Mujer que ha tenido cinco o más embarazos con resultado de fetos viables<sup>9</sup>.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 TIPO DE ESTUDIO.**

Analítico, de casos y controles.

### **3.2 ÁREA DE ESTUDIO.**

El área para el siguiente estudio fue:

Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Una gestante hospitalizada para la atención de parto.

### **3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.**

La población de estudio:

Estuvo constituida por el total de 5,499 gestantes hospitalizadas para la atención de parto en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero – Diciembre 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Criterios de Inclusión: (Casos):

1. Pacientes gestantes hospitalizadas para la atención del parto y con diagnóstico de un tipo de los Trastornos hipertensivos del Embarazo durante el periodo comprendido entre 01 de enero del 2017 hasta el 31 de diciembre del 2017.

2. Pacientes gestantes hospitalizadas con edad gestacional al parto mayor de 22 semanas durante el periodo comprendido entre 01 de enero del 2017 hasta el 31 de diciembre del 2017.

3. Pacientes que cuentan con historia perinatal completo para la extracción de datos del recién nacido.

4. Se incluyeron todas las edades.

Criterios de Inclusión: (Controles):

1. Pacientes gestantes hospitalizadas para la atención del parto sin el diagnóstico de un tipo de los trastornos hipertensivos del Embarazo durante el periodo comprendido entre 01 de enero del 2017 hasta el 31 de diciembre del 2017.
2. Pacientes gestantes hospitalizadas con edad gestacional al parto mayor de 22 semanas durante el periodo comprendido entre 01 de enero del 2017 hasta el 31 de diciembre del 2017.
3. Pacientes que cuentan con historia perinatal completo para la extracción de datos del recién nacido.
4. Se incluyeron todas las edades.

#### Criterios de Exclusión (Casos y Controles):

1. Pacientes gestantes hospitalizadas con edad gestacional al parto menor de 22 semanas durante el periodo comprendido entre 01 de enero del 2017 hasta el 31 de diciembre del 2017.
2. Pacientes que cuenten con historia perinatal incompleta.
3. Pacientes con inmunodeficiencias.
4. Pacientes con comorbilidades: endocrinopatías, cardiopatías, nefropatías, neumopatías y hepatopatías.
5. Pacientes fallecidas y/o referidas a otros hospitales.

#### Muestra de estudio:

Estuvo constituida por el total de 280 historias perinatales de gestantes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero – Diciembre 2017 que cumplieron con los criterios de selección; fueron seleccionadas mediante Muestreo no probabilístico por conveniencia la cual comprendió de un listado de 140 casos y otro de 140 controles, posteriormente se escogió en primer

término a los casos y luego en segundo término a los controles y así sucesivamente hasta completar el total de la muestra de 280.

### 3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitó el permiso respectivo para la recolección de datos al Área de Docencia e Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en Enero del 2018. Se recolectó los datos de todas las gestantes que cumplieron con los criterios de selección mediante sus respectivas historias clínicas en el Área de Archivo del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el mes de Enero del 2018 desde donde:

1. Se seleccionó por muestreo no probabilístico y por conveniencia a las gestantes pertenecientes a cada uno de los grupos de estudio.
2. Se recogieron los datos significativos correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaron en la ficha de recolección de datos.
3. Se continuó con el llenado de la ficha de recolección de datos hasta completar el tamaño de muestra en ambos grupos de estudio.
4. Se recogió la información de todas las fichas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos correspondiente para proceder a la realización del análisis estadístico.

### 3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para el diseño de la recolección de la información se utilizó una ficha de recolección de datos que fue validada por un metodólogo, un estadístico y un especialista en ginecología – obstetricia, mediante la cual se logró analizar la información requerida para la investigación ya que reunió con los siguientes requisitos: confiabilidad, validez y objetividad.

### 3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Los registros de datos que fueron consignados en las correspondientes fichas de recolección fueron tabulados en primera instancia en el programa Microsoft Office Excel, posteriormente este documento se exportó al programa estadístico SPSS 23, presentándose en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

Análisis de datos:

Estadística Descriptiva:

Se obtuvo los datos de distribución de frecuencias de las variables cualitativas elaborándose cuadros de doble entrada.

Estadística Analítica:

Para determinar la relación entre variables cualitativas se utilizó pruebas no paramétricas (Chi – cuadrado  $X^2$ ) de independencia de criterios. Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse es menor al 5% ( $p < 0.05$ )

Debido a que es un estudio que evaluó la asociación entre 2 variables a través de un diseño de casos y controles; se obtuvo el Odds Ratio (OR) y se realizó el cálculo del intervalo de confianza al 95%.

DISEÑO DE CASOS Y CONTROLES		PREMATURIDAD	
		SI	NO
TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	SI	a	b
	NO	c	d

$$\text{Odds Ratio} = (a \times d) / (c \times b)$$

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS

**TABLA Nº 1:** Trastornos Hipertensivos del Embarazo como riesgo asociado a Prematuridad en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	PREMATURIDAD		TOTAL
	SI	NO	
SI	68 (49%)	72 (51%)	140
NO	22 (16%)	118 (84%)	140
TOTAL	90	190	280

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos.*

Odds ratio = 5.0657 IC: (2.8847-8.8954)

#### **Interpretación:**

Analizando la tabla Nº1 se observa que la variable Trastornos Hipertensivos del Embarazo expresa causalidad en relación a la Prematuridad, a nivel muestral se traduce que el valor del OR se encuentra en el rango de >1, donde se puede afirmar que esta variable representa asociación con prematuridad en el contexto de riesgo probable.

**TABLA Nº 2:** Pruebas de Chi-cuadrado de los Trastornos Hipertensivos del Embarazo y Prematuridad en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,461	3	0,001
Razón de verosimilitudes	36,956	3	0,001
Asociación lineal por lineal	28,616	1	0,001
N de casos válidos	280		

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos.*

### Interpretación:

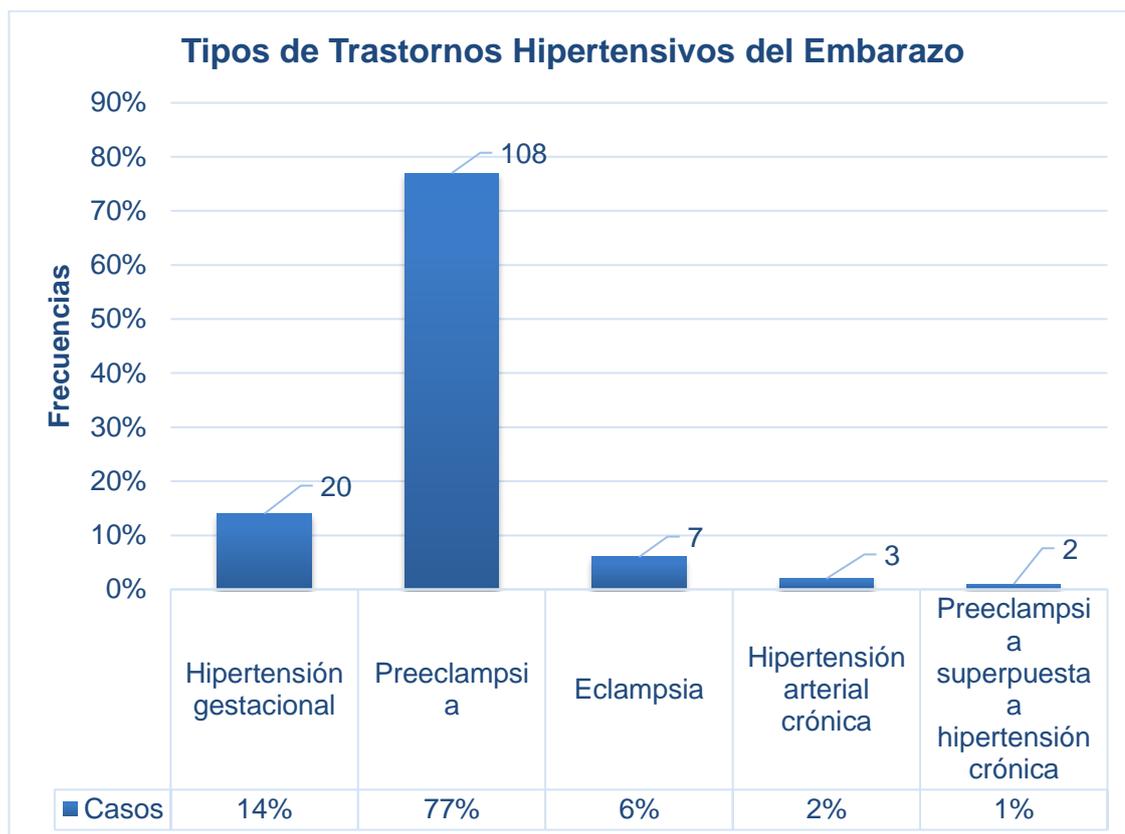
Analizando la tabla N° 2, se observa que dentro del recuento realizado la prueba de asociación Chi –cuadrado de Pearson tiene el valor de 35.461 > 7,8147; la cifra Sig. Asintótica (bilateral) = 0.001,  $p < 0.005$ . Los cuales nos indican que no existe la probabilidad de que se acepte la hipótesis nula. En este cuadro significa el rechazo de la hipótesis nula, es decir, estas variables no son independientes.

**TABLA N° 3:** Tipos de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

		Casos		Controles		Recuento	Porcentaje
		N°	%	N°	%		
Tipo de Trastornos Hipertensivos del Embarazo	Hipertensión gestacional	20	14%	0	0%	20	14%
	Preeclampsia	108	77%	0	0%	108	77%
	Eclampsia	7	6%	0	0%	7	6%
	Hipertensión arterial crónica	3	2%	0	0%	3	2%
	Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica	2	1%	0	0%	2	1%
	Total	140	100%	0	0%	140	100%

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos*

**GRÁFICO N° 1:** Distribución de los Tipos de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes en el periodo Enero - Diciembre 2017



. Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

### Interpretación:

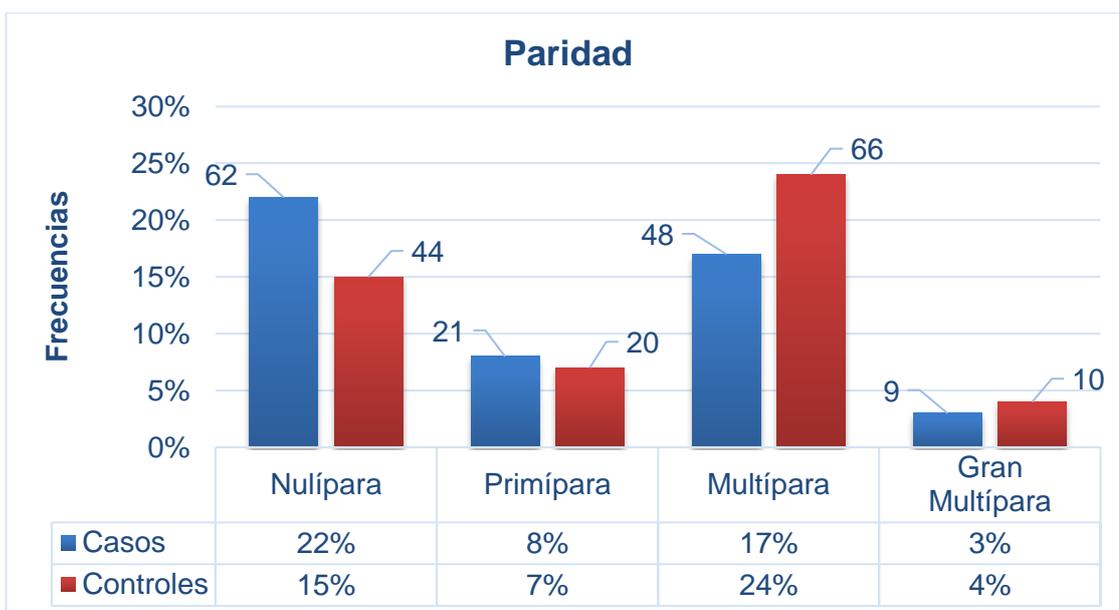
En la tabla N° 3 y gráfico N° 1, se puede observar que del total de las madres gestantes que participaron en el estudio el 50% (140/280) de ellas presentaron Trastornos Hipertensivos del Embarazo, en las cuales se identificó que un 14% (20/140) presentó Hipertensión Gestacional, un 77% (108/140) presentó Preeclampsia, un 6% (7/140) presentó Eclampsia, un 2% (3/140) presentó Hipertensión arterial crónica y un 1% (2/140) presentó Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica.

**TABLA N° 4:** Paridad en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017

	Casos		Controles		Recuento	Porcentaje	Valor de p
	N°	%	N°	%			
Nulípara	62	22%	44	15%	106	37%	0.8229
Primípara	21	8%	20	7%	41	15%	
Paridad Multípara	48	17%	66	24%	114	41%	
Gran Multípara	9	3%	10	4%	19	7%	
Total	140	50%	140	50%	280	100%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

**GRÁFICO N° 2:** Paridad en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

**Interpretación:**

En la tabla N° 4 y en el gráfico N° 2 se puede evidenciar que la mayor población se encuentra en el grupo de Multíparas de las cuales representa el 17% (48/140) la población de casos y el 24% (66/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 41% (114/280) del total de gestantes. La segunda mayor población se encuentra en el grupo de las Nulíparas de las cuales representa el 22% (62/140) la población de casos y el 15% (44/140) la población de controles ocupando ambas poblaciones un 37% (106/280) del total de gestantes. En la población que se encuentra en el grupo de las Primíparas se puede evidenciar que representa el 8% (21/140) la población de casos y el 7% (20/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 15% (41/280) del total de gestantes y por último en la población que se encuentra en el grupo de las Gran Multíparas se puede evidenciar que representa el 3% (9/140) la población de casos y el 4% (100/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 7% (19/280) del total de gestantes. Analizando las diferencias entre ambos grupos (casos – controles) encontramos en la presente investigación que la población de Casos estuvo conformada en su mayoría por gestantes nulíparas representando el 22% del total de gestantes; mientras que en la población de controles estuvo conformada en su mayoría por gestantes multíparas representando el 24% del total de gestantes. Analizando las diferencias entre ambos grupos (expuestos – no expuestos) no presentaron diferencias estadísticamente significativas. Valor de  $p= 0.8229$ .

**TABLA N° 5:** Nuliparidad como riesgo asociado a los trastornos Hipertensivos del embarazo en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

		Categoría de paciente		
		Casos	Controles	Total
Nuliparidad	Si	62 (44%)	44 (31%)	106
	No	78 (56%)	96 (69%)	174
Total		140	140	280

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos.*

OR: 1,7343. IC: (1.0642 - 2.8264)

**Interpretación:**

Analizando la tabla N° 5 se observa que la variable Nuliparidad expresa causalidad en relación a los Trastornos Hipertensivos del Embarazo, a nivel muestral se traduce que el valor del OR se encuentra rango de >1, donde se puede afirmar que esta variable representa un riesgo probable de trastornos hipertensivos del embarazo en el contexto de este análisis.

**TABLA N° 6:** Pruebas de Chi-cuadrado de Nuliparidad y Trastornos Hipertensivos del Embarazo en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

	Valor	gl	Sig.
		Asintótica	(Bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,919	1	0.002
Razón de verosimilitudes	4.937	1	0.002
Asociación lineal por lineal	4.901	1	0.002
N de casos válidos	280		

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos.*

**Interpretación:**

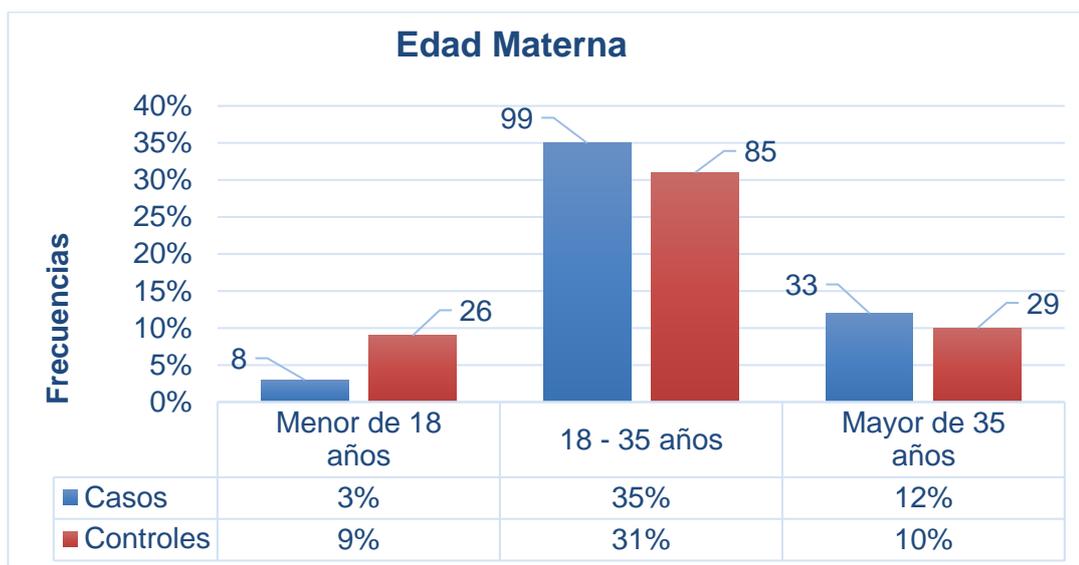
Analizando la tabla N° 6, se observa que dentro del recuento realizado la prueba de asociación Chi –cuadrado de Pearson tiene el valor de 4,919 > 3,8415; la cifra Sig. Asintótica (bilateral) = 0.002,  $p < 0.005$ . Los cuales nos indican que estas variables no son independientes.

**TABLA N° 7:** Edad de las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

		Casos		Controles		Recuento	Porcentaje	Valor de p
		N°	%	N°	%			
Edad Materna	Menor de 18 años	8	3%	26	9%	34	12%	0.9750
	18 - 35 años	99	35%	85	31%	184	66%	
	Mayor de 35 años	33	12%	29	10%	62	22%	
	Total	140	50%	140	50%	280	100%	

*Fuente: Ficha de Recolección de Datos.*

**GRÁFICO N° 3:** Distribución de la edad de las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernal en el periodo Enero - Diciembre 2017.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

### Interpretación:

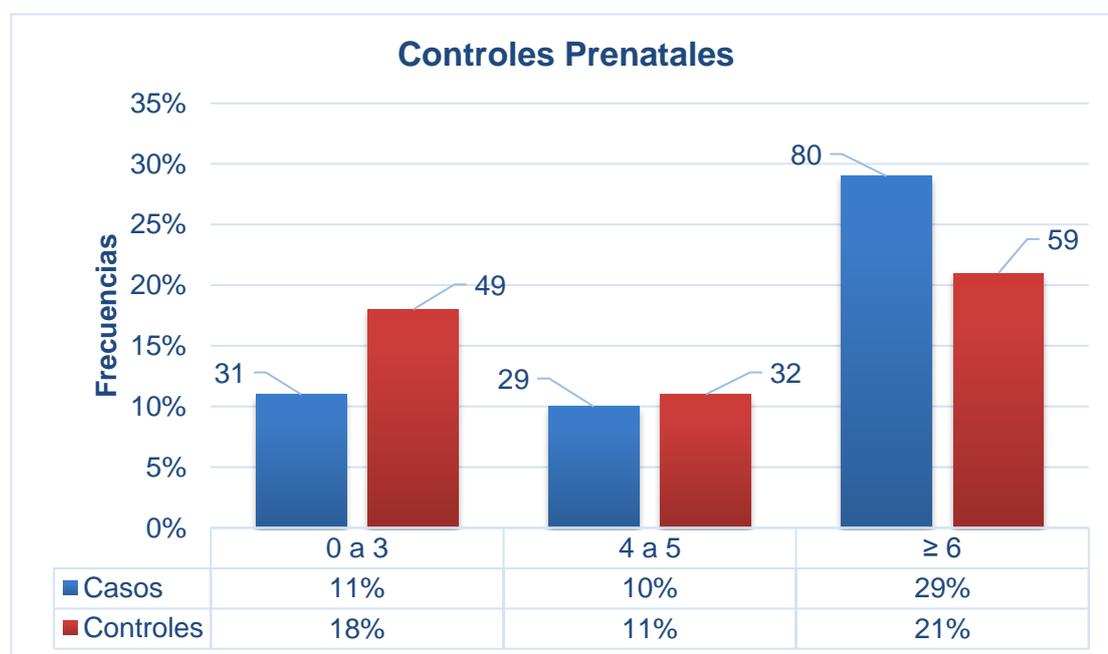
En la tabla N° 7 y gráfico N° 3 se puede evidenciar que la mayor población se encuentra entre la edad de 18 – 35 años (Edad fértil) de las cuales representa el 35% (99/140) la población de casos y el 31% (85/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 66% (184/280) del total de gestantes. La segunda mayor población se encuentra en el rango de mayores de 35 años (Gestante añosa) de las cuales representa el 12% (33/140) la población de casos y el 10% (29/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 22% (62/280) del total de gestantes y por último la población que está en el rango de menores de 18 años (Gestante adolescente) se puede evidenciar que representa el 3% (8/140) la población de casos y el 9% (26/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 12% (34/280) del total de gestantes. Analizando las diferencias entre ambos grupos (casos - controles) no presentaron diferencias estadísticamente significativas. Valor de  $p= 0.9750$ .

**TABLA Nº 8:** Controles prenatales en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

		Casos		Controles		Recuento	Porcentaje	Valor de p
		Nº	%	Nº	%			
Número de controles prenatales	0 a 3	31	11%	49	18%	80	29%	0.8035
	4 a 5	29	10%	32	11%	61	21%	
	≥ 6	80	29%	59	21%	139	50%	
	Total	140	50%	140	50%	280	100%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

**GRÁFICO Nº 4:** Distribución de controles prenatales en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

### Interpretación:

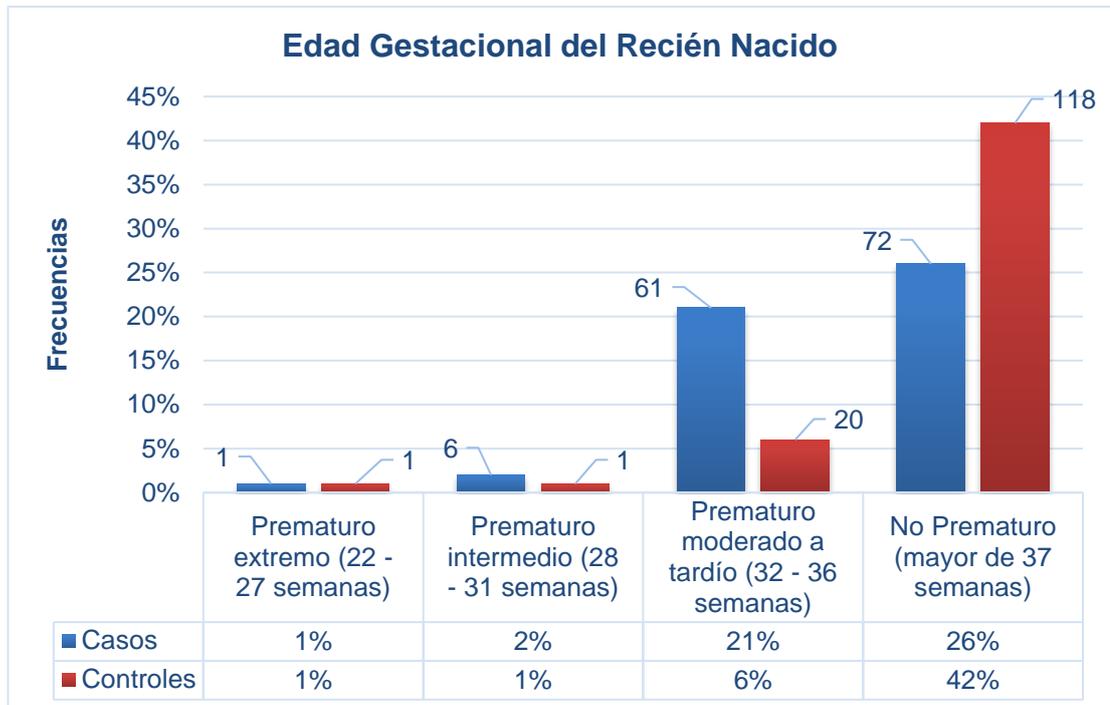
En la tabla N° 8 y gráfico N° 4 se puede evidenciar que la mayor población presentó  $\geq 6$  controles prenatales (Controlada) de las cuales representa el 29% (80/140) la población de casos y el 21% (59/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 50% (139/280) del total de gestantes. La segunda mayor población presentó el rango de 0 a 3 controles prenatales (No controlada) de las cuales representa el 11% (31/140) la población de casos y el 18% (49/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 29% (80/280) del total de gestantes y por último en la población que se encuentra en el rango de 4 a 5 controles prenatales (Controles insuficientes) se puede evidenciar que representa el 10% (29/140) la población de casos y el 11% (32/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 21% (61/280) del total de gestantes. Analizando las diferencias entre ambos grupos (casos - controles) no presentaron diferencias estadísticamente significativas. Valor de  $p = 0.8035$ .

**TABLA N° 9:** Edad gestacional en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

		Casos		Controles		Recuento	Porcentaje	Valor de p
		N°	%	N°	%			
Edad Gestacion al del Recién Nacido	Prematuro extremo (22 - 27 semanas)	1	1%	1	1%	2	2%	0.7813
	Prematuro intermedio (28 - 31 semanas)	6	2%	1	1%	7	3%	
	Prematuro moderado a tardío (32 - 36 semanas)	61	21%	20	6%	81	27%	
	No Prematuro (mayor de 37 semanas)	72	26%	118	42%	190	68%	
	Total	140	50.0%	140	50.0%	280	100%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

**GRÁFICO N° 5:** Edad gestacional en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos.

### Interpretación:

En la tabla N° 9 y en el gráfico N° 5 se puede evidenciar que la mayor población de gestantes obtuvo como producto de la gestación recién nacidos No Prematuros (Mayor de 37 semanas) de los cuales representan el 26% (72/140) la población de casos y el 42% (118/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 68% (190/280) del total de gestantes. La segunda mayor población de gestantes obtuvo como producto de la gestación recién nacidos prematuros entre moderados a tardíos (32 – 36 semanas) los cuales representan el 21% (61/140) la población de casos y el 6% (20/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 27% (81/280) del total de gestantes. En la población de gestantes que obtuvo como producto de la gestación recién nacidos prematuros intermedios (28 – 31 semanas) se

puede evidenciar que representa el 2% (6/140) la población de casos y el 1% (1/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 3% (7/280) del total de gestantes y por último en la población de gestantes que obtuvo como producto de la gestación recién nacidos prematuros extremos (22 – 27 semanas) se puede evidenciar que representa el 1% (1/140) la población de casos y el 1% (1/140) la población de controles, ocupando ambas poblaciones un 2% (2/280) del total de gestantes. Analizando las diferencias entre ambos grupos (casos – controles) encontramos que la mayor población de recién nacidos prematuros (Entre las 22 -36 semanas) se encontró en la población de Casos representando un 24 % mientras que en la población de Controles sólo se halló un 8% de los recién nacidos. Estos resultados fueron hallados y pertenecen al resultado principal de la hipótesis general la cual afirma que los Trastornos Hipertensivos expresan causalidad en relación a la Prematuridad, donde  $OR = 5,0657$ , es decir, existe un mayor riesgo probable de presentar recién nacidos prematuros en comparación a las gestantes sin esta patología.

**TABLA N° 10:** Contingencia entre la Edad Gestacional del Recién Nacido y los tipos de Trastornos Hipertensivos del Embarazo en las gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

		Tipo de Trastornos Hipertensivos del Embarazo											
		Hipertensión gestacional		Preeclampsia		Eclampsia		Hipertensión arterial crónica		Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad Gestacional del Recién Nacido	Prematuro extremo (22 - 27 semanas)	0	0.0%	0	0.0%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.7%
	Prematuro intermedio (28 - 31 semanas)	1	0.7%	4	2.9%	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	6	4.3%
	Prematuro moderado a tardío (32 - 36 semanas)	8	5.7%	48	34.3%	4	2.9%	0	0.0%	1	0.7%	61	43.6%
	No Prematuro (mayor de 37 semanas)	11	7.9%	56	40.0%	1	0.7%	3	2.1%	1	0.7%	72	51.4%
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>14.3%</b>	<b>108</b>	<b>77.1%</b>	<b>7</b>	<b>5.0%</b>	<b>3</b>	<b>2.1%</b>	<b>2</b>	<b>1.4%</b>	<b>140</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

### **Interpretación:**

En la tabla N° 10 se observa que la subcategoría más frecuente encontrada en los recién nacidos de madres con trastornos hipertensivos son los prematuros moderados a tardíos representando un 43.6% (61/140) del total de ellas, de los cuales un 5.7% (8/140) provienen de madres con Hipertensión Gestacional, un 34.3% (48/140) de madres con Preeclampsia, un 0.7% (1/140) de madres con Eclampsia, un 2.1% de madres con Hipertensión arterial crónica y un 0.7% (1/140) de madres con Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica. Los prematuros intermedios representan el 4.3% (6/140), de los cuales un 0.7% (1/140) provienen de madres con Hipertensión Gestacional, un 2.9% (4/140) de madres con Preeclampsia, un 0.7% (1/140) de madres con Eclampsia y un 0 % tanto en las madres con Hipertensión arterial crónica como en las madres con Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica. Los prematuros intermedios representan el 4.3% (6/140), de los cuales un 0.7% (1/140) provienen de madres con Hipertensión Gestacional, un 2.9% (4/140) de madres con Preeclampsia, un 0.7% (1/140) de madres con Eclampsia y un 0 % tanto en las madres con Hipertensión arterial crónica como en las madres con Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica y los prematuros extremos representan sólo el 0.7% (1/140) el cual únicamente proviene de una madre con Eclampsia.

## 4.2 DISCUSIÓN.

Estos Trastornos hipertensivos afectan el 10% de todas las gestantes a nivel mundial<sup>1</sup>. En Latinoamérica esta patología ocupó el 14 % de 77 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos durante el 2013<sup>2</sup>. En el Perú esta patología afectan al 7 – 10 % de la población gestante y que en el 2015 representó el 31 % siendo la segunda causa de muerte materna durante el embarazo<sup>3</sup>. En nuestro medio durante el 2014 la prematuridad fue la primera causa de mortalidad neonatal ocupando el 29%<sup>4</sup>.

Ante esta problemática constante el presente estudio se realizó en base a dos grupos para el respectivo análisis, 140 pacientes con Trastornos Hipertensivos y 140 pacientes sin esta patología en relación a la presencia de Prematuridad; en las cuales se halló que del total de gestantes con estos trastornos tuvieron 68 bebés prematuros mientras que en las gestantes sin esta patología tuvieron sólo 22 bebés prematuros, según estos datos se determinó entonces que la presencia de estos trastornos tienen un 5,0657 de probabilidad para presentar recién nacidos prematuros ( $p=0.001$ ); resultado similar se encontró en el estudio realizado por **Vats K.**<sup>21</sup> donde comparó dos poblaciones divididas en casos y controles, 98 con Trastornos Hipertensivos y 100 sin esta patología donde se concluye que del total de gestantes con ésta patología tuvieron 26 bebés prematuros, mientras que en las gestantes sin ésta patología tuvieron sólo 9 bebés prematuros. Esta diferencia fue encontrada siendo estadísticamente significativa ( $p=0.001$ ).

En la presente investigación se identificaron los tipos de trastornos hipertensivos presentes, el más frecuente de los trastornos hipertensivos fue la Preeclampsia (77%) y que la segunda mayor población presentó Hipertensión Gestacional (14%), resultados similares se pueden encontrar en el estudio realizado por **Jiménez P.**<sup>24</sup> donde su estudio concluye que el 42,2% del total de su población presentó Preeclampsia y un 28,8% presentó

Hipertensión Gestacional. Se hallaron también diferencias en el estudio realizado por **López V.**<sup>27</sup> donde se concluye que el 53.03% del total de su población presentó hipertensión gestacional y un 42.42% presentó Preeclampsia.

Encontramos en la presente investigación que la población de Expuestos estuvo conformada en su mayoría por gestantes nulíparas<sup>9</sup> representando el 22% del total de gestantes; resultados similares se pueden encontrar en el estudio realizado por **Morales B.**<sup>25</sup> donde se evidencia que la paridad en su población con trastornos hipertensivos hubo predominio de las nulíparas con un 34,6 %. En el análisis de **Torres S**<sup>31</sup>, la nuliparidad y la relación entre ambos grupos se evidencia que las embarazadas que fueron nulíparas tuvieron 1.2 veces más probabilidades de tener preeclampsia en comparación con las que tuvieron de uno a más hijos (OR= 1.2; IC 95% 0.60-2.27).

Como se evidencia en el presente estudio, la mayor población de gestantes se encuentra distribuida entre la edad de 18 – 35 años (Edad fértil) las cuales representan 66% del total de gestantes, resultados similares se pueden encontrar en el estudio realizado por **Pasquel D.**<sup>28</sup> donde se evidencia que la población conformada por los casos y controles distribuida entre 20 – 34 años constituyen un 68.75% del total de gestantes, siendo la edad de mayor actividad sexual y reproductiva. Se hallaron también diferencias en el mismo estudio debido a que su segunda mayor población estuvo conformada por la población adolescente la cual constituye un 20.3% y la población de gestantes añosas un 10.9%.

Con respecto a los controles prenatales en un estudio realizado por **Torres S.**<sup>31</sup> se evidenció que del total de gestantes, el grupo de casos en su mayoría presentó de cero a cinco controles prenatales los cuales equivalen a un 38% mientras en el grupo de controles el resultado fue adverso debido a que en su mayoría presentó de 6 a más controles prenatales los cuales equivalen a un

32.5. %. Estos resultados difieren con el presente estudio debido a que el grupo de expuestos en su mayoría presentó de 6 a más controles prenatales los cuales equivalen a un 29%, mientras que en el grupo de no expuestos en su mayoría presentó de 0 a 5 controles prenatales los cuales equivalen a un 29 %.

La edad gestacional en el presente estudio estuvo constituida por la presencia de prematuridad la cual fue dividida en subcategorías y la presencia de no prematuridad<sup>8</sup>; en el estudio de **Torres S.**<sup>31</sup> se encuentran resultados con cifras muy parecidas a la presente investigación y describe que en el grupo de casos se halló lo siguiente: recién nacidos mayores de 37 semanas (29%), recién nacidos entre las 32 y 36 semanas (21%) y menores de 31 semanas (2%), mientras en el grupo de controles se halló recién nacidos mayor de 37 semanas (39%), recién nacidos entre las 32 y 36 semanas(9%) y menores de 31 semanas (2%).

Así mismo en nuestro estudio la presencia de prematuridad y la no prematuridad fue evidenciada según los tipos de Trastornos Hipertensivos donde se observa que la mayor población de recién nacidos fue la categoría de prematuros moderados a tardíos (32 – 36 semanas) representando un 43.6% del total de recién nacidos provenientes de gestantes con esta patología. En un estudio realizado por **Cruz I.**<sup>22</sup> se evidencia que el mayor número de recién nacidos con edad gestacional entre las (34 – 37 semanas) provienen de madres con de Preeclampsia en comparación con aquellas que presentaron eclampsia, está población tuvo recién nacidos entre las (28 y 33 semanas) pero en menor proporción comparada con la Preeclampsia.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES.**

La presente investigación concluye en que los Trastornos Hipertensivos del Embarazo expresan asociación en relación a la Prematuridad, donde se analizó estadísticamente  $OR= 5.0657$ ,  $IC: (2.8847-8.8954)$ , valor  $p < 0.005$  que la gestantes que presentan esta patología tienen un 5,0657 de probabilidad de riesgo en presentar recién nacidos prematuros en comparación a las gestantes sin esta patología.

Los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo hallados en las gestantes fueron: la hipertensión gestacional, la preeclampsia, la eclampsia, la hipertensión arterial crónica y la preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica en las gestantes. La preeclampsia fue la entidad más frecuente en el grupo de casos, representando un 77%, seguido de las pacientes con Hipertensión Gestacional las cuales representaron un 14% de un total de 140 gestantes.

Se encontró también que la población de Casos estuvo conformada en su mayoría por gestantes nulíparas representando el 22% del total de gestantes; mientras que en la población de controles estuvo conformada en su mayoría por gestantes multíparas representando el 24% del total de gestantes. Entonces al analizar la nuliparidad y la relación entre ambos grupos se evidencia estadísticamente que  $OR= 1.7343$ ,  $IC: (1.0642 - 2.8264)$ , valor  $p < 0.005$ . Confirmando que la gestantes nulíparas tienen un 1,7343 de probabilidad de presentar estos trastornos en comparación con las gestantes sin esta característica.

Así mismo se concluye que los prematuros moderados a tardíos son la subcategoría más frecuente en las gestantes con trastornos hipertensivos, representando un 43.6% del total de 140 recién nacidos de madres con esta patología.

## 5.2 RECOMENDACIONES.

Se recomienda capacitar al personal de salud tratante y demás profesionales de salud sobre la repercusión de esta patología en la salud del recién nacido, con el objetivo de que el personal que esté al frente a este problema de salud pública, tenga un mejor desempeño en la detección oportuna evitando de esta forma las complicaciones maternas y fetales.

Implementar a la práctica diaria las nuevas clasificaciones de los trastornos hipertensivos recomendando al personal de salud tratante que un diagnóstico de hipertensión requiere de al menos dos mediciones de presión arterial con al menos 4 horas de diferencia desde el inicio de la gestación y en cada control prenatal programado.

Promover a la población gestante mediante campañas e información la importancia de asistir a todos sus controles prenatales desde los inicios de su gestación impartiendo de este modo la atención prenatal necesaria, destacando primordialmente la información sobre el cuadro clínico de estos trastornos hipertensivos desde un inicio, promover también en el personal de salud tratante brindar mayor énfasis en las gestantes que cursan por primera vez con un embarazo o en las cuales no hayan tenido un parto mayor de las 22 semanas de gestación para así evitar posibles complicaciones a futuro.

Informar de forma oportuna a la gestante que presenta ésta patología la importancia de llevar los controles prenatales según la frecuencia que el personal de salud tratante le indique, indicarle a que siga de forma rigurosa el tratamiento comunicándole de las posibles repercusiones de esta patología entre ellas la presentación de un parto prematuro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Citado en Enero del 2013. Disponible en: [who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335\\_eng.pdf](http://who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf)
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU. Citado en Mayo del 2014. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9552%3A2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552%3A2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es)
3. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. Citado el 2017. Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Pag.6. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos\\_apelacion/anexo2/anexo2-SALUD%20MATERNO%20NEONATAL.pdf](https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-SALUD%20MATERNO%20NEONATAL.pdf)
4. Dirección General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico (Lima). Situación de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal nacional, I semestre año 2015 (SE 26-2015). Pág. 598 – 602. Citado el 2015. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/30.pdf>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2016; 122:1122-1131.
6. Beltrán L, Benavides P, López J, Onatra W. Estados Hipertensivos en el embarazo: Revisión. *Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient.* 2014;17(2):311-323

7. Cunniham G, Keneth I, Leveno, Steven L, John C, Dwight J, Obstetricia de Williams. 24 ed. Mexico: Mac Graw Hill; 2015.p. 728-731.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacimientos prematuros. Citado en Noviembre del 2015. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
9. Alberola V, Codificación en Obtetricia: Asignación de Códigos Con la CIE - 9 - MC y la CIE - 10 – ES; 30-31 Valencia, 2016;303:77-78
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. Washington, D.C.: ACOG; 2013. Citado en Noviembre del 2015. Disponible en:  
<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Hypertension-in-Pregnancy>
11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Citado en Febrero del 2014:69-83.
12. Tranquilli AL, Dekker G, Magee L, Roberts J, Sibai BM, Steyn W, et al. The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. Pregnancy Hypertens. 2014; 4: 97-104.
13. Carputo R. Fisiopatología de la preeclampsia. ¿Es posible prevenirla? Granada 2013. Citado en Mayo del 2013. Disponible en:  
[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/actividad\\_docente](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente)

14. Sánchez E. Simposio Preeclampsia, viejo problema aún no resuelto: conceptos actuales. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Rev Perú Ginecol Obstet. Lima Jul 2015 60(4) 0 p. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000400007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400007&lng=es&nrm=iso).
15. Lowe SA, Bowyer L, Lust, et al. "The SOMANZ Guideline for the Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy". Society of Obstetric medicine of Australia and New Zealand. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2015; 55: 11–16. Disponible en: <https://www.somanz.org/documents/HTPregnancyGuidelineJuly2014.pdf>
16. Barboza J. Sala de partos: Clasificación del Recién Nacido. Red Latinoamericana de Pediatría y Neonatología. 2016; 9: 0 pp.
17. Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcía R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. J Pediatr 1978; 93: 120-2
18. Gómez M, Danglot C, Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatr 2012; 79(1); 32-39 pp.
19. Donoso Enrique, Carvajal Jorge A, Vera Claudio, Poblete José A. Women age as a risk factor for maternal, fetal, neonatal and infant mortality. Rev. méd. Chile. Santiago Feb 2014; 14(2): 168-174. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>
20. Serra, B, Mallafré, J. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus 5ta ed. Barcelona, Citado en España 2014: 3-16. Disponible en: <https://www.redlagrey.com/files/Protocolos.de.Obstetricia.y.Medicina.Perinat>

al.pdf

21. Vats Kritika, Mohini Paul. Study of fetal outcome in hypertensive disorders of pregnancy in a tertiary care maternity hospital of Delhi. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. New Delhi Nov 2016; 5 (11): 3773 – 3777.

Disponible en:

<http://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/333>

22. Cruz Barbosa, I. Maternal and fetal outcome in women with hypertensive disorders of pregnancy: the impact of prenatal care. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease*. São Paulo Jul 2015; 9 (4): 140 – 146.

Disponible en:

<https://doi.org/10.1177/1753944715597622>

23. Claros Benites D, Mendoza Tascón LA. Impacto de los trastornos hipertensivos, la diabetes y la obesidad materna sobre el peso, la edad gestacional al nacer y la mortalidad neonatal. *Rev. chil. obstet. ginecol*. Santiago dic. 2016; 81: 480-488.

24. Jiménez PT. Factores de riesgo y complicaciones materno fetales según el tipo de trastorno hipertensivo en el embarazo en pacientes atendidas en el Hospital General Isidro Ayora de Loja. Tesis. Loja, Ecuador. Universidad Nacional de Loja, 2017.80 pp.

25. Morales GB, Moya TC, Blanco BN, Moya AN, Moya AA, Moya TR. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (2015-2016). *Rev. Cub. Obst. Ginecol*. Villa Clara Ene. 2017; 43(2): 0 p. Disponible en:

<http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/207>

26. Delance RK. Caracterización de la hipertensión inducida por el embarazo en el hospital gineco-obstétrico Fe del Valle Ramos. Rev. Med. Granma. Nov – dic. 2017; 21: 875-889.
27. López VV. Prevalencia de Trastornos Hipertensivos en gestantes hospitalizadas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo enero - diciembre del 2015. Tesis. Lima, Perú. Universidad Ricardo Palma, 2016. 45 pp.
28. Pasquel SD. Factores de riesgo asociados a enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. Hospital Regional de Loreto Enero - Diciembre 2015. Tesis. Loreto, Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 2016. 69 pp.
29. Inchaústegui LN. Factores de riesgo y resultados perinatales en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional de Loreto entre Enero a Diciembre del 2014. Tesis. Loreto, Perú. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, 2015. 129 pp.
30. Tuesta MH. Estudio de factores asociados a Preeclampsia y su relación con Hipertensión Postparto. Tesis. Trujillo, Perú. Universidad Privada Antenor Orrego, 2017. 43 pp.
31. Torres RS. Factores de riesgo para preeclampsia en un hospital de la amazonia peruana. CASUS. Loreto Dic 2016; 1(1): 18-26.

# ANEXOS

**ANEXO N° 1:** Operacionalización de Variables.

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2017

50

VARIABLE INDEPENDIENTE : TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Presión Arterial igual o mayor a 140/90 mmHg. en gestantes.	2	Nominal	_____	Ficha de Recolección de Datos.	20 %

VARIABLE INDEPENDIENTE : PREMATURIDAD					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Edad gestacional del Recién Nacido entre las 22 y 37 semanas de gestación.	3	Nominal	_____	Ficha de Recolección de Datos	20%

VARIABLES INTERVINIENTES : EDAD					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Número de años cumplidos.	1	Ordinal	_____	Ficha de Recolección de Datos	20%

VARIABLE INTERVINIENTES: CONTROLES PRENATALES					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Número total de controles gestacionales.	4	Nominal	_____	Ficha de Recolección de Datos	20%

VARIABLES INTERVINIENTES : Paridad					
INDICADORES	N° DE ITEMS	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIA	INSTRUMENTO	% DE ITEMS
Número de gestaciones previas.	5	Ordinal		Ficha de Recolección de Datos	20%
TOTAL:					100%

**ANEXO N° 2:** Instrumento.

Presentación: La presente Ficha de Recolección de datos tiene como objetivo Determinar si los trastornos hipertensivos del embarazo se asocian a la prematuridad en gestantes atendidas del Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.

Instrucciones: La ficha de recolección de datos es de carácter confidencial, ya que solo se tomarán los datos de Fecha de Ingreso al Hospital Nacional Sergio E. Bernales y se le asignará a cada una un código para la identificación y el orden de las mismas. Se marcará una “x” en el espacio correspondiente según los hallazgos encontrados en las Historias Clínicas.

Fecha de Ingreso al Hospital Nacional Sergio E. Bernales: \_\_\_\_\_

N° de código: \_\_\_\_\_

Número de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Casos ( )

Controles ( )

1. Edad Materna:

- Menor de 18 años ( )
- 18 - 35 años ( )
- Mayor de 35 años ( )

2. Presencia de Trastornos Hipertensivos del Embarazo:

Sí ( )

No ( )

- Hipertensión gestacional ( )
- Preeclampsia. ( )
- Eclampsia. ( )
- Hipertensión arterial crónica ( )
- Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica ( )

3. Edad Gestacional del Recién Nacido:

- Prematuro extremo (22 - 27 semanas) ( )
- Prematuro intermedio (28 - 31 semanas) ( )
- Prematuro moderado a tardío (32 - 36 semanas) ( )
- No Prematuro (mayor de 37 semanas) ( )

4. Número de controles prenatales:

- 0 a 3 ( )
- 4 a 5 ( )
- $\geq 6$  ( )

5. Paridad.

- Nulípara ( )
- Primípara ( )
- Multípara ( )
- Gran Multípara ( )

### ANEXO N° 3: Validez del Instrumento – Consulta de expertos.

#### INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

##### I. DATOS GENERALES.

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Leidy Brann Suarez*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente UPB SB*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadística
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Gloria Tamayo Tamayo.

##### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					86%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					88%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los trastornos hipertensivos del embarazo y prematuridad.					82%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					88%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la asociación de los trastornos hipertensivos del embarazo y prematuridad.					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					87%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					86%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica, observacional de casos y controles					86%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

06.8%

Lugar y Fecha: Lima, \_\_\_ Enero de 2018

  
Dra. Leny Bravo Luna  
Médico Cirujano  
C.M.P. 44500

Firma del Experto Informante  
D.N.I N° ..... 40200088  
Teléfono ..... 994613409

## INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

### I. DATOS GENERALES.

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Cerna Cornelio Miguel Ansel*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Hospital Sergio Bernales Medicina Andina 60.*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadística
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Gloria Tamayo Tamayo.

### II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					84%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					82%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los trastornos hipertensivos del embarazo y prematuridad.					84%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					85%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					88%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la asociación de los trastornos hipertensivos del embarazo y prematuridad.					89%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					89%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					88%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica, observacional de casos y controles					92%

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

86.7%

Lugar y Fecha: Lima, 18 Enero de 2018

Dr. Miguel Ángel Cerna Cornelio  
C.M.P. 44481 D.O.M. 24073  
Ginecología y Obstetricia

Firma del Experto Informante  
D.N.I. N° 1044027  
Teléfono 942448124

**INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO**

**I. DATOS GENERALES.**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *BAZAN RODRIGUEZ ELSI*
- 1.2 Cargo e institución donde labora: *Docente URSIB.*
- 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadística
- 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Gloria Tamayo Tamayo.

**II.- ASPECTOS DE VALIDACION:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 – 40%	Buena 41 – 60%	Muy Buena 61 – 80%	Excelente 81 – 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					<i>85%</i>
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					<i>85%</i>
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre los trastornos hipertensivos del embarazo y prematuridad.					<i>85%</i>
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					<i>87%</i>
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					<i>87%</i>
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la asociación de los trastornos hipertensivos del embarazo y prematuridad.					<i>87%</i>
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					<i>88%</i>
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					<i>87%</i>
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica, observacional de casos y controles					<i>90%</i>

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable ..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

86.4%

Lugar y Fecha: Lima, 30 Enero de 2018

  
Lc. ELSI NOEMI BAZÁN RODRIGUEZ  
COESPE 444  
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERU

Firma del Experto Informante  
D.N.I N° 19.20.99.83  
Teléfono 977.414.879

**ANEXO N° 4:** Matriz de Consistencia.

**TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2017**

69

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES E INDICADORES</b>
<p><b>General:</b></p> <p>PG: ¿Cuál es la asociación entre los trastornos hipertensivos del embarazo y la prematuridad en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017?</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>PE 1: ¿Cuáles son los tipos de trastornos hipertensivos del embarazo presentes en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre</p>	<p><b>General:</b></p> <p>OG: Determinar si los trastornos hipertensivos del embarazo se asocian a la prematuridad en gestantes atendidas del Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.</p> <p><b>Específicos:</b></p> <p>OE 1: Identificar los tipos de los trastornos hipertensivos del embarazo presentes en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero -</p>	<p><b>General:</b></p> <p>HE1: Los trastornos hipertensivos del embarazo sí están asociados a la prematuridad en gestantes atendidas del Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.</p> <p><b>Específicas:</b></p> <p>HE 1: Sí son la Hipertensión gestacional, la Preeclampsia, la Eclampsia, la Hipertensión arterial crónica y la Preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica</p>	<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>Trastornos hipertensivos del embarazo</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <p>-Hipertensión Arterial en el embarazo.</p> <p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p>Prematuridad</p> <p><b>Indicadores:-</b></p> <p>Edad gestacional &lt;37 sem</p> <p><b>Variables</b></p>

<p>2017?</p> <p>PE 2: ¿Cuál es la característica asociada al riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en las gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es la subcategoría de prematuros más frecuente en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017?</p>	<p>Diciembre 2017.</p> <p>OE 2: Determinar la característica asociada al riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en las gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017</p> <p>OE 3: Identificar la subcategoría de prematuros más frecuente en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.</p>	<p>los tipos de los trastornos hipertensivos del embarazo presentes en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.</p> <p>H2: Sí es la Nuliparidad la característica asociada al riesgo de trastornos hipertensivos del embarazo en las gestantes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.</p> <p>H 3: Sí son los prematuros</p>	<p><b>Intervinientes:</b>  Edad Materna  Número de  Controles  Prenatales.  Paridad</p>
---	---	--	---

		<p>moderados a tardíos la subcategoría más frecuente en las gestantes diagnosticadas que fueron atendidas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero - Diciembre 2017.</p>	
Diseño metodológico		Población y Muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>- Nivel: Investigación analítica.</p> <p>- Tipo de Investigación: El tipo de estudio empleado fue analítico, de casos y controles.</p> <p>- Alcance: Actualizar la información sobre la repercusión de los trastornos hipertensivos del embarazo en los resultados perinatales.</p> <p>- Diseño: No experimental, observacional, evaluación de variables. Extraídos de la Ficha de Recolección de</p>		<p><b>Población:</b> N = 280</p> <p><b>Muestra:</b> Estuvo constituida por el total de 280 historias perinatales de gestantes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología – Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo Enero – Diciembre 2017 que cumplieron con los criterios de selección; fueron seleccionadas mediante Muestreo no probabilístico por conveniencia la cual comprendió de un listado de 140 casos y otro de 140 controles, posteriormente se escogió en primer</p>	<p><b>Técnica:</b> Se solicitó el permiso respectivo para la recolección de datos al Área de Docencia e Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en Enero del 2018. Se recolectó los datos de todas las gestantes que cumplieron con los criterios de selección mediante sus respectivas historias clínicas en el Área de Archivo del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el mes de Enero del 2018 desde donde:</p>

Datos.	término a los casos y luego en segundo término a los controles y así sucesivamente hasta completar el total de la muestra de 280.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se seleccionó por muestreo no probabilístico y por conveniencia a las gestantes pertenecientes a cada uno de los grupos de estudio.</li><li>2. Se recogieron los datos significativos correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaron en la ficha de recolección de datos.</li><li>3. Se continuó con el llenado de la ficha de recolección de datos hasta completar el tamaño de muestra en ambos grupos de estudio.</li><li>4. Se recogió la información de todas las fichas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos correspondiente para proceder a la realización del análisis estadístico.</li></ol> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Ficha de Recolección de Datos</p>
--------	---	--

## ANEXO N° 5: Autorización del Hospital.

Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional

SUMILLA: Solicito autorización para la obtención de datos del Área de Archivo para la revisión de Historias Clínicas.

Señor Doctor.

Oscar Otoya Petit.

Jefe del Servicio de Docencia e Investigación del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Presente

De mi consideración

Yo, GLORIA TAMAYO TAMAYO con el DNI: 47549154, egresada del Internado de Medicina de la UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA, domiciliada en Calle Las Acacias 134, Vipol – Callao, ante Ud. me presento y expongo lo siguiente:

Que, por intermedio de la presente, hago de su conocimiento mi solicitud de autorización para la obtención de datos del Área de Archivo para la revisión de las historias clínicas del Servicio de Ginecología – Obstetricia correspondiente al año 2017 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, para la realización de mi tesis para obtener el título profesional de Médico Cirujano.

Agradeciéndole anticipadamente la gentil atención que le brinde a la presente. Me despido de Ud. no sin antes desearle éxitos en su ardua gestión.

Comas, 15 de enero del 2018



  
Gloria Tamayo Tamayo  
DNI N° 47549154