

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD DE LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR
CAJAMARCA-2022**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Bach. Enf. ITALA ELIZABETH, DÍAZ SILVA

ASESORA:

Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA

CAJAMARCA- PERÚ

2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS Y CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD DE LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR
CAJAMARCA-2022**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Bach. Enf. ITALA ELIZABETH, DÍAZ SILVA

ASESORA:

Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA

CAJAMARCA- PERÚ

2023

COPYRIGHT© 2023 by
Itala Elizabeth, Díaz Silva
Todos los Derechos Reservados

Díaz, I. 2022. **Enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022** / Itala Elizabeth Díaz Silva. 74 páginas.

Asesora: Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva.
Docente Principal de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Disertación académica en Licenciatura en Enfermería – UNC, 2023.

Anexo 2

Universidad Nacional de Cajamarca
Facultad de Ciencias de la Salud

Acta de sustentación de tesis virtual, basado en el Reglamento de sustentación de tesis virtuales Resolución 944-2020 artículo 8

Siendo las 4:00 pm del día 16 de febrero del año 2023, se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: Enfermedades hipertensivas y Características Socioepidemiológicas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca 2022 presentada por el(la) Bachiller en: Enfermería
Nombres y Apellidos: Itala Elizabeth Díaz Silva

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidente MCS. Flor violeta Rafael Saldana
Secretario MCS. Tulin Patricia Cabrera Guerra
Vocal MCS Ruth Natividad Villanueva Cotrina
Asesor Dra. Mercedes Mercedes Bardales Silva

Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

El(la) tesista ha obtenido el siguiente calificativo: letras Distante números (17)

Siendo las 5:30 pm. del día 16 mes febrero del año 2023 se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.

Presidente

Apellidos y nombres:

Rafael Saldana Flor Violeta

Secretario

Apellidos y nombres:

Cabrera Guerra Tulin Patricia

Vocal

Apellidos y nombres:

Villanueva Cotrina Ruth Natividad

Asesor

Apellidos y nombres:

Bardales Silva Mercedes Mercedes

Tesista

Apellidos y nombres:

Diaz Silva Itala Elizabeth

DEDICATORIA

Se dedica este trabajo con todo el amor y el cariño a mis amados padres, Ever Díaz Díaz e Idólida Silva Fernández, y a mi querido tío William Hernán Silva Díaz, por todo el esfuerzo, dedicación y apoyo incondicional en todas las etapas de mi vida y en particular, en este logro profesional. Gracias por inculcarme el amor y servicio hacia los demás, por afianzar el compromiso y la perseverancia en el logro de mis metas.

AGRADECIMIENTO

A mi amado Dios, por su infinito amor y ser la luz que ilumina mi vida, por darme salud, protección y las fuerzas para concretar mis sueños, hoy y siempre.

A mis padres y amigos, con los cuales compartí muchos momentos felices y de aprendizajes, que ayudaron en mi formación personal y profesional, gracias por sus consejos y ánimos en la culminación de la presente tesis.

A mis docentes por compartir sus conocimientos, según su especialidad, por la motivación en la culminación de mis estudios académicos. A mi asesora, la Dra. Mercedes Bardales Silva, por aceptar y guiar mi investigación, sus aportes conllevaron a culminar con éxito la presente tesis.

Así mismo, se agradece al personal de salud del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca, por el apoyo y facilidades en el desarrollo de la presente investigación

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|------|
| DEDICATORIA | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| ÍNDICE DE CONTENIDO | iv |
| LISTA DE TABLAS | v |
| LISTA DE ANEXOS | vi |
| RESUMEN | vii |
| ABSTRACT | viii |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | 1 |
| 1.1. Definición y Delimitación del Problema de Investigación | 1 |
| 1.2. Justificación del Estudio | 4 |
| 1.3. Objetivos: General y Específicos | 5 |
| CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO | 6 |
| 2.1. Antecedentes del Estudio | 6 |
| 2.2. Bases Teóricas | 13 |
| 2.3. Hipótesis | 25 |
| 2.4. Variables del Estudio | 25 |
| CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO | 28 |
| 3.1. Diseño y Tipo de Estudio | 28 |
| 3.2. Población de Estudio | 28 |
| 3.3. Criterio de Inclusión y Exclusión | 28 |
| 3.4. Unidad de Análisis | 29 |
| 3.5. Marco Muestral | 29 |
| 3.6. Muestra | 29 |
| 3.7. Procedimiento de Muestreo | 29 |
| 3.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 30 |
| 3.9. Procesamiento y Análisis de Datos | 32 |
| 3.10. Consideraciones Éticas | 32 |
| CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN | 34 |
| CONCLUSIONES | 48 |
| RECOMENDACIONES | 49 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 50 |
| ANEXOS | 55 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Enfermedades hipertensivas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022. | 34 |
| Tabla 2. Características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar – 2022. | 37 |
| Tabla 3. Relación entre la Hipertensión arterial crónica sobreagregada y las características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022 | 41 |
| Tabla 4. Relación entre la Preeclampsia y las características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022 | 43 |
| Tabla 5. Relación entre la Hipertensión gestacional transitoria y las características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022 | 46 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Instrumento de recolección de datos | 55 |
| Anexo 2. Matriz de consistencia | 57 |
| Anexo 3. Análisis de confiabilidad de la escala sobre enfermedades hipertensivas | 58 |
| Anexo 4. Relación entre patologías y características sociodemográficas de la gestante | 59 |

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo: Establecer la relación entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022. Metodología: Estudio de enfoque cuantitativo, correlacional de corte transversal, diseño no experimental y retrospectivo. Con una muestra de 166 gestantes. Se procesó estadísticamente en el programa SPSS V°25 y para contrastar la hipótesis se utilizó la prueba de Chi Cuadrado. Resultados: el 63,3% de las gestantes del estudio presento una edad que oscilaba entre los 21 y 35 años, el 51,2% tuvo un grado de instrucción secundaria, el 54,2% procedía de zona rural, el 62,7% contaba con control prenatal igual o mayor a 6 controles, el 44,6% eran multíparas, el 54,8% presentaba un período intergenésico igual o mayor de 2 años, el 63,9% presento una edad gestacional de 37 a 42 semanas (siendo el promedio de 37 a 38 semanas), y el 72,3% no manifestaba antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo. Asimismo, el 14,4% de las gestantes del estudio presentó preeclampsia, el 12% hipertensión gestacional, y el 0,6% presentó hipertensión arterial crónica sobreagregada. Al contrastar la hipótesis, se estableció que existe relación entre la preeclampsia y antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0,007$), en las demás variables del estudio no se encontró relación. Se concluye que sólo existe relación entre preeclampsia y antecedente hipertensivo de embarazo; y no existe relación entre las demás enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

Palabras claves: Enfermedad hipertensiva del embarazo, características sociodemográficas y salud.

ABSTRACT

The objective of the research was to: Establish the relationship between hypertensive diseases and sociodemographic and health characteristics of pregnant women treated at the Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022. Methodology: Study with a quantitative, correlational, cross-sectional approach, non-experimental and retrospective design. With a sample of 166 pregnant women. It was statistically processed in the SPSS V°25 program and the Chi Square test was used to test the hypothesis. Results: 63.3% of the pregnant women in the study had an age ranging between 21 and 35 years, 51.2% had a secondary education degree, 54.2% came from rural areas, 62.7 % had prenatal control equal to or greater than 6 controls, 44.6% were multiparous, 54.8% had an intergenic period equal to or greater than 2 years, 63.9% had a gestational age of 37 to 42 weeks (with the average being 37 to 38 weeks), and 72.3% had no history of hypertensive disease during pregnancy. Likewise, 14.4% of the pregnant women in the study presented preeclampsia, 12% gestational hypertension, and 0.6% presented superaggregated chronic arterial hypertension. When contrasting the hypothesis, it was established that there is a relationship between preeclampsia and a history of hypertensive disease of pregnancy ($p=0.007$), in the other variables of the study no relationship was found. It is concluded that there is only a relationship between preeclampsia and a history of hypertensive pregnancy; and there is no relationship between the other hypertensive diseases and the sociodemographic and health characteristics of the pregnant women treated at the Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

Keywords: Hypertensive disease of pregnancy, sociodemographic characteristics and health.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades hipertensivas durante el embarazo son problemas muy frecuentes que llegan a complicar del 10 a 15% de los embarazos, se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación y constituyen un importante problema de salud pública, siendo considerados la primera causa de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo (1).

En nuestro país, los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las primeras causas de muerte materna (21,9%), y la Región Cajamarca no es ajena a esta realidad, siendo una de las regiones que más han reportado muertes maternas por hipertensión inducidas por la gestación a nivel nacional, que ascienden hasta el 30% de muertes maternas en menores de 19 años. Esta problemática es multisistémica, de causa aún desconocida, pero se suele asociar a un inadecuado control prenatal, problemas de accesibilidad a los servicios de salud, retraso en la identificación y tratamiento a gestantes en riesgo, factores demográficos y sociales, así mismo antecedente familiar (2,3).

Las complicaciones causadas por las enfermedades hipertensivas inducidas por el embarazo tienen gran impacto negativo en la salud materna perinatal, con un origen aún desconocido, pueden ser tan graves llegando a incitar discapacidad crónica (hipertensión arterial crónica, insuficiencia renal crónica y probablemente alteración metabólica y neurológica) y muerte de las madres, los fetos y los recién nacidos; si bien es cierto no se conoce la causa directa de por qué una gestante desarrolla la enfermedad, pero sí se ha visto que se asocia a un gran número de factores sociodemográficos y de salud, como es la edad, grado de instrucción y la procedencia de la madre; así como también, el número de controles prenatales, la paridad, el antecedente de enfermedad hipertensiva en previo embarazo entre otros, juegan un rol trascendente en cuanto al desarrollo y evolución de componentes que predispongan el padecimiento de dichas patologías (1).

Es relevante mencionar, que las características sociodemográficas y de salud y su relación con las enfermedades hipertensivas del embarazo es uno de los componentes más importantes en la problemática presentada, pues a mayores y mejores factores protectores

sociales, demográficos y de salud, mejores medidas de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento (4,5).

Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue establecer la relación entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022, con el propósito de aportar datos confiables y actualizados, que sirvan como base útil sobre el tema para investigaciones o comparaciones posteriores; A la vez, que se aporta con propuestas de prevención a la problemática presentada. Está estructurado en cuatro capítulos:

Capítulo I: El problema de investigación, que contiene la definición y delimitación del problema, que incluye planteamiento del problema, formulación del problema de investigación, así mismo contiene la justificación del estudio y objetivos general y específicos.

Capítulo II: Marco Teórico, donde se aborda los antecedentes del estudio, las bases teóricas y marco conceptual, hipótesis, variables del estudio y la matriz de operacionalización de variables.

Capítulo III: Diseño metodológico, se presenta el diseño y tipo de estudio, población de estudio, criterios de inclusión y exclusión, unidad de análisis, marco muestral y muestra, procedimiento de muestreo, técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, procesamiento y análisis de datos y por último las consideraciones éticas.

Capítulo IV: Resultados y discusión, encontramos los resultados y la discusión de los mismos, finalmente las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y Delimitación del Problema de Investigación

Las enfermedades hipertensivas durante el embarazo son problemas muy frecuentes que llegan a complicar del 10 a 15% de los embarazos, se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación y constituyen un importante problema de salud pública, siendo considerados la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo Cabe mencionar, que las enfermedades hipertensivas se definen como complicaciones muy frecuentes consideradas causa importante de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal (1).

A escala mundial, cada año, los desórdenes hipertensivos durante el embarazo representan 50,000 muertes maternas y 900,000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y de que los hijos puedan padecer hipertensión arterial (HTA) en edades tempranas, así como síndrome metabólico (6).

En Latinoamérica y el Caribe en el 2016. la preeclampsia (enfermedad hipertensiva) fue la causante de 25,7 % de las muertes maternas y en las últimas dos décadas se ha producido un aumento de su incidencia en 25%; así mismo se considera que mujeres que padecen trastornos hipertensivos durante el embarazo, cerca de 50 a 100 de ellas desarrollarán secuelas y una fallecerá (6). Asimismo, en un estudio multicéntrico sobre morbilidad materna extrema realizado en 16 hospitales de Centroamérica, se demostró que la principal causa de morbilidad severa es la enfermedad hipertensiva. En este estudio el 45% fueron secundarios a trastornos hipertensivos (7).

En el Perú, esta situación es alarmante, así durante el año 2017, las causas más frecuentes de mortalidad materna, fueron las hemorragias (21,9 %), los trastornos hipertensivos (15.6 %), el aborto (10.9 %). Para el año 2018, los departamentos de Lima,

Cajamarca, Ucayali, Piura, Loreto y Amazonas (6), notificaron hasta el 60% de muertes maternas en ≤ 19 años, según procedencia (2).

A nivel nacional, los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las causas principales de muerte materna, así ya en 2012 las principales causas directas fueron: hemorragias (40.2%) y trastornos hipertensivos del embarazo, parto y puerperio (32%) (8). En el año 2019, las enfermedades hipertensivas continuaban siendo una de las causas más frecuentes de muerte maternas y de salud para el feto (9), y para el año 2020 causaron 439 muertes maternas, un 45,4% más que en el (3).

Esta realidad tan alarmante no es diferente para la región Cajamarca, que es una de las regiones que más ha reportado muertes maternas por hemorragias e hipertensión inducidas por la gestación a nivel nacional, desde hace varios años (3, 10); que al 2020 representaron el 40%, y a junio del 2021 representaron el 30% (3). Estos datos, permiten confirmar que las enfermedades hipertensivas en la gestante son un problema de salud pública frecuente, que, a pesar de las diversas intervenciones públicas, el reto para revertirlo, continúa. Quizás, porque se ha afrontado más desde aspectos clínicos y epidemiológicos, que, desde el conjunto de los determinantes sociales de la salud, como la biología humana, el ambiente socio-económico y educativo, los estilos de vida y los servicios de salud (11).

Entre los determinantes sociales más importantes, se puede analizar las características sociodemográficas y de salud, que viene a hacer el conjunto de las principales características demográficas propias del individuo como la edad y el sexo; así como las características asociadas al ambiente educativo, lugar de residencia y las de salud propiamente de la gestante: controles prenatales, antecedentes de hipertensión, otras. La edad materna menor de 20 y mayor de 35 años, nulíparas, primíparas, de zona rural, tener historia personal y familiar de trastornos en embarazos anteriores, escolaridad, número de controles prenatales entre otros son los factores de riesgo más conocidos (12,13). No obstante, no se ha encontrado estudios recientes, menos estadísticas oficiales sobre la relación entre enfermedades hipertensivas y las principales características demográficas, sociales y de salud de la gestante en la región.

Es importante pues analizar la relación entre estas variables, con ello podremos conocer su evolución y con mayor precisión describir intervenciones en los factores sociales y de salud, factores que son susceptibles de ser modificados; de esta manera prevenir y reducir el daño que causan las enfermedades hipertensivas durante el embarazo en Cajamarca. El Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca, no es indiferente a esta situación, más aún que se centra en la atención materno perinatal, pudiendo observarse que muchas gestantes ingresan a emergencias por presentar complicaciones relacionadas a trastornos hipertensivos, especialmente preeclampsia y eclampsia.

A partir de lo observado en este establecimiento de salud en el día a día, de las medidas promocionales preventivas poco eficaces y las altas tasas de muertes maternas perinatales inducidas por trastornos hipertensivos en la región Cajamarca, es que se toma interés en investigar la relación que pudiera existir entre la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y las características sociodemográficas y de salud de la gestante atendida en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca, durante el periodo abril – junio de 2022. Esperando que los resultados permitan una mejora o cambio en las intervenciones por parte del personal de salud, así contribuir a mejorar la calidad de vida de las gestantes.

En razón de lo antes expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022?

1.2. Justificación del Estudio

Actualmente uno de los problemas que más afecta a la gestante es la concurrente presencia de enfermedades hipertensivas, complicando el proceso normal de la gestación, generando un gran impacto negativo, llegando muchas veces a la morbimortalidad materna y perinatal. En la región Cajamarca, en el año 2016, las enfermedades hipertensivas en el embarazo representaban un 21,5% (10), cifras alarmantes que generan un gran impacto en la madre, el feto o recién nacido, la familia y la sociedad.

Los profesionales de la salud tendrán mayores datos actualizados sobre la problemática presentada, que servirán para proponer planes de intervención con las gestantes, sus familias y de forma intersectorial en el distrito de Cajamarca, y por ende contribuir con estrategias preventivo promocionales en salud a la gestante, en particular la prevención de las enfermedades hipertensivas en el embarazo y evitar altas cifras de complicaciones y muertes maternas y neonatales. Además, él estudio servirá de aporte como antecedente bibliográfico a nuevos estudios relacionados al tema.

Asimismo, el estudio fue viable, se tuvo el tiempo para su realización, ejecución y presentación. Se contó con el apoyo y disposición del personal de salud del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca a facilitar la información necesaria, respetando las consideraciones éticas en investigación en salud. Es factible dado que se contó con recursos bibliográficos, económicos y humanos para su desarrollo. Referente a las limitaciones se ha podido encontrar inadecuado registro en las historias clínicas (subregistro, faltante, datos no elegibles, otros).

1.3. Objetivos: General y Específicos

1.3.1. Objetivo General

Establecer la relación entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

1.3.2. Objetivos Específicos

1.3.2.1 Identificar las enfermedades hipertensivas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca--2022.

1.3.2.2 Identificar las características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

Romero et al. (Brasil 2022), en su estudio: Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo, con el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos hipertensivos y describir los aspectos sociodemográficos y los factores de riesgo de preeclampsia, hipertensión gestacional y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU). Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, prospectivo. Con una muestra de 527 pacientes, excluyendo los embarazos gemelares y resultados maternos y perinatales. Resultados: La edad gestacional promedio fue de 12.7 ± 0.69 semanas, la media de edad materna fue de 27.4 ± 6.4 años y el 49.0% de nivel socioeconómico medio, el 63.8% multíparas, el 12.5% tenía antecedentes personales de preeclampsia y el 8.3% y el 6.5% tenían antecedentes familiares y antecedentes personales de RCIU, respectivamente. Se encontró una prevalencia de trastornos hipertensivos de 12.7%, estando presente la preeclampsia en un 8.0%, la hipertensión gestacional en un 4.7%. Concluyen que, la prevalencia de trastornos hipertensivos en esta población fue mayor a otros estudios, particularmente la preeclampsia, asociada con un alto porcentaje de partos prematuros. La determinación del riesgo de presentar trastornos hipertensivos debe ser oportuna durante los controles para evitar complicaciones posteriores (14).

Vázquez J, (Paraguay 2017), en su estudio: Prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay 2017, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital central del instituto de previsión social; estudio fue de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Fueron incluidas todas las embarazadas con preeclampsia que acudieron al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central de Instituto de Previsión Social en los meses de enero a diciembre de 2017. Los resultados arrojaron la mitad de la población entre 26 a 35 años, el 38,4% presentó preeclampsia de las cuales 63,2% presentaba en preeclampsia leve y 36,8% presentaba preeclampsia severa; entre los

factores de riesgo el que apareció en mayor cantidad fue la Hipertensión Arterial Crónica. El 55,45% de gestantes concluyó los estudios superiores y el 44,55% la secundaria, el 66,93% eran de procedencia urbana y 33,07 de rural. El 69,6% no presentó enfermedad hipertensiva del embarazo y el 84,3% tampoco presentó antecedente de preeclampsia. El 74,93% de la edad gestacional estaba comprendida entre 36 a 40 semanas y el 19,46% entre 31 a 35 semanas (15).

Morales et al. (Cuba 2017), en su estudio: Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (2015-2016), con el objetivo de describir el comportamiento de los trastornos hipertensivos en las gestantes. Métodos, fue un estudio descriptivo transversal, con una muestra de 52 gestantes. Resultados: 34,6% de nulíparas, 28,8% primíparas, 24,8% de incidencia de trastornos hipertensivos del embarazo, 69,2% en edades de 20 a 34 años; en los antecedentes patológicos, se presentó un 13,5% de hipertensión arterial, 40,3% de hipertensión crónica, 23,1% de hipertensión gestacional, 15,4% preeclampsia leve, 13,5% de eclampsia sobreañadida y un 1,9% de eclampsia. Se concluyó que los trastornos hipertensivos del embarazo tienen una elevada incidencia en mujeres en las edades extremas de la vida reproductiva y con trastornos nutricionales. Las principales formas clínicas estuvieron dadas por la HTA crónica, la HTA gestacional y la preeclampsia leve (16).

Villar M, (Lima 2017), en su estudio: Características clínicas y epidemiológicas de la preeclampsia en gestantes de 18 a 35 años en el Hospital de Vitarte durante el periodo 2015-2017 Lima – Perú. Objetivo: Determinar cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de la pre eclampsia en gestantes de 18 a 35 años en el hospital de vitarte, estudio descriptivo, cualitativo de tipo retrospectivo observacional no experimental y de corte transversal, dentro del estudio se pudo concluir de los 150 pacientes de 18 a 35 años en el servicio de Gineco obstetricia entre el periodo 2015 a 2017, se concluyó que las características clínicas y epidemiológicas de la pre eclampsia en el estudio fueron; pre eclampsia severa, primiparidad, sobrepeso y parto por cesárea, en mujeres de 18 a 35 años en el hospital de vitarte. En el estudio realizado se concluyó que el control prenatal no es una característica clínica de la pre eclampsia ya que las mujeres de 18 a 35 años del hospital de Vitarte cuentan con más de 6 controles prenatales durante su gestación (17).

Domínguez F, (Ica 2018), en su estudio: Características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con preeclampsia en el Hospital Rezola de Cañete durante el año 2018; cuyo objetivo fue conocer las características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con preeclampsia. El estudio fue descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, con una población de 80 gestantes con preeclampsia. De los resultados se obtuvo que el 43,8%(n=35) tienen un grado de instrucción de secundaria, el 48,8%(n=39) son convivientes, la mayoría de gestantes con preeclampsia tienen una edad comprendida entre 31 a 35 años con el 42,5%(n=34) y por último en la paridad el 57,5%(n=46) son multíparas, además el 50%(n=40) cuentan con controles y el otro 50% no, en la edad gestacional el 90%(n=72) presentaron preeclampsia en el tercer trimestre, cuenta antecedente de preeclampsia en el embarazo 72,5% y no con 17,5% (18).

Castañeda J, (Lima 2018), en su estudio: Factores metabólicos asociados al diagnóstico de preeclampsia en gestantes del Hospital Sergio E. Bernales, enero - diciembre 2018, cuyo objetivo fue establecer la asociación existente entre factores metabólicos y preeclampsia en gestantes. Fue un estudio analítico, correlacional, observacional, retrospectivo, de casos y controles, en una población de 480 gestantes, 137 gestantes con preeclampsia (28,5%) y 243 gestantes sin preeclampsia (71,5%); la información se obtuvo de las historias clínicas. Resultados: Sobre las características clínicas de las 137 gestantes con preeclampsia, el 59,1% no presentaron características severas, el 40.9% si presentó características severas. Se halló asociación con la diabetes gestacional ($P=0.005$, $OR=3.744$, $IC=1.487- 9.423$), $IMC \geq 25kg/m^2$ al inicio de gestación ($P=0.006$, $OR=2.019$, $IC=1.220- 3.340$) y diabetes pregestacional ($P=0.022$, $OR=4.304$, $IC=1.238- 14.966$). Concluye que existe asociación significativa entre diabetes gestacional y la preeclampsia en gestantes, así como un IMC al inicio de gestación mayor o igual $25kg/m^2$ y diabetes pregestacional (19).

Mamani F, (Ica 2019), en su estudio: Trastorno hipertensivo en el embarazo relacionada a complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2019, que tuvo como objetivo: Determinar la relación entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica en el año 2019; la metodología utilizada fue una investigación de tipo correlacional, retrospectivo y de corte transversal, el diseño de investigación fue no experimental u observacional; la muestra estuvo

conformada por todas las gestantes hospitalizadas con el diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo, siendo un total de 60 casos atendidas en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Santa María del Socorro durante el año 2019. Los resultados obtenidos fueron que en el trastorno hipertensivo del embarazo se presentó en un 18.3% preeclampsia, 5% hipertensión crónica sobreagregada, hipertensión gestacional o transitoria y eclampsia respectivamente. Se concluye que no existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas en gestantes (20).

Gomero M, (Lima 2018), en su estudio: Características sociodemográficas y obstétricas de gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital San José del Callao 2018, cuyo objetivo fue determinar las características sociodemográficas y obstétricas de gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital San José del Callao 2018. Metodología: El Diseño empleado en el presente estudio fue descriptivo, simple, de corte transversal y retrospectivo. Resultados: En cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría 57.5% (46) tuvieron de 20 a 34 años. De estado civil conviviente 72.5% (58), grado de instrucción secundaria 60% (48), 60% (48) procedente de zona urbana. Características obstétricas 95% (76) tuvieron de 37 a 42 semanas. Multípara 40% (32). Con periodo intergenésico igual o mayor a 2 años 60% (48). Control prenatal mayor o igual a 6, 77.5% (62), Presión arterial leve, presión sistólica < 160 mmHg y diastólica < 110 mmHg 78% (62) y severa, presión sistólica \geq 160 mmHg y diastólica \geq 110 mmHg 22% (18). Proteinuria de 0.3 < 5 g/litro en orina de 24 horas 78% (62), igual o mayor de 5 g/litro en orina de 24 horas 22% (21).

Morey K, (Loreto 2019), en su estudio: Preeclampsia y su relación con el parto pretérmino en gestantes del Hospital Regional De Loreto, 2019. Objetivo: Determinar la relación entre Preeclampsia y parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, 2019. Metodología: El estudio fue de tipo no experimental, diseño descriptivo, retrospectivo y correlacional; cuya muestra de estudio fueron 134 gestantes con preeclampsia que culminaron en parto pretérmino aplicando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Resultados: En las características de las gestantes con predominaron las edades entre 20 a 35 años, seguido de las convivientes, estudios secundarios, procedencia urbana y las que residieron en el distrito de Iquitos; El tipo de

Preeclampsia que prevaleció en la muestra de estudio fue la Leve (20.1%), seguido del tipo severo (79.9%) (22).

Medina P, (Cusco 2021), en su estudio: Perfil clínico y epidemiológico de los trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital San Juan De Kimbiri - VRAEM, 2018 – 2020, cuyo objetivo fue determinar el perfil clínico y epidemiológico de las pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo. Metodología: investigación observacional, retrospectivo, transversal, de nivel descriptivo, en 156 gestantes. Resultados: el 74,36% son de zona rural, el 30.77% adolescentes, y el 48.08% tienen entre 20 a 34 años, el 86.54% tienen unión estable, y el 82.05% se dedican a su casa. El 5.13% presentó antecedente de preeclampsia, el 50% fueron nulíparas, el 23.08% multíparas, el 18.59% tuvo antecedente de aborto. Los signos y síntomas fueron, hipertensión 75.64%, proteinuria 49.36%, cefalea 42.95%, escotomas visuales 13.46%, edema 10.90%, náuseas y vómitos, tinnitus y visión borrosa en menos del 10%. Se encontró preeclampsia con criterios de severidad 46.79%, sin criterio de severidad 26.92%, hipertensión gestacional 24.36%, eclampsia 1,92% (23).

Garay E, (Ica 2021), en su estudio: Incidencia de preeclampsia y sus factores de riesgo en pacientes gestantes en el Hospital Regional de Ica 2021, cuyo objetivo fue analizar incidencia de preeclampsia y sus factores de riesgo en pacientes gestantes en el Hospital Regional de Ica. Estudio cuantitativo, analítico, observacional, transversal, retrospectivo y caso – control, con una muestra de 150 casos y 150 controles. Como instrumento se utilizó una ficha de recolección de datos que se dividió en tres categorías de factores evaluados (sociodemográficos, obstétricos y patológicos) con sus respectivas variables; esta información se obtuvo a través de las historias clínicas. Resultados: La nuliparidad como factor obstétrico es un factor de riesgo para preeclampsia con un valor de $p= 0,005$ y un OR de 1,92 con un IC de 95% 1,21 – 3,05. Dentro de los factores patológicos la obesidad es un factor de riesgo para preeclampsia con un valor de $p= 0,003$, también el antecedente de preeclampsia es un factor de riesgo con un valor de $p= 0,027$ y por último la hipertensión arterial es un factor de riesgo para preeclampsia con un valor de $p= 0,033$ (5).

Enriquez E, (Loreto 2017), en su estudio, “Factores asociados a hipertensión inducida en el embarazo en el Hospital Regional de Loreto, enero a junio 2016” con el objetivo

de determinar los factores asociados a hipertensión inducida en el embarazo atendidas en el Hospital Regional Loreto, enero a junio 2016. Estudio cuantitativo, de diseño analítico: caso control. Con una muestra de 41 gestantes con diagnósticos de hipertensión inducida en el embarazo y 82 casos controles o gestantes sin diagnóstico de hipertensión inducida del embarazo (HIE). Se revisó las historias clínicas y para determinar la relación entre las variables, utilizó la prueba Chi cuadrado. Resultados: el 48,8% tiene entre 20 a 34 años de edad, el 46,3% son de zona urbana, el 7,3% presenta antecedente familiar de hipertensión inducida por el embarazo, el 46,3% son nulíparas, el 63,4% cuentan con 6 o más controles prenatales. Los factores de riesgo asociados a la HIE fueron: antecedente personal de HIE (OR = 78.00), procedencia rural (OR= 4.73), menor de 20 años (OR= 2.78), 0 a 5 atenciones prenatales (OR= 2.57) y nulípara (OR= 2.08). Concluye que, la edad, la procedencia y el número de atenciones prenatales influye en casos de HIE (24).

Castillo, (Puno 2018), en su estudio: Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón en el periodo enero – diciembre 2017, con el objetivo de identificar los factores de riesgo más frecuentes asociados con la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón durante el periodo enero a diciembre de 2017. Métodos: estudio tipo observacional, de casos y controles, transversal y retrospectivo. Con una muestra de 116 casos y 116 controles. Se utilizó la técnica de ficha de recolección de datos, aplicada a las historias clínicas. El análisis estadístico fue con Excel y el SPSS V°22.0. Resultados: las gestantes con enfermedad hipertensiva presentaron < 6 controles prenatales; una edad materna >35 años, procedencia rural y obesidad, estado civil conviviente, el grado de instrucción secundaria, la edad gestacional < 36 semanas, la nuliparidad. Se concluye que, la edad materna > 35 años, el estado civil conviviente, el nivel de instrucción secundaria, provenir de zona rural, la edad gestacional < 36 semanas, la nuliparidad, controles prenatales < 6 son factores de riesgo asociados a preeclampsia (12).

A nivel local, no se encontró investigaciones recientes sobre la relación entre las variables de estudio en su conjunto como enfermedades hipertensivas, sino por separado; por lo cual. se presenta algunos estudios relacionados al propósito de este estudio.

Muñoz E., (Cajamarca 2021), en su estudio: Características sociodemográficas y clínicas de gestantes COVID-19 atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, abril 2020 - enero 2021, con el objetivo de describir las características sociodemográficas y clínicas de gestantes infectadas con la COVID-19 atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas - Chota durante el periodo abril 2020 – enero 2021. El estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal. Con una muestra de 86 historias clínicas de gestantes COVID-19. Se usó una ficha de recolección de datos, el procesamiento fue en SPSS V°.26. Resultados: 76,7% tuvo de 19 a 34 años de edad, 74,4% provenían de la provincia de Chota, el 45,3% con secundaria completa, el 54,7% no habría tenido contacto con pacientes COVID-19. Las características obstétricas fueron, el 80,2% con edad gestacional en tercer trimestre, 33,7% nulíparas y 33,7% primíparas, el 55,8% con < 6 controles, el 76% no presenta antecedentes patológicos (obstétricos, quirúrgicos, neurológicos). Asimismo, las complicaciones obstétricas fueron: la infección del tracto urinario (28,0%), aborto (11,6%) y trastornos hipertensivos del embarazo (8,2%), el ingreso al hospital fue por trabajo de parto y/o por complicaciones obstétricas, ninguna a causa del COVID-19 (25).

Campos G., (Cajamarca 2021), en su estudio: Factores de riesgo asociados a preeclampsia temprana y tardía en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019 – 2020. Con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados Preeclampsia temprana y tardía en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019 – 2020. Métodos: estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Con una muestra de 314 gestantes con diagnóstico de Preeclampsia, se utilizó la ficha de recolección de datos aplicadas a las historias clínicas. Resultados: el 56,7% oscilan entre 20 y 34 años de edad, el 76,4% son de la zona rural, el 62% de preeclampsia de inicio temprana (PIP) cuentan con primaria: tanto el 77% y 64,6% son multíparas para preeclampsia de inicio temprano (PIP) y para preeclampsia de inicio tardío (PIT) respectivamente. El 98% son de gestación única para PIT y PIT, el 63,3% cuentan con > 6 controles prenatales. Conclusión: Los factores de riesgo más frecuentes a Preeclampsia temprana y tardía, fueron la procedencia rural, la multiparidad, la hipertensión arterial, obesidad y antecedente personal de preeclampsia (26).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Enfermedades hipertensivas en el embarazo

Las enfermedades hipertensivas durante el embarazo son complicaciones muy frecuentes consideradas causa importante de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal. La hipertensión en el embarazo, además de producir daño materno y fetal, también puede suponer el inicio de alteraciones vasculares y metabólicas futuras (1).

También se le conoce como trastorno hipertensivo en el embarazo, que vendría hacer los “problemas médicos importantes que explican una proporción elevada de complicaciones maternas y fetales. La preeclampsia constituye la más grave de las complicaciones hipertensivas del embarazo y puede resultar catastrófica si pasa inadvertida, sin tratamiento o si evoluciona hacia una eclampsia” (8).

Hipertensión en el embarazo

Se define a la hipertensión como una tensión arterial igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica. En el pasado se ha recomendado que un incremento de 30 mm Hg de la tensión arterial sistólica y/o 15 mm Hg de la diastólica se use como un criterio de diagnóstico, incluso cuando los valores absolutos estén debajo de 140/90 mm Hg (27).

Factores asociados

- Antecedentes de hipertensión en madres o abuelas.
- Antecedente de hipertensión en embarazo anterior.
- Edad menor de 20 y mayor de 35.
- Raza negra.
- Primera gestación.
- Periodo intergenésico largo.
- Embarazo múltiple actual.
- Obesidad.
- Hipertensión crónica.

- Diabetes mellitus.
- Pobreza extrema en caso de eclampsia (28).

Clasificación

A.1. Preeclampsia

Desorden multisistémico que se manifiesta, en general, a partir de las 20 semanas de gestación, ante la detección de valores de TA iguales o mayores a 140/90 mm Hg asociado a la presencia de proteinuria. Excepcionalmente puede manifestarse antes de las 20 semanas en pacientes con Enfermedad Trofoblástica Gestacional o Síndrome Antifosfolípídico Severo (29). Es una enfermedad característica y propia del embarazo de la que se pueden tratar los síntomas, pero sólo se cura con la finalización del mismo y si no se trata adecuadamente puede ser causa de graves complicaciones tanto para la mujer embarazada como para el feto. En la gestante, puede complicarse evolucionando a una eclampsia, o puede manifestarse con el grave cuadro de Síndrome HELLP, pero también en forma de hemorragias cerebrales, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal, etc. (30).

La preeclampsia es un estado de vasoconstricción generalizado secundario a una disfunción en el epitelio vascular, en lugar de la vasodilatación propia del embarazo normal. Ello se asocia a isquemia placentaria desde mucho antes de la aparición del cuadro clínico, en lo que parece ser uno de los orígenes de los factores tóxicos para el endotelio vascular. Dicha isquemia parece ser debida a una deficiente placentación en la que no se produciría la habitual substitución de la capa muscular de las arterias espirales uterinas por células trofoblásticas, que es lo que produce una vasodilatación estable que permite aumentar varias veces el caudal de sangre asegurando así el correcto aporte sanguíneo a la unidad fetoplacentaria (30).

Según se exprese, podrá subclasificarse en:

- **Preeclampsia Leve:**

Detección de valores de tensión arterial iguales o mayores a 140/90 mm Hg, en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas, con proteinuria igual o superior a 300 mg. / 24 hs (30).

- **Preeclampsia Severa:**

Detección de cifras tensionales iguales o mayores a 160/110 mm Hg o aun con valores tensionales menores, pero asociados a uno o más de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):

- Proteinuria >5g/24 hs.
- Alteraciones hepáticas
- Alteraciones hematológicas
- Alteraciones de función renal
- Alteraciones neurológicas (29).

Fisiopatología

La preeclampsia es una enfermedad multisistémica, de causa desconocida, propia de la mujer embarazada. Se caracteriza por una placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica. La enfermedad se caracteriza por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a un desbalance de los factores que promueven la normal angiogénesis, a favor de factores antiangiogénicos (sFlt-1 o sVEGFr, Factor de Crecimiento Placentario PlGF, Endoglina), que están presentes en exceso en la circulación de pacientes preeclámplicas, varias semanas antes de la aparición de las primeras manifestaciones clínicas y evidencia de alteraciones inmuno genéticas. (Autoanticuerpos Anti Receptor de Angiotensina 1 (XIA 2007- IRANI 2010) (29).

Estos factores circulantes conducen al daño endotelial, con el consecuente aumento de la permeabilidad endotelial, pérdida de la capacidad vasodilatadora y de la función

antiagregante plaquetaria. Se comprobó alteración enzimática para síntesis normal del Óxido Nítrico, que conduce al Stress Oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con aumento del Tromboxano A2 y disminución de Prostaciclina, estimulación del Sistema Renina-Angiotensina, con aumento de la resistencia periférica y vasoconstricción generalizada. Estos cambios reducen el flujo útero placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta (29).

- **Hipertensión Crónica**

Hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión que se diagnostica por primera vez durante el embarazo y no resuelve a las 12 semanas postparto. Puede ser Primaria o esencial, o Secundaria a patología renal, renovascular, endocrina (tiroidea, suprarrenal) y coartación de aorta (29).

- **Preeclampsia Sobreimpuesta a la Hipertensión Crónica**

Ante la aparición de proteinuria luego de las 20 semanas o brusco aumento de valores basales conocidos de proteinuria previos, o agravamiento de cifras de TA y/o aparición de síndrome Hellp y/o síntomas neurosensoriales en una mujer diagnosticada previamente como hipertensa. La preeclampsia sobreimpuesta empeora significativamente el pronóstico materno-fetal en mujeres con hipertensión crónica (29).

A.2. Eclampsia

Desarrollo de convulsiones tónico-clónicas generalizadas y/o de coma inexplicado en la 2da mitad del embarazo, durante el parto o puerperio, no atribuible a otras patologías (29).

A.3. Síndrome de Hellp

El nombre viene del acrónimo compuesto por la abreviación en inglés de los signos que lo caracterizan: hemólisis (HE) elevación de los enzimas hepáticos (EL), y bajo recuento de plaquetas (LP). Es un síndrome grave de comienzo insidioso, en el que pueden confluir diversas etiologías, pero que lo más habitual es que aparezca en el contexto de una preeclampsia, aunque a veces no sea manifiesta aún en el momento de su aparición, y que suele acompañarse de dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho y malestar general. Ello causa que a veces se retrase su diagnóstico pensando en una hepatitis, virasis, o una gastroenteritis (30).

Los límites analíticos para el diagnóstico fueron establecidos por Sibai en: Plaquetas < 100.000, GOT >70 UI, LDH >600UI, bilirrubina >1,2 mg/dl o esquistocitos en el frotis sanguíneo. El tratamiento consiste en acabar la gestación, como en toda preeclampsia, pero no antes de estabilizar el cuadro materno con tratamiento hipotensor, anticonvulsivante ya que suele existir hiperreflexia, y para prevenir las complicaciones neurológicas y la eclampsia; tratamiento con corticoides a altas dosis (betametasona 12mg/12 h, dexametasona 10 mg/12 horas durante 48 horas si es preciso madurar el pulmón fetal, seguidos de metil-prednisolona (40mg/12 horas) si se debe prolongar el tratamiento con corticoides para evitar los peligros de las dosis repetidas de corticoides en el feto, ya que es metabolizada en una alta proporción en la placenta (30).

Control de gestante

Objetivos de la atención prenatal

- Evaluar integralmente a la gestante y al niño por nacer e identificar signos de alarma o enfermedades asociadas (Tratamiento. - referencia oportuna)
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Promover el apoyo familiar y social para el cuidado pre natal.
- Promover la adecuada nutrición.
- Detectar violencia y brindar apoyo.

- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional (plan de parto) con la participación de la pareja y/o familia (28).

Frecuencia de la atención prenatal

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal entre las 33 y 36 semanas
- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones distribuidas de la siguiente manera:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas
- La tercera entre las 22 y 24 semanas
- La cuarta entre 27 y 29 semanas
- La quinta ente 33 y 35 semanas
- La sexta ente 37 y 40 semanas (28).

La legislación nacional ampara los derechos humanos a la salud, más aún a la gestante, emitiendo, entre otras normas importantes, la Norma Técnica de Salud para la Atención de la Salud Materna (31), que tiene por objetivo: Lograr un manejo estandarizado, eficiente y de calidad en la atención integral de la salud materna y perinatal, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad (31).

Objetivos Específicos:

- Establecer las normas y los procedimientos técnico administrativos basados en evidencia científica, que permiten brindar una atención integral de calidad durante la preparación para el embarazo, la atención prenatal reenfocada, la atención institucional y calificada del parto y la atención del puerperio.

- Fortalecer los procesos de gestión asegurando la disponibilidad de los recursos que permitan el acceso oportuno y el manejo adecuado en la atención integral de salud materna y perinatal.
- Contribuir al fortalecimiento de la organización y funciones de los establecimientos de salud que brindan atención de salud materna y perinatal. (31).

Definiciones Operativas

Atención de la gestante

Cada una de las actividades que realiza el profesional con competencias con la gestante, para su atención prenatal en establecimientos de salud.

❖ Gestante atendida

Referida a la primera atención prenatal que recibe la gestante durante el embarazo actual

❖ Gestante controlada

Define a la gestante que ha cumplido su sexta atención prenatal y que ha recibido el paquete básico de atención a la gestante (31).

Atención de emergencia obstétrica. Conjunto sistematizado de actividades intervenciones y procedimientos que se brinda la gestante parturienta o puérpera en situación de emergencia o urgencia de acuerdo a las guías de práctica clínica por niveles de atención y a la capacidad resolutoria del establecimiento (31).

Atención de la gestante. Conjunto sistematizado de actividades intervenciones y procedimientos que se brinda la gestante que presenta patologías durante el embarazo cumpliendo con el proceso de diagnóstico estabilización y referencia según nivel de atención (31).

Atención prenatal reenfocada. Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto idealmente antes de las 14 semanas de gestación para brindar un paquete

básico de intervenciones que permite la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia, así como para el manejo adecuado de las complicaciones con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos (31).

Claves para el manejo de las emergencias obstétricas. Son guías para el manejo inmediato de la hemorragia obstétrica (clave roja), hipertensión inducida por el embarazo (clave azul), y sepsis obstétrica (clave amarilla), que sistematizan el trabajo coordinado y simultáneo de los profesionales de la salud y personal técnico para la atención de estos casos en el primer nivel de atención y su referencia oportuna (31).

2.2.2. Dimensiones de las características sociodemográficas y de salud de la gestante

Características sociodemográficas. Son un conjunto de las principales características demográficas, sociales, económicas, biológico y de salud de la población, en este caso que están presentes en la población gestantes sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles y de acuerdo al interés de estudio (32). Como son: edad (se considera la edad materna en años cumplidos), grado de instrucción, procedencia o lugar de residencia.

Características de salud de la gestante propiamente, se encuentran controles gestacionales, paridad, período intergenésico, edad gestacional, antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo (21, 21).

❖ **Control prenatal.** Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con la finalidad de prevenir, diagnóstica y dar tratamiento a factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Se recomienda que la mujer acuda a su atención prenatal como máximo al menos una vez dentro de los primeros meses. Siendo la cantidad total de controles seis (28). Se considera dos indicadores:

- Igual o mayor a 6 controles
- Menor a 6 controles

❖ **Paridad.** Es el número de partos, tanto después de las 20 semanas de embarazo.

- Nulípara. Mujer que no ha dado a luz un producto gestacional de más de 20 semanas de embarazo 500 gr de peso.
- Multípara. Es la mujer que ha tenido dos a cuatro hijos.
- Primípara. Mujer que ha tenido un embarazo que resultó en producto viable, sin tomar en cuenta si el niño vivió al nacer, o se trató de nacimiento único o múltiple.

❖ **Período intergenésico.** Es el período que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. Es decir, es el espaciamiento adecuado entre un embarazo y otro.

- Menor de 2 años
- Igual o mayor de 2 años
- Sin período intergenésico

❖ **Edad gestacional.** Se refiere a la edad del embrión, un feto o un recién nacido, que se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

- Menor de 37 semanas
- De 37 a 42 semanas

❖ **Antecedente de enfermedad hipertensiva.** Es el registro o presencia de enfermedades hipertensivas que se han dado en la familia o personal

- Si
- No

2.2.2. Teorías que sustentan la investigación

Teoría de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem. En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida (33).

La teoría de Autocuidado de Dorotea Orem dirigidas al abordaje de los requisitos del desarrollo específicos del período de embarazo, y de este modo contribuir a la promoción de la salud y prevención de complicaciones derivadas de estas fases de desarrollo en la mujer. Durante el embarazo la mujer experimenta diversas modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y, en ocasiones déficit de autocuidado, que deben ser resueltos o compensados para la mantención de la salud y preservación del bienestar. Para ello las embarazadas deben ser motivadas y educadas para realizar acciones de autocuidado, debiendo comprender la naturaleza de la asistencia y los factores que intervienen en la misma (34).

Esta teoría describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. El autocuidado consiste en la conducta que las personas expresan ante situaciones concretas en su vida, por su propia parte hacia sí mismas o hacia el entorno, con el interés de regular y mantener los factores que afectan su desarrollo personal y el funcionamiento sano en pro de su bienestar y salud. Cumplen ciertos requisitos, como: a) Universales, están asociados con el proceso de normal de la vida de toda persona, por ej. Aire, agua, descanso, alimentación, etc. b) Del desarrollo, incluye la provisión de condiciones mínimas para el desarrollo, implicancias en su propio desarrollo y prevenir la aparición de condiciones negativas que afecten su desarrollo y, c) De desviación de la salud, vinculados a la regulación de los efectos y resultados de las funciones insanas. La aplicación de la teoría de Autocuidado al estado de embarazo, parte por mejorar o aliviar los efectos propios experimentados durante este período, donde las acciones de las mujeres y sus familias deben estar destinadas a cuidar su salud (34).

En el embarazo, los requisitos de autocuidado del desarrollo estarían definidos por cambios físicos, psicológicos, y sociales, por lo que las acciones de autocuidado desarrolladas estarán destinadas a promover y mantener la salud, y a mejorar o aliviar los efectos negativos a causa de los cambios experimentados durante estos períodos. La aplicación del modelo de Orem, permite la identificación de los requisitos específicos de esta etapa, los grupos de operaciones requeridas y la necesidad de autocuidado que contribuye a establecer un punto de partida para la aplicación del proceso de enfermería, con especial énfasis en la capacitación y desarrollo de la capacidad de autocuidado de las propias mujeres y sus familias (34).

Teoría de la Adaptación Callista Roy. Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa- efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades organizaciones. Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento como lo está afrontando y cuáles son sus expectativas frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación (35).

El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella; el ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen un ambiente interno; la enfermera y el paciente forman parte del ambiente de cada uno, por tanto, el personal de enfermería debe ser consciente de que constituye un estímulo para el paciente y, entonces puede afectar en forma positiva o negativa su adaptación (35).

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia, en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño. La promoción de la adaptación del sistema humano, busca mantener la integridad y la

dignidad; contribuye a promover, mantener y mejorar la salud, la calidad de vida, y a morir con dignidad (35).

De esta forma, considerando este modelo de adaptación de Callista Roy, el personal de enfermería actúa para mejorar la relación entre la persona y el entorno y promover una respuesta adaptativa, que puede ser eficaz o no. Por lo tanto, la enfermería desempeña un papel importante en todos los niveles de atención, siendo estratégico como facilitador de la adaptación y estímulos (36).

Definición de términos:

- **Características sociodemográficas:** es el conjunto de características o condiciones de una persona, como edad, educación, procedencia, entre otras (32, 33).
- **Características de salud en la gestante:** vienen a hacer un conjunto de controles gestacionales, paridad, período intergenésico, edad gestacional, antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo (21, 21).
- **Eclampsia:** es un agravamiento de la enfermedad hipertensiva en el embarazo que perjudica al sistema nervioso central, presencia de convulsiones en una embarazada con diagnóstico de preeclampsia (13,17).
- **Enfermedad hipertensiva del embarazo:** trastornos hipertensivos que se presentan en el embarazo, que tienen en común la presencia de presión arterial durante la gestación igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica. En el pasado se ha recomendado que un incremento de 30 mm Hg de la tensión arterial sistólica y/o 15 mm Hg de la diastólica se use como un criterio de diagnóstico, incluso cuando los valores absolutos estén debajo de 140/90 mm Hg (27).
- **Gestante hipertensa:** gestante con presión arterial sistólica ≥ 140 mmHG y/o diastólica ≥ 90 mmHG, en por lo menos 2 tomas con un intervalo de 4 horas

(y hasta 7 días), sentada y en reposo. Cuando se presenta Presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg se confirma el diagnóstico con una sola toma (37)

- **Hipertensión crónica sobreagregada:** pacientes con hipertensión crónica, quienes luego de las 20 semanas de gestación presentan proteinuria; elevación de 15mmHG de la presión diastólica y/o 30 mmHG de la sistólica en relación a sus valores basales, producen por la preeclampsia.
- **Hipertensión gestacional transitoria:** El diagnóstico de hipertensión en el embarazo después de las 20 semanas de gestación en una paciente previamente normotensa que no presenta proteinuria positiva; este diagnóstico es momentáneo, pues si vuelve la presión arterial antes de las 12 semanas post-parto se cataloga como hipertensión transitoria (17, 37).
- **Preeclampsia:** “HTA diagnosticada después de las 20 semanas de gestación y proteinuria ≥ 300 mg/24 horas (parámetro no necesario de acuerdo a las actuales normas del ACOG), en una paciente previamente normotensa” (13).

2.3. Hipótesis

Ha= Existe relación significativa entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

Ho= No existe relación significativa entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

2.4. Variables del Estudio

- **La variable de estudio I:** Características sociodemográficas y de salud
- **La variable de estudio II:** Enfermedad hipertensiva en el embarazo

Operacionalización de las variables

| Variable I | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones o categorías | Indicadores | Valor final | Tipo de variable | Escala de medición |
|--|---|---|---|---|---|------------------|--------------------|
| Características sociodemográficas y de salud | Son un conjunto de las principales características demográficas, sociales y de salud de la población gestante sujeta a estudio (27) | Las características sociodemográficas se evaluarán a través de las dimensiones sociales, demográficas y de salud, utilizando una ficha de recolección de datos. | Características demográficas | Grupo etario: <ul style="list-style-type: none"> < 20 años 21 -34 años > 35 años | <ul style="list-style-type: none"> Gestante adolescente Gestante adulta Gestante añosa | Cualitativa | Ordinal |
| | | | Características sociales | Grado de instrucción | <ul style="list-style-type: none"> Primaria Secundaria Superior | Cualitativa | Ordinal |
| | | | | Procedencia | <ul style="list-style-type: none"> Urbana Rural | Cualitativa | Nominal |
| | | | Características de salud | Control prenatal | <ul style="list-style-type: none"> Menor a 6 controles prenatales Igual o mayor a 6 controles prenatales | Cualitativa | Ordinal |
| | | | | Paridad | <ul style="list-style-type: none"> Nulípara Primípara Múltipara | Cualitativa | Ordinal |
| | | | | Período Intergenésico | <ul style="list-style-type: none"> Menor de 2 años Igual o mayor de 2 años Sin período intergenésico | Cualitativa | Ordinal |
| | | | | Edad gestacional | <ul style="list-style-type: none"> Menor de 37 semanas De 37 a 42 semanas | Cualitativa | Ordinal |
| | | | Antecedente de Enfermedad hipertensiva del embarazo | <ul style="list-style-type: none"> Si No | Cualitativa | Nominal | |

| Variable II | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones o categorías | Indicadores | Valor final | Tipo de variable | Escala de medición |
|--|---|--|--------------------------------------|--|--|------------------|--------------------|
| Enfermedad hipertensiva en el embarazo | Es un conjunto de procesos que tienen en común la presencia de la hipertensión arterial elevada durante el embarazo (27). | Las enfermedades hipertensivas como la Hipertensión crónica, preeclampsia, hipertensión gestacional transitoria y eclampsia, se medirán a través de una ficha de recolección de datos. | Hipertensión crónica sobreadregada | <ul style="list-style-type: none"> • PA >140/90 mmHg ó • PAS >30 mmHg y/o • PAD >15 mmHg de la presión | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | Cuantitativa | Nominal |
| | | | Preeclampsia | | <ul style="list-style-type: none"> • Leve • Severa | Cuantitativa | Nominal |
| | | | Hipertensión gestacional transitoria | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | Cuantitativa | Nominal |
| | | | Eclampsia | | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No | Cuantitativa | Nominal |

CAPÍTULO III

DISEÑO MÉTODOLÓGICO

3.1. Diseño y Tipo de Estudio

La presente investigación, es de enfoque cuantitativo, es decir, miden o recolectan datos y reportan información sobre diversos conceptos, variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o problema a investigar. Sus hallazgos son estadísticos y numéricos; diseño no experimental porque no se van a manipular las variables en estudio (Enfermedades hipertensivas en el embarazo, características sociodemográficas y características de salud), tipo descriptivo porque describirá el comportamiento de las variables en un momento determinado y corte transversal por que la investigadora recogerá la información en un solo momento (38).

Estudio correlacional, dado que, tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. Los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre las variables, primero miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y las describen, y después cuantifican y analizan la vinculación (38).

3.2. Población de Estudio

La población estuvo constituida por 587 historias clínicas pertenecientes a gestantes atendidas en el Hospital II- E Simón Bolívar Cajamarca durante el segundo trimestre, de acuerdo a los datos del registro estadístico del año 2022 de dicha institución.

3.3. Criterio de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

- Historias clínicas con datos legibles y completos
- Historias clínicas de gestantes que hayan sido atendidas en el año 2022

Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos

3.4. Unidad de Análisis

La unidad de análisis estará constituida por cada una de las historias clínicas de las gestantes atendidas en el año 2022.

3.5. Marco Muestral

El marco muestral se obtuvo del registro de historias clínicas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca

3.6. Muestra

La muestra estará conformada por 166 historias clínicas de gestantes atendidas durante el segundo trimestre de 2022.

3.7. Procedimiento de Muestreo

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95% y un error de 5% (0.05). Se ha utilizado la fórmula estadística para población finita y con muestra ajustada.

Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 * P * Q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * P * Q}$$

N = población

Z: nivel de confiabilidad al 95 % = 1.96.

p: las posibilidades de que ocurra el fenómeno = 0.5.

q: Las posibilidades de que no ocurra el fenómeno = 0.5.

e: Porcentaje de error potencial que admitimos tolerar de que nuestra muestra no sea representativa de la población = error de la muestra = 0.05.

Reemplazando:

$$n = \frac{587(1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.005)^2 (587-1) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

$$n = \frac{563.7548}{2.4254}$$

$$n = 232$$

| | |
|-------------------------|-----------------------------|
| Muestra Ajustada | |
| $n \geq$ | $\frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$ |

$$n \geq \frac{232}{1 + \frac{232}{587}} = 166$$

3.8. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica que se utilizó para recoger la información fue el análisis documental de los datos retrospectivos de las historias clínicas de las gestantes. El análisis documental constituye un proceso ideado por el individuo como medio para organizar y representar el conocimiento registrado en los documentos, la acción de este proceso se centra en el análisis y síntesis de los datos plasmados en dichos soportes mediante la aplicación de lineamientos o normativas de tipo lingüístico; a través de las cuales se extrae el contenido sustantivo que puede corresponder a un término concreto o a conjuntos de ellos tomados aisladamente, o reunidos en construcciones discursivas (39).

El análisis documental permitió sistematizar y analizar la información, con la intención de que se hayan cumplido los criterios de autenticidad, credibilidad, representatividad y significatividad con las categorías del estudio, con el objetivo de efectuar deducciones lógicas y razonables concernientes al problema de investigación. Constituyó de este modo la forma más adecuada de analizar las evidencias que surgieron de los documentos adquiridos (40).

Para la recolección de la información de las historias clínicas, se hizo uso de la ficha de recolección de datos que consta de 3 secciones:

- En la primera sección se presentan preguntas sobre características sociodemográficas, como grupo etario (edad), grado de instrucción, y procedencia de la gestante.
- La segunda sección contiene preguntas correspondientes a características de salud, tales como, control prenatal, paridad, período intergenésico, propuestos por Gomero (21) y antecedentes familiares de enfermedad hipertensiva propuestos por la autora del presente estudio.
- En la tercera y última sección, contiene preguntas concernientes a la enfermedad hipertensiva en el embarazo, la misma que se ha clasificado en: Hipertensión arterial crónica sobreagregada, preeclampsia, hipertensión gestacional transitoria, y eclampsia; la cual fue tomada de la investigación hecha por Mamani (20).

Validez y Confiabilidad del Instrumento

Validez. Es el grado en que el instrumento: Ficha de recolección de datos, mide las variables en estudio, se logró al demostrar que el instrumento refleja el concepto abstracto a través de sus indicadores de las variables (38). Se validó la parte sobre enfermedades hipertensivas, la misma que alcanzó un Coeficiente de alfa de Cronbach de 0,703, considerada aceptable, por lo cual se pudo aplicar dicho cuestionario.

Validez Externa. Los hallazgos de la investigación guardaron los criterios de rigor científico, tanto en la selección de las historias clínicas de acuerdo a los criterios de inclusión y la recolección de información.

Objetividad. Grado en que el instrumento: Ficha de recolección de datos: “Enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022”, es permeable

a los sesgos y tendencias del investigador que lo administra, califica e interpreta. La objetividad es, en términos de la investigación cuantitativa, un estándar o ideal que se refiere a la medida en que mediante el proceso de indagación podemos captar los fenómenos tal cual son realmente (38). Durante la recolección de información, así como en el análisis de los resultados, se buscó no incluir en la discusión opiniones propias sobre el problema de investigación y se ha presentado el comportamiento de las variables tal cual se manifestaron.

Proceso de recolección de datos

En primer lugar, se solicitó la autorización y los permisos necesarios a la institución de salud “Hospital II-E Simón Bolívar”. Luego se coordinó con la jefatura del servicio de Ginecología para acceder a las Historias Clínicas y recabar los datos de las gestantes atendidas entre los meses de abril a junio del 2022. Tratando siempre de conservar las medidas de bioseguridad ante la COVID-19.

3.9. Procesamiento y Análisis de Datos

Se organizó la información, luego se procesó estadísticamente a través del SSPS versión 25. Se utilizó la estadística descriptiva mediante la distribución de frecuencias y porcentajes, para ser presentados en tablas; haciendo uso de la prueba Chi cuadrado, con un $p < 0,05$ para determinar la relación existente entre las variables, para su respectiva interpretación, análisis y discusión según los objetivos planteados.

3.10. Consideraciones Éticas

El presente estudio cumple con las normas éticas y principios de no maleficencia, justicia y la beneficencia de la declaración de Helsinki. Este estudio no conllevó a peligro o riesgos a las gestantes, por ser una investigación de análisis documental. Se respetó y garantizó la confidencialidad y anonimato de los datos de los pacientes consignados en las historias clínicas. Es decir, se mantuvo absoluta reserva, pues los datos no han sido utilizados para ningún otro propósito que sea ajeno a los objetivos de la presente investigación. Las historias solicitadas para este fin fueron revisadas en los

ambientes del archivo de historias clínicas del respectivo hospital que dispuso la autoridad y responsable del archivo del hospital.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Enfermedades hipertensivas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca--2022.

| Enfermedades hipertensivas | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|--------------|
| Hipertensión arterial crónica sobreagregada | | |
| Si | 1 | 0,6 |
| No | 165 | 99,4 |
| Preeclampsia | | |
| Leve | 12 | 7,2 |
| Severa | 12 | 7,2 |
| No | 142 | 85,5 |
| Hipertensión gestacional transitoria | | |
| Si | 20 | 12,0 |
| No | 146 | 88,0 |
| Eclampsia | | |
| Si | 0 | 0,0 |
| No | 166 | 100,0 |
| Otras patologías | | |
| Aborto | 20 | 12,0 |
| Rotura prematura de membranas ovulares (RPM) | 15 | 9,0 |
| Atención parto prematuro (APPT) | 7 | 4,2 |
| Hiperémesis gravídica | 4 | 2,4 |
| Amenaza de aborto | 3 | 1,8 |
| Infección del tracto urinario (ITU) | 3 | 1,8 |
| Polihidramnios | 3 | 1,8 |
| Mola hidatiforme | 3 | 1,8 |
| Otros* | 108 | 65 |
| Total | 166 | 100,0 |

(*) Se encuentra, embarazo ectópico, placenta previa, atención de parto, shock hipovolémico, parto domiciliario, trabajo de parto fisiológico.

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

En la tabla 1, se puede observar que sólo el 0,6% presentó hipertensión arterial crónica sobreagregada, 14,4% preeclampsia (de los cuales el 7,2% preeclampsia leve y 7,2% severa), 12% hipertensión gestacional transitoria, mientras que ninguna gestante presentó eclampsia.

Asimismo, en menor porcentaje con (1,8%) amenaza de parto, infección urinaria, polihidramnios y mola hidatiforme.

Los resultados obtenidos en el presente estudio sobre hipertensión arterial crónica sobreagregada, preeclampsia, hipertensión gestacional transitoria y eclampsia, fueron de frecuencia baja a diferencia de lo presentado a nivel mundial (1) que llega a complicar de 10% al 15% de los embarazos. También, difieren de los resultados encontrados por Mamani (20), donde la preeclampsia fue sumamente mayor (18.3%), la hipertensión crónica sobre agregada y eclampsia presentaron 5% cada una. Pero en lo que no concuerda el estudio de este autor es con la hipertensión gestacional transitoria, de 5%, donde fue mucho menor que lo encontrado en el presente estudio (12%). Esto se debe a que el estudio de Mamani se realizó en el servicio de alto riesgo obstétrico del Hospital Santa María del Socorro en Ica, por lo cual, la atención está focalizada en casos específicos de trastornos hipertensivos, por ello, el alto índice de casos.

En tanto, los resultados se asemejan ligeramente al estudio de Muñoz (25) realizado en Chota, que encontraron una prevalencia de trastornos hipertensivos de 8,2%, estando muy similar a nivel local. En cambio, está por debajo del rango latinoamericano que oscila entre 12,7% a 24,8%, en Brasil y Cuba, respectivamente (14, 16). Probablemente, la diferencia se deba a que los estudios latinoamericanos se realizaron en zonas urbano marginales, donde no ejercen las mujeres y sus familias de la mejor manera su autocuidado ante los cambios experimentados en el embarazo, no han logrado aliviar los efectos propios de este período en su salud, por ello se ha presentado estos altos índices de prevalencia (34).

A nivel nacional, de acuerdo al MINSA (8), en conjunto los trastornos hipertensivos, representaban la segunda causa de muerte materna con un 19,6%. En el 2019 fue la primera causa de muerte materna, con 22% de todas las causas, siendo la primera vez que los trastornos hipertensivos del embarazo superaron a las hemorragias del embarazo, que es la primera causa de muerte materna en el mundo con cerca de un 27% (36, 37); y a nivel de Cajamarca un 21,5% (10).

En lo que respecta al 14,4% de la prevalencia de preeclampsia que se obtuvo en el presente estudio, los resultados son muy similar por lo reportado de Morales (16) de 15,4%, sin embargo, muy por encima de lo reportado por Romero et al. (14), que encontró 8%. Pero, menores al promedio nacional que alcanza 32% (8) incluso a nivel de Latinoamérica y el

caribe que es del 25% en algunos casos (2). Así como, con otros estudios nacionales, por ejemplo, Vásquez (15) que encontró 38,4%, Castañeda (19) 28,5% y Garay (5) 50%. Asimismo, en el presente estudio se encontró el mismo porcentaje para preeclampsia leve y severa. En cambio, Vásquez (15) reportó preeclampsia leve, con 63,2%. Contrariamente Castañeda (19), Morey (22), Medina (23) y Romero et al. (14) que reportaron mayormente preeclampsia severa o grave, con 59,1%, 79,9%, 46,7% y 54,8% respectivamente.

La preeclampsia es una enfermedad hipertensiva, multisistémica, de causa aún no conocida, propia del embarazo (29), que suele darse a partir de las 20 semanas de gestación, definida por tensión arterial iguales o mayores a 140/90 mm Hg asociado a la presencia de proteinuria, trayendo complicaciones para la gestante como para el feto (30). Esta enfermedad es considerada la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera causa de muerte materna en los países en vías de desarrollo (1). En Latinoamérica y el Caribe, la preeclampsia fue la causante de 25,7 % de las muertes maternas y en las últimas dos décadas se ha producido un aumento de su incidencia en 25% (6). En el Perú, para el año 2016, el 15,6% de muertes maternas se debía a los trastornos hipertensivos; para el 2019 las enfermedades hipertensivas continuaban siendo una de las causas más frecuentes de muerte maternas y de salud para el feto (2, 9).

En cuanto a la hipertensión arterial crónica sobreagregada, se encontró una baja prevalencia de 0,6%, lo cual difiere con el 5% reportado por Mamani (20). Los resultados obtenidos, se encuentran por debajo de la prevalencia reportada a nivel internacional, como es el caso de Cuba, que Morales et al. reportaron un 13,5% (16). En relación a la hipertensión gestacional transitoria, se obtuvo un 12% de prevalencia que dista mucho del estudio de Medina (23) que encontró un 24,36%. La presente investigación no reportó prevalencia en eclampsia, aunque es muy baja su incidencia a nivel nacional, como se evidencia en diversos estudios, Medina (23) encontró 1,92% y Morales et al. (16) 1,9%.

Tabla 2. Características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar – 2022.

| Características sociodemográficas | Frecuencia | Porcentaje |
|--|-------------------|-------------------|
| Edad en rango / categoría | | |
| < 20 años / Gestante adolescente | 23 | 13,9 |
| De 20 a 35 años / Gestante adulta | 105 | 63,3 |
| > 35 años / Gestante añosa | 38 | 22,9 |
| Grado de instrucción | | |
| Primaria | 57 | 34,3 |
| Secundaria | 85 | 51,2 |
| Superior | 24 | 14,5 |
| Procedencia | | |
| Urbana | 76 | 45,8 |
| Rural | 90 | 54,2 |
| Características de salud | Frecuencia | Porcentaje |
| Control prenatal | | |
| Igual o mayor a 6 controles | 104 | 62,7 |
| Menor a 6 controles | 62 | 37,3 |
| Paridad de la gestante | | |
| Nulípara | 45 | 27,1 |
| Multípara | 74 | 44,6 |
| Primípara | 47 | 28,3 |
| Período intergenésico | | |
| Menor de 2 años | 27 | 16,3 |
| Igual o mayor de 2 años | 91 | 54,8 |
| Sin período intergenésico | 48 | 28,9 |
| Edad gestacional | | |
| Menor de 37 semanas | 60 | 36,1 |
| De 37 a 42 semanas | 106 | 63,9 |
| Antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo | | |
| Si | 46 | 27,7 |
| No | 120 | 72,3 |
| Total | 166 | 100,0 |

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

En la Tabla 2, se puede observar que la mayoría de las gestantes el 63,3% corresponden a una población gestante adulta, es decir, que sus edades oscilan entre 20 a 35 años de edad, el 22,9% a gestante añosa (> a 35 años) y un 13,9% a gestante adolescente (< 20 años). En cuanto al grado de instrucción, un poco más de la mitad del total, 51,2%, de las gestantes

tienen secundaria y solo el 14,5% cuentan con educación superior. Mientras que, se resalta que más de la mitad, el 54,2%, del total de las gestantes proceden de la zona rural y el 45,8% de la zona urbana.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, son similares al estudio de Gomero (21) que encontró que la mayoría de gestantes, 57.5% tuvieron de 20 a 34 años y el 60% tiene secundaria. Así mismo, Medina (23), obtuvo resultados semejantes, donde la mayoría de gestantes, el 48,08%, tuvo de 20 a 34 años y el 74,36% son de zona rural. Del mismo modo, Nieves y Rodríguez (4) encontraron que el 74,6% de las pacientes oscilan entre 21 a 35 años, el 55% son de procedencia rural y el 43,9% tuvieron grado de instrucción secundaria. Otros resultados encontraron porcentajes mayores en estas variables, como Domínguez (18) y Morey (22). La similitud en los resultados puede darse, dado que, los estudios fueron realizados en regiones del país donde gran parte de la población tienen características similares.

A diferencia de Vásquez (15) que encontró 44,55% de estudios superiores, 66,93% de zona urbana; probablemente se pueda explicar, porque este estudio se realizó en zona urbana de Paraguay, donde la población era mayormente urbana. Con cual, se incrementa la posibilidad que las mujeres gestantes promuevan una mejor calidad de vida y de autocuidado de su salud, cumpliendo los requisitos universales (acceso a descanso, alimentación, etc.), del desarrollo, tratando de prevenir condiciones adversas que afecten su desarrollo y el de su futuro bebé (asistir a sus controles, cuidarse en su nutrición, etc), así como el requisito de desviación de la salud (regular ciertas funciones insanas), que plantea la teoría de autocuidado de Orem (33,34).

Existen factores sociales y demográficos que pueden exponer la salud de la gestante y del neonato, como la edad de la madre, donde la literatura muestra que el rango de edad de 20 a 35 años, es un rango adecuado para la gestación en comparación de los otros dos grupos de gestante: adolescentes (< 20 años) y añosas (< 35 años), que en ambos casos es considerado de riesgo de enfermedad (28). De igual manera, en el Perú, el embarazo principalmente corresponde a mujeres en edades de 20 a 34 años en las tres regiones naturales; y en la sierra se encuentra en segundo lugar las gestantes añosas con un 16.9% (40). Por lo que este grupo en estudio, estaría considerado en el rango de edad adecuado y con menor riesgo en presentar

enfermedades o trastornos propios de la gestación, además de estar dentro de la estadística nacional.

Por otro lado, la variable nivel de instrucción se considera importante, pues a menor nivel de instrucción mayor riesgo en el cuidado y control por parte de la gestante, debido a que una de las características presentes en las mujeres con enfermedades hipertensivas del embarazo, es el nivel de conocimientos, que a la vez está ligado al grado de instrucción de la gestante (18, 21, 33). A saber, la instrucción de la gestante contribuye a tener mayor o menor riesgo en cuidados maternos perinatales, por lo cual, a un bajo nivel educativo y más con riesgos culturales, es probable que la gestante no tome las medidas preventivas para su autocuidado (35), descuide su alimentación, reposo y descanso adecuados, no controle su presión arterial, presente estrés y la presencia de otras patologías, conllevando que desarrolle hipertensión gestacional o preeclampsia y/o demás enfermedades hipertensivas.

De igual manera la identificación de los antecedentes de salud tales como: los controles gestacionales, paridad, período intergenésico, edad gestacional, antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo, entre otros (20, 21), son fundamentales para reducir los riesgos para la salud materna. Conocer estos datos, permitirá a las gestantes ser más conscientes y comprometidas con su cuidado materno perinatal, adaptándose a su nuevo estado de gestación sin complicaciones obstétricas o hipertensivas; bajo el modelo de Adaptación de Castilla Roy, el proceso de atención de enfermería en las visitas de control de la gestante, debe ser el ambiente propicio para lograr el compromiso consciente de la gestante en su cuidado materno perinatal de forma holística y positiva (35); de ahí que, se puede reducir la frecuencia de los trastornos hipertensivos durante el embarazo.

En consecuencia, se obtuvo lo siguiente: 62,7% tienen un control prenatal igual o mayor a 6 controles, 44,6% fueron multíparas, el 54,8% tuvo un período intergenésico igual o mayor a 2 años, el 63,9% presentó de 37 a 42 semanas de edad gestacional y el 72,3% no manifestó antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo. En la misma línea, Gomero (21) encontró resultados similares al nuestro, con un 95% de edad gestacional de 37 a 42 semanas, datos muy superiores al nuestro; así como un 40% fueron gestantes multíparas, 60% con período intergenésico igual o mayor a 2 años, 77,5% con control prenatal mayor o igual a 6 controles. De igual forma, Domínguez (18) encontró un 50% con controles prenatales y el 57,5% fueron multíparas. Otro estudio, revela que el 59,3% de las pacientes no presentan

antecedentes personales patológicos (4). Mientras que, Medina (23) reportó que el 50% fueron nulíparas, igual que Garay (5).

Podemos concluir, que diferentes estudios han demostrado que las características de salud son importantes y determinantes en la etapa de gestación, la mayoría de resultados concuerdan con el presente estudio y otros han encontrado algunas diferencias en uno o más factores, que puede ser la diferencia de la prevención o detección a tiempo de enfermedades hipertensivas. Por ende, como profesionales de la salud se debe tomar en cuenta el conjunto de las características específicas de esta etapa en cada gestante, velando por su salud y preservar su bienestar. Esto establecer un punto de partida para la aplicación del proceso de enfermería, con especial énfasis en la capacitación y desarrollo de la capacidad de autocuidado de las propias mujeres y sus familias, como recomienda la Teoría de autocuidado de Dorothea Orem y de Callista Roy (33, 34).

Tabla 3. Relación entre la Hipertensión arterial crónica sobreagregada y las características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022

| Características sociodemográficas | | Hipertensión arterial crónica sobreagregada | | | | Total | | Prueba Chicuadrado <i>P</i> |
|---|-----------------------------|---|------------|------------|-------------|------------|--------------|-----------------------------|
| | | Si | | No | | N° | % | |
| | | N° | % | N° | % | | | |
| Edad en rango de la gestante | Gestante adolescente | 0 | 0,0 | 23 | 13,9 | 23 | 13,9 | 0,184 |
| | Gestante adulta | 0 | 0,0 | 105 | 63,3 | 105 | 63,3 | |
| | Gestante añosa | 1 | 0,6 | 37 | 22,3 | 38 | 22,9 | |
| Grado de instrucción | Primaria | 1 | 0,6 | 56 | 33,7 | 57 | 34,3 | 0,382 |
| | Secundaria | 0 | 0,0 | 85 | 51,2 | 85 | 51,2 | |
| | Superior | 0 | 0,0 | 24 | 14,5 | 24 | 14,5 | |
| Procedencia | Urbana | 1 | 0,6 | 75 | 45,2 | 76 | 45,8 | 0,275 |
| | Rural | 0 | 0,0 | 90 | 54,2 | 90 | 54,2 | |
| Características de salud | | Si | | No | | Total | | Prueba Chicuadrado <i>P</i> |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Control prenatal | Igual o mayor a 6 controles | 1 | 0,6 | 103 | 62,0 | 104 | 62,7 | 0,439 |
| | Menor a 6 controles | 0 | 0,0 | 62 | 37,3 | 62 | 37,3 | |
| Paridad de la gestante | Nulípara | 0 | 0,0 | 45 | 27,1 | 45 | 27,1 | 0,280 |
| | Múltipara | 0 | 0,0 | 74 | 44,6 | 74 | 44,6 | |
| | Primípara | 1 | 0,0 | 46 | 27,7 | 47 | 28,3 | |
| Período intergenésico | Menor de 2 años | 1 | 0,6 | 26 | 15,7 | 27 | 16,3 | 0,075 |
| | Igual o mayor de 2 años | 0 | 0,0 | 91 | 54,8 | 91 | 54,8 | |
| | Sin período intergenésico | 0 | 0,0 | 48 | 28,9 | 48 | 28,9 | |
| Edad gestacional | Menor de 37 semanas | 0 | 0,0 | 60 | 36,1 | 60 | 36,1 | 0,450 |
| | De 37 a 42 semanas | 1 | 0,0 | 105 | 63,3 | 106 | 63,9 | |
| Antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo | Si | 0 | 0,0 | 46 | 27,7 | 46 | 27,7 | 0,535 |
| | No | 1 | 0,6 | 119 | 71,7 | 120 | 72,3 | |
| Total | | 1 | 0,6 | 165 | 99,4 | 166 | 100,0 | |

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

En la tabla 3, se puede observar que el único caso de hipertensión arterial crónica sobreagregada (0,06%) se presenta en gestante añosa, con primaria y de zona urbana; con características de salud de control prenatal igual o mayor a 6 controles, primípara, con período intergenésico menor de 2 años, con edad gestacional de 37 a 42 semanas y no cuenta con antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo. Por último, se pudo encontrar que el valor $p > 0,05$ (p calculado es mayor a 0,05 en todos los casos), a través de la prueba estadística Chi Cuadrado. Lo que nos permite afirmar que no existe relación estadísticamente significativa, entre la hipertensión arterial crónica sobreagregada y las características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

Esto quiere decir, que ni la edad de la madre, nivel de estudios, procedencia y factores de salud propias de una gestante, no tendría relación con la aparición o diagnóstico de hipertensión arterial crónica sobreagregada; es decir estas variables, en la población estudiada, no tendrían asociación con la probabilidad que la gestante desarrolle esta enfermedad, sino sería otros factores diferentes no considerados en el estudio (fumar, beber alcohol, estrés, tendencia hereditaria, entre otras).

Tabla 4. Relación entre la Preeclampsia y las características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022

| Características sociodemográficas | | Preeclampsia | | | | | | Total | | Prueba Chicuadrado <i>P</i> |
|---|-----------------------------|-----------------------|--------------|------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------------------------|
| | | Si n=24 (14,4%) | | No n=144 (85,5%) | | | | | | |
| | | Leve | | Severa | | No | | Total | | |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Edad en rango de la gestante | Gestante adolescente | 0 | 0,0 | 3 | 25,0 | 20 | 14,1 | 23 | 13,9 | 0,437 |
| | Gestante adulta | 8 | 66,7 | 6 | 50,0 | 91 | 64,1 | 105 | 63,3 | |
| | Gestante añosa | 4 | 33,3 | 3 | 25,0 | 31 | 21,8 | 38 | 22,9 | |
| Grado de instrucción | Primaria | 5 | 41,7 | 3 | 25,0 | 49 | 34,5 | 57 | 34,3 | 0,802 |
| | Secundaria | 5 | 41,7 | 8 | 66,7 | 72 | 50,7 | 85 | 51,2 | |
| | Superior | 2 | 16,7 | 1 | 8,3 | 21 | 14,8 | 24 | 14,5 | |
| Procedencia | Urbana | 5 | 41,7 | 5 | 41,7 | 66 | 46,5 | 76 | 45,8 | 0,909 |
| | Rural | 7 | 58,3 | 7 | 58,3 | 76 | 53,5 | 90 | 54,2 | |
| Características de salud | | Leve | | Severa | | No | | Total | | Prueba Chicuadrado <i>P</i> |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Control prenatal | Igual o mayor a 6 controles | 10 | 83,3 | 9 | 75,0 | 85 | 59,9 | 104 | 62,7 | 0,178 |
| | Menor a 6 controles | 2 | 16,7 | 3 | 25,0 | 57 | 40,1 | 62 | 37,3 | |
| Paridad de la gestante | Nulípara | 2 | 16,7 | 5 | 41,7 | 38 | 26,8 | 45 | 27,1 | 0,230 |
| | Múltipara | 8 | 66,7 | 6 | 50,0 | 60 | 42,3 | 74 | 44,6 | |
| | Primípara | 2 | 16,7 | 1 | 8,3 | 44 | 31,0 | 47 | 28,3 | |
| Período intergenésico | Menor de 2 años | 1 | 8,3 | 3 | 25,0 | 23 | 16,2 | 27 | 16,3 | 0,537 |
| | Igual o mayor de 2 años | 8 | 66,7 | 4 | 33,3 | 79 | 55,6 | 91 | 54,8 | |
| | Sin período intergenésico | 3 | 25,0 | 5 | 41,7 | 40 | 28,2 | 48 | 28,9 | |
| Edad gestacional | Menor de 37 semanas | 5 | 41,7 | 3 | 25,0 | 52 | 36,6 | 60 | 36,1 | 0,664 |
| | De 37 a 42 semanas | 7 | 58,3 | 9 | 75,0 | 90 | 63,4 | 106 | 63,9 | |
| Antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo | Si | 6 | 50,0 | 7 | 58,3 | 33 | 23,2 | 46 | 27,7 | 0,007 |
| | No | 6 | 50,0 | 5 | 41,7 | 109 | 76,8 | 120 | 72,3 | |
| Total | | 12 | 100,0 | 12 | 100,0 | 142 | 100,0 | 166 | 100,0 | |

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

En la tabla 4, se puede observar algunas características sociodemográficas y de salud asociadas a la preeclampsia, encontrándose que del total de la muestra de 166 gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022, el 85,5% fueron gestantes que no presentaron preeclampsia, el 14,4% presentó preeclampsia. En este caso, el análisis se realizó considerando porcentajes a nivel de columna, para mostrar los datos de la preeclampsia en sus dos variedades: leve y severa.

Las características sociodemográficas de las 24 gestantes con preeclampsia, se distribuyó de la siguiente manera: el 50% fueron preeclampsia leve y el 50% fueron preeclampsia severa. Del grupo que presentó preeclampsia leve, el 66,7% fue gestante adulta, el 41,7% tuvo primaria y también el 41,7% secundaria, el 58,3% de procedencia rural, 83,3% tuvo control prenatal igual o mayor a 6 controles, 66,7% fue multípara, 66,7% presentaba período intergenésico igual o mayor de 2 años, el 58,3% de 37 a 42 semanas de edad gestacional y el 50% presentó antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo.

Para el grupo que presentó preeclampsia severa, las características relacionadas fueron: el 50% gestante adulta, el 66,7% con secundaria, el 58,3% de zona rural, el 75% tuvo control prenatal igual o mayor a 6 controles, el 50% fue multípara, el 41,7% sin período intergenésico, el 75% de 37 a 42 semanas de edad gestacional y el 58,3% presentó antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo. Mientras que, para el grupo sin preeclampsia, los datos no evidencian diferencias marcadas con lo anterior, encontrándose los mayores porcentajes en las mismas características, a diferencia de no tener antecedentes de enfermedad hipertensiva del embarazo (76,8,7%).

Los resultados sobre gestantes con preeclampsia coinciden con lo reportado por Domínguez (18) que la mayoría fueron multíparas 85,5% y además el 50% cuenta con los controles prenatales establecidos; guardando similitud con estudios previamente mencionados (5, 27). Por el contrario, difieren a lo encontrado por otros autores, como Castillo (12) que menciona que las gestantes con enfermedad hipertensiva presentaron < 6 controles prenatales; una edad materna >35 años, la edad gestacional < 36 semanas y la nuliparidad; Villar (17) encontró en mayores porcentajes preeclampsia severa y primiparidad; Nieves y Rodríguez (4) el 59,3% no presentaron antecedentes y el 38% una edad materna entre 21 - 25 años y Medina (23) encontró 50% de nuliparidad.

Dentro del análisis de relación entre la preeclampsia y las características sociodemográficas, no se encontró relación alguna entre las variables de estudio, debido a que $p > 0,05$, en todos los casos, es decir, ni la edad en rango de la gestante ($p=0,437$), ni grado de instrucción ($p=0,802$), ni procedencia ($p=0,909$) tiene relación con la presencia de preeclampsia. En cuanto a las variables de salud relacionadas a la preeclampsia, se halló relación con antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0,007$); no se halló relación con el control prenatal ($p=0,178$), ni con paridad de la gestante ($p=0,230$), ni con el período intergenésico ($p=0,537$), ni con la edad gestacional ($p=0,664$). Al respecto, Garay (21) encontró igualmente asociación con antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0,027$), pero no concuerda con la paridad, pues encontró la nuliparidad como un factor de riesgo asociado a la preeclampsia ($p=0,005$).

Así también, estudios del INEI (32) refieren que los factores como: cuidados de la madre gestante por su salud y del neonato, los conocimientos y prácticas relacionadas con la prevención y tratamiento de la preeclampsia y demás enfermedades asociadas, la zona donde residen, la edad, el estrato económico, el apoyo familiar, entre otras, generan un entorno condicionante al control y desarrollo del embarazo. De igual forma, la Teoría del autocuidado de Dorothea (33) considera a la gestante como un todo integrado, donde tanto las características demográficas, sociales, salud y su ambiente social configura requisitos específicos del período de embarazo.

A pesar, que en el presente estudio no se encontraron relaciones entre las variables estudiadas, la literatura enseña, que dichas características son de riesgo, que pudieran predecir la aparición de trastornos hipertensivos del embarazo (12, 13). A lo mejor, se debe ampliar la investigación a otros factores sociales y culturales poco estudiados que predisponen a la hipertensión durante el embarazo, así como el período de estudio. No obstante, el aporte de la presente investigación, es el antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo como factor de salud relacionado a la preeclampsia, el mismo que debe ser considerado importante al momento del diagnóstico, garantizando un registro oportuno.

Tabla 5. Relación entre la Hipertensión gestacional transitoria y las características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022

| Características sociodemográficas | | Hipertensión gestacional transitoria | | | | Total | | Prueba Chicuadrado <i>P</i> |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|-----------------------------|
| | | Si | | No | | N° | % | |
| | | N° | % | N° | % | | | |
| Edad en rango | < 20 años (gestante adolescente) | 4 | 2,4 | 19 | 11,4 | 23 | 13,9 | 0,535 |
| | De 20 a 35 años (Gestante adulta) | 13 | 7,8 | 92 | 55,4 | 105 | 63,3 | |
| | > 35 años (gestante añosa) | 3 | 1,8 | 35 | 21,1 | 38 | 22,9 | |
| Grado de instrucción | Primaria | 5 | 3,0 | 52 | 31,3 | 57 | 34,3 | 0,420 |
| | Secundaria | 13 | 7,8 | 72 | 43,4 | 85 | 51,2 | |
| | Superior | 2 | 1,2 | 22 | 13,3 | 24 | 14,5 | |
| Procedencia | Urbana | 11 | 6,6 | 65 | 39,2 | 76 | 45,8 | 0,378 |
| | Rural | 9 | 5,4 | 81 | 48,8 | 90 | 54,2 | |
| Características de salud | | Si | | No | | Total | | Prueba Chicuadrado <i>P</i> |
| | | N° | % | N° | % | N° | % | |
| Control prenatal | Igual o mayor a 6 controles | 13 | 7,8 | 91 | 54,8 | 104 | 62,7 | 0,817 |
| | Menor a 6 controles | 7 | 4,2 | 55 | 33,1 | 62 | 37,3 | |
| Paridad de la gestante | Nulípara | 6 | 3,6 | 39 | 23,5 | 45 | 27,1 | 0,923 |
| | Múltipara | 9 | 5,4 | 65 | 39,2 | 74 | 44,6 | |
| | Primípara | 5 | 3,0 | 43 | 25,3 | 47 | 28,3 | |
| Período intergenésico | Menor de 2 años | 4 | 2,4 | 23 | 13,9 | 27 | 16,3 | 0,644 |
| | Igual o mayor de 2 años | 9 | 5,4 | 82 | 49,4 | 91 | 54,8 | |
| | Sin período intergenésico | 7 | 4,2 | 41 | 24,7 | 48 | 28,9 | |
| Edad gestacional | Menor de 37 semanas | 6 | 3,6 | 54 | 32,5 | 60 | 36,1 | 0,542 |
| | De 37 a 42 semanas | 14 | 8,4 | 92 | 55,4 | 106 | 63,9 | |
| Antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo | Si | 9 | 5,4 | 37 | 22,3 | 46 | 27,7 | 0,065 |
| | No | 11 | 6,6 | 109 | 65,7 | 120 | 72,3 | |
| Total | | 20 | 12,0 | 146 | 88,0 | 166 | 100,0 | |

Fuente: Historias clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022.

En la tabla 5, el análisis de relación entre la hipertensión gestacional transitoria y las características sociodemográficas y de salud, no se hallaron relación alguna entre las variables de estudio, debido a que $p > 0,05$, en todos los casos, porque, ni la edad en rango de la gestante ($p=0,535$), ni grado de instrucción ($p=0,420$), ni procedencia ($p=0,378$), ni el control prenatal ($p=0,817$), ni con paridad de la gestante ($p=0,923$), ni el período intergenésico ($p=0,644$), ni con la edad gestacional ($p=0,542$), ni con antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0,065$).

En cuanto a la relación entre la eclampsia y las características sociodemográficas y de salud de las gestantes, el 100% de gestantes no presentó eclampsia. Por lo tanto, no se han calculado medidas de asociación o relación (estadístico) para la tabulación cruzada de las variables en estudio, porque eclampsia es una constante (tiene un único dato definido, no cambia). Probablemente, esta situación se deba a las limitaciones derivadas de un estudio retrospectivo, donde podría haber existido un registro inadecuado de diagnóstico de las gestantes, un inadecuado seguimiento de las gestantes con HTAC, la falta de información en la historia clínica, por lo que la muestra poblacional no permitió encontrar relaciones que podrían haber existido.

Por último, cabe mencionar, del análisis de relación entre otras patologías y las características sociodemográficas y de salud, se halló relación con el grado de instrucción ($p=0,046$), control prenatal ($p=0,000$), la edad gestacional ($p=0,000$) y con antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0,049$). Pero, no se halló relación con la edad en rango ($p=0,545$), ni la procedencia ($p=0,202$), ni con la paridad ($p=0,2692$), ni con el período intergenésico ($p=0,600$) (Anexo 4). Estos resultados son en parte corroborados por Mamani (20) en Ica, donde en su investigación llega a concluir que no existe relación significativa entre los trastornos hipertensivos en el embarazo y las complicaciones obstétricas. Mientras que, Medina (23) encontró el 18,59% de antecedente de aborto y se relaciona con preeclampsia.

Al respecto, Garay (5) encontró igualmente asociación con antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0,027$), pero no concuerda con la paridad, pues encontró la nuliparidad como un factor de riesgo asociado a la preeclampsia ($p=0,005$).

CONCLUSIONES

1. No se encontró relación estadísticamente significativa entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022 ($p>0,05$), en todas las variables. En la relación entre las enfermedades hipertensivas y características de salud, se encontró relación significativa entre preeclampsia y la característica de salud antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo ($p=0,007$); no se halló relación con el resto de variables: control prenatal, paridad de la gestante, período intergenésico y edad gestacional ($P>0,05$).
2. Entre las enfermedades hipertensivas más resaltantes se encontró a la preeclampsia (14,4%), de las cuales se presentó la mitad preeclampsia leve y la otra mitad preeclampsia severa, seguido de hipertensión gestacional (12%), luego hipertensión arterial crónica sobreagregada (0,6%). Asimismo, en otras patologías, se encontró trabajo de parto fase activa (33,7%), aborto (12%) rotura prematura de membranas ovulares (9%) y por último (26,5%) no presentó patología alguna.
3. Las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022, predominó la gestante adulta, comprendida entre 20 a 35 años de edad, con grado de instrucción secundaria, procedente de la zona rural. En las características de salud, predominó que la mayoría de las gestantes tuvieron un control prenatal igual o mayor a 6 controles, multíparas, con período intergenésico igual o mayor de 2 años, de 37 a 42 semanas de edad gestacional y no cuentan con antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo.
4. Por lo tanto, sólo se acepta la hipótesis alterna de la relación entre la preeclampsia y antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo. En las demás variables del estudio se acepta la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades y funcionarios del Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca considerar los resultados de este estudio, para evaluar y tomar acciones estratégicas conjuntas incluso con otros sectores, para la implementación de planes necesarios para prevención y el tratamiento de las enfermedades hipertensivas en la gestante, asegurando que el personal de salud deba estar comprometido con prácticas clínicas basadas en las evidencias locales y recientes, a fin de brindar la asistencia de apoyo inmediato ante la detección de complicaciones en la gestante.
- Al personal de salud (enfermera, obstetra, médico y demás personal), que brindan directamente servicios de salud a la mujer gestante, hacer de conocimiento los resultados de esta investigación, a fin de sensibilizar y mejorar las atenciones prenatales, el diagnóstico oportuno y su intervención holística, así se podrá reducir los factores de riesgo más importantes de una gestante, según las características sociodemográficas y de salud.
- A los estudiantes de salud, que prioricen y amplíen investigaciones sobre las enfermedades hipertensivas en el embarazo y su relación con las variables estudiadas, así como ampliar el análisis a variables cualitativas; de esta manera profundizar el conocimiento sobre estas enfermedades, hacer aún más visible como problema de salud pública, con el propósito de contribuir en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna en la región y en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moncloa A. Hipertensión en el embarazo. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018 [citado 03 de mayo de 2022]; 64(2): 191-196. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n2/a06v64n2.pdf>
2. Ministerio de salud. Boletín Epidemiológico del Perú. Lima, Perú: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2018 [citado 01 de junio de 2022]. Volumen 27 – SE 24 (del 10 al 16 de junio de 2018). Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/24.pdf>
3. UNFPA. Embarazo y salud materna durante la COVID-19: vacunación a mujeres gestantes para reducir la muerte materna; 18 de junio de 2021. [citado 18 de julio de 2022] Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/news/covid-19-vacunaci%C3%B3n-mujeres-gestantes-para-reducir-la-muerte-materna>
4. Nieves M, Rodríguez M. Factores asociados a la preeclampsia, Hospital de Ventanilla, Lima, 2016 – 2017. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2018. [citado el 25 mayo de 2022] 79 p. Disponible en http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2851/T033_48092817_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Garay E. Incidencia de preeclampsia y sus factores de riesgo en pacientes gestantes en el Hospital Regional de Ica 2021 Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Autónoma de Ica, 2021 [citado 26 de mayo de 2022]. 84 p. Disponible en <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1267/1/Estefany%20Marilyn%20Garay%20C%C3%A1rdenas.pdf>
6. Nápoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN. [Internet]. 2016 [citado 05 de mayo de 2022]; 20(4): 516-529. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013&lng=es
7. Ortiz A. Trastornos hipertensivos en el embarazo (Actualización) Guatemala:IGSS, 2019 [citado 05 de mayo de 2022]. 80 p. Disponible en <https://www.igssgt.org/wp-content/uploads/2020/02/GPC-BE-No-28-Guia-de-Trastornos-Hipertensivos-del-Embarazo.pdf>
8. Ministerio de salud. Anexo N° 2 Programa presupuestal 0002 salud materno neonatal. Lima, Perú: MINSA; 2021 [citado 01 de junio de 2022]. Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2021/ANEXO2_2.pdf
9. Ministerio de salud. Boletín Epidemiológico del Perú. Lima, Perú: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2019 [citado 01 de junio de 2022]. Volumen 28 – SE 52 (del 22 al 28 de diciembre de 2019). Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>

10. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Boletín epidemiológico 2019 Semana Epidemiológica 52 del 22 al 28 de diciembre 2019. Cajamarca: Oficina Regional de Epidemiología Prevención y Control de Daños; 2019 [citado 03 mayo de 2022]. Disponible en: http://www.diresacajamarca.gob.pe/media/portal/DMZDE/documento/3992/BOLETIN_SE-52-2019.pdf?r=1580160571

11. Baquero, DS, Mora-Sánchez MP, Rada-Salinas L, Jimenez-Barbosa WG. Hospital Regional Docente Cajamarca. Determinantes sociales de la salud influyentes en la complicación de pacientes hipertensos y diabéticos que padecen insuficiencia renal. Rev. Med. Risaralda 2019;25 (1) [citado 02 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v25n1/0122-0667-rmri-25-01-15.pdf>

12. Castillo Y. Factores de riesgo asociados con preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Nuñez Butrón en el periodo enero – diciembre 2017. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Nacional del Altiplano, 2018 [citado 07 de mayo de 2022]. 86 p. Disponible en http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6418/Castillo_Apaza_Yuver_Paul.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. López N, Malamud J, Nores J, Papa S. Estados hipertensivos y embarazo. Consenso de Obstetricia FASGO [Internet] 2017. [citado 07 de mayo de 2022]. Disponible en http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf

14. Romero X., Montserrat U., Porrás-Ramírez A., Eslava M., Ramírez A., Franco Sara Rincón et al. Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo. Rev. Brás. Saude Mater. Niño. [Internet]. julio de 2022 [citado el 10 de febrero de 2023]; 22(3): 497-505. Disponible en: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292022000300497&lng=en.

15. Vázquez J. Prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Paraguay- 2017 [Tesis de licenciatura]. Paraguay: Universidad Nacional de Caaguazú; 2018 [citado el 20 mayo de 2022] 74 p. Disponible en: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021596/prevalencia-de-preeclampsia-en-embarazadas-en-el-servicio-de-g_rJ6BEgR.pdf

16. Morales-García B, Moya-Toneut C, Blanco-Balbeito N, Moya-Arechavaleta N, Moya-Arechavaleta A, Moya-Toneut R. Trastornos hipertensivos durante el embarazo en gestantes del Policlínico Universitario "Santa Clara" (2015-2016). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2017 [citado 12 Feb 2023]; 43 (2) Disponible en: <https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/207>

17. Villar C. Características clínicas y epidemiológicas de la pre eclampsia en gestantes de 18 a 35 años en el Hospital de Vitarte durante el periodo 2015-2017 Lima – Perú

- [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018. [citado el 20 mayo de 2022] 69 p. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1470/T-TPMC-CARMEN%20DE%20LOS%20MILAGROS%20VILLAR%20QUISPE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Domínguez F. Características sociodemográficas y clínicas de las gestantes con preeclampsia en el Hospital Rezola de Cañete durante el año 2018. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Privada San Juan Bautista, 2019 [citado 17 de mayo de 2022]. 59 p. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/2169/T-TPMC-FLOR%20MERCEDES%20DOMINGUEZ%20ALARCON.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 19. Castañeda-Campos JL, Arango-Ochante PM, De La-Cruz-Vargas JÁ. Factores metabólicos asociados al diagnóstico de preeclampsia en gestantes del Hospital Sergio E. Bernales, Lima, enero - diciembre 2018. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2019 [citado el 18 de mayo de 2022]; 8(3):27-33. Disponible en DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2019162>
 20. Mamani F. Transtorno hipertensivo en el embarazo relacionada a complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Santa María del Socorro, Ica 2019. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Autónoma de Ica, 2021 [citado 17 de mayo de 2022]. 66 p. Disponible en <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1019/1/MAMANI%20CONTRERAS.pdf>
 21. Gomero M. Características sociodemográficas y obstétricas de gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital San José del Callao 2018 [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad San Martín de Porres, 2021 [citado 25 de mayo de 2022]. 40 p. Disponible en https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7425/Gomero%20_%20CHME.pdf?sequence=3&isAllowed=y
 22. Morey K. Preeclampsia y su relación con el parto prematuro en gestantes del Hospital Regional de Loreto, 2019 [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Científica del Perú, 2021 [citado 25 de mayo de 2022]. 53 p. Disponible en <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1233/KAREN%20REGINA%20MOREY%20PADILLA%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 23. Medina P. Perfil clínico y epidemiológico de los trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital San Juan De Kimbiri - Vraem, 2018 – 2020 [Tesis de especialización]. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica, 2021 [citado 26 de mayo de 2022]. 62 p. Disponible en <https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/3712/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2021-MEDINA%20LLONTOP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

24. Enriquez E. Factores asociados a hipertensión inducida en el embarazo en el Hospital Regional de Loreto, Enero a Junio 2016. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Científica del Perú, 2027 [citado 10 de febrero de 2023]. <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/360/ENRIQUEZ-1-Trabajo-Factores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Muñoz E. Características sociodemográficas y clínicas de gestantes covid-19 atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas Chota, abril 2020 - enero 2021. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Señor de Sipán, 2021. Disponible en <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/8241/Mu%c3%b1oz%20Ordo%c3%b1ez%20Eddy%20Javier.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Campos G. Factores de riesgo asociados a preeclampsia temprana y tardía en pacientes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2019 – 2020. [Tesis de licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, 2021. Disponible en https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4215/T016_73113808_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo [Internet]. Argentina: Dirección Nacional de Salud Materno Infantil; 2004. [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en https://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Guia_tratamiento_hipertension_embarazo.pdf
28. Ministerio de Salud. Guía técnica: Guías de Práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima, Perú: MINSA; 2007 Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 158 p. [citado 01 de junio de 2022]. Disponible en http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
29. Ministerio de Salud. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo. Argentina: Dirección Nacional de Salud de maternidad e Infancia; 2010. [citado 28 de mayo de 2022]. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf>
30. Cararach V, Botet F. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP. AEP. 2022 [citado 03 de junio de 2022]. 139-144. Disponible en https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
31. Ministerio de Salud. NTS N° 105-MINSA/DGSP V.01: 2013. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. Lima MINSA; 2013. [citado el 05 de junio de 2022]. 61 p. Disponible en https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf

32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Presentación. [citado 10 de julio 2022] Disponible en https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1136/index.htm
33. Prado L, Gonzáles M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Med. Electron.* 2014 [citado 05 de junio de 2022];36(6): 835-845. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
34. Salazar A, Valenzuela S. Teoría de Orem aplicada a intervenciones durante embarazo y climaterio. *Rev. Bras. Enferm.* 2009 [citado el 05 de junio de 2022]; 62(4): 613-609. Disponible en <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400021>
35. Díaz L, Durán M, Gallego P, Gómez B, Gómez E, González Y et al. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán.* 2002 [citado el 07 de junio de 2022]; 2(1): 19-23. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100004&lng=en.
36. Mulens I. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo. *Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet].* 2009;8(3): Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180414043019>
37. Instituto Nacional Materno Perinatal (2017). Guía práctica clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia – versión extensa-. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>
38. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación.* 6ª ed. México: McGRAW-HILL; 2014.
39. Peña T. La complejidad del análisis documental Información, cultura y sociedad: revista del Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas, núm. 16, enero-junio, 2007, pp. 55-81 Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina. (Fecha de acceso 04 de noviembre del 2020), Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2630/263019682004.pdf>
40. Gutiérrez A, La identidad Cultural Como Contenido Transversal En El Diseño De Los Proyectos De Aprendizaje De Instituciones Educativas De La Ugel 06 De Lima-2015, (Fecha de acceso 04 de noviembre del 2020), Disponible en http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/6785/GUTIERRERAMIREZ_ADRIANO_IDENTIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos



Universidad Nacional de Cajamarca

“Norte de la Universidad Peruana
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD DE LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR CAJAMARCA-2022

Fecha:.....

Nº de Historia Clínica de la paciente:.....

Marcar con “X”

V1: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DE SALUD

1. Edad de la Gestante
 - <20 años ()
 - 20 a 35 años ()
 - >35 años ()
2. Grado de Instrucción
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior ()
3. Procedencia.
 - Urbana ()
 - Rural ()
4. Control prenatal:
 - Igual o mayor a 6 controles ()
 - Menor a 6 controles ()
5. Paridad de la gestante:
 - Nulípara ()
 - Multípara ()
 - Primípara ()
6. Periodo intergenésico en la enfermedad hipertensiva del embarazo

- Menor de 2 años ()
 - Igual o mayor de 2 años ()
 - Sin período intergenésico ()
7. Edad Gestacional
- Menor de 37 semanas ()
 - De 37 a 42 semanas ()
8. Antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo
- SI ()
 - NO ()

V2: ENFERMEDAD HIPERTENSIVA EN EL EMBARAZO

9. Hipertensión arterial crónica sobreagregada:
- SI
 - NO
10. Preeclampsia:
- Leve
 - Severa
11. Hipertensión gestacional transitoria:
- SI
 - NO
12. Eclampsia:
- SI
 - NO
13. Otra patología:
-

Anexo 2. Matriz de consistencia

| Título: Enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022 | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------------|--|--|---|--|
| Formulación del problema | Objetivos | Hipótesis | Variables | Dimensiones | Indicadores | Fuente o instrumento | Metodología | Población y muestra |
| Pregunta general ¿Cuál es la relación entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022? | Objetivo general Establecer la relación entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022. | Hipótesis Ha= Existe relación significativa entre las enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022. Ho= No existe relación significativa entre las enfermedades hipertensivas y las características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022. | Características sociodemográficas y de salud | Características demográficas | Edad | Ficha de recolección de datos e: “Enfermedades hipertensivas y características sociodemográficas y de salud de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca-2022” | 1. Tipo de Investigación cuantitativa 2. Diseño: Descriptivo – correlacional 3. Método: deductivo, análisis, síntesis | Marco Muestral: Registro de historias clínicas pertenecientes a gestantes atendidas de abril a junio del 2022. Población: La población estará constituida por 587 historias clínicas de las gestantes atendidas durante el segundo trimestre 2022. Muestra: La muestra estará conformada por 166 historias clínicas. |
| | | | | Características sociales | Grado de instrucción Procedencia | | | |
| | | | Enfermedades hipertensivas | Hipertensión crónica sobreagregada | <ul style="list-style-type: none"> • PA >140/90 mmHg ó • PAS >30 mmHg y/o • PAD >15 mmHg de la presión arterial base | | | |
| | | | | Hipertensión gestacional transitoria | | | | |
| | | | | Eclampsia | | | | |

Anexo 3. Análisis de confiabilidad de la escala sobre enfermedades hipertensivas

Resumen de procesamiento de casos

| | | N | % |
|-------|-----------------------|----|-------|
| Casos | Válido | 20 | 100,0 |
| | Excluido ^a | 0 | ,0 |
| | Total | 20 | 100,0 |

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,703 | 6 |

Anexo 4. Relación entre patologías y características sociodemográficas de la gestante

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|--|----------------------|----|---|
| Edad rango | 30,445 ^a | 32 | ,545 |
| Grado de instrucción | 46,613 ^a | 32 | ,046 |
| Procedencia | 20,417 ^a | 16 | ,202 |
| Control prenatal | 63,170 ^a | 16 | ,000 |
| Paridad | 27,544 ^a | 32 | ,692 |
| Período intergenésico | 29,380 ^a | 32 | ,600 |
| Edad gestacional | 103,675 ^a | 16 | ,545 |
| Edad rango | 30,445 ^a | 32 | ,000 |
| Antecedente de enfermedad hipertensiva del embarazo | 26,378 ^a | 16 | ,049 |
| N de casos válidos | 166 | | |