



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA
OBSTETRICIA DE RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES
DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, MINSA,
CAJAMARCA, AGOSTO - OCTUBRE 2016”**

AUTORA

Obsta. CONSUELO BRETA BALCAZAR CHUMACERO

ASESOR

Mg. MARÍA ALMEYDA DE BERNAL

LINEA DE INVESTIGACIÓN

CHICLAYO, 2018

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD HIPERTENSIVA
INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA
MARÍA DE CUTERVO, MINSA, CAJAMARCA, AGOSTO - OCTUBRE 2016”**

Tesis presentada para optar el Título de Especialista en
Obstetricia de Riesgo y Emergencias Obstétricas.

Obsta. CONSUELO BRETA BALCAZAR CHUMACERO
AUTORA

Mg. MARÍA ALMEYDA DE BERNAL
ASESORA

APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO:

Mg. YANINA GARCÍA POUICÓN
PRESIDENTE

Mg. ROSA SERRANO OTOYA
SECRETARIA

Mg. SERGIO GUTIERREZ CÁRDENAS
VOCAL

DEDICATORIA

El presente Trabajo de Tesis lo dedico:

A DIOS y a la VIRGEN DE GUADALUPE,
por permitirme llegar a este momento tan especial de
mi vida, por los triunfos y los momentos difíciles que
me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi hijo **JUAN CARLOS HERNÁNDEZ BALCAZAR,**
por ser mi pilar, mi fuerza y el impulso constante en mi vida

A mi Madre **DORIS ELIDA CHUMACERO
BALCÁZAR,** por ser la persona que ha velado por
convertirme más que una Profesional y me acompaña
durante todo el trayecto de mi vida.

A mi Padre **PEDRO PABLO BALCAZAR MORALES**
pilar de nuestro hogar, por su constante aliento para hacer de
mí, una persona de bien.

A mi hermana: **LIZ PAMELA BALCAZAR
CHUMACERO,** por su apoyo y cariño y por estar
siempre en todos los momentos más importantes de
mi vida.

BRETA

AGRADECIMIENTO

A las madres gestantes del Hospital Hospital Santa María de Cutervo, que colaboraron en la presente investigación, porque gracias a su disposición permitieron desarrollar un trabajo ameno dedicando desinteresadamente su tiempo.

A mis mejores amigos, que están a mi lado como familia sin esperar nada a cambio, compartiendo su tiempo, alegría y tristezas, que cuando más los necesito están allí para todo.

A mi Asesora y colaboradores quienes me encaminaron para culminar con éxito el presente Trabajo.

BRETA

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Consuelo Breta Balcazar Chumacero, egresada del programa de Segunda Especialidad Obstetricia de Riesgo y Emergencias Obstétricas de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Particular de Chiclayo, identificada con DNI : **16621121**, con la tesis titulada: **“RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, MINSA, CAJAMARCA AGOSTO – OCTUBRE 2016”**, Declaro bajo juramento que :

1. La tesis me corresponde como autora.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por lo tanto los resultados que se presentan en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.
5. De identificarse la falta del fraude (datos falsos), plagio (información sin citar autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena), falsificación (presentar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Particular de Chiclayo.

Chiclayo, Enero del 2018

Consuelo Breta Balcazar Chumacero

DNI : 16621121

INTRODUCCIÓN

En el Perú la mayoría de gestantes no reciben la atención medica hasta el momento del parto y algunas veces ni siquiera entonces, según cifras oficiales, más de la mitad de todos los partos en áreas rurales se lleva a cabo en el hogar de la madre con solo la asistencia de un familiar o de una partera local .esto combinado con extrema pobreza y abundante analfabetismo, da como resultado una de las peores tasas de mortalidad materna en el mundo¹. La OMS ha planteado la reducción de la morbilidad materna como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015².

Los estados hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbilidad materno-fetal y son la principal causa de muerte materna en muchos países desarrollados, siendo la eclampsia la principal responsable de ello. Si bien ha habido un notable avance en su comprensión y una mejora en los resultados aún quedan aspectos por dilucidar y la condición de gestantes impone desafíos metodológicos y bioéticos que dificultan la generación de evidencias de buena calidad^{3, 4}.

La calidad de vida de las personas es un importante factor que repercute en la salud⁵, por lo que en la actualidad se está dando énfasis a su estudio, puesto que se relaciona con diferentes aspectos de la salud de las personas.

Realizar esta investigación fue necesario para conocer in situ una realidad muy frecuente en nuestro tiempo donde la calidad de vida de las personas puede beneficiar o afectar la salud de las personas, y poder plantear propuestas y estrategias para mejorar la calidad de vida de las mujeres, así como para que los responsables de las diferentes instituciones del estado (Municipalidad, Gobierno Regional, Municipalidad, etc.), busquen las herramientas e instrumentos necesarios que pueden adoptarse para implementar medidas que permitan conocer y plantear soluciones a las personas que dependen de nuestro establecimiento para determinar la calidad de vida de las mujeres en edad fértil y de esa forma mejorar esta problemática que afecta a las gestantes y por ende a nuestra localidad.

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de vida de las gestantes y la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, se realizó el presente estudio de investigación de tipo prospectivo, descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA, Cajamarca, durante el periodo agosto – octubre de 2016, con una muestra de 40 gestantes, a las cuales se les aplicó un cuestionario para recoger la información general así como el Cuestionario EuroQol 5 para determinar la calidad de vida de la gestante, obteniendo como principales resultados:

La mayoría de las gestantes ($\geq 60\%$) estudiadas en el Hospital Santa María de Cutervo, tuvieron una calidad de vida relacionada con la salud considerada como sin problemas; siendo las gestantes consideradas sanas según la Escala Analógica Visual (EVA), las que tuvieron mejor calidad de vida (100% Calidad de vida Buena), en relación a las gestantes con Enfermedad Hipertensiva Inducida por el embarazo (45% CV Buena, 45% CV Regular y 10% CV Mala); asimismo, Las gestantes consideradas sanas, tuvieron un mejor índice promedio de Calidad de Vida EQ-5D / EVA ($X = 0,92620 \pm 0,117757$) que las gestantes con Hipertensión Inducida por el Embarazo ($X = 0,67770 \pm 0,259623$); encontrándose relación estadística significativa entre la calidad de vida relacionada con la salud y la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo en las gestantes del Hospital Santa María de Cutervo ($p < 0,05$).

Palabras clave: Calidad de vida, enfermedad hipertensiva, embarazo.

ABSTRACT

In order to determine the relationship between the quality of life of pregnant women and hypertensive disease induced by pregnancy, the present prospective, descriptive, quantitative, cross-sectional study was conducted at the Santa María de Cutervo Hospital, MINSA, Cajamarca, during the period August - October 2016, with a sample of 40 pregnant women, to whom a questionnaire was applied to collect the general information as well as the EuroQol 5 Questionnaire to determine the quality of life of the pregnant woman, obtaining as main results:

The majority of pregnant women (> 60%) studied at the Santa María de Cutervo Hospital had a quality of life related to health considered as without problems; pregnant women considered healthy according to the Visual Analogue Scale (VAS), those who had a better quality of life (100% Good Quality of Life), in relation to pregnant women with Hypertensive Disease induced by pregnancy (45% Good CV, 45% CV Regular and 10% CV Bad); Likewise, pregnant women considered healthy, had a better average Quality of Life Index EQ-5D / EVA ($X = 0.92620 + 0.117757$) than pregnant women with Hypertension induced by Pregnancy ($X = 0.67770 + 0.259623$); A statistically significant relationship was found between the quality of life related to health and the Hypertensive Disease Induced by Pregnancy in the pregnant women of the Santa María de Cutervo Hospital ($p < 0.05$).

Key words: Quality of life, hypertensive disease, pregnancy.

INDICE DE CONTENIDOS

Páginas	Nº
GENERALIDADES	
<i>Portada/portada</i>	<i>i-ii</i>
<i>Dedicatorias</i>	<i>iii</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>iv</i>
<i>Declaración de autenticidad</i>	<i>v</i>
<i>Introducción</i>	<i>vi</i>
<i>Resumen</i>	<i>vii</i>
<i>Abstract</i>	<i>viii</i>
<i>Índice Contenidos</i>	09
 CAPÍTULO I:	
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1. Realidad problemática	
1.1.1. A nivel internacional	11
1.1.2. A nivel nacional	12
1.1.3. A nivel local	14
1.2. Planteamiento del problema	15
1.2. Formulación del problema:	17
Problema general	17
Problemas específicos	17
1.3. Justificación e importancia de la investigación	17
1.4. Objetivos de la investigación	19
1.4.1. Objetivo general.	19
1.4.2. Objetivos específicos.	19
 CAPÍTULO II:	
MARCO TEÓRICO – CIENTÍFICO	20
2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.2. Base teórica	23
Calidad de vida	23

Hipertensión en el embarazo	28
2.3. Identificación de las variables	41
2.4. Operacionalización de las variables	42
2.5. Definición de variables	43
 CAPÍTULO III:	
MARCO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1. Tipo de investigación	44
3.2. Diseño de la investigación	44
3.3. Población y muestra	44
3.4. Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.5. Métodos y procedimiento para la recolección de datos	49
3.6. Análisis estadístico de los datos	50
3.7. Ética de investigación	50
Capítulo IV: Resultados de la investigación	52
4.1. Presentación y análisis de la información	52
4.2. Discusión de resultados	61
Conclusiones	69
Recomendaciones	70
Referencias bibliográficas	71
Anexos	75

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3. REALIDAD PROBLEMÁTICA

1.3.1. A Nivel Internacional

El embarazo es una situación muy especial que además de ocasionar modificaciones fisiológicas e impactar sobre las características patológicas de diversas enfermedades, también origina cambios en el abordaje metodológico. Así, las pacientes embarazadas quedan habitualmente excluidas de los ensayos de intervención, por los que se ha generado mucho menos evidencia de buena calidad que en otras áreas. Esto hace que abunden las conductas y decisiones basadas en datos de pacientes no obstétricas, especulaciones fisiopatológicas y opinión de experto³.

El descenso de la mortalidad por estados hipertensivos en el embarazo de 98% a lo largo de 50 años en el Reino Unido y Suecia resulta auspicioso en cuanto a los logros posibles en ese sentido. Los estados hipertensivos del embarazo (EHE) son muy frecuentes, y afectan entre 5% y 10% de todas las gestaciones. Constituyen una de las principales causas de morbilidad materno-fetal y son la principal causa de muerte materna en muchos países desarrollados. Si bien ha habido un notable avance en su comprensión y una mejora en los resultados aún quedan aspectos por dilucidar y la condición de gestantes impone desafíos metodológicos y bioéticos que dificultan la generación de evidencias de buena calidad³.

Las referencias a las convulsiones de la gestante pueden encontrarse en los escritos médicos de la antigua China, India, Egipto y Grecia. Concretamente, Hipócrates en el siglo IV a.C. se refirió a la gravedad que representaba la aparición de convulsiones en una embarazada. Es recién en el siglo XVII que se diferencian las convulsiones de la embarazada de la epilepsia y la palabra *eclampsia* aparece entre 1619 (Varandeu) y 1739 (De Sauvages), haciendo referencia al término griego *éklampsis* que significa brillantez, destello, fulgor o resplandor, para referirse al brusco inicio de las convulsiones⁴.

Desde entonces y hasta la actualidad, pese a los avances en los conocimientos biomédicos, la comprensión de la etiopatogenia de la preeclampsia - eclampsia es muy pobre³.

Mediciones sobre el estado de salud y la calidad de vida relacionada a la salud se han utilizado con creciente frecuencia en los últimos 20 años, para evaluar la salud de individuos y poblaciones. El desarrollo de medidas para evaluar la calidad de vida en el sector salud, ha obedecido básicamente a la necesidad de una mayor eficiencia en la

asignación de los recursos y el deseo de medir el impacto o resultados de las intervenciones y/o políticas de salud⁵.

En este sentido, el uso de medidas basadas en preferencias, como lo es el cuestionario EQ-5D, en la evaluación de impactos y resultados en salud se han extendido considerablemente en la última década. Su ventaja sobre otros tipos de instrumentos genéricos en la evaluación de la calidad de la vida relacionada a la salud, reside en el hecho que, este tipo de medidas, tienen como resultado un único índice numérico, que refleja el valor de las preferencias sociales por el estado de la salud, haciéndolos muy útiles en el área de evaluación económica en salud y por ende, en la definición de políticas y asignación de recursos en el sector⁶.

1.3.2. A Nivel Nacional

Muchas mujeres mueren cada día por un mal embarazo o por complicaciones relacionadas con el parto en el Perú¹.

En el Perú, la Vigilancia Epidemiológica de muerte materna ha registrado en los últimos 15 años (2000 - 2014) y a la Semana Epidemiológica SE 35-2015 un total de 7878 muertes maternas de clasificación directa e indirecta. Desde 2008 se observa una tendencia sostenida de disminución de la mortalidad materna a nivel nacional. Entre 2013 y 2014 hubo un ligero incremento que no alteró la tendencia general. Sin embargo, aún se evidencian brechas entre los indicadores nacionales y regionales⁷.

Departamentos como Lima, Cajamarca, Puno, Piura, La Libertad, Cusco, Loreto y Junín han concentrado el mayor número de muertes a nivel nacional, concentrando en los últimos 15 años el 61,7 % del total de casos a nivel nacional⁷.

En la SE 35 - 2015, se notificaron 301 casos de muerte materna, de los cuales 279 son muertes maternas notificadas como directas e indirectas (61,5% y 31,2%). El 7,3% de estas muertes se notificaron como muerte incidental. Al comparar los casos con el mismo periodo del 2014 (260 casos), se observa un incremento de 19 casos⁷.

Hasta la SE 35 - 2015 son 6 los departamentos que han concentrado el 54,8 % del total de casos de muertes a nivel nacional (Lima, Cajamarca, Piura, Junín, La Libertad y Loreto). Lima con 42 casos y Cajamarca con 30, concentran el mayor número de casos a nivel nacional. Los departamentos que incrementaron casos con respecto al mismo periodo de 2014, fueron Lima, Junín y Amazonas con 16, 7 y 5 casos respectivamente⁷.

Las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias, que representan el mayor número de casos con un 39,8%. La enfermedad hipertensiva del embarazo representa el 28.7% y la sepsis el 20.4 %⁷.

En Lima, la tasa de mortalidad materna es más baja que para las mujeres rurales: 109 mujeres mueren por cada 100,000 partos. La cifra incluso se considera baja si se compara con el promedio para América Latina: 178 muertes maternas por cada 100,000 partos¹.

Según el lugar de ocurrencia del fallecimiento, el 57% de las muertes ocurren en domicilio, 29% en hospitales, 4,5% en centros de salud, el 3,5% en puestos de salud y el 6% en el trayecto suman el 63%, en las direcciones de salud de La Libertad, Ancash y Cusco, si bien la hemorragia sigue constituyendo el principal diagnóstico genérico, entre 60% y 65%, los otros diagnósticos, como la infección y toxemia representan porcentajes significativos¹.

Se debió alcanzar al año 2015 reducir la mortalidad materna en un 75%. Según la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNFPA, y el Banco Mundial. La mortalidad materna a nivel global se redujo en 47% en este periodo¹.

1.3.3. A Nivel Local

A nivel local no hemos encontrado estudios relacionados al tema de investigación.

Las alteraciones hipertensivas en el embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbilidad materna y perinatal. Es una entidad de prevalencia sostenida a pesar de los grandes esfuerzos para su control, con la búsqueda de medidas preventivas. El pronóstico es susceptible de modularse mejorando el diagnóstico temprano. La incidencia va entre el 6 y el 8% de todas las gestaciones y es la primera causa de morbilidad materna en nuestro país⁵.

La preeclampsia es la manifestación hipertensiva más frecuente del embarazo, siendo esta una enfermedad de gran complejidad, para la que se requiere un manejo de alto nivel de recurso técnico y humano. El diagnóstico de preeclampsia lleva implícita, siempre, la presencia de una disfunción orgánica que conduce a vigilar los criterios de compromiso severo de cada uno de los órganos vitales. Esta condición siempre ha sido considerada la base clínica para entender la alta morbilidad del síndrome⁵.

El conocimiento de la calidad de vida y su evaluación a nivel individual y de grupos ha devenido en factor importante para identificar las necesidades de las personas, evaluar el

impacto de las condiciones sociales y ambientales y proveer información para optimizar decisiones políticas. Se han desarrollado indicadores para evaluar diferentes aspectos de la calidad de vida, considerándose necesario contar con instrumentos válidos y confiables para la estimación de la calidad de vida a nivel local⁸.

El interés por el estudio de la calidad de vida aumentó considerablemente en los últimos años del siglo XX. Se consideró que después de haberse satisfecho las necesidades básicas de la población (al menos en el Mundo Desarrollado o «Primer» Mundo) era hora de trabajar por mejorar la calidad de la vida⁸.

El Índice de Calidad de Vida (ICV), es un instrumento válido y confiable utilizado para estimar la calidad de vida de la población adulta y cuyos resultados varían según las características demográficas, el nivel educativo y el nivel de pobreza de la población⁸.

Insistamos en que en el Mundo en Desarrollo o Mundo Mayoritario la situación es bastante diferente, y la mayor parte de las personas no han satisfecho sus necesidades básicas. Por lo tanto el concepto de calidad de vida debe considerarse dentro de una perspectiva cultural, es un concepto que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales⁹.

En ese sentido es fundamental la prevención de la hipertensión arterial inducida por el embarazo, a través de la promoción de estilos de vida saludable, una alimentación sana y el incentivo de actividad física.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es una etapa muy importante en la vida de la mujer y requiere de mucha responsabilidad para que este llegue a su fin sin problemas o complicaciones.

El desarrollo del estudio se llevará a cabo en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA, Cajamarca, durante el periodo agosto - octubre 2016 siendo el objeto de investigación la calidad de vida relacionada con la salud y la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo, las mismas que deben estar consideradas dentro de la Atención Prenatal Reenfocada y el campo de acción, la Salud materno-infantil.

Muchas gestantes no acuden al control prenatal o lo hacen de forma irregular y luego presentan complicaciones, las mismas que pudieran tener relación con la calidad de vida de

la gestante y su familia y que pueden ser detectadas durante el control, como la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, que de no ser atendida a tiempo pudiera tener consecuencias mortales tanto para la madre como para el producto de la gestación¹.

La mortalidad materna por enfermedad hipertensiva representa el 14% de la totalidad de muertes maternas en el país, por lo que un buen control prenatal en el que se incluya determinar la calidad de vida de la gestante para poder tomar medidas de acciones preventivas para un mejor desenlace del embarazo¹.

El Hospital Santa María de Cutervo, MINSA, Cajamarca, no escapa a esta realidad pudiendo observar que un buen número de gestantes con aparente mala calidad de vida que presentan complicaciones del embarazo entre ellas la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, por lo que se genera la inquietud de investigar la relación de estas variables.

El presente estudio está abocado a investigar la relación que pudiera existir entre la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo y la calidad de vida relacionada con la salud, de la gestante atendida en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA, Cajamarca, durante el periodo agosto – octubre 2016.

1.5. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA Cajamarca, en los meses de Agosto – Octubre de 2016?

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo instituye una situación psicosocial de vital importancia para la mujer, que además de modificaciones fisiológicas, impacta en las características patológicas de ciertas enfermedades, sobre todo en aquellas gestantes que presenten hipertensión arterial, pues conlleva a una serie de situaciones que pueden afectar la salud de la madre como la del hijo y constituirse en un problema de salud mayor, si se presentan complicaciones, tanto en el parto como después de este³.

La hipertensión relacionada con el embarazo es una de las causas principales de muerte materna directa (28,7%) teniendo a la edad, raza, alimentación, nivel socioeconómico como factores de riesgo que influyen en el incremento de los casos con esta patología⁷, y en el año 2015 se plantearon estrategias para reducir la mortalidad materna en un 75%¹.

En el ámbito de la salud, el desarrollo de investigaciones sobre calidad de vida, especialmente en asociación con el incremento de enfermedades crónicas, ha dado lugar al concepto de calidad de vida relacionado con la salud, referido a la percepción del paciente de los efectos de una determinada enfermedad, o de la aplicación de cierto tratamiento, especialmente de las consecuencias sobre su bienestar físico, emocional y social; así los objetivos de la atención se orientan a mejorar la calidad de vida del paciente y no solo a eliminar la enfermedad o reducir los índices de morbilidad y mortalidad⁸.

Determinar el índice de calidad de vida relacionada con la salud y su relación con las complicaciones obstétricas como la hipertensión inducida por el embarazo, permitirá establecer o considerar esta variable como uno de los factores que influyen en el estado de salud de la mujer gestante, incluyendo en el control del embarazo este tamizaje sencillo y de mucha importancia.

Al conocer los factores que afectan la calidad de vida de las pacientes y su relación con la Hipertensión arterial inducida por el embarazo, se podría establecer una línea de base para estructurar programas preventivos, con el fin de lograr un mejor control de la enfermedad y que las pacientes tengan mejor calidad de vida y de esta manera poder culminar la gestación asegurando el bienestar del binomio madre - niño, por lo que desde el punto de vista social el determinar la calidad de vida de las mujeres se convertirá en un aspecto de importancia a tomar en cuenta por las autoridades de la comunidad en aras de lograr programas de mejora para la comunidad en general con énfasis en la gestante

Por lo anteriormente expuesto surge la motivación hacia este estudio, a partir de la situación planteada, por lo que se ha creído conveniente realizar el presente trabajo de investigación con la finalidad de correlacionar la calidad de vida y la hipertensión arterial inducida por el embarazo en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA Cajamarca, sirviendo así a una necesidad informativa, brindando un trabajo científico, colaborando con la institución y los profesionales de la salud, aportando con un trabajo de investigación.

1.7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Objetivo General.

Determinar la relación entre la calidad de vida y la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA Cajamarca, durante agosto – octubre 2016

1.7.2. Objetivos Específicos.

- Conocer la calidad de vida de las gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA Cajamarca.
- Determinar la el estado de salud imaginable según la Escala Analógica Visual (EAV) en las gestantes sanas y con Enfermedad Hipertensiva Inducida por el embarazo atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo.
- Conocer el Índice de Calidad de Vida EQ-5D/EAV de las gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO –CIENTIFICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Sánchez R., en México (2010), de acuerdo con la secretaría de Salud al analizar el estado actual de la eclampsia: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares, considera que la preeclampsia es un problema de salud pública en México y en el mundo, es responsable de una muy alta morbilidad y mortalidad materna y representa hasta 34% del total de las muertes maternas, constituyendo la principal causa de muerte asociada a complicaciones del embarazo, tiene implicaciones económicas importantes a nivel de la población y el país, por lo que sigue siendo un reto para la investigación biomédica, ya que su etiología es aún desconocida, lo que complica su detección temprana, su prevención y su manejo ¹⁰.

Lapidus A. en Argentina (2010), en su Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo, afirma que los trastornos hipertensivos complican alrededor del 10% de los embarazos. Sus formas severas (preeclampsia y eclampsia), representan el 4,4% de todos los nacimientos. La preeclampsia (PE) complica el 3-14% de todos los embarazos, el 30% de las gestaciones múltiples, el 30% de los embarazos en mujeres diabéticas, y el 20% de las gestaciones en mujeres con hipertensión crónica. Sin embargo, dos tercios de todos los casos ocurren en embarazadas que, fuera de este desorden, son nulíparas sin otras complicaciones aparentes¹¹.

Cruz P. y cols., en México (2010). La hipertensión ocurre aproximadamente en 6 a 10% de los embarazos. Las enfermedades hipertensivas del embarazo y en especial la preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y de las más importantes de mortalidad materna y perinatal. Se calcula que mueren anualmente en el mundo 50,000 mujeres por preeclampsia. En países en vía de desarrollo como América Latina y el caribe, constituye la principal causa de muerte materna (25%)¹².

Marín R., en España (2011), afirma que la hipertensión arterial (HTA) complica el 10% de las gestaciones y es una causa importante de morbimortalidad materna y fetal. La preeclampsia es una forma de HTA inducida por el embarazo, con etiopatogenia relacionada con la síntesis incrementada de proteínas antiangiogénicas y expresividad clínica variable, que puede traducirse simplemente en HTA ligera y proteinuria, o alcanzar cuadros muy graves con trombopenia, anemia hemolítica, disfunción hepática, edema pulmonar y convulsiones (eclampsia). Muchos casos de HTA inducida por el embarazo

cursan sin proteinuria y reciben el nombre de HTA gestacional¹³.

Sosa L., y Guirado M., en Uruguay (2013), Los estados hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbilidad materno-fetal y son la principal causa de muerte materna en muchos países desarrollados. Si bien ha habido un notable avance en su comprensión y una mejora en los resultados aún quedan aspectos por dilucidar y la condición de gestantes impone desafíos metodológicos y bioéticos que dificultan la generación de evidencias de buena calidad³.

Padilla N., en México (2013), en un estudio de tipo observacional, transversal y analítico realizado con el objetivo de medir la asociación que existe entre la hipertensión inducida por el embarazo y el peso al nacer de los neonatos, en una muestra de 5478 gestantes admitidas para su resolución obstétrica, obtuvo como resultados. Del 100% de la muestra ($n = 5\,478$ registros), 14.73% ($n = 807$) tuvieron hipertensión inducida por el embarazo, y de ellos, 10.92% ($n = 598$) fue *hipertensión gestacional* y 3.82% ($n = 209$) *preeclampsia/eclampsia*. Los neonatos tuvieron media de peso $3\,049.27 \pm 600.22$ g de madres hipertensas y $3\,104.94 \pm 502.57$ g de madres normotensas, ANOVA $F = 1.49$, $p = 0.00001$: ajustado por edad gestacional $F = 1.52$, $p = 0.0168$. Conclusión. Hubo diferencias de los pesos al nacer de los neonatos de madres normotensas e hipertensas gestacionales; edad gestacional actuó como confusor¹⁴.

Según la Secretaría distrital de Salud de Bogotá Colombia (2014), la incidencia de trastornos hipertensivos se ha calculado entre el 6 y 8% de todas las gestaciones y es la primera causa de morbilidad materna en el país. En Bogotá constituye la segunda causa de mortalidad materna, después de la hemorragia, donde para el año 2012 el 12,2% correspondieron a preeclampsia - eclampsia y para el año 2013 de las 24 muertes maternas ocurridas, 25% correspondieron a trastornos hipertensivos¹⁵.

Rodríguez A y Martínez D.E., en Colombia (2015), afirma que las alteraciones hipertensivas en el embarazo determinan una complicación obstétrica frecuente y de notable morbilidad materna y perinatal. Es una entidad de prevalencia sostenida cuyo pronóstico puede modularse mejorando el diagnóstico temprano. La incidencia está entre 6% y 8%, y es la primera causa de morbilidad materna¹⁶.

Rodríguez y Salazar en Trujillo (2010), en un estudio con el objetivo de determinar la tendencia de la prevalencia en la presentación de preeclampsia en el Hospital Belén de Trujillo, durante el 2000 al 2008 de tipo descriptivo, longitudinal, de medidas seriadas en

el tiempo de tendencias, donde se evaluó 1926 historias de pacientes gestantes con preeclampsia, obtuvieron como principales resultados que del total de pacientes atendidas, las que presentaron preeclampsia representó el 4,6% del total de casos. La edad promedio de las pacientes con preeclampsia fue de 20 a 35 años. La distribución más frecuente, según procedencia, se encontró que la mayor parte de las pacientes procedieron de los distritos aledaños de Trujillo (El Porvenir, Florencia de Mora, La Esperanza, Moche, Salaverry, Víctor Larco Herrera), con un 65%, siendo de menos frecuente en las pacientes de Trujillo., según el grado de instrucción en secundaria y según estado civil, conviviente. Durante el decenio hemos observado que la tasa de prevalencia durante los primeros ha ido incrementando progresivamente y en el año 2004 se reporta el pico más alto, restableciéndose el año siguiente y volviendo a incrementarse progresivamente hasta el año 2008. La función de tendencia de prevalencia ($Y = a \pm bt$) resultó: $a: 3,9296$; $b = 0,1348$, con un coeficiente de determinación de 0,20. Se encontró un porcentaje de 4,8% en recién nacidos de pacientes con preeclampsia, con asfixia neonatal. Concluyendo que la tendencia de prevalencia de preeclampsia presenta un discreto incremento progresivo a lo largo de estos últimos años¹⁷.

Espinoza en Lima (2014), en su estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital Vitarte durante enero 2009 a diciembre 2012, concluye que la hipertensión inducida por el embarazo representó el 88% de la población estudiada. De ellas la preeclampsia leve ocupó el primer lugar con el 45%. En general prevaleció la interrupción del embarazo entre 38 y 41 semanas (36%), aunque en las pacientes con preeclampsia leve el 33% tenía menos de 38 semanas. El 36% de los recién nacidos tuvo un peso superior a los 3 000 g. La morbilidad materna fue escasa. El 23% tuvo relación directa con la hipertensión. La cesárea fue el modo de terminación del embarazo más frecuente, también hubo predominio del bajo peso, y la anemia fue la morbilidad materna más frecuente¹⁸.

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. TEORÍA DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto

subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores¹⁹.

Según la OMS, la calidad de vida es: *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"*¹⁹.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un *bienestar social* como ocurre en los países desarrollados¹⁹.

2.2.1.1. Dimensiones de la calidad de vida:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la *calidad de vida relacionada con la salud*. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: "Tres cosas hay en la vida: salud (*dimensión física*), dinero (*dimensión social*) y amor (*dimensión psicológica*)¹⁹.

2.2.1.2. Características de la calidad de vida:

- **Concepto subjetivo:** Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- **Concepto universal:** Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- **Concepto holístico:** La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el **modelo biopsicosocial**. El ser humano es un todo.
- **Concepto dinámico:** Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- **Interdependencia:** Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

La medicina y los recursos económicos, políticos, sociales del mundo occidental ha conseguido aumentar la esperanza de vida dando años a la vida. El objetivo de la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida¹⁹.

2.2.1.3. Instrumentos de medida generales de calidad de vida:

- 1) Cuestionario de Salud SF-36
- 2) Perfil de Salud de Nottingham
- 3) Calidad de vida de la OMS: WHOQOL-100
- 4) Euroqol-5D²⁰.

1. Cuestionario de salud SF-36:

Pretende medir 8 conceptos genéricos sobre la salud. Es ampliamente utilizado en todo el mundo y en muchas patologías.

Dimensiones:

- Función física: grado en el que la falta de salud limita las AVD como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, etc.
- Rol físico: grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades que puede realizar.
- Dolor corporal: medida de la intensidad y efecto en el trabajo y AVDs.
- Salud general: valoración personal del estado de salud, que incluye situación actual y perspectivas futuras.
- Vitalidad: sentimiento de energía y vitalidad frente al cansancio y desánimo
- Función social: grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- Rol emocional: grado en que el problema emocional afecta al trabajo y vida diaria.
- Salud mental: considera la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general²⁰.

2. Perfil de Salud de Nottingham (NHP)

Consta también de dos partes. La primera tiene 38 ítems pertenecientes a 6 grandes dimensiones de la salud: energía (3 ítems), dolor (8 ítems), movilidad física (8 ítems), reacciones emocionales (9 ítems), sueño (5 ítems) y aislamiento social (5 ítems).

La segunda parte consta de 7 preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en 7 actividades de la vida diaria: en el trabajo, tareas domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre.

En ambas partes se responde SI/NO.

Está adaptado al castellano desde 1985.

Las ventajas es que es de alta fiabilidad y validez, fácil y barato, se responde rápidamente, fácil de puntuar.

Desventajas: los ítems de la primera parte representan situaciones bastante severas. No se valorarán pues casos en los que solo haya malestar²⁰.

3. Índice de Calidad de vida de la OMS: WHOQOL-100

Su diseño permite utilizarse tanto en personas sanas como en enfermas. Hay otro abreviado, el WHOQOL-BREF que consta de 26 preguntas. Las dos primeras son independientes e indagan sobre la calidad de vida y el estado de salud. Las 24 restantes se reúnen en 4 dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Cada pregunta se valora en una escala de 1 a 5. A mayor puntuación más alta calidad de vida²⁰.

4. EuroQol-5D: Índice EQ-5D-5L (EQ-5D Index).

El índice de salud se obtiene mediante técnicas de medición de preferencias sobre estados de salud del EQ-5D que consisten en ejercicios individuales de elección entre un conjunto de pares de estados de salud del EQ-5D hipotéticos, tras los que, mediante un modelo de regresión, se muestra la relación lineal entre el valor (utilidad o índice) y variables *dummies* correspondientes a los distintos niveles de cada una de las dimensiones. De este modo, cada uno de los 3.125 estados de salud del EQ-5D-5L recibe un valor en la escala (0, 1), siendo 0 el valor de referencia, asignado a la muerte y 1 el de la salud perfecta. Caben estados de salud peores que la muerte, que son valorados negativamente²⁰.

El EQ-5D, es un instrumento genérico y estandarizado elaborado para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Genérico, que no hace referencia a enfermedad específica alguna. Estandarizado, porque con él que se pretende valorar un conjunto estandarizado de estados de salud. Su propósito es generar un índice cardinal de salud, muy potencial para su uso en evaluación económica y ha probado su utilidad como medida de salud de la población, pudiendo mostrar las diferencias entre comunidades o grupos de población de diferentes características socioeconómicas, tanto de los estados de salud como de la valoración que los individuos hacen de esos estados de salud²¹.

El instrumento EQ-5D consta de 2 partes - el sistema descriptivo EQ-5D y la Escala Visual Analógica (EVA). El sistema descriptivo EQ-5D comprende 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor / malestar y ansiedad / depresión. En la EVA el individuo puntúa su salud entre dos extremos, 0 y 100, peor y mejor estado de salud imaginables²².

Índices de salud para la evaluación económica

El estado de salud se puede convertir en un índice sintético único mediante la aplicación de una fórmula que pondera cada uno de los niveles en cada dimensión. Cada estado de salud recibe un valor de acuerdo con un conjunto particular de pesos o conjuntos de valores que miden los estados de salud en una escala anclada en 1 = salud completa y 0 = muerte. El conjunto de valores o utilidades se basa en la valoración de estados de salud del EQ-5D a partir de muestras de población general²³.

El EQ-5D como medida de salud de la población

Incorporado a encuestas de salud, el EQ-5D proporciona datos poblacionales de referencia llamados normas poblacionales, para un determinado país o región. Estos datos pueden ser utilizados para comparar los perfiles de los pacientes con condiciones específicas de salud con datos de la persona promedio en la población general de la misma edad y / o sexo y otras variables sociodemográficas²².

Seguimiento del estado de salud de grupos de pacientes

Se utiliza en diferentes momentos en el tiempo (derivación, admisión, alta, y seguimiento de pacientes ambulatorios), mediante la medición de cambios en el estado de salud de pacientes individuales y de grupos de pacientes. Esta aplicación es una realidad en algunos países como el Reino Unido y previsiblemente será muy relevante en el futuro, pues hay un interés creciente en incorporar medidas del cambio en la salud referidas por los pacientes, conocidas como PRO (Patient Reported Outcomes) o Resultados Percibidos por los Pacientes (RPP), a la batería de indicadores clínicos de seguimiento de los pacientes para medir los resultados y la calidad de la atención sanitaria y realizar auditorías de la atención sanitaria. Los RPP están llamados a ser una medida de resultados de la actividad sanitaria y servir a la gestión sanitaria²⁴.

2.2.2. HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO

2.2.2.1. Definición

El término hipertensión en el embarazo normalmente describe un espectro amplio de condiciones que pueden acompañarse sólo de elevaciones leves de la tensión arterial, o llegar hasta hipertensión severa con daño de órgano blanco. Las manifestaciones en

estas pacientes pueden ser clínicamente similares (ejemplo, hipertensión, proteinuria); sin embargo, pueden ser el resultado de causas subyacentes diferentes como: hipertensión crónica, enfermedad renal, o preeclampsia (PE)¹¹.

La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo, está en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos del embarazo, particularmente la preeclampsia. También debe tenerse en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y recién diagnosticarse por primera vez durante el mismo. Además, la hipertensión puede hacerse evidente sólo en el trabajo de parto o hasta en el postparto.

“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. Si bien para algunos este aumento es suficiente para diagnosticar hipertensión y para otros no lo es, su presencia obliga a un seguimiento y control más estricto¹¹.

2.2.2.2. Fisiopatología:

El síndrome de preeclampsia-eclampsia se conoce desde hace más de 100 años; sin embargo, su etiología continúa siendo desconocida y su fisiopatología comienza recién a vislumbrarse.

Según estudios recientes, se desarrollaría a partir de una adaptación inmunológica inadecuada de la madre a los antígenos paternos que derivan de los genes presentes en las células fetales (imprinting genético), los cuales provocan una respuesta inflamatoria exagerada que interfiere con la implantación y con el curso normal de la gestación. En la preeclampsia es difícil establecer la diferencia entre eventos inmunes, inflamatorios y vasculares dado que células del sistema inmune secretan citoquinas que poseen capacidad de mediar distintas acciones biológicas, actuando sobre el endotelio vascular, músculo liso, o la coagulación⁵.

Normalmente, en el embarazo se observa una vasodilatación de las arterias espiraladas de hasta cuatro veces su calibre, lo que disminuye la resistencia y favorece la perfusión del espacio intervelloso. Esto debido a la segunda invasión trofoblástica que

finaliza en la semana 20 - 21 de la gestación, que destruye la capa musculoelástica vascular de dichas arterias, impidiendo la acción de los agentes vasopresores sobre la circulación útero-placentaria, asegurando una correcta perfusión por el alto flujo con baja resistencia. En contraste, en la preeclampsia esta segunda invasión trofoblástica está alterada, por lo que las arterias espiraladas poseen un calibre disminuido. Esto se debería a una mala diferenciación del citotrofoblasto, que se traduce en una mala invasión intersticial y vascular placentaria. También hay un desequilibrio entre factores fibrinolíticos e inhibidores, que generan un efecto antiinvasivo característico de esta enfermedad. La diferenciación anormal del citotrofoblasto provoca también apoptosis en una subpoblación de células de la decidua, que genera destrucción precoz de la interfase feto-materna, y contribuye al comienzo temprano de los síntomas clínicos, debido al gran pasaje de partículas de membranas de las microvellosidades del sincitiotrofoblasto, ADN fetal libre y citoqueratina, a la circulación materna. Éste fenómeno también se produce en el embarazo normal, pero en menor medida. El citotrofoblasto además, expresa moléculas de factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y de factor de crecimiento placentario (PIGF) cuyo rol es regular la angiogénesis. En estudios en pacientes con PE, se encontró un aumento de una proteína antiangiogénica, la cual bloquea los receptores de VEGF y PIGF⁵.

En la gestante con preeclampsia existe también una falla en la expansión apropiada del volumen plasmático⁵, así como sensibilidad aumentada a la angiotensina II. Esto fue descrito en 1970 por Gant y cols., quienes además encontraron que este efecto no se relacionaba con un incremento de los niveles circulantes de la misma²⁵. Recientemente se describió que este fenómeno estaría ligado a la expresión aumentada del receptor Angiotensina 1 (AT1) y con la producción de auto-anticuerpos IgG agonistas del receptor AT1, los cuales podrían ser el nexo entre la alteración de la perfusión placentaria y el síndrome materno de la preeclampsia²⁶.

Gant y cols., además encontraron que en este grupo de pacientes el balance entre las prostaglandinas (vasodilatadoras) y los tromboxanos (vasoconstrictores y agregantes plaquetarios) se inclina en favor de estos últimos, contribuyendo tanto al aumento de la presión arterial como a la activación de la cascada de la coagulación.

La sensibilidad aumentada a los agentes presores y la activación de la cascada de la coagulación termina en la alteración fisiopatológica fundamental de la preeclampsia: la disminución de la perfusión de distintos órganos²⁵.

El óxido nítrico presente en el endotelio vascular es un potente antioxidante, con propiedades vasodilatadoras, antiagregante plaquetario, modulador de la apoptosis y de la permeabilidad endotelial, que se encuentra disminuido en la PE, debido a una disminución de la actividad de la enzima responsable de su síntesis (la NOS: óxido nítrico sintetasa) y al aumento de un inhibidor competitivo de la L-arginina (su precursor) entre las 23 y 25 semanas.

La presencia de moléculas marcadoras de estrés oxidativo en sangre de pacientes con preeclampsia, también podría ser el nexo entre el déficit de perfusión placentaria y el síndrome materno²⁵.

2.2.2.3. Diagnóstico

El diagnóstico de preeclampsia debe hacerse en toda embarazada con hipertensión arterial después de la semana 20 de gestación y uno o más de los siguientes hallazgos:

- Proteinuria mayor o igual a 300 mg en orina de 24 horas, o mayor de 30 mg/dl, en muestra aislada (+). La proteinuria está presente en la mayoría de mujeres con preeclampsia, pero puede estar ausente, aun en mujeres con eclampsia o enfermedad multisistémica secundaria a la preeclampsia²⁶.
- El *Gold* estándar para el diagnóstico de la proteinuria en el embarazo ha sido la proteinuria en 24 horas. En la práctica esta medición a menudo ha sido reemplazada, en la paciente que no se encuentra hospitalizada, por una relación en muestra aislada de orina de proteinuria/creatinuria mayor de 0,26 mg/mg²⁷.
- Insuficiencia renal: creatinina plasmática mayor de 1,01 mg/dL u oliguria: gastos urinarios menores a 0,5 mL/kg/h por 6 horas.
- Enfermedad hepática: aumento de las transaminasas, epigastralgia severa o dolor en hipocondrio derecho. Las transaminasas anormales serían: SGOT (AST) > 70U/L y/o SGPT (ALT) > 70 U/L.
- Alteraciones neurológicas: cefalea severa con hiperreflexia o hiperreflexia acompañada de clonus o alteraciones visuales persistentes (escotomas, visión

borrosa, fotofobia, amaurosis súbita o fosfenos) o alteraciones en la conciencia.

- Alteraciones hematológicas, trombocitopenia: recuentos plaquetarios menores de $100.000 \times \text{ml}$ (técnica manual). Coagulación intravascular diseminada: elevaciones mayores de 2 segundos con respecto a los patrones de control en los tiempos de coagulación (TP y TPT), o aumento en los niveles circulantes de dímero D o productos de degradación de la fibrina (PDF). Hemólisis: bilirrubinas mayores de 1,2 mg/dL a expensas de la bilirrubina indirecta o deshidrogenasa láctica $>600 \text{ U/L}$.
- Alteraciones fetoplacentarias: restricción del crecimiento fetal, óbito fetal y *abrupcio* de placenta. Cualquier elemento de la vigilancia fetal que exprese estado fetal insatisfactorio. Trazados anormales en la monitoría fetal, oligohidramnios ($<5 \text{ cm}$), anormalidades en el Doppler, entre otros. En nuestro medio es conveniente considerar los edemas patológicos de rápida instauración confirmados por ganancias ponderales anormales (ganancia de peso materna mayor de 800 g/semana) como un factor de riesgo para la entidad²⁶.
- Para hacer el diagnóstico temprano de preeclampsia a toda paciente con hipertensión arterial menor de 150/100 y sin sintomatología asociada, se le debe realizar proteinuria aislada, proteinuria/creatinuria mayor de 0,26 mg/mg y/o proteinuria más depuración de creatinina en 24 horas (para mediana o alta complejidad), transaminasas, cuadro hemático, creatinina, ecografía y pruebas de bienestar fetal, según edad gestacional. Ante la presencia de alteración en alguna de las pruebas anteriores, se solicitarán: bilirrubinas, LDH y tiempos de coagulación. La radiografía de tórax está indicada cuando se sospecha edema pulmonar²⁶.

2.2.2.4. Clasificación

Se han propuesto múltiples clasificaciones:

2.2.2.4. 1. Hipertensión: tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mm Hg²⁷.

2.2.2.4. 2. Hipertensión Crónica (pre-existente): Hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión diagnosticada por primera vez durante el embarazo y no se resuelve postparto²⁷.

Hipertensión Gestacional (hipertensión inducida por el embarazo): Descubierta

por primera vez después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria. La hipertensión gestacional puede ser un diagnóstico provisional: algunas mujeres pueden desarrollar proteinuria (pre-eclampsia), aunque otras pueden tener hipertensión preexistente enmascarada por la disminución fisiológica en la TA en el inicio del embarazo. El diagnóstico es confirmado si no se ha desarrollado preeclampsia y la TA ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas postparto²⁷.

2.2.2.4.3. Preeclampsia: desorden multisistémico asociado con hipertensión y proteinuria, y raramente presente antes de las 20 semanas de embarazo. Los cambios patológicos son principalmente isquémicos afectando placenta, riñón, hígado, cerebro, y otros órganos. De causa desconocida; la implantación anormal de la placenta, el trastorno endotelial, y las respuestas inmunes anormales han sido sugeridos como factores posibles²⁷.

2.2.2.4.4. Preeclampsia sobreimpuesta a la hipertensión crónica: la preeclampsia puede ocurrir en mujeres con hipertensión crónica, y el pronóstico es mucho peor que con cualquiera de las dos condiciones solas²⁷.

2.2.2.4.5. Eclampsia: una o más convulsiones en asociación con una preeclampsia. Ésta es una emergencia obstétrica, con un alto riesgo tanto para la madre como para el feto²⁷.

2.2.2.5. Factores de riesgo asociados a los trastornos hipertensivos del embarazo

Primer embarazo	Enfermedad renal crónica
Adolescencia	Diabetes
Edad materna avanzada	Enfermedades autoinmunes
Cambio de pareja	Embarazo múltiple
Intervalo prolongado entre embarazos	Enfermedad trofoblástica gestacional
Nivel socioeconómico bajo	Obesidad
Historia familiar/personal de preeclampsia	Isoinmunización Rh
HTA esencial	

La preeclampsia es más probable en pacientes con los siguientes antecedentes: Nuliparidad, embarazo múltiple, antecedente de hipertensión crónica, diabetes *mellitus* gestacional, edad materna ≥ 35 años, malformación fetal y la madre que no vive con el padre del infante²⁶.

El riesgo de preeclampsia aumenta de acuerdo al índice de masa corporal previo al embarazo (IMC). En comparación con las mujeres con un IMC pre embarazo normal (19,8 al 26,0), las estimaciones de RR fueron 1,57 (IC del 95%: 1,49-1,64) y 2,81 95% CI 2,69-2,94), respectivamente, para las mujeres con sobrepeso (IMC antes del embarazo= 26,1 a 29,0) y las mujeres obesas (IMC antes del embarazo $>29,0$).

Está demostrada la importancia de la evaluación del riesgo bio-sicosocial durante la primera consulta y todo el control prenatal, para identificar pacientes de alto riesgo de preeclampsia con variables psicológicas y sociales de riesgo: embarazos no deseados, ansiedad, humor depresivo, tensión emocional y falta de soporte familiar, entre otros²⁸.

Otros factores de riesgo son:

- Primigestas adolescentes (<16 años: 14%)
- Primigestas mayores (> 35 años: 35%)
- Multigestas con primipaternidad (24%)
- Secundigestas con antecedente de preeclampsia (27%)
- Primigestas de cualquier edad con antecedentes familiares de preeclampsia en las hermanas o la madre (24-38%)
- Embarazo múltiple (35%)
- Molas gigantes (nivel uterino supra-umbilical: 80%) (26).
- Otras: embarazo múltiple, IMC > 35 , enfermedades subyacentes como enfermedades autoinmunes, síndrome de Cushing, disfunción tiroidea, feocromocitoma, nefropatía, diabetes pre-gestacional, farmacodependencia, pre-hipertensión, entre otras.

2.2.2.6. Clasificación

La clasificación de la hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema, debido a que la causa de la enfermedad es desconocida. Con el objetivo de incluir

todos los tipos de hipertensión que se pueden presentar en el embarazo, la Sociedad Internacional para el estudio de la Hipertensión en el embarazo (ISSHP) ha clasificado a la enfermedad en cuatro grupos, según muestra la siguiente Tabla²⁵:

Tabla. Clasificación de la Hipertensión gestacional.

GRUPO A	A1	Hipertensión gestacional
	A2	Proteinuria gestacional
	A3	Hipertensión con proteinuria gestacional o preeclampsia
GRUPO B	B1	Hipertensión crónica
	B2	Enfermedad renal crónica
	B3	Hipertensión crónica con preeclampsia sobre impuesta
GRUPO C	C	Hipertensión y/o proteinuria inclasificables
GRUPO D	D1	Emergencia hipertensiva
	D2	Eclampsia

El Grupo A comprende todos los casos de hipertensión o proteinuria, o la combinación de ambos que aparecen y se resuelven en el embarazo. Incluye al grupo A3, que es la verdadera preeclampsia²⁵.

El Grupo B incluye aquellas pacientes con hipertensión o enfermedad renal previa, con o sin preeclampsia sobre impuesta²⁵.

Todos aquellos casos en los que no es posible realizar un diagnóstico de certeza sobre el origen de la hipertensión (previa o gestacional), debido a un control prenatal tardío o a un seguimiento deficiente de la paciente hipertensa en el puerperio, son clasificados dentro del Grupo C²⁵.

El grupo D incluye la emergencia hipertensiva y la eclampsia²⁵.

2.2.2.7. Categorías de hipertensión durante el embarazo:

0 Hipertensión crónica: HTA que está presente antes de la gestación o que se diagnostica antes de la semana 20 de gestación. Puede ser primaria (esencial) o secundaria.

1 Hipertensión inducida por la gestación: HTA que aparece después de las 20 semanas de gestación. Se subdivide en:

- **Hipertensión gestacional (HG):** proteinuria negativa y estudio Doppler uterino normal. Este grupo de reclasificará pasadas las 12 primeras semanas postparto en hipertensión transitoria, si se normaliza la PA, o en hipertensión crónica cuando ésta no se normaliza.
- **Preeclampsia (PE):** proteinuria positiva o estudio Doppler uterino patológico.

2 PE sobreañadida a hipertensión crónica: empeoramiento brusco de la HTA o aparición o empeoramiento de proteinuria o aparición de signos o síntomas de afectación multi-orgánica en una paciente con HTA crónica o proteinuria previa.

3 Eclampsia: aparición de convulsiones tipo gran mal o coma no atribuibles a otras causas.

4 Síndrome de HELLP: variante de la PE grave que se diagnostica cuando aparece:

- Hemólisis: LDH > 600 UI/L
- GOT o GPT > 62 UI/L
- Plaquetas < 100.000/ μ l.²⁹.

El síndrome se considera incompleto cuando falta alguno de los tres criterios.

2.2.2.7. Criterios de gravedad:

La aparición de uno o más de los siguientes criterios establece el diagnóstico de PE grave en cualquiera de las categorías anteriores:

- TAS $\geq$ 160 mm Hg o TAD $\geq$ 110 mm Hg en dos ocasiones separadas 6 horas con la paciente en reposo. Cifras de TAS > 180 o TAD > 120 en dos ocasiones separadas 30 minutos ya son diagnósticas de HTA severa.
- Pródromos de eclampsia preexistentes: hiperreflexia con clonus o cefalea intensa o alteraciones visuales o estupor o epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho o náuseas o vómitos.
- Proteinuria $\geq$ 5g/orina 24 horas.

- Oliguria: >500 ml en 24 horas o < 90 ml/ 3h o insuficiencia renal (Creatinina sérica > 1,2 mg/dL o urea > 40 mg/dL).
- Edema de pulmón o cianosis.
- GOT o GPT > 62 UI/L.
- Trombocitopenia (<100.000 mm³)
- Hemólisis (LDH > 600 UI/L)
- Alteración de las pruebas de coagulación²⁹.

2.2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS:

Pre hipertensión: hallazgo de cifras tensionales entre 120 y 139 de sistólica y 80 y 89 de diastólica. Estas cifras no determinan una categoría de enfermedad, sino que identifican un grupo de pacientes con alto riesgo de progresar a verdadera hipertensión arterial. Esta progresión puede ocurrir durante el curso de la gestación misma, y de esta manera el hallazgo de pre hipertensión en los primeros dos trimestres del embarazo determina un factor de riesgo para desarrollar preeclampsia clínica al final del embarazo. En una cohorte retrospectiva de 3.380 pacientes analizada en California se encontró que el hallazgo pregestacional de tensiones diastólicas mayores de 71 mm Hg aumentaba el riesgo de desarrollar un trastorno hipertensivo durante el embarazo en 2,6 veces y si la tensión sistólica era mayor de 118 mm Hg era 2,7 veces, siendo más significativo el riesgo de preeclampsia cuando se conjugaba pre hipertensión y sobrepeso u obesidad (OR 3,5)⁵.

Hipertensión arterial: se considera hipertensión en el embarazo cuando se tiene una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg. Estas cifras deben ser confirmadas de manera repetida después de encontrarse la paciente en reposo, mínimo cinco minutos o durante un seguimiento horario durante 24 horas hospitalariamente. El hallazgo de dos registros iguales o superiores a estos límites con un lapso de diferencia entre cuatro y seis horas confirma el diagnóstico de hipertensión arterial. En la primera vista se ha de valorar la PA en los dos brazos y considerar a efectos clínicos la peor. Para evitar sobrevalorar la PA, se hará servir un manguito de al menos 1.5 veces el diámetro del brazo^{11, 29,30}.

Hipertensión arterial en adolescentes: no hay guías para la definición de hipertensión gestacional en las adolescentes. Esta consideración no es contemplada por ningún consenso internacional en las guías de manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo (norteamericano, canadiense, australiano, británico, mexicano, colombiano). Es importante tener en cuenta que en Bogotá los nacimientos en mujeres adolescentes son altos: en el año 2012, según datos de ASIS de la Secretaría Distrital de Salud, se presentaron 19.507 y en el 2013 fueron 18.396. Dentro de los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia está contemplado ser mujer adolescente⁵.

Cuando se analiza el límite de 140/90 en mujeres menores de 18 años, es un punto de corte significativamente mayor a la definición actual de estadio I para las adolescentes (PA mayor al percentil 95). Revisando las tablas se puede concluir que todas las pacientes menores de 18 años con PA mayores o iguales a 130 y mayores o iguales a 85 cumplen criterios percentiles de hipertensión arterial. Existe adicionalmente gran preocupación por las adolescentes con percentiles mayores de 90 e IMC aumentados, por el alto riesgo de desarrollar preeclampsia. En las mujeres adolescentes gestantes se deberá evaluar la hipertensión de acuerdo con el percentil 95⁵.

Preeclampsia: el diagnóstico debe hacerse a toda embarazada que presente hipertensión después de la semana 20 de gestación y uno o más de los siguientes hallazgos: proteinuria, insuficiencia renal, enfermedad hepática, alteraciones neurológicas, alteraciones hematológicas o alteraciones feto-placentarias⁵.

Eclampsia: es la aparición de convulsiones tónico-clónicas generalizadas y complejas durante el curso clínico de la preeclampsia. Estas convulsiones pueden aparecer antes del parto, durante este o en las primeras 48 horas posteriores al parto. La entidad también puede presentarse con el hallazgo de amaurosis súbita⁵.

Hipertensión crónica: presencia de hipertensión arterial antes de la gestación o antes de la semana 20 del embarazo o que persista después de la semana 12 posparto⁵.

Hipertensión crónica más preeclampsia sobre agregada: es el desarrollo de

preeclampsia-eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente⁵.

Hipertensión Gestacional (hipertensión inducida por el embarazo): Hipertensión descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación sin ninguna otra característica del desorden multisistémico de la preeclampsia, sin proteinuria. La hipertensión gestacional puede ser provisional: algunas mujeres pueden desarrollar proteinuria (pre-eclampsia), aunque otras pueden tener hipertensión preexistente que ha sido enmascarada por la disminución fisiológica en la TA en el inicio del embarazo. El diagnóstico de hipertensión gestacional se confirma si no se ha desarrollado preeclampsia y la TA ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas postparto. Esta condición usualmente benigna; progresa a pre-eclampsia hasta en el 25% de los casos o más si la hipertensión se presenta antes de la semana 32 del embarazo^{5, 11}.

Síndrome HELLP: este síndrome (*Hemolysis, Elevated Liver and Low Platelets*), llamado así desde su descripción en 1982 por el doctor Louis Weinstein, es una entidad manifiesta a partir de la alteración endotelial generada por la preeclampsia en la mujer gestante. El síndrome HELLP puede manifestarse con complicaciones tan severas como falla hepática, coagulopatía y falla orgánica múltiple^{31,32}.

Criterios diagnósticos para el síndrome HELLP

Plaquetas $<150.000/\text{mm}^3$

AST y/o ALT $>70 \text{ UI/L}$

LDH $>600 \text{ UI/L}$

Proteinuria: presencia de $>300 \text{ mg}$ (0.3 g) de proteínas en orina de 24 horas en ausencia de infección de orina. En caso de recogida no sondada, una determinación con $<15 \text{ mg}$ de creatinina/Kg/24h se considerará incompleta y no valorable. Una ratio proteína/creatinina negativa descarta la presencia de proteinuria. Ante una ratio prots/cr positiva ($\geq 0.26 \text{ mg proteínas/mg creatinina}$ [$\geq 30 \text{ mg proteínas/mmol creatinina}$]) se debe confirmar el diagnóstico con una determinación cuantitativa en orina de 24 horas.

Doppler uterino patológico: índice de pulsatilidad medio > percentil 95 (valores de referencia del ICGON²⁹).

2.3. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

2.3.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: Calidad de vida

2.3.2. VARIABLE DEPENDIENTE: Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo

2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición Operacional	Dimensión	Tipo	Indicador	Índice	Escala de medición	Instrumento de medición
VARIABLE INDEPENDIENTE CALIDAD DE VIDA Cada uno de los datos Epidemiológicos de la población motivo de estudio	Estado de salud según cada una de las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	Movilidad	Cualitativa	Sin problemas Algunos problemas En cama	1 2 3	Nominal	Cuestionario de salud EuroQol 5 (E-5)
		Cuidado personal	Cualitativa	Sin problemas Algunos problemas Incapaz de vestirse o lavarse			
		Actividades cotidianas	Cualitativa	Sin problemas Algunos problemas Incapaz realizar actividades			
		Dolor/Malestar	Cualitativa	Sin dolor Dolor moderado Mucho dolor			
		Ansiedad / Depresión	Cualitativa	Sin ansiedad Moderadamente ansioso Muy ansioso			
	Estado de salud según Escala Analógica Visual (EVA)	Su estado de salud hoy	Cualitativa	Mejor estado de salud Peor estado de salud	61 – 100% ≤ 60%	Nominal	
VARIABLE DEPENDIENTE Enfermedad Hipertensiva del Embarazo	Corresponderá a los casos de gestantes con diagnóstico de E.H.I.E.	Clínica	Cualitativa	Preeclampsia leve Preeclampsia severa Preeclampsia atípica Eclampsia Síndrome HELLP	PAS $\geq$ 140 mm Hg y/o PAD $\geq$ 90 mm Hg en normotensa. Proteinuria 24 hs $\geq$ 300 mg PA $\geq$ 160/110 mm Hg con proteinuria 24 hs.de $\geq$ 5 g. Síntomas de preeclampsia. Hemólisis, Trombocitopenia ($<100\ 000/\text{mm}^3$), Elevación enzimas hepáticas. Convulsiones tónico clónicas Hemólisis, Enzimas hepáticas elevadas, Conteo plaquetario bajo;	Nominal	Ficha de recolección de datos

2.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES

2.5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Calidad de Vida (DC): es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Concepto subjetivo, propio del sujeto influido por el entorno en que vive, la sociedad, cultura, escalas de valores³¹.

Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo: hipertensión que se presenta después de las 20 semanas de embarazo, sin ninguna otra característica del desorden multisistémico de la preeclampsia, sin proteinuria^{5,20}.

2.5.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL

Calidad de Vida (DC): es el tipo de calidad de vida presentado por la gestante medido por el Cuestionario de salud EuroQol 5 (E-5), cuyos indicadores son: 1= sin problemas; 2= algunos problemas; 3= muchos problemas, en las dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor / malestar y ansiedad /depresión³².

Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo: hipertensión que se presenta después de las 20 semanas de embarazo, que puede ser relacionada con: preeclampsia leve, preeclampsia severa, preeclampsia atípica, eclampsia, Síndrome HELLP⁵.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLOGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación es de tipo Descriptivo - Correlacional.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

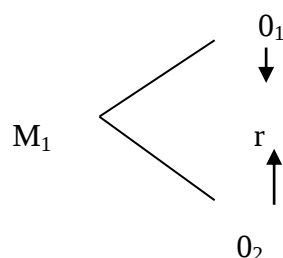
Estudio de corte transversal.

El diseño utilizado corresponde al de Casos y controles.

Casos: Gestantes con Enfermedad Hipertensiva del embarazo.

Controles: Gestantes normales.

El diseño de ejecución para el estudio fue el siguiente



Donde:

M_1 : Muestra de gestantes.

O_1 : Enfermedad hipertensiva del embarazo.

O_2 : calidad de vida.

r : Relación.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

El presente trabajo de investigación se realizó en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Santa María de Cutervo, MINSA - Cajamarca. La población estuvo constituida por 40 gestantes del tercer trimestre que acudieron a dicho nosocomio para la atención de su embarazo o parto durante agosto a octubre de 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio.

MUESTRA DE ESTUDIO

La muestra estuvo representada por 40 mujeres gestantes; 20 con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo y un grupo control comprendido por 20 mujeres gestantes normales.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Criterios de inclusión:

Gestantes con Diagnóstico de Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo.

Gestantes normales (Control).

Gestantes que no tengan otra patología diferente de la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo.

Criterios de exclusión:

Gestantes con HIE con edad gestacional menor de 20 semanas

Gestantes con otra patología diferente de la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo.

3.4. MATERIALES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a. Materiales

El material de trabajo del presente estudio está representado por las H.C. perinatales (CLAP) de las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo y pacientes gestantes normales, atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA - Cajamarca en el periodo agosto – octubre de 2016 y cuyos datos están consignados en el registro de Historias Clínicas del servicio de Gineco - Obstetricia y el Cuestionario EuroQol 5^{21,22}.

b. Técnicas

La técnica utilizada fue la entrevista - encuesta aplicada a cada gestante con el fin de obtener los datos respectivos necesarios para el estudio, para lo cual se diseñó una ficha de trabajo.

c. Instrumentos

Como instrumento se utilizó la Ficha de trabajo diseñada para el presente estudio en las que se consignaron los datos principales de la paciente, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia, antecedentes gineco obstétricos medida de la presión arterial con su respectivo diagnóstico y otros.

Para determinar la calidad de vida se utilizó como instrumento el Cuestionario EuroQol 5, para determinar la calidad de vida relacionada con la salud de la gestante, debidamente validada y confiable.

El instrumento EQ-5D consta de 2 partes: el sistema descriptivo EQ-5D y la Escala Visual Analógica (EVA). El sistema descriptivo EQ-5D describe el estado de salud en 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión, cada una de las cuales se define en 3 niveles de gravedad (“sin problemas”, “algunos/moderados problemas” y “muchos problemas o incapacidad para realizar la actividad”) que describan su estado de salud “en el día de hoy”.

Cada respuesta se codifica como 1, 2 ó 3 respectivamente. Con lo que se establece el estado de salud del individuo mediante un número de 5 dígitos (uno por cada dimensión estudiada)^{21, 22}. Cada uno de los componentes de este número puede adoptar, por tanto, los valores 1, 2 ó 3. Con este sistema se pueden codificar 243 (3⁵) estados teóricos de salud distintos.

Combinación de valores de las 5 dimensiones.

Número de 5 dígitos^{33,34,35}.

La EVA es una escala vertical de 20 cm de longitud, donde el individuo puntúa su salud entre dos extremos, 0 y 100, con los rótulos “peor estado de salud imaginable” y “mejor estado de salud imaginable”. Se debe marcar una línea desde el 0 hasta el nivel que mejor indique su estado de salud “en el día de hoy”¹⁹.

EuroQol- 5D: Tarifación

- Se asigna el valor de 1 al estado 11111 (sin problemas de salud en ninguna dimensión).
- Si el estado es distinto al 11111, a la unidad:
- Se resta el valor de la constante.

- Si hay problemas de nivel 2 en una determinada dimensión, se resta el valor de la correspondiente a cada dimensión. Se sigue el mismo procedimiento cuando hay problemas de nivel 3, multiplicando previamente el valor de la dimensión por 2.
- el coeficiente que corresponde al parámetro N3 (representa la importancia dada a problemas de nivel 3 en cualquier dimensión) se resta una sola vez cuando existe al menos una dimensión con problemas de nivel 3.

$$1 - \text{Constante} - \text{Coeficientes} - (N3)^{33, 34, 35, 36}.$$

Tabla

Coeficientes para el cálculo de la tarifa social de valores para el EQ-5D en España	
Parámetro	Coeficiente
Constante	0,1502
Movilidad	0,0897
Cuidado personal	0,1012
Actividades cotidianas	0,0551
Dolor/malestar	0,0596
Ansiedad/depresión	0,0512
N3	0,2119

Adaptada de Badia et al, 1999³⁷.

VALIDACIÓN Y CONFIBILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Fiabilidad:

La fiabilidad test-retest de la versión original oscila entre 0.69 y 0.94, y la de la versión actual entre 0.840 y 0.874.

Validez:

Posee una buena correlación con EQ-5D³⁶.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,880	5

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Movilidad	5,28	2,974	0,769	0,840
Cuidado	5,43	3,430	0,783	0,853
Actividad	5,23	2,948	0,752	0,844
Dolor malestar	5,13	2,933	0,646	0,874
Ansiedad	5,25	2,910	0,702	0,858

3.5. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para cumplir con la respectiva recolección de datos, se procedió de la siguiente manera:

- Primero se solicitó la debida Autorización de la Dirección del Hospital para poder realizar el trabajo.
- Una vez obtenida la respectiva autorización, se procedió a la Identificación de la gestante según los criterios de inclusión y exclusión planteados para el presente estudio, que se llevó a cabo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital. Una vez seleccionada la gestante, se informó de los objetivos del estudio de manera clara y concisa para lograr que acepte ser parte de la investigación, luego de lo cual de ser positiva su respuesta se le hizo firmar el consentimiento informado garantizando que la información obtenida del presente estudio era netamente con fines de investigación y respetando el derecho a la privacidad y el secreto profesional (anexo 01).
- Se entrevistó a cada una de las gestantes motivo de estudio, para luego aplicarles el instrumento por espacio de 10 a 15 minutos (anexos).
- Se descartaron las Historias Clínicas correspondientes a las pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.
- Se tomaron los datos de gestantes con diagnóstico de enfermedad hipertensiva del embarazo atendidas en el servicio, que reunieron los criterios de inclusión, en orden de presentación, es decir se consignaron los datos de los casos presentados a partir de agosto de 2016 en orden correlativo hasta concluir la muestra, recurriendo si era posible al registro de pacientes del servicio de Obstetricia.

- Los datos fueron consignados en el Instrumento de Recolección de Datos, para luego ser procesadas y presentados en las respectivas tablas estadísticas para su interpretación, análisis y discusión.

3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos de la fuente de información, la cual es primaria, por ser esta obtenida directamente de las pacientes a quienes se les aplicó el instrumento, pasó a ser almacenado en una hoja de cálculo Excel, versión Office 2010.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 21. Utilizando medidas de tendencia central, promedio, desviación estándar, y el Chí cuadrado para la relación de variables.

Los resultados fueron presentados en tablas de una o doble entrada, según el caso con sus respectivas frecuencias relativas y porcentuales.

Posteriormente dicha información fue presentada por distribución de frecuencias cualitativas y/o cuantitativas en forma de tablas y gráficos según convenga.

3.7. ETICA DE INVESTIGACION

Cuando en una investigación, el ser humano sea sujeto de estudio deberán prevalecer tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia (CIOMS). El respeto por las personas incluye el respeto por la autonomía, en este caso sobre el pensamiento, las ideas y las decisiones de las gestantes y/o puérperas; la beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño, en este estudio no existió riesgo de daño, y la justicia fue la obligación de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

De igual forma, se tuvo en cuenta la Pauta 17 Mujeres embarazadas como sujetos de investigación de la CIOMS, donde señala que la investigación con esta población sólo es relevante para las necesidades particulares de salud de una mujer embarazada o de su feto o para las necesidades de salud de las mujeres embarazadas en general. La investigadora garantizó que las gestantes fueran informadas sobre los riesgos y beneficios para ellas y su gestación.

Este estudio se clasifica dentro de la categoría "sin riesgo", del Reglamento de Ensayos clínicos del MINSA, donde se menciona:

“Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Por lo anterior, no se puso en riesgo la vida de la madre ni de su hijo por nacer, además prevaleció el criterio del respeto a la dignidad de cada gestante y la protección de sus derechos y su bienestar.

Además, como en toda investigación con seres humanos, el investigador debió obtener el consentimiento informado voluntario del potencial sujeto, el cual consistió en la decisión de participar en la investigación, a través de su aceptación en un documento, escrito y leído antes de realizar, en este caso, la Ficha clínica (Ver anexo).

Antes de solicitar el consentimiento de las gestantes para participar en este estudio, la investigadora les proporcionó la siguiente información en un lenguaje comprensible: inicio por una invitación a participar en la investigación a la gestante, explicación de los objetivos y métodos de la investigación, además de la duración esperada de la entrevista, los beneficios esperados para la gestante, explicación del carácter confidencial de la información, la libertad para negarse a participar o de retirarse si lo consideraba conveniente sin consecuencias penales o pérdida de beneficios y la garantía de recibir respuesta o aclaraciones a cualquier duda.

A partir de lo mencionado, igualmente se presentó un anteproyecto ante el Comité de Ética del Hospital, el cual debió ser avalado oficialmente.

La difusión del estudio se realizó a través de la socialización y conocimiento al Comité de Ética y al equipo de salud del Hospital.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

CUADRO N° 1

**HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, MINSA, CAJAMARCA,
GESTANTES POR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL
EMBARAZO SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS,**

AGOSTO - OCTUBRE 2016

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO				Total	
		SANA		ENFERMA			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad (años)	≤ 17	3	15,0	1	5,0	4	10,0
	18 – 23	10	50,0	9	45,0	19	47,5
	24 – 29	4	20,0	2	10,0	6	15,0
	30 - 34	1	5,0	2	10,0	3	7,5
	≥ 35	2	10,0	6	30,0	8	20,0
X= 23,30 ± 5,93							
Estado civil	Soltera	2	10,0	1	5,0	3	7,5
	Casada	0	0,0	10	50,0	10	25,0
	Conviviente	18	90,0	9	45,0	27	67,5
Grado de instrucción	Iletrada	1	5,0	1	5,0	2	5,0
	Primaria	8	40,0	7	35,0	15	37,5
	Secundaria	9	45,0	11	55,0	20	50,0
	Técnico Superior.	0	0,0	1	5,0	1	2,5
	Superior Univ.	2	10,0	0	0,0	2	5,0
Ocupación	Ama de casa	18	90,0	19	95,0	37	92,5
	Estudiante	2	10,0	0	0,0	2	5,0
	Profesional	0	0,0	1	5,0	1	2,5
Procedencia	Rural	2	10,0	5	25,0	7	17,5
	Urbana	18	90,0	15	75,0	33	82,5
Total		20	50,0	20	50,0	40	100,0

Fuente: Servicio de Obstetricia Hospital Santa María de Cutervo – MINSA, Cajamarca 2016

Las gestantes sin hipertensión inducida por el embarazo tuvieron igualmente en su mayoría entre 18 a 29 años de edad (70%), con estado civil conviviente (90%), grado de instrucción secundaria (45%), amas de casa (90%) y procedentes de la zona urbana (90%).

Las gestantes con hipertensión inducida por el embarazo tuvieron en su mayoría entre 18 a 29 años de edad (55%), con estado civil conviviente (45%), grado de instrucción secundaria (55%), amas de casa (95%) y procedentes de la zona urbana (75%).

La edad promedio de las gestantes fue de $23,3 \pm 5,93$ años.

CUADRO N° 2
HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, MINSA, CAJAMARCA,
GESTANTES POR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL
EMBARAZO SEGÚN ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS,
AGOSTO – OCTUBRE 2016

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS		ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO				TOTAL	
		SANA		ENFERMA			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Edad gestacional	21 - 36 ss	1	5,0	1	5,0	2	5,0
	37 – 40	17	85,0	19	95,0	36	90,0
	> 40 ss	2	10,0	0	0,0	2	5,0
Paridad	0 – 1	11	55,0	9	45,0	20	50,0
	2 – 4	9	45,0	9	45,0	18	45,0
	> 6	0	0,0	2	5,0	2	5,0
Control prenatal	Inadecuado	1	5,0	6	30,0	7	17,5
	Adecuado	19	95,0	14	70,0	23	82,5
TOTAL		20	100,0	20	100,0	40	100,0

Edad gestacional $\bar{X} = 38,9050 \pm 1,39491$

Paridad $X = 1,60 \pm 0,821$

CPN $\bar{X} = 8,20 \pm 1,735$

Fuente: Servicio de Obstetricia Hospital Santa María de Cutervo – MINSA, Cajamarca 2016

Las gestantes sin hipertensión inducida por el embarazo tuvieron edad gestacional a término en el 85%, con una paridad de 0 a 1 en el 55% y 2 a 4 en 45%, con un control prenatal adecuado en el 95% de los casos.

Las gestantes con enfermedad hipertensiva del embarazo tuvieron edad gestacional entre 37 a 40 semanas en el 95%, con una paridad de 0 a 1 y 2 a 4 en el 45% c/u respectivamente, con un control adecuado solo del 70% y 30% inadecuado.

CUADRO N° 3
HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, MINSA, CAJAMARCA
GESTANTES POR DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A
LA SALUD (CVRS) SEGUN ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR
EL EMBARAZO,
AGOSTO – OCTUBRE 2016

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS)		ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO				TOTAL	
		SANA		ENFERMA			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
MOVILIDAD	Sin problemas	18	90,0	11	55,0	29	72,5
	Algún problema	2	10,0	8	40,0	10	25,0
	Muchos problemas	0	0,0	1	5,0	1	2,5
CUIDADO	Sin problemas	20	100,0	14	70,0	34	85,0
	Algún problema	0	0,0	6	30,0	6	15,0
ACTIVIDAD	Sin problemas	17	85,0	10	50,0	17	67,5
	Algún problema	3	15,0	9	45,0	12	30,0
	Muchos problemas	0	0,0	1	5,0	1	2,5
DOLOR MALESTAR	Sin problemas	17	85,0	7	35,0	24	60,0
	Algún problema	3	15,0	11	55,0	14	35,0
	Muchos problemas	0	0,0	2	10,0	2	5,0
ANSIEDAD	Sin problemas	19	95,0	10	50,0	29	72,5
	Algún problema	1	5,0	8	40,0	9	22,5
	Muchos problemas	0	0,0	2	10,0	2	5,0
TOTAL		20	100,0	20	100,0	40	100,0

Movilidad	:	X ² _w = 6,290	X ² _t = 5,995	GL= 2	p<0,05
Cuidado	:	X ² _w = 7,059	X ² _t = 3,845	GL= 1	p<0,05
Actividad	:	X ² _w = 5,815	X ² _t = 5,995	GL= 2	p>0,05
Dolor/Malestar	:	X ² _w = 10,738	X ² _t = 5,995	GL= 2	p<0,05
Ansiedad	:	X ² _w = 10,238	X ² _t = 5,995	GL= 2	p<0,05

Fuente: Servicio de Obstetricia Hospital Santa María de Cutervo – MINSA, Cajamarca 2016

Las gestantes sin enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo tuvieron una mejor calidad de vida reflejada al manifestar ausencia de problemas en todas sus dimensiones; Movilidad (90%), Cuidado personal (100%), Actividad laboral (85%), Dolor /Malestar (85%) y Ansiedad (95%).

Las gestantes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo tuvieron una calidad de vida con algún o muchos problemas reflejada en todas sus dimensiones; Movilidad (45%), Cuidado personal (30%), Actividad laboral (50%), Dolor /Malestar (60%) y Ansiedad (50%).

CUADRO N° 4

HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, MINSA, CAJAMARCA
GESTANTES POR ESCALA ANALÓGICA VISUAL SEGÚN ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO
AGOSTO – OCTUBRE 2016

ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EAV)	ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO				TOTAL	
	SANA		ENFERMA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
21 - 30	0	0,0	1	5,0	1	2,5
31 - 40	0	0,0	1	5,0	1	2,5
51 - 60	0	0,0	3	15,0	3	7,5
61 - 70	3	15,0	6	30,0	9	22,5
71 - 80	4	20,0	5	25,0	9	22,5
81 - 90	11	55,0	3	15,0	14	35,0
91 - 100	2	10,0	1	5,0	3	7,5
TOTAL	20	100,0	20	100,0	40	100,0

$$\bar{X} = 76,175 \pm 14,2593$$

$$X^2_w = 61,882$$

$$X^2_t = 21,0261$$

$$GL = 12$$

$$p < 0,05$$

Fuente: Servicio de Obstetricia Hospital Santa María de Cutervo – MINSA, Cajamarca 2016

Según la escala analógica visual (EAV), las gestantes sin enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo refirieron una mejor calidad de vida reflejada al señalar en la escala un valor superior a los 80 puntos (65%) y entre 61 a 80 puntos (35%).

Las gestantes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo refirieron una calidad de vida por debajo de los 40 puntos (10%), y solo el 20% señaló una escala superior a los 80 puntos.

CUADRO N° 5
HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, MINSA, CAJAMARCA
GESTANTES POR DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS),
SEGÚN ESCALA ANALÓGICA VISUAL, AGOSTO – OCTUBRE 2016

DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS)		ESCALA ANALOGICA VISUAL (EAV)														Total	
		21 - 30		31 - 40		51 - 60		61 - 70		71 - 80		81 - 90		91 - 100			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MOVILIDAD	Sin problemas	-	-	-	-	1	2,5	4	10,0	7	12,5	14	35,0	3	7,5	29	72,5
	Algún problema	-	-	1	2,5	2		5	12,5	2	5,0	-	-	-	-	10	25,0
	Muchos problemas	1	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,5
CUIDADO	Sin problemas	-	-	-	-	1	2,5	7	17,5	9	22,5	14	35,0	3	7,5	34	85,0
	Algún problema	1	2,5	1	2,5	2	5,0	2	5,0	-	-	-	-	-	-	6	15,0
ACTIVIDAD	Sin problemas	-	-	-	-	-	-	4	-	7	17,5	13	32,5	3	7,5	27	67,5
	Algún problema	-	-	1	2,5	3	7,5	5	12,5	2	10,0	1	2,5	-	-	12	30,0
	Muchos problemas	1	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2,5
DOLOR/ MALESTAR	Sin problemas	-	-	-	-	-	-	2	5,0	5	12,5	14	35,0	3	7,5	24	60,0
	Algún problema	-	-	-	-	3	7,5	7	17,5	4	10,0	-	-	-	-	14	35,0
	Muchos problemas	1	2,5	1	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,0
ANSIEDAD	Sin problemas	-	-	-	-	-	-	4	10,0	8	20,0	14	35,0	3	7,5	29	72,5
	Algún problema	-	-	-	-	3	7,5	5	12,5	1	2,5	-	-	-	-	9	22,5
	Muchos problemas	1	2,5	1	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5,0
TOTAL		1	2,5	1	2,5	3	7,5	9	22,5	9	22,5	14	35,0	3	7,5	40	100,0
	Movilidad	:	$X^2_w= 56,092$				$X^2_t= 21,026$				GL= 12		p<0,05				
	Cuidado	:	$X^2_w= 22,5$				$X^2_t= 12,592$				GL= 6		p<0,05				
	Actividad	:	$X^2_w= 57,340$				$X^2_t= 21,026$				GL= 12		p<0,05				
	Dolor/Malestar	:	$X^2_w= 62,910$				$X^2_t= 21,026$				GL= 12		p<0,05				
	Ansiedad	:	$X^2_w= 61,882$				$X^2_t= 21,026$				GL= 12		p<0,05				

Fuente: Servicio de Obstetricia Hospital Santa María de Cutervo – MINSA, Cajamarca 2016

Según las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el estado de salud percibido según la Escala analógica visual (EAV) de las gestantes, en las cinco dimensiones (movilidad, cuidado, actividad, dolor/malestar y ansiedad) el mayor porcentaje de gestantes sin problemas de salud se presentaron en aquellas con EAV entre 81 a 100 puntos (42,5% c/u respectivamente), las dimensiones con algún problema de salud se presentaron en mayor porcentaje en la ESV entre 51 a 60 puntos, y las gestantes con muchos problemas de salud se presentaron en la ESV con puntaje entre 21 a 30 (movilidad, actividad) y entre 21 a 40 (cuidado, dolor/malestar y ansiedad).

Se encontró asociación estadística significativa entre las cinco dimensiones de CVRS y la EAV ($p < 0,05$).

CUADRO N° 6
HOSPITAL SANTA MARÍA DE CUTERVO, MINSA, CAJAMARCA
GESTANTES POR ÍNDICE EQ-5D ESCALA ANALÓGICA VISUAL (VAS) DE
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD (CVRS) SEGÚN
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA INDUCIDA POR EL EMBARAZO,
AGOSTO – OCTUBRE 2016

INDICE EQ-5D EAV			EHIE				Total	
			No		Sí			
CVRS	VAS	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Muchos problemas (N3)	32333	0,026	0	0,0	1	5,0	1	2,5
	22233	0,170	0	0,0	1	5,0	1	2,5
Algún problema (N2)	22222	0,493	0	0,0	3	15,0	3	7,5
	22221	0,544	0	0,0	1	5,0	1	2,5
	21221	0,645	0	0,0	1	5,0	1	2,5
	21212	0,654	0	0,0	1	5,0	1	2,5
	11222	0,684	0	0,0	1	5,0	1	2,5
	21211	0,705	2	10,0	1	5,0	3	7,5
	11122	0,739	1	5,0	2	10,0	3	7,5
	11121	0,790	2	10,0	3	15,0	5	12,5
	11211	0,795	1	5,0	0	0,0	1	2,5
	11112	0,799	0	0,0	1	5,0	1	2,5
Sin problemas (N3)	11111	1,000	14	70,0	4	20,0	18	45,0
TOTAL			20	100,0	20	100,0	40	100,0

$$\bar{X} = 0,92620 \pm 0,117757 \quad \bar{X} = 0,67770 \pm 0,259623$$

$$X^2_w = 22,014 \quad X^2_t = 21,026 \quad GL = 12 \quad p < 0,05$$

Fuente: Servicio de Obstetricia Hospital Santa María de Cutervo – MINSA, Cajamarca 2016

Según la tarificación o Índice EQ-5D de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y Escala analógica visual (EAV); en las gestantes sin enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (EHIE), no se presentaron casos con muchos problemas o nivel 3 (Índice VAS $\leq 0,0170$), los casos con algún problema o nivel 2 (Índice EAV= 0,493 a 0,799) se dieron en el 30% y el 70% no tuvieron problemas o nivel 1 (índice EAV= 1,0). El promedio de puntuación de tarificación de calidad de vida fue de $0.92620 \pm 0,117757$.

En las gestantes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (EHIE), los casos de calidad de vida con muchos problemas o nivel 3 (Índice EAV $\leq 0,0170$) se presentaron en el 10%, los casos con algún problema o nivel 2 (Índice EAV= 0,493 a 0,799) se dieron en el 70% y solo el 20% no tuvieron problemas o nivel 1 (índice VAS= 1,0). El promedio de puntuación de tarificación de calidad de vida fue de $0,67770 \pm 0,259623$.

Se encontró relación estadística significativa entre el índice CVRS/EAV y la Hipertensión arterial inducida por el embarazo EHIE ($p < 0,05$).

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos del estudio nos permiten contrastar una realidad con respecto a la problemática que significa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los gestantes respecto a la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (EHIE).

Los datos recopilados demuestran que gran parte de las gestantes evaluadas (47,5%) tienen entre 18 a 23 años, con unión conyugal estable (casada o conviviente) (92,5%), educación secundaria (50%), son amas de casa (92,5%), y proceden de la zona urbana (82,5%), datos que coinciden con algunos estudios similares como Marilyn y col 2013, (77% casada y 48% corresponden a la zona urbana), Veloz y Montes (2016), (48,6% unión estable, 61% educación secundaria), Prado J.(2012), conviviente (58,6% y 86,2%); secundaria (69,0% y 48,3%), amas de casa 72,4% y 58,6% y procedente de la zona urbana [79,3% y 89,7%]^{38,39,40}.

Además cabe mencionar que la edad gestacional presenta su mayor prevalencia entre las 37 a 40 semanas de embarazo (90%) con un promedio de $38,91 \pm 1,40$ semanas, con 0 a 1 partos (50%) $1,6 \pm 0,8$ y control prenatal adecuado 82,5% **CUADRO N° 1 y 2**

La Calidad de vida, así como el estado general de salud, son dos excelentes variables que pueden ayudar a entender de qué manera afectan dichos cambios a lo largo de todo ese proceso⁴¹.

En un paciente hipertenso, evaluar su CVRS significa determinar de manera fiable el impacto que su enfermedad tiene sobre la percepción de su bienestar. Los pacientes con HTA reportan una percepción general de salud más baja que en pacientes sin condiciones patológicas^{42,43,44}.

Existe una relación conocida entre el efecto que tiene la HTA sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Los hipertensos tienen mayor probabilidad de tener una CVRS más afectada que aquellos que no padecen la enfermedad, especialmente por tratarse de un factor de riesgo y una enfermedad crónica y asintomática que puede ocasionar daños severos en los llamados órganos diana⁴⁵.

En el presente estudio, se pudo observar asociación estadística significativa ($p < 0,05$), entre las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, movilidad, cuidado personal, dolor/malestar y ansiedad/depresión y la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, mas no así en la dimensión actividad diaria ($p > 0,05$).

Las gestantes sanas, tuvieron mejor calidad de vida reflejada al manifestar ausencia de problemas en todas sus dimensiones; Movilidad (90%), Cuidado personal (100%), Actividad diaria (85%), Dolor /Malestar (85%) y Ansiedad (95%), en relación a las gestantes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo que tuvieron calidad de vida con algún o muchos problemas reflejada en todas sus dimensiones.

La movilidad de la gestante con EHIE se refleja en la dificultad propia dada por el incremento de peso de la mujer, el desarrollo del producto de la gestación, y la presencia de edema propio de esta patología que dificulta la movilidad sobre todo de los miembros inferiores y superiores limitada por la retención de líquidos.

Esto coincide con lo reportado por Cuesta Vargas y Gonzales (2010)⁴¹, quienes refieren que las embarazadas experimentan mayor limitación física y aumento del dolor corporal a medida que progresa la gestación, las “embarazadas sanas” se ven afectadas principalmente por una progresiva discapacidad física, con una pronunciada disminución del rango de función física del primero al segundo trimestre (92 ± 8 vs. 85 ± 9 , $p = 0.006$) y del segundo al tercer trimestre (85 ± 9 vs 71 ± 14 , $p = 0.001$). También hay un aumento del dolor a finales del embarazo, hallando relación entre la edad gestacional y la calidad de vida ($-2,50$ $p = 0,05$); mientras más avanzada sea la edad gestacional la calidad de vida física será más baja⁴¹.

Según Álvarez, Sague, Bonet y Romero (2008), los tres niveles de gravedad, en cada una de las dimensiones del cuestionario EQ-5D, el mayor porcentaje de respuesta “Sin problemas” predomina en los normotensos, mientras que los hipertensos presentan una mayor proporción de respuesta a “problemas moderados” en cada una de las dimensiones, siendo la dimensión “dolor/malestar” la más afectada, y para el nivel de “Muchos problemas” los hipertensos reportan mayor respuesta en el ítem “Ansiedad – Depresión”⁴³.

Según Sanz (2008), la percepción de calidad de vida de las gestantes se encuentra por encima del nivel de bienestar en salud general, rol emocional, dolor corporal y función social ($p>50$). Las adolescentes tienen una mejor percepción de salud general ($p<0,005$). Las gestantes con nivel socio económico medio se perciben bien en salud general y función social ($p<0,005$). Las gestantes con nivel de instrucción superior tienen una mejor percepción en salud general, rol emocional y salud mental ($p<0,005$). Por otro lado, la percepción de calidad de vida en los diferentes trimestres del embarazo es similar para todas las dimensiones ($p>0,005$). Las mujeres sin atención prenatal se perciben mejor en salud general ($p<0,005$)⁴⁴.

A pesar de que en la actualidad se ha mostrado mayor interés el estudio de la Calidad de vida relacionada con la salud, poco se conoce sobre la relación que pueden tener ciertas diferencias individuales con la calidad de vida percibida por las embarazadas, su estilo de reactividad emocional (sensibilidad emocional) y su forma de afrontar las particulares experiencias del embarazo⁴⁵.

El conocimiento de estos factores y la influencia que tienen en el estado funcional de las embarazadas puede dirigir la capacidad de proveer intervenciones efectivas para proteger y mantener la calidad de vida de las mujeres durante la gestación⁴⁶.

CUADRO N° 3

Según el estado de salud hoy, según la escala analógica visual (EAV), las gestantes sin enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo tuvieron mejor calidad de vida reflejada al señalar en la escala un valor superior a los 80 puntos (65%) y entre 61 a 80 puntos (35%), solo las gestantes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo tuvieron calidad de vida por debajo de los 40 puntos (10%).

Estos resultados son parecidos a los observados por Álvarez y col., que encuentra valores superiores de la media en la EVA, en el grupo de los normotensos (82.8 [82.2 a 83.4]), y el menor valor en los hipertensos (73.2 [72.4 a 74.0])⁴³.

Según Estrada (2014), durante el embarazo los cambios orgánicos pueden alterar la percepción de la calidad de vida de la gestante. En ese sentido, la calidad de vida percibida por las gestantes resulta en puntajes generalmente bajos en todas las

dimensiones, medidos en una escala del 0 al 100. Notándose que el puntaje promedio más bajo se muestra en las dimensiones de rol físico (32.1 ± 32) y dolor corporal (40.2 ± 27), mostrando que con el transcurso del embarazo hay una tendencia a percibir una peor Calidad de Vida ($p < 0,01$)⁴⁷.

Según Álvarez y col., respecto al estado de salud hoy según la Escala Analógica Visual (EVA), los hipertensos tienen más probabilidad que los normotensos de sentir peor estado de salud, que mejor. Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas en reportar igual estado de salud para los hipertensos con respecto a los normotensos y sentir mejor estado de salud⁴³.

En la EAV, los hipertensos reportan en promedio, 4 puntos menos que los normotensos y no se encuentran diferencias significativas en comparación con los normotensos⁴³.

En general, el puntaje promedio de la EAV en el grupo de embarazadas reporta una satisfacción general moderadamente alta con su calidad de vida ($76,175 \pm 14,2593$), lo cual se asemeja con lo reportado por Guarino L.⁴⁵. **CUADRO N° 4**

Durante el embarazo, cambios orgánicos y hormonales específicos, alteran la función física y, en ocasiones, el bienestar mental. Estos cambios modifican la habilidad para llevar a cabo los roles habituales y pueden causar estrés físico y emocional que finalmente tienen un impacto significativo en el bienestar de la gestante⁴⁶.

Según las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y el estado de salud percibido según la Escala analógica visual (EAV) de las gestantes, en las cinco dimensiones (movilidad, cuidado, actividad, dolor/malestar y ansiedad) el mayor porcentaje de gestantes sin problemas de salud se presentaron en aquellas con EAV entre 81 a 100 puntos (42,5% c/u respectivamente), las dimensiones con algún problema de salud se presentaron en mayor porcentaje en la ESV entre 51 a 60 puntos, y las gestantes con muchos problemas de salud se presentaron en la ESV con puntaje entre 21 a 30 (movilidad, actividad) y entre 21 a 40 (cuidado, dolor/malestar y ansiedad), encontrándose asociación estadística significativa entre las cinco dimensiones de CVRS y la EAV ($p < 0,05$).

Esto se aproxima a Marilin y col (2013), quienes al determinar el índice de calidad de vida de las gestantes, encuentran que el 66% tienen una calidad de vida media en el factor de salud física, un 61% tiene calidad de vida media en el factor psicológico, mientras que solo un 47% tiene calidad de vida media en el factor de relaciones sociales, y por último se observa que el 58% tiene calidad de vida media en el factor de medio ambiente, lo que implica satisfacción en las gestantes³⁸.

Según Sanz (2007), las gestantes se perciben bien en las dimensiones: salud general, rol emocional, salud mental, función física, dolor corporal y función social. Las adolescentes tienen un nivel de bienestar mayor en cuanto a salud general que las adultas. La calidad de vida se incrementa en su componente de salud general y función social en el nivel socio económico medio. A mayor nivel de instrucción, mejor percepción en salud general, rol emocional y salud mental. La percepción de calidad de vida en los diferentes trimestres de embarazo es similar. La falta de atención prenatal no afecta la salud general⁴⁴. **CUADRO N° 5**

Se ha podido comprobar que las mujeres sufren una reducción de la calidad de vida relacionada con la salud durante el embarazo y que la misma se recupera durante el periodo de postparto, produciéndose las reducciones más significativas en las variables que analizan los aspectos físicos, psíquicos y el dolor. Los aspectos emocionales y depresivos están fuertemente relacionados con la CVRS ($p < 0,05$)³⁸.

En el presente estudio, según la tarificación o Índice EQ-5D de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y Escala analógica visual (EAV); en las gestantes sin enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo (EHIE), no se presentaron casos con muchos problemas o nivel 3 (Índice EAV $\leq 0,017$), el promedio de puntuación de tarificación de calidad de vida fue de $0,926 \pm 0,1178$, mientras que en las gestantes con EHIE, los casos de calidad de vida con muchos problemas o nivel 3 (Índice EAV $\leq 0,017$) se presentaron en el 10%, con un promedio de puntuación de tarificación de calidad de vida de $0,678 \pm 0,2596$, asimismo, se encontró relación estadística significativa entre el índice CVRS/EAV y la EHIE ($p < 0,05$).

El 70% de las gestantes sanas, no presentaron problemas, el 80% de las gestantes con EHIE presentaron algunos o muchos problemas de CVRS, lo cual se asemeja a lo

reportado por Soto, León y Castañeda en México (2015), quienes observaron que el 76,9% de las gestantes tuvo buena calidad de vida y 23,1% mala⁴⁸.

Asimismo, estos resultados son parecidos a los observados por Álvarez y cols., que según el EUROQOL 5D, en las diferentes dimensiones, las personas que refirieron los “moderados problemas” predominaron en el grupo de hipertensos, reportando mayores problemas en las dimensiones del Euroqol, Estado de salud hoy y la Escala Visual Analógica en comparación con el grupo de los normotensos, lo cual sugiere que a mayor duración de la enfermedad sin control, mayor afectación de la CVRS⁴³.

Sánchez Martínez (2011), asume que los resultados obtenidos aumentan la evidencia de que la hipertensión arterial se relaciona con una peor percepción de la CVRS, medidas con un cuestionario de CVRS. Por tanto, se hace necesario recordar que el impacto de determinadas enfermedades en los pacientes no puede ser medido únicamente mediante la cuantificación de parámetros clínicos objetivos. Así mismo, destaca que en el seguimiento de la población hipertensa, además de las pautas clínico analíticas, hay que tener en cuenta aspectos psicosociales, para mejorar el autocontrol, y la adherencia al tratamiento⁴⁹.

Existe una relación conocida entre el efecto que tiene la HTA sobre la CVRS. Los hipertensos tienen mayor probabilidad de tener una Calidad de Vida relacionada con la salud, más afectada que aquellos que no padecen la enfermedad, especialmente por tratarse de un factor de riesgo y una enfermedad crónica y asintomática que puede ocasionar daños severos en los llamados órganos diana. El grupo de hipertensos resultan con más probabilidad que los normotensos de reportar problemas moderados en todas las dimensiones, “muchos problemas” en las dimensiones dolor/malestar y ansiedad/depresión y el “peor estado de salud en el día de hoy”, lo que sugiere que los hipertensos conocidos tienen una Calidad de Vida más afectada que los normotensos⁴³. **CUADRO N° 6**

La calidad de vida de las gestantes, está definida profundamente por factores sociales y culturales, que generan sistemas de influencia negativa en la vida de una persona y en el desarrollo de una sociedad. Se ve comprometida significativamente por los factores socioculturales, porque estos le han obligado a dedicarse a la crianza de sus

hijos, a abandonar sus estudios y a cambiar sus planes de vida, generando en las mujeres incapacidad para afrontar sus problemas, motivos de frustración y limitaciones económicas, que hacen que la pobreza perdure a lo largo de las generaciones³⁶.

Los hipertensos diagnosticados de nuevo y los ya conocidos tienen igual calidad de vida cuando se analizan las subescalas del cuestionario de calidad de vida, a excepción de la cuestión referente a otros síntomas de la enfermedad. En este caso, los hipertensos recién diagnosticados tienen una mayor calidad de vida que los antiguos, al parecer sobre ellos todavía no había influido el fenómeno del etiquetado⁵⁰.

Si bien se ha incluido una evaluación exhaustiva de las variables socioeconómicas necesarias para evaluar e identificar los factores determinantes en la CVRS durante el embarazo, se necesitan más estudios que puedan guiar las expectativas de las mujeres, sus proveedores de atención de salud y políticas públicas⁵¹.

Hallazgos preliminares como los presentes deberían tener implicaciones sobre las políticas de salud preventiva de la mujer embarazada, tanto pública como privadamente, pues deberían orientar el desarrollo de programas de intervención dirigidos a esta población que atiendan su esfera emocional y psicológica general, a fin de prevenir consecuencias adversas sobre su salud y bienestar y fomentar una mejor calidad de vida en estas mujeres, que recorren un ciclo de su vida tan importante como el embarazo. Concretamente, no basta sólo con proporcionar a este grupo de mujeres una atención médica de control de los aspectos orgánicos y fisiológicos del embarazo, sino que, con el objeto de promover un embarazo integralmente saludable, debería complementarse tal atención con la incorporación de psicólogos que registraran sus cambios emocionales y conductuales asociados⁴⁵.

CONCLUSIONES

Las gestantes sanas, tuvieron mejor calidad de vida (100% Buena CV), según la Escala Analógica Visual (EVA), que las gestantes con Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo (45% Buena CV, 45% Regular CV y 10% Mala CV).

La mayoría de las gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, tuvieron una calidad de vida relacionada a la salud sin problemas ($\geq 60\%$). Las gestantes sanas tuvieron mejor índice promedio de Calidad de Vida EQ-5D/EAV ($X = 0,92620 \pm 0,117757$) que las gestantes con Hipertensión Inducida por el Embarazo ($X = 0,67770 \pm 0,259623$).

Se encontró relación entre la calidad de vida y la Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo en las gestantes del Hospital Santa María de Cutervo ($p < 0,05$)

RECOMENDACIONES

Debe considerarse dentro del programa de actividades del control prenatal en el Hospital Santa María de Cutervo, el determinar la calidad de vida de la gestante, para de esa manera enfatizar en la prevención de la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

El Ministerio de Salud debería considerar implementar programas para mejorar la calidad de vida en las mujeres en edad, para así evitar de alguna manera la aparición de complicaciones en el embarazo como la hipertensión arterial inducida por el embarazo.

El/la obstetra, debe establecer dentro de su rutina en la atención de la mujer en edad reproductiva, especialmente en la gestante, determinar la calidad de vida aplicando el Cuestionario E-5 (EuroQol 5), para según el caso coordinar actividades de atención multidisciplinaria con el objetivo de prevenir posibles complicaciones en el embarazo por causa de una baja calidad de vida.

Es necesario aunar esfuerzos entre el Ministerio de Salud, el Hospital Santa María de Cutervo, la municipalidad y las demás autoridades locales, para realizar actividades de proyección social para mejorar la calidad de vida de las familias de la localidad

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saire Pardo Justina. Muerte Materna y Perinatal en el Perú. Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez de Juliaca. Escuela Post Grado Salud Pública. Maestría en Salud. Mención en Salud Pública. Cusco – Perú, 2014)
2. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/index.html (Consultado el 30/03/2016).
3. Sosa L., Guirado M. Estados hipertensivos del embarazo. Especial Hipertensión arterial. Artículo original. Revista Uruguaya de Cardiología, 2013; 28: 285 - 298.
4. Bell M. A Historical overview of preeclampsia-eclampsia. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2010; 39 (5): 510-8.
5. Guía de trastornos hipertensivos del embarazo, Secretaría Distrital de Salud Bogotá 2014. http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guia%20Maternidad-Trastornos_baja.pdf
6. Olivares -Tirado P. Calidad de Vida Relacionada a la Salud (hr-qOl) en población general. Ministerio de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo, Chile. Mayo 2006.
7. Perú. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico (Del 06 al 12 de Setiembre del 2015): Lima: Volumen 24 – Semana Epidemiológica N° 36 (Lima; 24 (36): 715 – 736. ISSN versión impresa: 1563-2709, ISSN versión electrónica: 1816-8655. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
8. Ministerio de Salud. Índice de calidad de vida: validación de una muestra peruana. Informe final de investigación. Instituto Nacional de Salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Lima Perú, 2013. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2658.PDF>
9. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. Revista Latinoamericana de Psicología, 2003; 35(2): 161 – 164. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá Colombia.
10. Sánchez R, Nava S., Morán C., Romero JF., Cerbón CM. Estado actual de la pre eclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. Revista de investigación clínica 2010; 62(3): 252 – 260

11. Lapidus A. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Sociedad Argentina Hipertensión en el Embarazo, Argentina 2010.
12. Cruz, P., Sánchez S., Sánchez JR., Peralta ML., Ramírez C., Zavaleta NO. Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. Guía de práctica clínica, GPC. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de Guías de Práctica Clínica, IMSS 058-08. México, 2010.
13. Marín Iranzo R, Gorostidi Pérez M., Álvarez-Navascués R. Hipertensión arterial y embarazo. Revisión Hipertensión arterial. Unidad de Nefrología e Hipertensión. Centro Médico de Asturias. España. Rev. Nefro Plus 2011;4(2):21-30
14. Padilla Raygoza N., Díaz-Guerrero R, Ruiz Paloalto ML, Canfield CM, Avecilla Hernández AA. Hipertensión inducida por el embarazo y peso de los productos al nacer. Pregnancy-induced hypertension and birthweight. Rev. Acta Universitaria, Universidad de Guanajuato. Enero-Febrero 2013; Vol. 23 No. 1.
15. Secretaría Distrital de Salud. Base de datos COVES Mortalidad Materna. Base datos SIVIGILA - EEVV. Datos preliminares Años 2012- 2013, Bogotá Colombia, 2014.
16. Rodríguez Donado A.; Martínez Sánchez, D. E. Guía de manejo del síndrome hipertensivo del embarazo. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (ASBOG). Citado en Internet el 24-01-2016.
17. Rodríguez Urteaga, I.E., Salazar Cruzado, O.R. Tendencias de prevalencia de preeclampsia en el Hospital de Belén de Trujillo. 2000 – 2008. Acta Méd. Orreguiana Hampi Runa, 2010; 10(2): 125 – 134.
18. Espinoza Gamarra J.J. Enfermedad hipertensiva del embarazo asociadas al parto pretermino en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Vitarte entre enero del 2009 a diciembre del 2012. Universidad Privada San Juan Baustista. Facultad de Medicina Humana, 2014.
19. Creative Commons. Enciclopedia Libre Universal en Español. Citado en Internet el 9 de febrero de 2016 en http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

20. Jiménez, T. Instrumentos de calidad de vida. Master de enfermería, 2011. Citado en Internet el 12 de febrero de 2016. En: <http://www.unizar.es/mabueno/wp-content/uploads/2011/05/Master%202011.doc>
21. EuroQoL – a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy, EuroQoL Group. 1990; 16(3):199-208.
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos Nº 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
23. Ramos-Goñi JM, Pinto Prades JL, Oppe M, Cabasés, JM, et al. Valuation and modelling of EQ-5D-5L health states using a hybrid approach. Medical Care, Methods Series (forthcoming), 2015.
24. Devlin N, D Parkin, J Browne. Patient – reported outcome measures in the NHS: New methods for analysing and reporting EQ-5D data. Health Economics, 2010, 19: 886-905. Voto L. Hipertensión en el embarazo. Sección Hipertensión Arterial. Argentina, 486 p. Citado en internet el 12 de enero de 2016.
25. Voto L. Hipertensión en el embarazo. Sección Hipertensión Arterial. Argentina, 486 p. Citado en internet el 12 de enero de 2016. En: http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/hta_embarazo.pdf Guía hipertensión, 2014
26. Guía de Hipertensión arterial, Mexico, 2014
27. Colombia, Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Bogotá: Ministerio de Salud; 2013.).
28. Magee L, Pels A, Helewa M, et al. Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Int J Women's Cardiovasc Health. 2014; 4: 105-45.).
29. Hernández S, Gómez D, Bellart J, Domenech M, Peguero A, Mazarico E, Plaza A, Figueras F. Protocolo: Hipertensión y gestación. Servicio de Medicina Maternofetal, Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínico de Barcelona. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sant Joan de Déu. Guías clínicas medicina matern-fetal Hospital Clínic

Barcelona. Fecha de la última revisión: 11/06/2013
https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/hipertensi%F3n%20y%20gestaci%F3n.pdf

30. American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Hypertension en pregnancy. Washington; ACOG; 2013.
31. Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR). Guías para la atención de las principales emergencias obstetricas. CLAP/SMR No 1594, 2012),
32. Meza R, Pareja M, Navas F. HELLP Syndrome: a critical care condition, Review article. Acta Colomb Cuidado Intens. 2010;10:111-20)
33. Espinoza Gamarra J.J. Enfermedad hipertensiva del embarazo asociadas al parto pretermino en el Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Vitarte entre enero del 2009 a diciembre del 2012. Universidad Privada San Juan Baustista. Facultad de Medicina Humana. 2014.
34. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos Nº 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
35. Herdman M. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria 2001, 28 (6); 425-429.
36. Arrufat Gemma. ¿Cómo transformar la información obtenida en los cuestionarios de calidad de vida en AVAC? Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Son Espases. 14 Curso de evaluación de evaluación y selección de medicamentos, del 3 al 6 de mayo de 2016, Palma (Baleares), 2016.
37. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. Med Clin 1999; 112 (Supl 1): 79-86.
38. Marilyn Sorto E, López Sánchez BJ, López Velásquez NC. “Análisis de la relación entre estrategias de afrontamiento y calidad de vida en adolescentes embarazadas atendidas en hospitales públicos de la zona

oriental durante el año 2013.” Universidad de El Salvador. El Salvador.

Agosto de 2013

39. Veloz Lombeida VDP, Montes Semblantes EP. Calidad de vida en las mujeres adolescentes embarazadas, de 15 a 19 años de edad, que acuden al centro de salud Archidona durante el período marzo- agosto del 2016
40. Prado Juscamaíta J. Estrategias de afrontamiento en la calidad de vida percibida por adolescentes embarazadas. Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco 2009. Rev Per Obst Enf 2012; 8(1): 1- 9.
41. Cuesta-Vargas, A. I. & González-Sánchez, M. Calidad de vida relacionada con la salud tras un programa comunitario de hidrocinesiterapia para embarazadas. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, 2010; 13(1), 22-28.
42. Wiklund, I. Hypertension. En Quality of Life and Pharmaco-economics in Clinical Trials. Spilker, B. 893-902 New York, Lippincott-Raven. 1996. En Cuesta-Vargas, A. I. & González-Sánchez, M. Calidad de vida relacionada con la salud tras un programa comunitario de hidrocinesiterapia para embarazadas. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, 2010; 13(1), 22-28.
43. Álvarez Toste M, Sague KA, Bonet Gorbea M, Romero Placeres M. Calidad de Vida Relativa a Salud e Hipertensión Arterial en Cuba. 2008. Artículo original. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, 2008. Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba. mireya@inhem.sld.cu
44. Sanz Ramírez, Ana Maria. Calidad de vida percibida por las gestantes del servicio de obstetricia del Hospital Edgardo Rebagliatti Martins, 2007. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima 2007. <http://www.upch.edu.pe/epgvac/prog/tesispost/tesis.php?cod=001412>
45. Guarino L. Sensibilidad emocional, afrontamiento, salud y calidad de vida percibida durante el embarazo. Psicología y Salud, Venezuela; julio-diciembre de 2010, Vol. 20 (2): 179-188.
46. Montoya-Arizabaleta, A. V., Orozco-Buitrago, L., Aguilar de Plata, A. C., Mosquera Escudero, M. & Ramírez-Vélez, R. Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomized trial. Journal of Physiotherapy, 2010; 56(4), 253-258.)

47. Estrada-Mendiola, RB; Reynaga-Ornelas, L; Jiménez-Garza, OA; Dávalos-Pérez, A; Rodríguez-Lugo, S. Diferencias en la calidad de vida por trimestre del embarazo en un grupo de adolescentes argentinas. Universidad de Guanajuato, México. Acta Universitaria, diciembre, 2014; 24 (2): 57-60. doi: 10.15174/au.2014.724
48. Soto-Acevedo F., León-Corrales IA, Castañeda-Sánchez O. Calidad de vida y funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas derechohabientes de una unidad de medicina familiar del estado de Sonora, México. Aten Fam. 2015; 22(3): 64-67.
49. Sánchez Martínez P.I. Comparación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial y pacientes con diabetes mellitus, Universidad de Murcia, España 2009/2010, 2011.
50. Gil Guillén V. F. et al. Calidad de vida en el hipertenso y factores que la determinan. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Alicante. Rev. Hipertensión. 2001; 18 (3): 125 - 131. Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 29/06/2017. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.
51. Robinson Ramírez-Vélez, PT. Embarazo y calidad de vida relacionada con la salud: Estudio transversal. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología 'Francisco José de Caldas. Universidad del Valle, Facultad de Salud. Colomb Med. (Octubre-Diciembre) 2011; Vol 42 (4): 476-81.

5. ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada paciente, la saludo cordialmente y a la vez agradecerle por su tiempo e interés de participar en la presente investigación que detallaré a continuación.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Determinar los factores de riesgo asociados a morbi-mortalidad materno perinatal en gestantes con Hipertensiva Inducida por el Embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA Cajamarca, durante agosto - octubre 2016

PROCEDIMIENTO A REALIZAR: Será la aplicación de una Ficha para Determinar los factores de riesgo asociados a Morbi-mortalidad materno perinatal en gestantes con Hipertensiva Inducida por el Embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Santa María de Cutervo, MINSA Cajamarca, durante agosto - octubre 2016.

COMPENSACIONES: No Existirá compensación económica alguna.

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: Los resultados de la indagación o sondeo serán usados con fines estrictamente investigativos, sin que su nombre sea utilizado o publicado para ningún propósito.

CONSENTIMIENTO: Si usted se ha informado adecuadamente y desea participar de este estudio, por favor firme a continuación y guarde una copia de este documento con usted.

	Nombre:
	Documento de identidad N°.
Huella	Firma:

ANEXO 02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**“Factores de riesgo asociados a Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo
en gestantes del Hospital Santa María de Cutervo, MINSA, Cajamarca,
agosto - octubre 2016”**

1. Ficha N°: 2. Historia Clínica N° :

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS MATERNAS:

3. Edad materna: años
4. Estado civil: Soltera () Conviviente () Casada () Otros ()
5. Nivel de Estudios: Analfabeta () Primaria () Secundaria () Técnica () Superior Univ.()
6. Distrito de Procedencia: Otros ()
7. Ocupación: Ama de casa () Estudiante () Comerciante () Profesional () Obrera ()

CARACTERISTICAS CLINICAS:

8. Presión Arterial Sistólica: 9. Presión Arterial Diastólica:
10. Diagnóstico EHIE:

CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS

11. Edad gestacional al momento del diagnóstico:
12. Número de gestaciones: 13. Paridad:
14. Número de controles prenatales:

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (E-5):

15. Movilidad : Sin problemas () Algún Problema () Muchos problemas ()
16. Cuidado Personal : Sin problemas () Algún Problema () Muchos problemas ()
17. Actividad : Sin problemas () Algún Problema () Muchos problemas ()
18. Dolor / malestar : Sin problemas () Algún Problema () Muchos problemas ()
19. Ansiedad : Sin problemas () Algún Problema () Muchos problemas ()
20. Su Estado de Salud hoy (EVA):

E - 5

Cuestionario de Salud

Versión en español para US
(Spanish version for the US)

Marque con una cruz como esta (x), la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas para caminar

☐

Tengo algunos problemas para caminar

☐

Tengo que estar en la cama

☐

Cuidado-Personal

No tengo problemas con el cuidado personal

☐

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo

☐

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

☐

Actividades de Todos los Días

(ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días

☐

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días

☐

Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

☐

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar

☐

Tengo moderado dolor o malestar

☐

Tengo mucho dolor o malestar

☐

Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso/a ni deprimido/a

☐

Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a

☐

Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

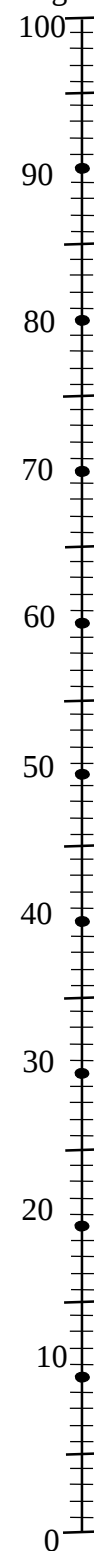
☐

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

**Su estado de
salud hoy**

Mejor estado de
salud imaginable



Peor estado de
salud
imaginable