



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

**EVALUACIÓN DE DOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN EL  
MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL POSTPARTO EN EL  
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA EN 2023**

EVALUATION OF TWO ANTIHYPERTENSIVE DRUGS IN THE  
MANAGEMENT OF POSTPARTUM ARTERIAL HYPERTENSION AT THE  
CAYETANO HEREDIA HOSPITAL IN 2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA

AUTOR

CHRYSSTIAN OMAR CORIPUNA ANDRADE

ASESOR

MARTIN EDGARD INGA LOZADA

LIMA – PERÚ

2024

Feedback Studio - Avast Secure Browser  
ev.turnitin.com/app/carta/es/?o=2524676892&u=1151562268&ro=103&lang=es&s=1

turnitin

1 de 136: CHRYSYTIAN OMAR CORIPUNA ANDRADE  
EVALUACIÓN DE DOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN EL MANEJO...

Similitud 23% Marcas de alerta

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA Facultad de MEDICINA

**EVALUACIÓN DE DOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL POSTPARTO EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA EN 2023**

EVALUATION OF TWO ANTIHYPERTENSIVE DRUGS IN THE MANAGEMENT OF POSTPARTUM ARTERIAL HYPERTENSION AT THE CAYETANO HEREDIA HOSPITAL IN 2023

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

AUTOR  
CHRYSYTIAN OMAR CORIPUNA ANDRADE  
ASESOR  
MARTIN EDGARD INGA LOZADA.

LIMA - PERÚ  
2024

Página 1 de 13 2157 palabras 125%

Informe estándar  
Informe en inglés no disponible Más información

**23% Similitud estándar** Filtros

Fuentes  
Mostrar las fuentes solapadas

#	Fuente	Porcentaje	Detalles
1	Internet repositorio.upch.edu.pe	4%	7 bloques de texto, 91 palabras que coinciden
2	Internet www.researchgate.net	3%	5 bloques de texto, 57 palabras que coinciden
3	Internet slidehtml5.com	1%	4 bloques de texto, 29 palabras que coinciden
4	Internet pesquisa.bvsalud.org	1%	3 bloques de texto, 25 palabras que coinciden
5	Trabajos del estudiante		

## 2. RESUMEN

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) representan la segunda causa de morbimortalidad materna, y son causa importante de resultados perinatales adversos. La hipertensión arterial posparto puede ser la continuidad de un THE o surgir de novo después de un embarazo y parto normales, estas pacientes pueden presentar complicaciones y resultados maternos adversos similares a los presentados en etapa prenatal. En la actualidad no existe evidencia que indique que medicamento antihipertensivo se debe usar en la hipertensión arterial postparto y en la práctica local se usa el nifedipino o enalapril de acuerdo a la experiencia del médico tratante por lo que cabe preguntarse ¿Cómo es la respuesta terapéutica a los medicamentos nifedipino y enalapril de las pacientes tratadas con estos medicamentos por hipertensión arterial postparto? El objetivo del presente estudio es evaluar la respuesta terapéutica al nifedipino y al enalapril de pacientes tratadas con estos medicamentos por diagnóstico de hipertensión arterial postparto. Se realizará un descriptivo de corte transversal. Se seleccionarán dos grupos de pacientes, las que recibieron tratamiento con nifedipino 30 mg/día y las que recibieron enalapril 10 mg/día. Se evaluará la homogeneidad de las variables en ambos grupos, se realizará análisis univariado, Se evaluará la respuesta terapéutica del tratamiento en cada grupo en su control de tratamiento postparto. Se realizará la comparación de la respuesta terapéutica entre ambos grupos mediante el estadístico chi cuadrado, considerando una diferencia estadísticamente significativa a un valor de  $p < 0.05$ .

**Palabras clave:** Enalapril, nifedipino, hipertensión arterial postparto.

### 3. INTRODUCCIÓN.

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) afectan aproximadamente del 2 al 8% de los embarazos a nivel mundial y son una de las principales causas de morbimortalidad materna, de resultados perinatales adversos y de incremento de costos de atención médica que afectan los sistemas de salud. (1-3). En el Perú los trastornos hipertensivos del embarazo representan la segunda causa principal de mortalidad materna (21.7%) después de las hemorragias obstétricas (27.4%), según datos de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud y del Instituto Materno Perinatal (4, 5)

La hipertensión arterial postparto se refiere a la presencia de hipertensión arterial (Presión arterial sistólica  $\geq$  140 mmHg y/o presión arterial diastólica  $\geq$  90 mmHg) que ocurre después del parto hasta las 6 semanas. La incidencia exacta de este síndrome es difícil de determinar debido a que en la práctica clínica muchas mujeres puérperas no tienen controles de presión arterial postparto, por lo que los casos leves pasan desapercibidos y solo son consideradas las puérperas con hipertensión arterial postparto sintomáticas y que requieren atención médica. Con estas limitaciones los estudios han encontrado una incidencia variable de este síndrome que varía de 0.3 al 27.5% (6-9). La mayoría de los casos se presentan de 2-6 días después del parto y aproximadamente el 80% se resuelven a las 6 semanas. La hipertensión arterial post parto puede ser secundaria a una hipertensión gestacional persistente, a una preeclampsia, hipertensión crónica pre existente o puede desarrollarse de novo después de un embarazo y parto normales (10-12).

Las pacientes con hipertensión arterial postparto tienen factores de riesgo clínicos similares a las pacientes con hipertensión arterial gestacional antenatal pero además se agregan factores de riesgo tales como duración prolongada del trabajo de parto, sobrecarga hídrica, medicamentos anti inflamatorios no esteroideos (AINES) y medicamentos que incrementen la presión arterial tales como la ergometrina. Estas pacientes pueden presentar complicaciones y resultados maternos adversos similares a los presentados en la etapa prenatal (13-17). La mayoría de los THE se resuelven después del parto, pues la culminación del embarazo todavía se considera terapéutico, pero la evidencia sugiere que la hipertensión arterial postparto es más común y grave de lo que se creía inicialmente por lo que recomiendan incluir este grupo dentro de los trastornos hipertensivos relacionados con la gestación. (18)

El tratamiento de la hipertensión posparto debe diferenciarse si se trata del manejo de una crisis hipertensiva o se trata de una hipertensión postparto no crisis (14); en el primer caso el manejo debe estar ceñida a una práctica segura y protocolos estandarizados a fin de evitar resultados maternos adversos (19); esta situación no es materia de discusión e investigación y solo nos enfocaremos en la hipertensión arterial postparto no crisis.

El tratamiento postnatal podría ser el mismo que durante el embarazo y puede ser aún más eficiente dada la posibilidad de poder utilizar todas las categorías de medicamentos antihipertensivos si se prescindiera de la lactancia, o se coadyuva el tratamiento con el uso de diuréticos. (20-21)

Una revisión sistemática de Magee y Von Dadelszen concluyó que actualmente no existen evidencias para indicar que medicamentos usar en el periodo del

postparto y que se deben ser los medicamentos con los cuales tenga familiaridad el médico tratante (18); sin embargo el uso de los fármacos antihipertensivos en el postparto depende prioritariamente de la seguridad para el lactante. La metildopa es el fármaco antihipertensivo de elección en el periodo de gestación, pero su uso en el periodo postparto debe reevaluarse debido su asociación con depresión en la madre e interferir en las demandas del neonato por lo que en el postparto debe tratarse con betabloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) de manera gradual si se requiere es decir siempre que la presión arterial sea mayor o igual a 150/100 mmHg. (22)

En el hospital Cayetano Heredia, el manejo de los casos de hipertensión arterial post parto es de acuerdo a la experiencia de los médicos tratantes con los fármacos y se usa indistintamente el nifedipino de efecto retardado a dosis de 30 mg vía oral al día o el enalapril a dosis de 10 mg vía oral al día.

Por lo expuesto anteriormente, se plantea la siguiente pregunta ¿Cómo es la respuesta terapéutica a los medicamentos nifedipino y enalapril de las pacientes tratadas con estos medicamentos por hipertensión arterial postparto?

Esta investigación se justifica porque pretende obtener evidencia científica en relación al uso de dos tipos de medicamento antihipertensivos en el manejo de la hipertensión arterial postparto que se vienen usando en la práctica médica local en base a la experiencia del médico tratante debido a que no se cuenta con información científica al respecto.

#### 4. OBJETIVOS

**Objetivo General:** Evaluar la respuesta terapéutica a dos fármacos antihipertensivos en pacientes con hipertensión arterial post parto.

**Objetivos Específicos:**

- Determinar la respuesta terapéutica al nifedipino en pacientes con hipertensión arterial postparto.
- Determinar la respuesta terapéutica al enalapril en pacientes con hipertensión arterial post parto.
- Comparar las respuestas terapéuticas al nifedipino y enalapril de pacientes tratadas por hipertensión arterial postparto.
- Determinar la prevalencia de la hipertensión arterial postparto en el Hospital Cayetano Heredia.

#### 5. MATERIAL Y MÉTODO

a) **Diseño del estudio:** Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal, de las pacientes gestantes que hayan presentado hipertensión arterial postparto en el Hospital Cayetano Heredia en el periodo del 01 de enero 2023 al 31 de diciembre 2023.

b) **Población:** Todas las pacientes que ingresaron al Hospital Cayetano Heredia del 01 de enero 2023 al 31 de diciembre 2023, que tuvieron su parto durante ese mismo periodo y que hayan presentado el diagnóstico hipertensión arterial postparto.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes puérperas mayores de 18 años cuyos partos ya sea vaginal o cesárea hayan sido atendidas en el Hospital Cayetano Heredia en el

período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023 y que hayan tenido sus dos controles puerperales establecidos en el hospital.

- Pacientes que hayan presentado hipertensión arterial postparto y que persistió por más de 48 horas postparto.
- Pacientes que hayan presentado hipertensión arterial post parto después de su alta hospitalaria postparto hasta su primer control puerperal de 7 a 10 días postparto.
- Pacientes puérperas con hipertensión arterial postparto que hayan requerido tratamiento farmacológico antihipertensivo ya sea con nifedipino o enalapril de acuerdo a esquema de manejo del hospital.

**Criterios de Exclusión:**

- Pacientes que hayan recibido tratamiento antihipertensivo durante la gestación hasta antes del parto.
- Pacientes con parto pre término, ya sea parto vaginal o cesárea.
- Pacientes con embarazo múltiple
- Pacientes con diagnóstico de óbito fetal.
- Pacientes con antecedentes de enfermedades crónicas tales como cardiopatías, diabetes mellitus, enfermedades del tejido conectivo, enfermedades autoinmunes y trastornos hepáticos.
- Pacientes que presentaron hipertensión arterial post parto severa, PAS  $\geq$  160 mmHg, y/o PAD  $\geq$  a 110 mmHg.
- Pacientes que fueron hospitalizadas en la unidad de cuidados intensivos.



**c) Muestra:**

El tamaño de muestra se determinó mediante la fórmula de cálculo de tamaño de muestra para diferencia entre proporciones independientes. Tomando como base el estudio de Yoselevsky EM (23) en el cual compara el tratamiento de la hipertensión arterial post parto con nifedipino versus enalapril, se obtiene el siguiente tamaño de muestra.

$$n = \frac{[Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)}$$

Donde:

- n = Número de historias necesarias en cada una de los grupos de pacientes.
- $Z_{\alpha}$  = Valor de Z correspondiente al riesgo deseado. Nivel de confianza del 95%
- $Z_{\beta}$  = Valor de Z correspondiente al riesgo deseado. Potencia del 80%.
- $p_1$  = Valor de la proporción en el grupo 1, (13%).
- $p_2$  = Valor de la proporción en el grupo 2, (34%).
- p = media de las dos proporciones  $p_1$  y  $p_2$

De acuerdo a la fórmula corresponde un número de 63 historias clínicas para cada grupo, considerando pérdidas de datos de un 10% correspondería un total de 69 historias de cada grupo.

**d) Definición operacional de variables**

	DENOMINACION	TIPO	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO
1	Edad materna	Independiente	Cuantitativa discreta	Edad expresada en años	Número
2	Grado de instrucción	Independiente	Cualitativa nominal	Grado de estudios de la madre.	1: Analfabeta 2: Primaria 3: Secundaria 4: Superior no universitaria 5: Superior universitaria
3	Estado Civil	Independiente	Cualitativa nominal	Estado civil de la madre	1: Soltera 2: Conviviente 3: Casada 4: Otro
4	Gestaciones	Independiente	Cuantitativa discreta	Número de gestaciones previas	Número
5	Paridad	Independiente	Cuantitativa discreta	Número de partos anteriores que ha tenido la madre	Número
7	Antecedente de preeclampsia	Independiente	Cualitativa nominal	Antecedente de preeclampsia en embarazos previos	0: No 1: Sí
8	Número de controles prenatales	Independiente	Cuantitativa discreta	Número de controles prenatales que ha tenido en la gestación actual	Número
9	Edad Gestacional	Independiente	Cuantitativa discreta	Edad gestacional al momento de la culminación del embarazo expresado en semanas y días	Número
10	Tipo de parto	Independiente	Cualitativa nominal	Forma de culminación del parto	1: Parto vaginal espontáneo 2: Parto vaginal instrumentado 3: Cesárea electiva 4: Cesárea de emergencia

	DENOMINACION	TIPO	ESCALA DE MEDICION	DEFINICION OPERACIONAL	FORMA DE REGISTRO
12	Número de controles postparto	Independiente	Cuantitativa discreta	Número de controles de presión arterial realizados en el postparto después del alta	Número
13	Presión arterial controlada	Dependiente	Cualitativa nominal	Presión arterial medida en 1er control postparto < 150/100 mmHg	0: No 1: Sí
14	Readmisión hospitalaria	Dependiente	Cualitativa nominal	Si la paciente requirió hospitalización después de su alta hasta los 42 días debido a hipertensión arterial no controlada.	0: No 1: Sí
15	Requerimiento de otro antihipertensivo	Dependiente	Cualitativa nominal	Si se adicionó otro fármaco antihipertensivo al tratamiento inicialmente instaurado para control de la hipertensión arterial.	0: No 1: Sí
16	Cambio de antihipertensivo	Dependiente	Cualitativa nominal	Si se requirió cambio de fármaco antihipertensivo al inicialmente para control de la hipertensión arterial	0: No 1: Sí

#### **e) Procedimientos y técnicas**

Las fuentes de datos serán las historias clínicas físicas y la base de datos electrónica del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) del servicio de obstetricia del Hospital Cayetano Heredia. Se seleccionarán los casos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

La evaluación de la respuesta al tratamiento se realizará durante el segundo control puerperal (21 a 42 días), único control del tratamiento.

La información requerida será registrada en una ficha de recolección de datos la cual será transcrita en una base de datos elaborada en el programa Excel de Microsoft Office 2021 exclusiva para el presente estudio.

El análisis de datos se realizará mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 29.0.

Los resultados se mostrarán en tablas y/o gráficos según corresponda.

#### **f) Aspectos éticos del estudio**

**Privacidad y Confidencialidad:** Se garantiza la confidencialidad de los datos los cuales solo se utilizarán con fines de investigación, sin divulgar información personal o médica que pueda identificarlas.

**Cumplimiento Normativo:** Se garantiza el cumplimiento de las normativas y leyes en materia de protección de datos y privacidad en la investigación.

**No Intervención:** El objetivo de este estudio es examinar la atención clínica recibida por las pacientes sin intervenir en su tratamiento médico.

**Aprobación Ética:** El proyecto será evaluado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y aprobado por la unidad de

postgrado de la universidad y la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Cayetano Heredia.

Divulgación y Transparencia: Los resultados de la investigación serán presentados de manera clara y accesible en conferencias y publicaciones científicas pertinentes. Se asegurará la integridad y precisión de los datos reportados. Se declara no tener ningún conflicto de interés y el estudio será autofinanciado.

**g) Plan de análisis**

El análisis de los datos se realizará mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS) versión 29.0.

Para el análisis de los datos la muestra se dividirá en dos grupos de acuerdo al esquema de tratamiento recibido, grupo de tratamiento con nifedipino y grupo de tratamiento con enalapril. Primero se realizará comparación de los datos generales de ambos grupos a fin de evaluar la homogeneidad mediante el test de normalidad de variables, prueba de Kolmogorov-Smirnov; luego se realizará el análisis univariado de las variables cualitativas y cuantitativas determinando los estadísticos de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y los estadísticos de frecuencia para las variables cualitativas. Se considerará que hay respuesta al tratamiento si la presión arterial al momento del control postparto está controlada, es decir es menor de 150/100 mmHg. Se considerará que no hay respuesta al tratamiento si la presión arterial al momento del control del tratamiento no está controlada ( $PA \geq 150/100$  mmHg, si la paciente necesito ser hospitalizada por problemas hipertensivos o si la paciente necesito cambio de medicamento diferente al

inicialmente indicado. La comparación de la respuesta al tratamiento entre ambos grupos se realizará mediante la comparación de la proporción de pacientes con hipertensión arterial postparto controlada en cada grupo. La comparación de la respuesta al tratamiento entre los grupos se realizará mediante el estadístico Chi cuadrado, considerándose una diferencia estadísticamente significativa a un valor de  $p \leq 0.05$ . Los resultados se presentarán en tablas o gráficos según corresponda.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2019 Jan;133(1):1.
2. Hitti J, Sienas L, Walker S, Benedetti TJ, Easterling T. Contribution of hypertension to severe maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Oct;219(4):405.e1-405.e7
3. Mogos MF, Salemi JL, Spooner KK, McFarlin BL, Salihu HH. Hypertensive disorders of pregnancy and postpartum readmission in the United States: national surveillance of the revolving door. *J Hypertens.* 2018 Mar;36(3):608-618.
4. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud Perú. Boletín Epidemiológico 2022, volumen 31 SE 52: 2121-2126
5. Guevara-Ríos, E. (2019). La preeclampsia, problema de salud pública. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 8(2), 7–8.
6. Leon LJ, McCarthy FP, Direk K, Gonzalez-Izquierdo A, Prieto-Merino D, Casas JP, Chappell L. Preeclampsia and Cardiovascular Disease in a Large UK Pregnancy Cohort of Linked Electronic Health Records: A CALIBER Study. *Circulation.* 2019 Sep 24;140(13):1050-1060.
7. Veerbeek JH, Hermes W, Breimer AY, van Rijn BB, Koenen SV, Mol BW, Franx A, de Groot CJ, Koster MP. Cardiovascular disease risk factors after early-onset preeclampsia, late-onset preeclampsia, and pregnancy-induced hypertension. *Hypertension.* 2015 Mar;65(3):600-6.
8. Sharma KJ, Kilpatrick SJ. Postpartum Hypertension: Etiology, Diagnosis, and Management. *Obstet Gynecol Surv.* 2017 Apr;72(4):248-252.
9. Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2012 Jun;206(6):470-5.
10. Glover AV, Tita A, Biggio JR, Anderson SB, Harper LM. Incidence and Risk Factors for Postpartum Severe Hypertension in Women with

- Underlying Chronic Hypertension. *Am J Perinatol.* 2019 Jun;36(7):737-741.
11. Smithson SD, Greene NH, Esakoff TF. Risk factors for re-presentation for postpartum hypertension in patients without a history of hypertension or preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021 Mar;3(2):100297.
  12. Chornock R, Iqbal SN, Kawakita T. Racial Disparity in Postpartum Readmission due to Hypertension among Women with Pregnancy-Associated Hypertension. *Am J Perinatol.* 2021 Oct;38(12):1297-1302.
  13. Goel A, Maski MR, Bajracharya S, Wenger JB, Zhang D, Salahuddin S, Shahul SS, Thadhani R, Seely EW, Karumanchi SA, Rana S. Epidemiology and Mechanisms of De Novo and Persistent Hypertension in the Postpartum Period. *Circulation.* 2015 Nov 3;132(18):1726-33.
  14. Ortiz Martínez Roberth, Rendón Cesar Augusto, Gallego Cristal Ximena, Chagüendo José E. Hipertensión/preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. *Rev. chil. obstet. ginecol.*
  15. Niu B, Mukhtarova N, Alagoz O, Hoppe K. Cost-effectiveness of telehealth with remote patient monitoring for postpartum hypertension. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Dec;35(25):7555-7561.
  16. Katsi V, Skalis G, Vamvakou G, Tousoulis D, Makris T. Postpartum Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2020 Aug 6;22(8):58.
  17. Giorgione V, Khalil A, O'Driscoll J, Thilaganathan B. Peripartum Screening for Postpartum Hypertension in Women With Hypertensive Disorders of Pregnancy. *J Am Coll Cardiol.* 2022 Oct 11;80(15):1465-1476.
  18. Magee L, von Dadelszen P. Prevention and treatment of postpartum hypertension. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Apr 30;(4):CD004351.
  19. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Combs CA, Allbert JR, Hameed AB, Main EK, Taylor I, Allen C; SMFM Patient Safety and Quality Committee. Electronic address: smfm@smfm.org. Society for Maternal-Fetal Medicine Special Statement: A quality metric for evaluating timely treatment of severe hypertension. *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Feb;226(2):B2-B9.
  20. Viteri OA, Alrais MA, Pedroza C, Hutchinson M, Chauhan SP, Blackwell SC, et al. Torsemide for prevention of persistent postpartum hypertension in women with preeclampsia: a randomized controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):1185–91.
  21. Lopes Perdigao J, Lewey J, Hirshberg A, Koelper N, Srinivas SK, Elovitz MA, et al. Furosemide for accelerated recovery of blood pressure postpartum in women with a hypertensive disorder of pregnancy: a randomized controlled trial. *Hypertension.* 2021;77(5):1517–24.
  22. Tan LK, de Swiet M. The management of postpartum hypertension. *BJOG.* 2002 Jul;109(7):733-6.

23. Yoselevsky EM, SeelyEW, CeliAC, et al. A randomized controlled trial comparing the efficacy of nifedipine and enalapril in the postpartum period. Am J Obstet Gynecol MFM 2023;5:101178.

## 7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

TABLA 1. DETALLE DEL PRESUPUESTO

MATERIALES DE ESCRITORIO			
Detalle	Cantidad	Valor (S/.)	Total (S/.)
Útiles para escritorio	1	S/. 108.00	S/.108.00
Papel A4	2	S/. 12.00	S/. 24.00
Tinta de impresión	1	S/. 52.00	S/. 52.00
Sub Total			S/. 184.00
SERVICIOS			
Detalle	Cantidad	Valor (S/.)	Total (S/.)
Fotocopias	190	S/. 0.10	S/. 19.00
Internet/hora	90	S/. 1.00	S/. 90.00
Sub Total			S/. 109.00
TOTAL			S/. 293.00

Financiamiento: El estudio será financiado por el investigador.

TABLA 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades		AÑO: 2024					
		Nov 2024	Dic 2024	Ene 2025	Feb 2025	Mar 2025	Abr 2025
1	Revisión de información	X	X				
2	Elaboración del proyecto		X				
3	Revisión del proyecto			X	X		
4	Aplicación de instrumentos				X		
5	Tabulación de la data				X	X	
6	Preparación de los datos para análisis					X	
7	Análisis de los datos					X	
8	Redacción del trabajo						X
9	Presentación de tesis						X



## 8. ANEXOS

### Anexo 1. Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
<b>EVALUACIÓN DE DOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL POSTPARTO EN EL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA EN 2023</b>	
N° DE FICHA:	
N° DE HISTORIA CLÍNICA:	
Edad	_____ Años cumplidos
Grado de instrucción	1. Analfabeta ( ) 2. Primaria ( ) 3. Secundaria ( ) 4. Superior no universitaria ( ) 5. Superior universitaria ( )
Estado civil	1. Soltera ( ) 2. Conviviente ( ) 3. Casada ( ) 4. Otro ( )
Gestaciones previas	_____
Partos previos	_____
IMC	_____ kg/m <sup>2</sup>
Paridad	_____ partos previos
Antecedentes clínicos	a) Enfermedad crónica: _____

	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>b) Hipertensión arterial crónica ( )</p> <p>c) Preeclampsia en embarazos previos ( )</p>
Número de controles prenatales	_____
Edad Gestacional	_____ semanas _____ días
Tipo de parto	<p>a) Parto vaginal espontáneo ( )</p> <p>b) Parto vaginal instrumentado ( )</p> <p>c) Cesárea electiva ( )</p> <p>d) Cesárea de emergencia ( )</p>
Número de controles postparto	_____
Presión arterial controlada en 1er control postparto	<p>a) No</p> <p>b) Sí</p>
Presión arterial controlada en 1er control postparto	<p>a) No</p> <p>b) Sí</p>
Readmisión hospitalaria en el puerperio	<p>a) No</p> <p>b) Sí</p>
Requerimiento de otro antihipertensivo	<p>a) No</p> <p>b) Sí</p>
Cambio de antihipertensivo	<p>a) No</p> <p>b) Sí</p>